

PANORAMAS DE LA

DREES
SOCIAL

L'aide et l'action sociales en France

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

ÉDITION 2020



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

PANORAMAS
DE LA
DREES
SOCIAL

L'aide et l'action sociales en France

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

ÉDITION 2020



L'aide et l'action sociales en France – édition 2020

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

Sous la direction de **Cheikh Tidiane Diallo** et d'**Isabelle Leroux**

Rédaction

Elisa Abassi, Sarah Abdouni, Nadia Amrous, Mahel Bazin, Thomas Bergeron, Emmanuelle Bonnet, Mathieu Calvo, Laurence Dauphin, Cheikh Tidiane Diallo, Chloé Gonzalez, Louis Kuhn, Isabelle Leroux, Claudine Pirus, Leslie Yankan.

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

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 nombreux 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 2020 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 ASCO 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.

Une nouvelle fiche sur la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) vient enrichir cette édition. Mise en place en 2009, la MASP est destinée à toute personne majeure, bénéficiaire de prestations sociales, dont la santé ou la sécurité est menacée en raison des difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources.

Sommaire

L'aide et l'action sociales en France – édition 2020

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

Vue d'ensemble	7
Fiches thématiques	15
Analyse transversale	17
Fiche 01 • Le périmètre et les acteurs de l'aide et de l'action sociales en France	18
Fiche 02 • L'opinion des Français sur les politiques publiques d'aide sociale	23
L'aide sociale des départements	29
Fiche 03 • Les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale des départements	30
Fiche 04 • Le financement des dépenses d'aide sociale des départements	39
Fiche 05 • Les disparités d'aide sociale entre départements	42
Fiche 06 • Le personnel de l'action sociale et médico-sociale des départements	47
L'action sociale des communes	53
Fiche 07 • L'action sociale des communes et intercommunalités	54
Fiche 08 • Les grands domaines de l'action sociale communale	56
Fiche 09 • Les prestations attribuées par les communes	61
Fiche 10 • L'action sociale intercommunale	64
L'aide sociale aux personnes âgées	67
Fiche 11 • Les personnes âgées et leurs ressources	68
Fiche 12 • La perte d'autonomie et les aidants des personnes âgées	74
Fiche 13 • Les dispositifs d'aide sociale aux personnes âgées	80
Fiche 14 • L'aide sociale départementale aux personnes âgées	84
Fiche 15 • L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	92
Fiche 16 • L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (ASH)	102
Fiche 17 • Les établissements d'hébergement pour personnes âgées	109
L'aide sociale aux personnes handicapées	117
Fiche 18 • Les personnes en situation de handicap et leur niveau de vie	118
Fiche 19 • Les dispositifs d'aide sociale aux personnes handicapées	125
Fiche 20 • L'aide sociale départementale aux personnes handicapées	129

Fiche 21 • La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).....	136
Fiche 22 • Les aides sociales à l'accueil des personnes handicapées.....	143
Fiche 23 • Les établissements et services pour personnes handicapées.....	147
L'aide sociale à l'enfance.....	155
Fiche 24 • Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance.....	156
Fiche 25 • Les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale à l'enfance.....	160
Fiche 26 • Les actions éducatives.....	165
Fiche 27 • Les mineurs et les jeunes majeurs accueillis à l'aide sociale à l'enfance.....	168
Fiche 28 • L'hébergement dans les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance.....	176
Fiche 29 • Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance.....	184
L'aide sociale à l'insertion.....	189
Fiche 30 • Les dispositifs départementaux pour l'insertion sociale et professionnelle.....	190
Fiche 31 • Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA).....	193
Fiche 32 • L'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA.....	198
Fiche 33 • Les dépenses départementales d'insertion.....	206
Fiche 34 • Le fonds d'aide aux jeunes.....	210
Fiche 35 • La mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).....	213

Annexes

221

Annexe 1 • Sources de données.....	222
Annexe 2 • Principales lois et décrets définissant l'aide et l'action sociales en France depuis 1945.....	228
Annexe 3 • Glossaire.....	231



Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale. Elles sont financées pour moitié par les départements, qui y consacrent 67 % de leurs dépenses de fonctionnement en 2018. En décembre, ils y ont attribué 4,3 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 des jeunes majeurs en danger ou en risque de l'être. Ils ont, pour cela, dépensé 38,4 milliards d'euros (nets des recouvrements ou remboursements), pour l'ensemble de l'année 2018. Ces dépenses sont en légère baisse par rapport à 2017 (-0,2 % en euros constants), après une croissance annuelle moyenne de 2,2 % entre 2010 et 2017. 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 départements¹ et le tiers est financé par les organismes de sécurité sociale. Les communes et l'État² 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). Dans le cadre de conventions passées avec les départements, certaines communes exercent, en outre, par délégation, une partie des compétences sociales départementales.

4,3 millions d'aides sociales départementales attribuées en décembre 2018

Fin 2018³, les départements ont attribué 4,3 millions de mesures ou prestations d'aide sociale pour l'insertion ou à destination de personnes âgées, de personnes handicapées, d'enfants ou de jeunes

1. Par convention, les « départements » désignent ici les collectivités en charge des compétences départementales : les conseils départementaux, la collectivité de Corse, la métropole de Lyon et les collectivités territoriales uniques de Guyane et de Martinique.

2. En outre, l'État contribue indirectement, pour environ un quart, aux dépenses départementales (cf *infra* distinction entre dépenses et charges nettes).

3. Du fait de la crise sanitaire, les remontées d'informations de certains départements dans le cadre de l'enquête annuelle de la DREES ont été retardées, si bien que les résultats provisoires relatifs à la situation fin 2019 ne sont pas encore disponibles à la date de publication de ce Panorama.


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

	Nombre d'aides en décembre (en milliers)		Dépenses annuelles brutes ² (en millions d'euros)		Dépense moyenne mensuelle par bénéficiaire ⁴ (en euros)
	2018	Évolution 2017/2018 (en %)	2018	Évolution 2017/2018 (en %)	2018
Insertion¹	1 906	1,1	12 082	0,4	530
Aide sociale aux personnes âgées, dont :	1 465	0,9	7 697	-0,6	420
APA	1 324	1,0	6 024	-0,5	380
ASH en établissement et chez des particuliers	124	-0,2	1 281	-2,7	860
Aide sociale aux personnes handicapées, dont :	546	2,8	8 440	-0,4	1 190
ACTP	58	-5,1	387	-6,0	540
PCH	315	5,5	2 038	3,6	550
Accueil et hébergement en établissement et chez des particuliers	152	1,3	5 179	-1,9	2 860
Aide sociale à l'enfance	355	3,1	8 300	2,5	1 690
Enfants accueillis à l'ASE	187	5,4	6 588	2,6	3 020
Actions éducatives	168	0,6	498	3,2	250
Personnel, services communs et autres frais d'intervention sociale³	-	-	3 403	-3,2	-
Total	4 272	1,4	39 921	0,1	ND

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 les dépenses sont celles d'allocation et d'insertion liées au RSA et RSO et à d'anciens dispositifs liés au RMI.

2. Les dépenses brutes sont des dépenses avant déduction des recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, des remboursements de participations et de prestations, et des récupérations. Cependant, les dépenses d'ASH des personnes âgées sont, elles, exprimées après récupérations auprès des bénéficiaires, obligés alimentaires et héritiers (voir fiche 16).

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

4. Dépense moyenne calculée sur le champ des prestations qui peuvent être dénombrées.

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 par bénéficiaire 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 2018 est la moyenne des nombres de bénéficiaires au 31 décembre 2017 et au 31 décembre 2018.

Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2018. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.

Lecture > Fin 2018, 4,3 millions de mesures ou prestations d'aide sociale ont été attribuées par les départements.

Les dépenses brutes associées pour l'ensemble de l'année 2018 s'élèvent à 39,9 milliards d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale.

majeurs en danger ou en risque de l'être, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer⁴ (DROM), hors Mayotte (tableau 1). Ces aides concernent 6,2 % de la population française⁵, en n'incluant ni les conjoints ni les personnes à charge des allocataires du revenu de solidarité active (RSA).

38,4 milliards d'euros de dépenses pour l'année 2018, après récupérations ou recouvrements

En 2018, l'aide sociale représente 67 % du budget de fonctionnement des départements. Les dépenses annuelles brutes⁶ d'aide sociale s'élèvent à 39,9 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] et RSA) constituent 83 % des mesures d'aide sociale, elles représentent 53 % 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'aide sociale à l'enfance (ASE), contribuent largement plus aux dépenses que ce qu'elles représentent parmi l'ensemble des aides sociales.

Une fois déduits différents recouvrements⁷ et récupérations⁸, les dépenses nettes s'établissent à 38,4 milliards d'euros en 2018. Elles sont en légère baisse par rapport à 2017 (-0,2 % en euros constants⁹), après une croissance annuelle moyenne

de 2,2 % entre 2010 et 2017. 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 RSA¹⁰ (voir fiche 04), la charge nette d'aide sociale des départements s'élève, en 2018, à 29,1 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 2018 (voir fiche 06). Elles représentent 39 % des effectifs totaux de personnel des conseils départementaux et comprennent notamment 37 100 assistants familiaux, 36 600 agents administratifs et techniques et 31 100 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'ASE. Pour ces dernières, les modalités et les montants de prise en

4. Collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.

5. 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.

6. 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.

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

8. 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).

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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

10. Les compensations de l'État prises en compte ici couvrent les concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (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).



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 1^{er} janvier 2019, 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, selon la mesure utilisée, sont en situation de perte d'autonomie en 2015 et 26 % déclarent au moins une restriction sévère dans leurs activités¹¹ (voir fiche 12).

Fin 2018, 1,47 million de prestations d'aide sociale ont été allouées par les départements aux personnes âgées en perte d'autonomie, soit 8,4 % du nombre total de personnes de plus de 60 ans. Ces aides représentent une dépense brute globale de 7,7 milliards d'euros (voir fiche 14). Entre 2002 et 2018, 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.

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 2018, dont 59 % à domicile (voir fiche 15). 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 vieillissement¹², qui a notamment relevé les montants plafonds de l'allocation et diminué la participation demandée au bénéficiaire, sont perceptibles

dans les évolutions entre 2015 et 2017 des dépenses départementales et des montants moyens des plans d'aide élaborés pour les bénéficiaires de l'APA. Pour l'année 2018, les dépenses associées s'élèvent à 6,0 milliards d'euros, en baisse de 0,5 % en euros constants en un an.

Fin 2018, 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 associée, nette des récupérations, de près 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 769 000 places d'hébergement en établissement au 31 décembre 2018 et une part relativement faible des places habilitées à l'aide sociale, dont le nombre était de 510 000 au 31 décembre 2015¹³ (voir fiche 17).

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

Selon la définition utilisée, le nombre de personnes handicapées varie fortement. Par exemple, il représentait entre 6 % et 17 % des personnes âgées de 16 à 59 ans en 2008, selon l'enquête Handicap-Santé¹⁴ (voir fiche 18). Malgré les différentes prestations auxquelles elles peuvent accéder, les personnes handicapées ont un niveau de vie globalement plus faible que celui des personnes non handicapées.

Au 31 décembre 2018, 546 200 prestations d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements. Entre 2001 et 2018, 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 brutes par 2,1 (voir fiche 20). Cette hausse s'explique par l'élargissement de la prise en compte

11. Dans leur activité générale ou les activités du quotidien leur permettant de prendre soin de leur corps ou encore dans celles leur permettant de vivre de manière autonome.

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

13. Source EHPA 2015. les résultats de l'enquête 2019 seront disponibles en 2021.

14. 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.

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, au sens où le rythme de croissance du nombre de ses bénéficiaires reste encore bien supérieur à celui de la population dans son ensemble : entre 2017 et 2018, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 5 % (314 900 fin 2018), et les dépenses de 3,6 % (2,0 milliards pour l'année 2018) [voir fiche 21].

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

Pour l'année 2018, les dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées s'élevaient à 8,4 milliards d'euros. La dépense brute moyenne par bénéficiaire est cinq fois plus importante pour les aides à l'accueil que pour la PCH et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) : 2 860 euros en moyenne par mois et par bénéficiaire accueilli, contre 550 euros par mois et par bénéficiaire de l'ACTP ou de la PCH.

Fin 2018, 152 000 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement ou chez des particuliers (voir fiche 22). La dépense annuelle associée s'élève à 5,2 milliards d'euros et a diminué pour la première fois en 2018 (-1,9 % par rapport à 2017).

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

En 2018, les départements ont consacré 8,3 milliards d'euros à la protection de l'enfance (voir fiche 25). Ce montant, utilisé à près de 80 % 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 2018, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficient de 355 000 mesures d'ASE, composées pour 53 % de mesures de placement et pour 47 % 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. 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 reste plus marquée en 2018 (+3,1 % après +3,1 % en 2017 et +2,2 % en 2016) 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 (+5,4 % en 2018), 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, les mesures relèvent majoritairement de décisions judiciaires. C'est le cas de 70 % des mesures d'actions éducatives (voir fiches 25 et 26) et de huit 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 38 % en établissement (voir fiche 28).

Les dépenses liées au RSA et au RSO de nouveau à la hausse en 2018

Fin 2018, 1,90 million de foyers bénéficient du RSA, soit une hausse de 1,1 % par rapport à fin 2017 (voir fiche 31). Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,85 millions de personnes sont couvertes par le RSA, soit 5,8 % de la population. En 2019, le nombre de foyers bénéficiaires du RSA et du revenu de solidarité (RSO) augmente de nouveau légèrement (+0,6 %).

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 43 % des personnes orientées et les collectivités territoriales en charge de l'insertion pour 31 %. Par ailleurs, 51 % des personnes orientées vers un organisme autre que



Pôle emploi disposent d'un contrat d'engagement réciproque (CER). En moyenne, 95 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 12,1 milliards en 2018 (voir fiche 33). Parmi elles, 92 % sont consacrées au versement des allocations. Les dépenses totales augmentent légèrement de 0,4 % en euros constants en un an, après un recul inédit de 0,7 % en 2017. À l'inverse des dépenses d'allocations, les dépenses d'insertion – c'est-à-dire toutes les dépenses autres que celles liées au versement des allocations, qu'elles soient liées ou non aux contrats d'insertion – ont diminué régulièrement au cours des dix dernières années, de 4,8 % en moyenne par an depuis 2009.

La mesure d'accompagnement social personnalisé : un dispositif qui peine à se développer

Fin 2017, 11 300 majeurs bénéficient d'une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) en France métropolitaine et dans les DROM, hors Mayotte (voir fiche 35). L'évolution du nombre de bénéficiaires, depuis sa mise en place en 2009, traduit une difficile montée en charge du dispositif. Les disparités départementales, liées à son inégale appropriation, sont très marquées. Le recours à une MASP est principalement motivé par une insécurité liée au logement ou à la santé du bénéficiaire. Les bénéficiaires de la MASP sont principalement des allocataires de minima sociaux, âgés de 30 à 59 ans et vivant seuls. La durée moyenne d'une mesure est de 17 mois. Trois mesures terminées sur dix sont liées à un retour à l'autonomie du bénéficiaire. ■



Vue d'ensemble
Fiches thématiques <
Annexes

Analyse transversale

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.

Un ensemble recouvrant des mesures légales obligatoires et d'autres décidées par les collectivités

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 2018, 742 milliards d'euros, soit 31 % 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 73 milliards d'euros, soit 10 % des dépenses totales de protection sociale en 2018 (*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 le quart des dépenses relevant des risques emploi, pauvreté et exclusion sociale (qui incluent par ailleurs les allocations 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 sociales¹ dans leur ensemble ont augmenté de 13 % en euros constants², soit un taux de croissance annuel moyen de 2,5 %. Depuis, si ce montant augmente encore, c'est à un rythme moins élevé : +1,4 % en 2018, après +1,3 % en 2017 et +1,9 % en 2016. La part de ces dépenses dans le total des dépenses de protection sociale a légèrement augmenté entre 2010 et 2018 (+0,7 point), pour atteindre 9,8 % en 2018 (*graphique 2*). La part du PIB consacrée à ces aides et actions est passée de 2,8 % en 2010 à 3,1 % 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 2018, 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 locales³ 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.

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. Ces budgets ne sont de plus pas ventilés selon le risque social qu'ils couvrent, et sont donc affectés, par convention, en totalité 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. 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 DOM. En 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

3. Loi n° 2004-809.

Tableau 1 Dépenses de protection sociale et parts de l'aide et l'action sociales dans ces dépenses, en 2018

Champs de la protection sociale	Montant total 2018 (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	261 083	11	3	7 ²	-	1
Vieillesse-survie ³	339 568	3	3	<1	-	-
Famille ⁴	56 065	27	14	3	10	-
Logement ⁵	17 174	1	<1	1	-	-
Emploi et pauvreté-exclusion sociale ⁶	68 224	25	17	1	3 ⁷	4
Total	742 114	10	5	3	1	1

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.

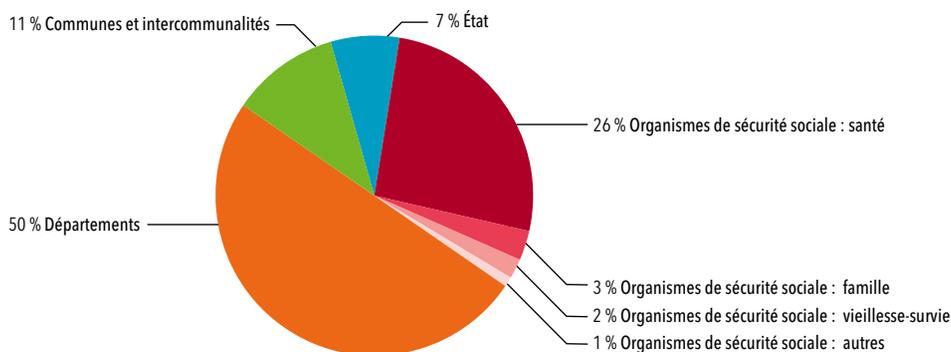
7. Dépenses des CCAS-CIAS ; il n'est pas possible en l'état actuel de ventiler ces dépenses par risque. Elles sont donc ici, conventionnellement, affectées intégralement au risque emploi, pauvreté, exclusion sociale.

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 742 114 millions d'euros en 2018 ; les dépenses d'aide et d'action sociales représentent 10 % de ce montant, dont 5 % pour l'aide sociale des départements.

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 2018

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.

Lecture > En 2018, les dépenses des départements représentent 50 % des dépenses totales d'aide et d'action sociales.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, Comptes de la protection sociale et enquête Aide 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.

Les communes et les intercommunalités, autres acteurs du social

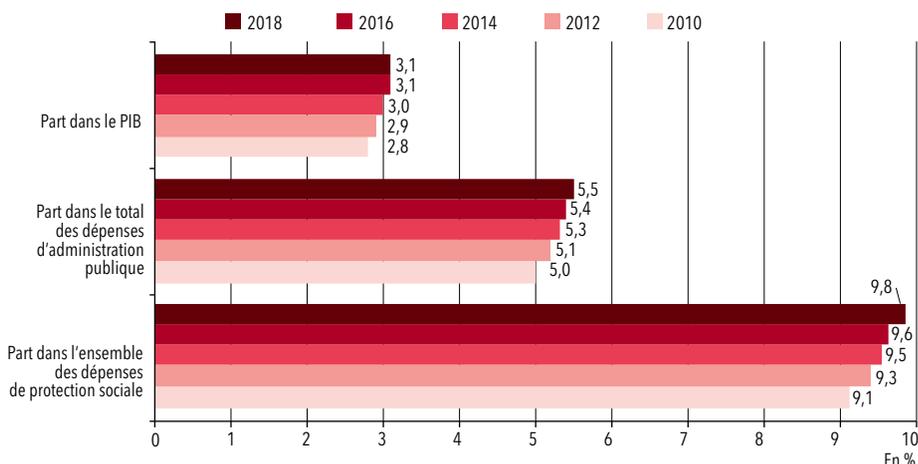
Sauf si le département leur délègue certaines compétences, les communes ne sont pas responsables de l'aide sociale. En matière d'action sociale, elles sont en revanche tenues à certaines obligations :

- participer à l'instruction des dossiers de demande d'aide sociale (excepté 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 existe⁴.

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.

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 2018



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 2018, les dépenses d'aide et d'action sociales représentent 9,8 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale, 5,5 % 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.

4. La constitution d'un CCAS est obligatoire pour les communes de plus de 1 500 habitants.

Par ailleurs, dans le cadre de la constitution des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)⁵, 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 sociale⁶, les EPCI 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 2018.

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 notamment⁷.

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 (personnes sans domicile, 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., Héam, J.-C., et al.** (dir.) (2020). *La protection sociale en France et en Europe en 2018*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiche 01.

5. En 2018, 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.

6. Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale.

7. 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.

Les Français soutiennent massivement les transferts publics en direction des personnes les plus vulnérables. Une forte majorité d'entre eux (65 % en 2019) 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. Près de sept Français sur dix 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.

Deux tiers 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 2019, lorsqu'on interroge les Français sur le RSA, les deux tiers souhaitent l'augmentation de son montant¹. Cette proportion est relativement stable depuis 2017 (*graphique 1*). La part des personnes jugeant qu'il faut, au contraire, le diminuer reste minoritaire (19 %), bien qu'en hausse de plus de 10 points par rapport à 2009. D'une façon générale, plus de la moitié des Français (57 %) estiment que les pouvoirs publics ne font pas assez pour les plus démunis. Cette proportion a toutefois chuté de 8 points par rapport à 2017. En dépit de ce fort soutien aux plus démunis, en 2019, à peine plus d'un quart des personnes favorables à une hausse du RSA se déclarent prêtes à accepter une hausse de leurs impôts pour la financer.

Les Français les plus modestes sont bien plus nombreux que les plus aisés à souhaiter une augmentation du montant du RSA : parmi les 20 % de

personnes les plus modestes, 77 % y sont favorables, contre 56 % parmi les 20 % de personnes les plus aisées. L'écart entre les plus modestes et les plus aisés, de 9 points en 2018 et de 21 points en 2019, s'est donc nettement creusé, en particulier en raison de la hausse observée chez les plus modestes (+7 points). En revanche, parmi les personnes qui sont favorables à une augmentation du RSA, 34 % de celles qui appartiennent aux ménages les plus aisés accepteraient de la financer par une hausse de leurs impôts ou de leurs cotisations, contre 27 % de celles qui vivent dans un ménage modeste.

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

En 2019, plus de la moitié des Français (53 %) estiment que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées (*graphique 2*), une part qui augmente de 8 points par rapport à 2018. Cette opinion est un peu plus partagée par les hommes (57 %). Par ailleurs, plus les personnes interrogées sont âgées, moins elles sont d'accord avec cette assertion : 62 % des jeunes adultes de 18 à 24 ans le sont, contre seulement 49 % des 50 ans ou plus. Enfin, parmi les personnes se déclarant limitées depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement², 45 % considèrent que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées.

1. Le montant est précisé aux enquêtés dans la question. Dans le Baromètre d'opinion de la DREES 2019, le montant indiqué est de 560 euros par mois, ce qui correspond au montant en vigueur en 2019 pour une personne seule sans autres ressources.

2. Dans les enquêtes en population générale, la population en situation de handicap est habituellement appréciée par le fait que les personnes se déclarent fortement limitées, en raison d'un problème de santé, depuis au moins six mois, dans les activités que les gens font habituellement. La sous-population étudiée ici est donc plus large que la population en situation de handicap.

Les Français sont très nombreux à se prononcer en faveur d'une intervention publique spécifique à l'égard des personnes handicapées. En 2019, 82 % 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 18 % 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 adultes handicapés (AAH)³. Fin 2019, son montant maximal est de 900 euros par mois pour une personne seule et sans ressources.

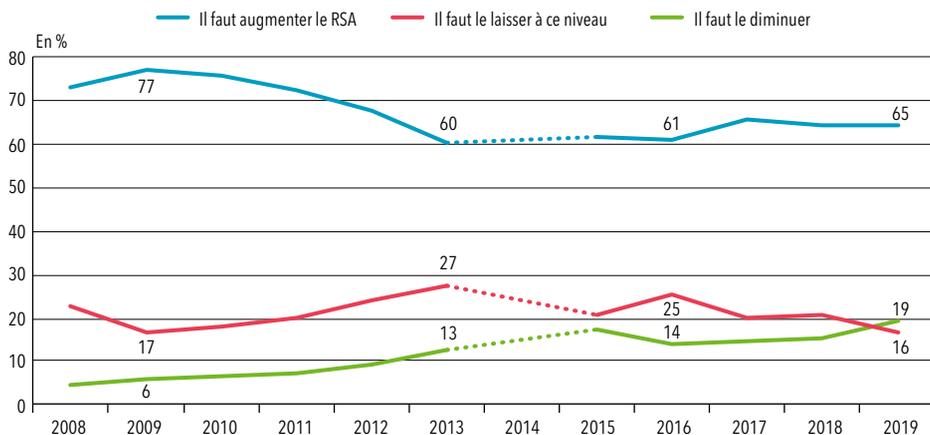
Encadré 1 Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

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 cependant 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, de 2008 à 2019



Notes > 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 enquêtes.

En 2019, 4 % des répondants ne se prononcent pas, contre 5 % en 2018. Entre 2009 et 2017, cette part représentait moins de 3 %.

Lecture > En 2019, 65 % 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 2008-2019.

3. 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.

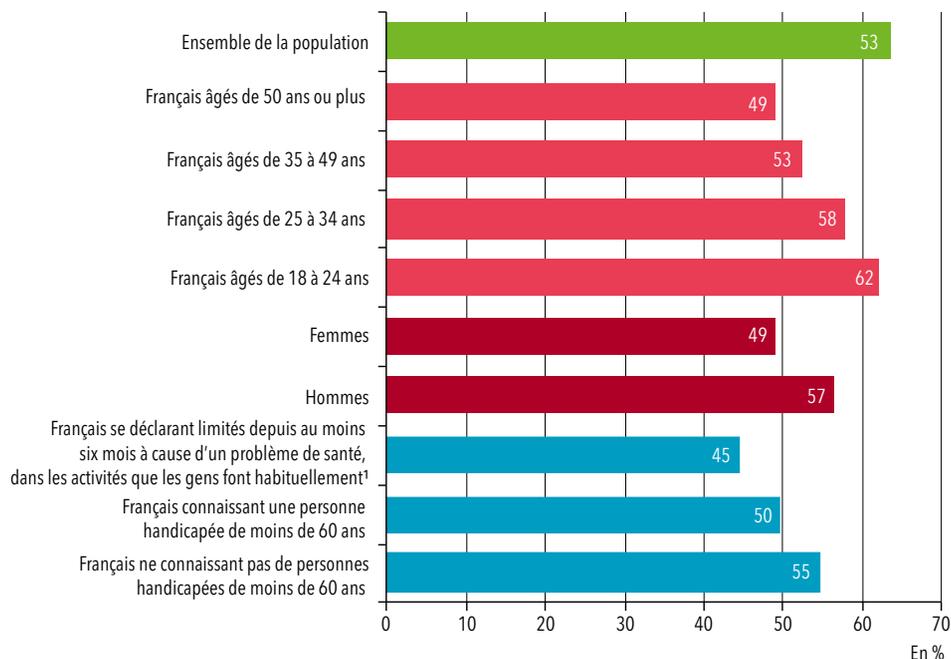
Il est supérieur à la plupart des minima sociaux, comme le RSA (560 euros) ou l'allocation de solidarité spécifique (ASS) [500 euros] et comparable à celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) [870 euros fin 2019], habituellement qualifiée de « minimum vieillesse ».

Les Français sont majoritairement favorables à une attribution des aides aux personnes handicapées sans condition de ressources. En 2019, 57 % des personnes interrogées estiment que les aides devraient être versées à toutes les personnes en situation de handicap, quels que soient leurs revenus⁴, tandis que 43 % préféreraient que les aides financières pour compenser

les surcoûts liés au handicap soient réservées à ceux qui disposent de faibles revenus. L'universalité des prestations liées au handicap est de plus en plus soutenue dans la société française : dix ans plus tôt, ils n'étaient que 37 % 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 condition de ressources – en cohérence avec sa logique de minimum social –, ce n'est pas le cas de la prestation de compensation du handicap (PCH), même si son montant peut varier en fonction des ressources (voir fiche 19).

Graphique 2 Personnes en accord avec le fait que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées, en 2019



1. Dans les enquêtes en population générale, la population en situation de handicap est habituellement approchée par les personnes se déclarant fortement limitées, en raison d'un problème de santé, depuis au moins six mois, dans les activités que les gens font habituellement. La sous-population étudiée ici, qui inclut aussi les personnes se déclarant limitées mais pas fortement, est donc plus large que la population en situation de handicap.

Lecture > En 2019, 49 % des 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 2019.

4. Il n'est pas précisé dans la question à partir de quel seuil cette aide devrait être réduite.

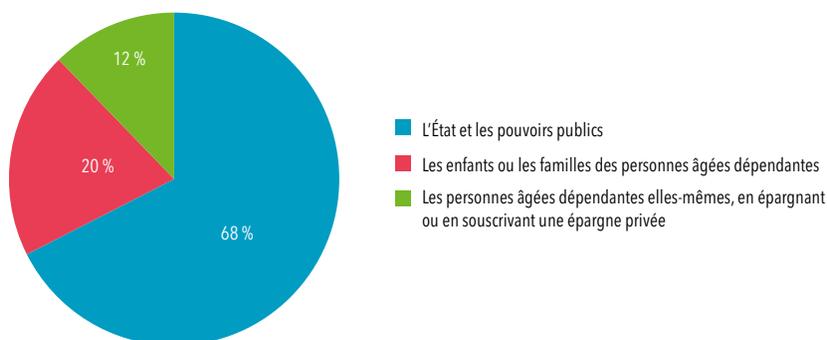
Celle-ci s'adresse aux personnes qui connaissent des difficultés pour la réalisation des actes de la vie quotidienne, à condition d'être âgées de moins de 60 ans au moment de la première demande ou d'exercer encore une activité professionnelle et de résider en France.

Près de sept Français sur dix 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 qu'elle rencontre dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, en raison d'incapacités durables. En 2019, pour près de sept Français sur dix (68 %), 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, trois personnes sur dix jugent que la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes devrait être principalement du ressort des enfants ou des familles (20 %) ou des personnes âgées dépendantes elles-mêmes par le biais de leur épargne ou d'une assurance privée (12 %).

L'opinion selon laquelle la responsabilité de la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes revient aux pouvoirs publics est moins partagée par les Français les plus aisés et par les jeunes adultes (18-24 ans). Ils sont six sur dix à le penser parmi les 20 % de Français les plus aisés, contre en moyenne sept personnes sur dix dans le reste de la population. Les personnes les plus aisées sont, à l'inverse, plus nombreuses en proportion à juger que ce sont les personnes âgées elles-mêmes qui devraient assumer leur prise en charge (19 %, contre 11 % pour le reste des Français). Quant aux 18-24 ans, ils sont également six sur dix à se prononcer en faveur d'une aide de l'État et des pouvoirs publics. Les jeunes adultes sont plus favorables que les autres classes d'âge à une prise en charge financière par les enfants ou les familles d'une part (un quart d'entre eux contre un cinquième des personnes de 25 ans et plus), et par les personnes âgées dépendantes elles-mêmes d'autre part, sous forme d'épargne ou d'assurance privée (18 % d'entre eux contre 12 % des personnes de 25 ans et plus).

Graphique 3 Les acteurs qui doivent, selon les Français, prendre en charge financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie, en 2019



Lecture > En 2019, 68 % 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 2019.

En revanche, il n'y a pas de différences d'opinion marquées selon que les personnes se déclarent ou non aidantes d'une personne âgée dépendante⁵.

En 2019, environ la moitié des répondants se prononcent en faveur de la création d'une cotisation obligatoire spécifique au financement de la perte d'autonomie (52 %), un chiffre relativement stable depuis 2004. Toutefois, seulement 30 % estiment que cette cotisation devrait être obligatoire pour tous, tandis que 22 % pensent qu'elle ne devrait l'être qu'à partir d'un certain âge. L'autre moitié des personnes interrogées préféreraient 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 (48 %).

Les répondants qui se déclarent aidants d'une personne âgée sont plus souvent en faveur d'une cotisation spécifique obligatoire que ceux n'apportant pas d'aide régulière (57 % contre 51 %). Cette opinion ne varie 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 (22 % contre 31 %). 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 2019, six Français sur dix préfèrent que l'aide aux personnes âgées dépendantes soit réservée à celles disposant de faibles revenus. Quatre sur dix souhaitent, à l'inverse, que l'aide financière apportée aux personnes âgées dépendantes soit universelle, sans condition de ressources. Ce niveau, en hausse de 15 points de pourcentage par rapport à 2013, reste cependant bien inférieur

à celui des personnes en faveur d'une aide universelle aux personnes handicapées (17 points de pourcentage de moins). 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 sévère⁶, 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'aïdants professionnels, au portage de repas ou à l'acquisition d'aides techniques (téléalarme, etc.) ou bien, pour les personnes âgées résidant en établissement, une partie des frais qui leur sont facturés dans ce cadre (tarif « dépendance »). 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 : ce « 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'aide à domicile qui restent à la charge des ménages (après APA, aide sociale locale ou des caisses de retraite) peuvent être 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 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)⁷. ■

5. Dans l'enquête Baromètre d'opinion de la DREES de 2019, un Français sur cinq indique apporter une aide régulière et bénévole à une personne âgée dépendante vivant chez lui, chez elle ou ailleurs (institution, etc.). Cette proportion est plus de deux fois supérieure à celle que l'on retrouve dans l'enquête CARE, qui donne une estimation précise du nombre d'aidants (Brunel, Latourelle et Zakri, 2019).

6. 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.

7. 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.

Pour en savoir plus

- > Le questionnaire du Baromètre d'opinion de la DREES et ses résultats depuis 2000 sont disponibles en datavisualisation sur : <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Barometre-DREES>
- > **Antunez, K.** (2020, mai). Les Français souhaitent une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie des personnes âgées. DREES, *Études et Résultats*, 1148.
- > **Brunel, M., Latourelle, J. et Zakri, M.** (2019, février). Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien, DREES, *Études et Résultats*, 1103.
- > **Lardeux, R., Pirus, C.** (2020, juillet). Le pouvoir d'achat, la pauvreté et les inégalités de revenus préoccupent toujours aussi fortement les Français. Synthèse du Baromètre d'opinion DRESS 2019. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 60.
- > **Perron-Bailly, É.** (2017, janvier). Handicap, dépendance et pauvreté : les Français solidaires des plus vulnérables. DREES, *Études et Résultats*, 990.

L'aide sociale des départements

Fin 2018, les départements attribuent 4,3 millions de mesures ou prestations d'aide sociale pour l'insertion ou à destination de personnes âgées, de personnes handicapées, d'enfants ou de 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 67 % du budget de fonctionnement des départements. Les dépenses nettes de recouvrements, récupérations et remboursements s'élèvent à 38,4 milliards d'euros pour l'année 2018. Après compensations financières de l'État pour certaines allocations, la charge nette des collectivités est de 29,1 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*).

4,3 millions d'aides sociales départementales fin 2018

Au 31 décembre 2018, les départements¹ sont en charge de 4,3 millions de mesures d'aide sociale (*tableau 1*), en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)², hors Mayotte. Les aides sociales au titre de l'insertion, qui regroupent les allocations du RSA³ 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 7,7 % 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 2018, le nombre total d'aides sociales augmente de 1,4 %. 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 0,9 % et 2,8 % en 2018. Les départements ont attribué 2,01 millions d'aides aux personnes âgées ou handicapées fin 2018, contre 1,98 million fin 2017. Cette évolution est principalement le fait des hausses des nombres de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation personnalisée

1. Par convention, les « départements » désignent ici les collectivités en charge des compétences départementales : les conseils départementaux, la collectivité de Corse, la métropole de Lyon et les collectivités territoriales uniques de Guyane et de 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 des départements, soit 1,9 million fin 2018. La population couverte par le RSA, incluant aussi les conjoints et les enfants à la charge des allocataires, est plus élevée : 3,8 millions de personnes.

d'autonomie (APA), de respectivement 5,5 % et 1,0 % en 2018. Alors que le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement aux personnes handicapées a augmenté de 1,3 % par rapport à 2017, l'aide sociale à l'hébergement de personnes âgées s'adresse à un nombre de personnes relativement stable (-0,2 %).

Au cours de l'année 2018, le nombre de mesures d'ASE est celui qui augmente le plus en proportion (+3,1 %, pour atteindre 355 000 aides au 31 décembre). Cette évolution repose principalement sur la hausse des mesures de placement (+5,4 %), 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

Domaines d'aide sociale	En %			
	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	2017-2018	2018
Allocataires du RSA, RMI et RSO¹	1 078	1 290	1 599	1 865	1 894	1 886	1 906	1,1	45
Aides sociales aux personnes âgées, dont :	340	1 161	1 349	1 429		1 453	1 465	0,9	34
APA	-	1 012	1 202	1 286		1 310	1 324	1,0	31
ASH en établissement et chez des particuliers	121	119	124	125		125	124	-0,2	3
Aides sociales aux personnes handicapées, dont :	236	266	421	518		531	546	2,8	13
ACTP	129	131	87	65		61	58	-5,1	1
PCH	-	7	185	284		298	315	5,5	7
Accueil et hébergement en établissement et chez des particuliers	93	110	127	147		150	152	1,3	4
Aides sociales à l'enfance (ASE), dont :	271	288	307	334		344	355	3,1	8
Enfants accueillis à l'ASE	140	145	154	169		177	187	5,4	4
Actions éducatives	130	142	153	165		167	168	0,6	4
Total des aides, dont :	1 925	3 005	3 676	4 146	4 175	4 214	4 272	1,4	100
Allocations individuelles de solidarité (APA, PCH, RSA)	-	2 309	2 986	3 435	3 464	3 494	3 545	1,5	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.

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 Caisse nationale des allocations familiales 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.

Lecture > Fin 2018, 4,3 millions de mesures ou prestations d'aide sociale ont été attribuées par les départements. Les aides sociales au titre de l'insertion en représentent 45 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; CCMSA.

Enfin, le nombre d'allocataires du RSA et du RSO augmente de 1,1 % au cours de l'année 2018, après deux années de baisse (-0,4 % en 2017 et -4,2 % en 2016). 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 (revenu minimum d'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'APA pour les personnes âgées, depuis 2002, et la PCH pour les personnes handicapées, depuis 2006. La progression de l'ASE est, enfin, la moins dynamique sur les quinze dernières années,

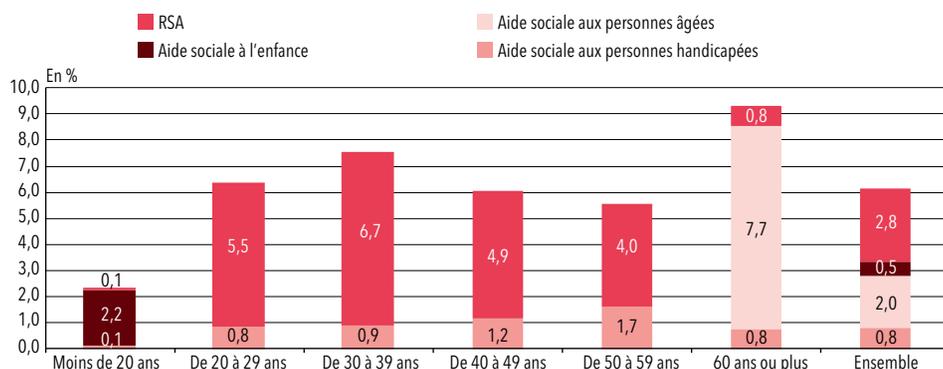
mais le nombre de mesures a tout de même augmenté de 31 % entre 2001 et 2018, soit une croissance supérieure à celle du nombre des jeunes de moins de 21 ans sur la même période.

Une structure des dépenses différente de celle des nombres d'aides

En 2018, les dépenses brutes d'aide sociale s'élèvent à 39,9 milliards d'euros, après récupérations faites auprès des bénéficiaires, des obligations 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 16) [tableau 2].

Depuis 2001, la structure des dépenses brutes d'aide sociale a subi de profonds bouleversements. Entre 2001 et 2018, 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.

Graphique 1 Taux de bénéficiaires de l'aide sociale des départements dans l'ensemble de la population, en décembre 2018



Notes > 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 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 > Fin 2018, 2,2 % des personnes 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 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

Tableau 2 Les dépenses brutes d'aide sociale départementale, de 2001 à 2018

Dépenses en millions d'euros courants, évolutions en euros constants 2018

	Montants des dépenses brutes annuelles (en euros)					Évolution (en %)		Part dans le total des dépenses (en %)	Montant mensuel moyen par aide ⁵ (en euros)
	2001	2006	2012	2017	2018	2017/2018	2001/2018	2018	2018
Insertion et allocations liées au RSA, RMI et RSO¹, dont :	745	7 204	9 321	11 818	12 082	0,4	1 178,7	30	530
Allocations	-	6 063	8 218	10 809	11 117	1,0	-	28	490
Insertion	745	1 140	1 103	1 009	964	-6,2	2,1	2	40
Aide sociale aux personnes âgées, dont :	1 746	5 657	6 996	7 606	7 697	-0,6	247,3	19	420
APA	-	4 365	5 471	5 942	6 024	-0,5	-	15	380
ASH en établissement et chez des particuliers ²	881	999	1 240	1 292	1 281	-2,7	14,6	3	860
Aide sociale aux personnes handicapées, dont :	3 110	4 580	7 213	8 320	8 440	-0,4	113,9	21	1 190
ACTP	697	762	514	405	387	-6,0	-56,2	1	540
PCH	-	93	1 423	1 931	2 038	3,6	-	5	550
Accueil et hébergement en établissement et chez des particuliers	2 271	3 326	4 534	5 186	5 179	-1,9	79,7	13	2 860
Aide sociale à l'enfance (ASE)	4 591	5 736	7 360	7 948	8 300	2,5	42,4	21	1 690
Enfants accueillis à l'ASE ³	3 154	4 418	5 639	6 303	6 588	2,6	64,6	17	3 020
Actions éducatives	270	361	434	473	498	3,2	45,1	1	250
Personnel, services communs et autres frais d'intervention sociale⁴	1 747	2 576	3 222	3 453	3 403	-3,2	53,5	9	-
Total (hors aide médicale générale), dont :	11 939	25 753	34 113	39 145	39 921	0,1	163,5	100	ND
Allocations individuelles de solidarité (APA, PCH, RSA)	-	10 521	15 112	18 682	19 179	0,8	-	48	450

ND : non disponible.

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 leurs 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.

5. Montant moyen calculé sur le champ des prestations qui peuvent être dénombrées.

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 2018. 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.

Lecture > En 2018, les dépenses brutes totales d'aide sociale des départements s'élèvent à 39,9 milliards d'euros, soit une hausse de 0,1 % en euros constants par rapport à 2017 et de 163,5 % depuis 2001.**Champ >** France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.**Source >** DREES, enquête 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 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 2018, 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 tout comme 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 53 % 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.

67 % des dépenses de fonctionnement des départements consacrées à l'aide sociale en 2018

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'euros⁴. Elle représente ainsi 67 %⁵ des dépenses de fonctionnement⁶ des

conseils départementaux, alors que la proportion était inférieure à 60 % au début des années 2000 (*graphique 2*). Cette part varie entre 22 % et 78 % selon les départements en 2018 (*carte 1*). Seuls 5 départements consacrent moins de la moitié de leur budget à l'aide et l'action sociales et cette proportion est comprise entre 60 % et 75 % (inclus) dans 8 départements sur 10.

38,4 milliards d'euros de dépenses nettes en 2018, 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 2018, les conseils départementaux ont ainsi récupéré ou recouvré 1,5 milliard d'euros, soit 3,8 % des dépenses brutes totales d'aide sociale. Après déduction de ce montant, les dépenses nettes engagées par les départements s'élèvent à 38,4 milliards d'euros. Ce montant est quasi stable par rapport à 2017 (-0,2 % en euros constants⁷), après une hausse de 5,7 % en moyenne par an entre 2002 et 2017 (*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 %.

Des contributions de la CNSA à hauteur de 39 % des dépenses brutes d'APA et de 30 % de celles de PCH en 2018

Les dépenses liées aux allocations individuelles de solidarité sont en partie compensées par des financements spécifiques de l'État⁸.

4. Source : Direction générale des collectivités locales (DGCL), extraits de comptes administratifs des départements.

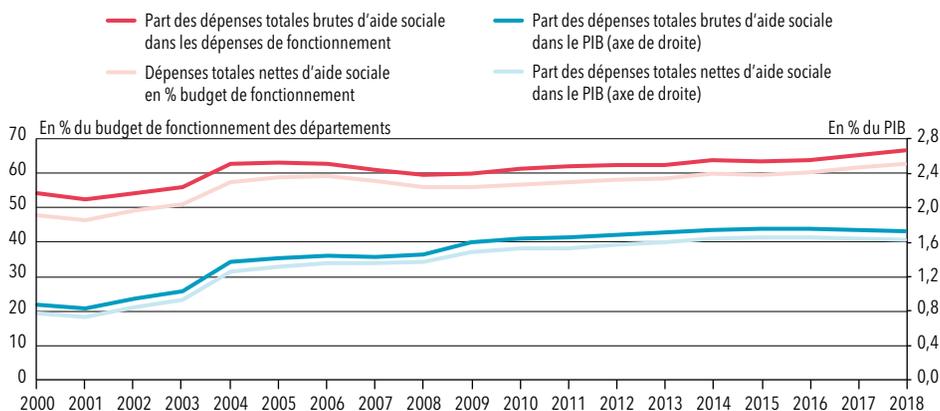
5. Pour calculer ce ratio, ce sont les dépenses brutes avant toute récupération, y compris pour l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, qui sont utilisées.

6. 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.

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 DOM. En 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

8. Voir fiche 04 pour une description plus complète du financement des dépenses des départements.

Graphique 2 Évolution de la part des dépenses d'aide sociale, de 2000 à 2018



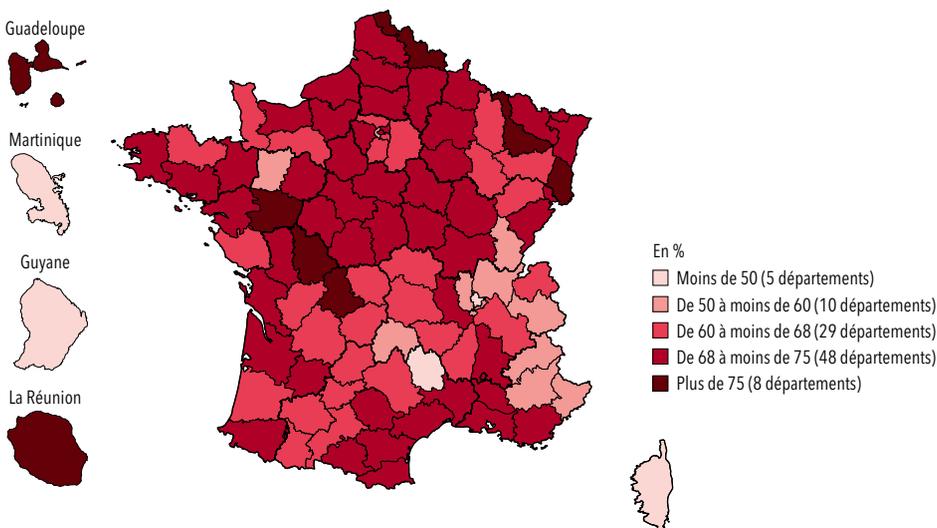
Note > Contrairement aux tableaux 2 et 3, les dépenses brutes sont ici avant récupérations auprès des bénéficiaires, des obligés alimentaires et des héritiers pour l'ASH aux personnes âgées.

Lecture > En 2018, 67 % dépenses de fonctionnement des départements sont consacrées à l'aide sociale.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; DGCL, extraits des comptes administratifs des départements ; Insee, Comptes nationaux annuels.

Carte 1 Part des dépenses d'aide sociale dans les dépenses totales de fonctionnement des départements, en 2018



Note > Au niveau national, 67 % des dépenses de fonctionnement des départements sont consacrées à l'aide sociale en 2018. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 68 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

Concernant les personnes âgées ou handicapées, celui-ci verse une contribution aux départements *via* la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En 2018, elle s'élevait à 2,9 milliards d'euros au total et correspond à, respectivement, 39 % et 30 % des dépenses brutes d'APA et de PCH⁹.

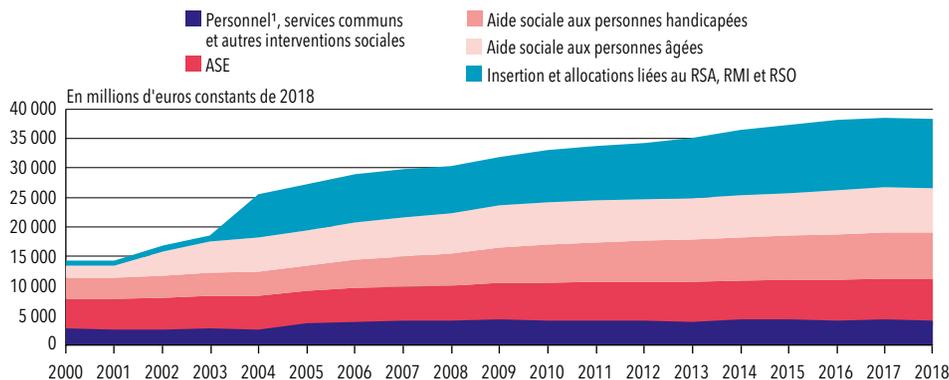
La compensation relative à l'APA s'élève à 2,3 milliards d'euros en 2018, soit une augmentation de 2,1 % en un an en euros constants. Entre 2012 et 2015, elle a progressé en moyenne annuelle de 1,6 % en euros constants, mais elle a ensuite augmenté de 8,5 % par an en moyenne entre 2015 et 2018. Le taux de couverture des dépenses brutes d'APA est ainsi passé de 30,2 % en 2012 à 38,5 % en 2018. Il a sensiblement progressé à partir de 2016 avec la compensation spécifique de la réforme de l'APA¹⁰.

Le concours PCH, de 0,6 milliard d'euros en 2018, augmente de 2,7 % en un an en euros constants

(après +1,4 % en 2017). Le taux de couverture des dépenses de PCH, contrairement à celui sur l'APA, diminue, passant de 38,3 % en 2012 à 29,6 % en 2018 (soit -22,5 % entre 2012 et 2018). Au cours de cette période, les dépenses brutes de PCH ont progressé six fois plus que les concours de la CNSA (respectivement +37,0 % et +6,1 % en euros constants). La CNSA soutient également les actions de prévention de la perte d'autonomie mises en œuvre par les conférences des financeurs. En 2018, les concours relatifs au forfait autonomie et aux autres actions de prévention attribués aux départements s'élèvent à 180 millions d'euros.

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

Graphique 3 Évolution des dépenses nettes d'aide sociale des départements, de 2000 à 2018



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 recouvrements, récupérations et remboursements mais elles sont calculées avant déduction des dépenses prises en charge par l'État par l'intermédiaire de la CNSA, du FMDI et de la TICPE. Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2018. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.

Lecture > Les dépenses nettes d'aide sociale destinées aux personnes âgées s'élèvent à 7,5 milliards d'euros en 2018.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, Enquête Aide sociale.

9. 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.

10. 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.

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 5,7 milliards en 2018. 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 triennale 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 nouvelle enveloppe de 50 millions d'euros a été répartie, en 2018, entre les départements signataires afin d'honorer la deuxième tranche annuelle de chacune des conventions triennales. Ainsi, TICPE, FMDI et FAPI confondus, le taux de compensation des dépenses brutes d'insertion s'élève à 51,5 % en 2018.

Après déduction des concours financiers de l'État, au titre de l'APA, de la PCH et du RSA¹¹, aux dépenses nettes, la charge nette d'aide sociale des départements s'élève, en 2018, à 29,1 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 28 % ; l'aide sociale aux personnes handicapées 25 % ; l'aide sociale au titre de l'insertion 19 % et l'aide sociale aux personnes âgées 17 %. Enfin, le poste « Personnel, services communs et autres interventions sociales » représente 11 % des charges nettes. ■

Tableau 3 Dépenses et charges nettes d'aide sociale des départements, en 2018

		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 brutes¹	En millions d'euros	8 300	8 440	12 082	7 697	3 403	39 921
	Répartition en %	21	21	30	19	9	100
Dépenses nettes, après autres récupérations et recouvrements	En millions d'euros	7 993	7 852	11 784	7 527	3 240	38 395
	Répartition en %	21	20	31	20	8	100
Charges nettes, après compensations de l'État³	En millions d'euros	7 993	7 248	5 560	5 026	3 240	29 066
	Répartition en %	28	25	19	17	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 16).

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).

Lecture > En 2018, les charges nettes d'aide sociale des départements s'élèvent à 29,1 milliards d'euros. L'aide sociale à l'enfance, qui ne fait l'objet d'aucune compensation, en représente 28 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; DGFiP.

11. Ainsi que pour le soutien aux actions de prévention de la perte d'autonomie.

En 2018, les dépenses et les recettes de fonctionnement des départements sont en baisse pour la deuxième année consécutive et atteignent respectivement 61,3 et 69,7 milliards d'euros. Avec 40 % des recettes, les impôts indirects constituent la principale composante des ressources ; les impôts directs en représentent moins d'un tiers. Les dotations, participations et autres recettes constituent 28 % des recettes.

En 2018, les dépenses totales de fonctionnement des départements s'élèvent à 61,3 milliards d'euros, dont 67 % consacrées à l'aide sociale¹.

Des recettes et des dépenses de fonctionnement en baisse pour la deuxième année consécutive

Les dépenses de fonctionnement sont financées par des recettes qui atteignent 69,7 milliards d'euros² en 2018. La différence entre les recettes et les dépenses de fonctionnement 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 2016, les recettes et les dépenses de fonctionnement des départements ont augmenté respectivement, en moyenne annuelle, de 3,5 % et de 4,6 % en euros constants³ (graphique 1). La baisse des dépenses (-1,3 %) et des recettes (-1,1 %) observée entre 2016 et 2017 se poursuit : respectivement -1,9 % et -1,4 % entre 2017 et 2018. Ces diminutions inédites sont principalement liées aux transferts de

compétences des départements vers les régions en matière de transport. Initiés en 2017, ceux-ci se poursuivent en 2018 en année pleine⁴.

La fiscalité indirecte, premier poste de recettes des départements

Représentant 40 % des recettes (tableau 1), les impôts indirects constituent la plus importante composante des ressources de fonctionnement des départements (28,1 milliards d'euros). Parmi eux, les droits de mutation à titre onéreux (DMTO) s'établissent à 12,0 milliards d'euros en 2018. Bien que leur évolution soit nettement moins dynamique cette année que les précédentes (+2,5 % en un an et +61,5 % en cinq ans, en euros constants), ce sont encore les recettes qui progressent le plus. Elles bénéficient à la fois du dynamisme du marché de l'immobilier et de la hausse des taux plafond initiée en 2014⁵. La taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) augmente légèrement en 2018 (+1,2 % en euros constants par rapport à 2017) et s'établit à 7,3 milliards d'euros. Elle avait

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). En revanche, dans le reste de l'ouvrage, le montant total des dépenses d'aide sociale est un peu moins élevé car, au sein de ces dépenses, celles relatives à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées sont 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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

4. Selon le rapport de l'Observatoire des finances et de la gestion publique locales sur « Les finances des collectivités en 2019 », hors transferts, les recettes et dépenses de fonctionnement continuent d'augmenter en 2018.

5. 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 %. En 2018, seuls quatre départements ont maintenu leur taux à 3,8 %.

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 2018, montant stable depuis plusieurs années.

22,4 milliards d'euros prélevés directement en 2018

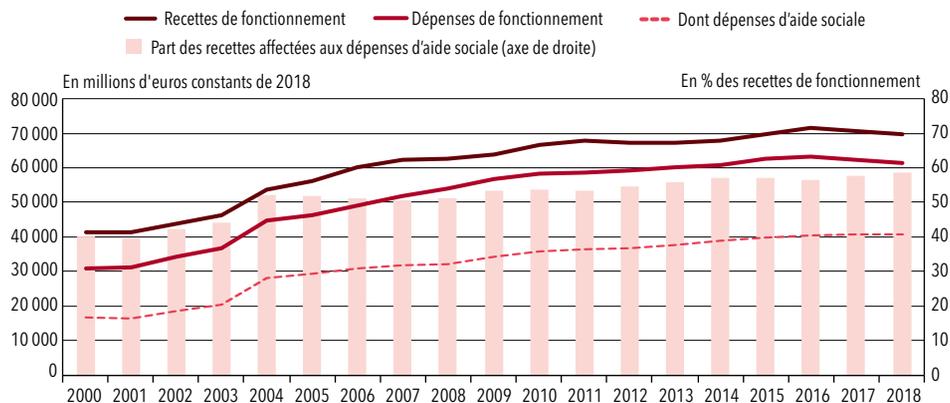
Les recettes de fonctionnement des départements sont également alimentées par des impôts prélevés directement auprès des contribuables. Les produits du foncier bâti ainsi que de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) constituent des contributions directes pour un montant de 22,4 milliards d'euros en 2018, soit 32,1 % des recettes de fonctionnement. Ils sont une nouvelle fois en baisse de 2,2 % en euros constants par

rapport à 2017, après celle de 5,7 % l'année précédente. Cette évolution de la fiscalité directe est essentiellement liée au transfert d'une partie de la CVAE aux régions, à la suite des transferts de compétences des départements vers les régions en matière de transport initiés en 2017, et dont les effets se poursuivent en 2018.

Les concours de l'État encore en baisse en 2018

Le montant des concours financiers de l'État inscrits en recettes de fonctionnement atteint 16,4 milliards d'euros en 2018, soit un recul de 3,3 % en euros constants par rapport à 2017 (-17,2 % entre 2013 et 2018). 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 2018. Elle diminue de 2,2 % en un an et de 30,4 % depuis 2013 ; cette baisse s'inscrit dans le cadre de la contribution des départements au redressement des finances publiques.

Graphique 1 Évolution des recettes et des dépenses de fonctionnement des départements, entre 2000 et 2018



Notes > 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.

Lecture > En 2018, les dépenses de fonctionnement des départements s'établissent à 61,3 milliards d'euros, dont 40,8 milliards consacrés à l'aide sociale. Les recettes s'élèvent à 69,7 milliards et les dépenses d'aide sociale en représentent 59 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

L'État verse également une contribution aux départements de 3,1 milliards d'euros (+2,0 % par rapport à 2017), via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dédiée au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et d'un soutien aux actions de prévention de la perte d'autonomie. De plus, 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) [voir fiche 03 pour plus de précisions sur

les compensations accordées pour le financement de l'APA, de la PCH et du RSA].

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 de fonctionnement des départements, en 2018

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

	Recettes de fonctionnement			Évolution (en %)			Répartition des recettes (en %)	
	2013	2017	2018	2017-2018	2016-2017	2013-2018	2013	2018
Impôts directs	20,5	22,5	22,4	-2,2	-5,7	5,5	31,6	32,1
Impôts indirects	21,9	27,1	28,1	1,6	6,0	23,9	33,7	40,3
dont droits de mutation à titre onéreux (DMTO)	7,2	11,5	12,0	2,5	15,4	61,5	11,0	17,2
dont taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)	6,7	7,1	7,3	1,2	0,6	5,3	10,3	10,5
dont taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE)	6,5	6,5	6,5	-1,3	-0,9	-2,4	10,0	9,4
Dotations et participations	19,1	16,7	16,4	-3,3	-5,2	-17,2	29,5	23,5
dont dotation globale de fonctionnement (DGF)	12,2	8,8	8,8	-2,2	-12,1	-30,4	18,8	12,6
dont dotation Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	2,3	3,0	3,1	2,0	8,9	31,6	3,5	4,5
dont Fonds de mobilisation départementale pour l'insertion (FMDI)	0,5	0,5	0,5	-4,2	1,2	-4,6	0,8	0,7
Autres recettes	3,4	3,1	2,9	-10,7	-1,7	-19,1	5,2	4,1
Total recettes	64,9	69,4	69,7	-1,4	-1,1	3,7	100,0	100,0

Lecture > En 2018, les produits perçus au titre des impôts indirects s'élèvent à 28,1 milliards d'euros, en hausse de 1,6 % par rapport à 2017. Ils représentent 40,3 % des recettes de fonctionnement des départements.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DGCL, extraits des comptes administratifs des départements ; CNSA.

Pour en savoir plus

> Laignel, A., Guéné, C. (2019, septembre). *Les finances des collectivités locales en 2019*. Observatoire des finances et de la gestion publique locales. Rapport.

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. Les dépenses liées au revenu de solidarité active (RSA) et aux aides 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 constitue la plus grande part des dépenses.

Fin 2018, les conseils départementaux attribuent 4,3 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 nettes¹ s'élèvent à 38,4 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 mesures² d'aide sociale en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) est de 64 pour 1 000 habitants, fin 2018. 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 un tiers des collectivités, le taux reste compris entre 57 et 69 aides pour 1 000 habitants, ces valeurs se situant à plus ou moins 10 % de la médiane³ (égale à 65). Dans 2 départements sur 10, il est plus élevé, variant de 69 à 81, soit entre 110 % et 125 % de la médiane et encore plus haut dans 14 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.

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. Ce taux contient certains doubles comptes possibles entre mesures d'aide sociale. C'est le cas de 88 % des bénéficiaires de l'ASH en établissement d'hébergement pour personnes âgées qui sont également bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) fin 2015, selon l'enquête EHPA de la DREES. De même, les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (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 accueillis à l'ASE.

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

Tableau 1 Indicateurs de disparité de l'aide sociale des départements, en 2018

	Distribution					Indicateurs de disparité			
	1 ^{er} décile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	9 ^e décile	Rapport inter-décile	Part de départements se situant à +/- 10 % de la médiane	Max/min en France métropolitaine et dans les DROM, hors Mayotte	Max/min en France métropolitaine
Nombre moyen de bénéficiaires pour 1 000 habitants									
Insertion	15,3	19,3	23,6	29,4	39,4	2,6	23	12,0	5,1
Aide aux personnes âgées	16,1	20,8	23,8	29,0	34,7	2,2	36	11,7	4,9
Aide aux personnes handicapées	6,7	7,4	8,5	9,7	10,7	1,6	37	5,4	3,3
Aide sociale à l'enfance	4,0	4,6	5,4	6,3	7,2	1,8	33	3,0	3,0
Ensemble	48,6	54,9	64,8	73,0	83,6	1,7	32	4,6	2,6
Nombre moyen de bénéficiaires pour 1 000 habitants de la tranche d'âge de référence¹									
Insertion	23,1	28,5	35,0	43,9	58,3	2,5	23	11,9	5,1
Aide aux personnes âgées	66,2	74,0	84,8	95,2	109,5	1,7	37	2,9	2,9
Aide sociale à l'enfance	15,6	18,4	22,5	26,9	30,0	1,9	26	4,0	4,0
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire, en euros									
Insertion ² , dont :	490	510	520	530	550	1,1	98	1,6	1,3
Allocations ³	470	470	480	490	500	1,1	98	1,3	1,2
Autres dépenses d'insertion ³	30	30	50	60	80	2,7	19	6,0	6,0
Aide aux personnes âgées ² , dont :	370	390	420	440	490	1,3	70	3,0	1,6
APA ³	340	360	380	410	430	1,3	66	2,3	1,5
ASH en établissement ⁴	630	730	820	970	1 230	2,0	33	12,0	7,7
Aide aux personnes handicapées ² , dont :	930	1 060	1 210	1 300	1 400	1,5	55	3,0	3,0
PCH et ACTP ³	380	430	490	590	690	1,8	29	4,0	4,0
Aides à l'accueil ³	2 200	2 390	2 770	3 220	3 550	1,6	33	2,8	2,8
Aide sociale à l'enfance ² , dont :	1 380	1 510	1 770	1 990	2 170	1,6	37	3,5	3,5
Placements ³	2 290	2 580	2 890	3 210	3 630	1,6	45	3,3	3,3
Ensemble ²	670	710	740	770	840	1,3	74	1,9	1,7

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 69 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.

Notes > Les nombres moyens de bénéficiaires ou d'habitants en 2018 sont calculés comme les moyennes des nombres observés en décembre 2017 ou au 1^{er} janvier 2018 et de ceux observés en décembre 2018 ou au 1^{er} janvier 2019. 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.

Le ratio Max/Min a été calculé en écartant un département pour lequel les dépenses d'insertion indiquées ont été considérées erronées.

La médiane, les 1^{er} et 3^e quartiles, les 1^{er} et 9^e déciles sont des valeurs qui partagent en deux les observations d'une variable rangée en ordre croissant. La médiane est la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements. Les 1^{er} et 3^e quartiles sont les valeurs en dessous desquelles se situent respectivement 25 % et 75 % des départements. Les 1^{er} et 9^e 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 9^e décile à celle du 1^{er} décile.

Lecture > Les dépenses nettes d'aide sociale à l'enfance sont inférieures à 1 510 euros par mois et par aide dans 25 % des départements.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; CCMSA ; Insee, estimations provisoires de population aux 1^{ers} janvier 2018 et 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

Symétriquement, le ratio est plus faible, compris entre 70 % et 90 % de la médiane (entre 45 et 57 aides par habitant), dans un 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.

La répartition des dépenses d'aide sociale sur le territoire est proche de celle des mesures, mais est un peu moins hétérogène. En 2018, la dépense annuelle nette moyenne d'aide sociale est de 580 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). Dans 4 collectivités sur 10, les dépenses par habitant sont comprises entre 500 et 610 euros, relativement proches de la médiane (560 euros). Le ratio est plus faible dans un quart des départements, où il varie entre 390 et

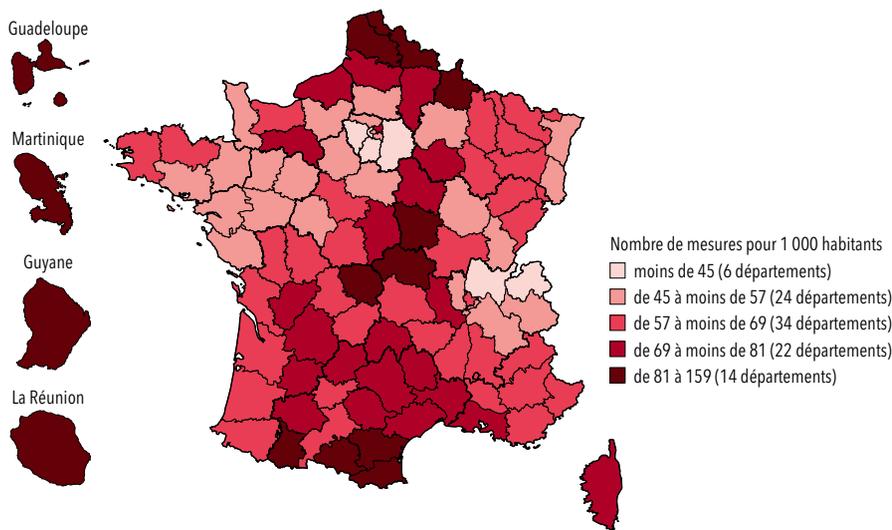
500 euros par habitant, soit entre 70 % et 90 % de la médiane. À l'opposé, il est relativement plus élevé dans un autre quart des collectivités, dont les dépenses rapportées à la population fluctuent entre 110 % et 130 % de la médiane, de 610 à 720 euros. Enfin, il est bien plus élevé dans 9 départements, dont 6 comptent des dépenses par habitant comprises entre 720 et 820 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 par 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, laissent relativement moins de marge de manœuvre aux départements.

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale départementale, fin 2018



Notes > 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 2018, le taux de mesures d'aide sociale est de 64 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 65.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

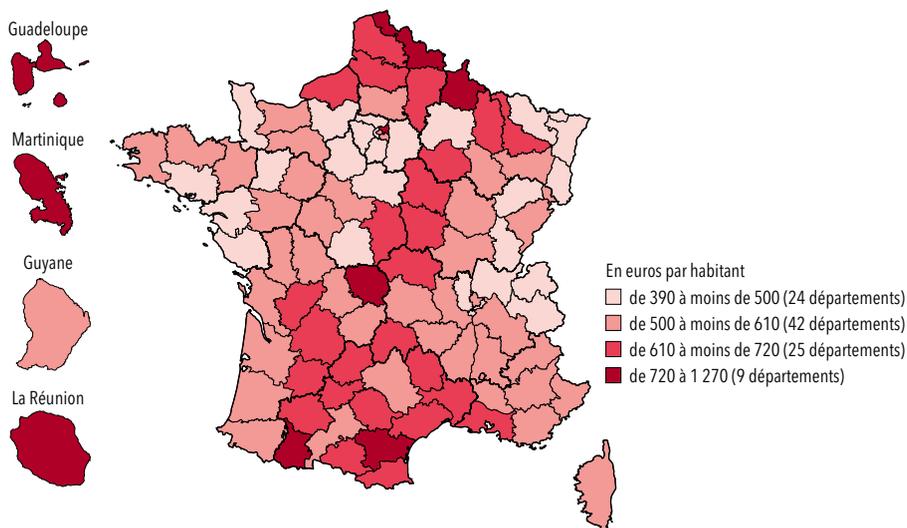
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; CCMSA ; Insee, estimations provisoires de population aux 1^{ers} janvier 2018 et 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

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 98 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 les départements ont davantage de liberté dans le montant des aides ou dans les modalités de prise en charge. Ainsi, les disparités en matière de dépenses par bénéficiaire sont plus prononcées : le rapport interdécile atteint 1,6 pour l'aide sociale à l'enfance et 1,5 pour l'aide sociale aux personnes handicapées⁴. Ces différences importantes s'expliquent en premier lieu

par la forte variabilité des dépenses d'accueil ou de placement, qui sont 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 2018 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 handicapées⁵. 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 2018



Note > Au niveau national, la dépense annuelle totale nette d'aide sociale des départements est de 580 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 ; Insee, estimations provisoires de population aux 1^{ers} janvier 2018 et 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

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

5. En ce qui concerne les personnes âgées, seule l'allocation 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.

Pour en savoir plus

> **Clément, É., Mansuy, M.** (2011, mai). Les dépenses sociales des départements : évolutions et disparités spatiales. Dans C. Zaidman (dir.), *Les comptes de la protection sociale 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.

Fin 2018, 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 37 100 assistants familiaux, 36 600 agents administratifs et techniques et près de 31 100 agents sociaux et éducatifs.

Au 31 décembre 2018, les conseils départementaux emploient 82 300 agents, hors contrats aidés, dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale, un chiffre stable par rapport à l'année précédente (+0,3 %). En y ajoutant les 37 100 assistants familiaux employés directement par les départements, dont l'effectif est en baisse de 1,4 % par rapport à 2017, l'ensemble représente 119 400 personnes. Le personnel départemental de l'action sociale et médico-sociale représente 39 % des effectifs totaux de personnel des départements¹.

Les personnels administratifs et techniques constituent les plus gros effectifs

Fin 2018, les services départementaux comptent 36 600 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 relève de la catégorie B².

Le personnel social et éducatif est la deuxième catégorie la plus importante : 31 100 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 3 800 personnes, soit 5 % des effectifs totaux dédiés à l'action sociale et médico-sociale. 72 % sont des médecins et 28 % des sages-femmes. De plus, le personnel paramédical comprend 8 700 professionnels, dont 53 % de puéricultrices, 31 % d'infirmiers et 10 % 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 230 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 2018, 37 100 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 équivalent temps plein (ETP), les effectifs des services départementaux employés dans le champ de l'action sociale et médico-

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.

sociale hors assistants familiaux s'élèvent à plus de 77 100, soit 94 % des effectifs totaux. La quotité moyenne de temps de travail est variable selon les catégories de personnel. C'est parmi les personnels médico-techniques (96 %) et les personnels administratifs et techniques (95 %) que cette quotité est la

plus élevée, en particulier parmi ceux de catégorie A (97 %). Le ratio le plus faible est observé pour le personnel médical où il atteint 86 % par agent, et en particulier 83 % pour les médecins, pour lesquels les départements peuvent rencontrer des difficultés de recrutement³ et ont recours à des vacances⁴.

Tableau 1 Les effectifs des personnels départementaux de l'action sociale et médico-sociale, au 31 décembre 2018

	Effectifs	ETP ¹	Rapport ETP/ Effectifs (en %)	Proportion des effectifs (en %)	Proportion des ETP (en %)
Personnels administratifs et techniques	36 590	34 860	95,3	44,5	45,2
Cadre A	6 440	6 270	97	17,6	18,0
Cadre B	11 250	10 680	95	30,7	30,6
Cadre C	18 900	17 900	95	51,7	51,3
Personnel social et éducatif	31 120	29 060	93,4	37,8	37,7
Conseillers socio-éducatifs	1 510	1 480	98	4,9	5,1
Assistants socio-éducatifs	28 290	26 340	93	90,9	90,6
Éducatrices de jeunes enfants	420	390	93	1,3	1,3
Moniteurs éducateurs	290	290	100	0,9	1,0
Agents sociaux	180	170	94	0,6	0,6
Autres personnels socio-éducatifs	430	400	93	1,4	1,4
Personnel paramédical	8 660	8 010	92,5	10,5	10,4
Rééducateurs	100	80	80	1,2	1,0
Puéricultrices	4 610	4 230	92	53,2	52,8
Infirmiers	2 650	2 470	93	30,6	30,8
Auxiliaires de soins	50	60	120	0,6	0,7
Auxiliaires de puériculture	840	800	95	9,7	10,0
Autres personnels paramédicaux	410	380	93	4,7	4,7
Personnel médical	3 790	3 260	86,0	4,6	4,2
Médecins	2 710	2 260	83	71,504	69,3
Sages-femmes	1 080	1 000	93	28,496	30,7
Psychologues	1 890	1 710	90,5	2,3	2,2
Personnels médico-techniques	230	220	95,7	0,3	0,3
Biologistes, vétérinaires et pharmaciens	30	30	100	13,0	13,6
Assistants médico-techniques	90	90	100	39,1	40,9
Autres personnels médico-techniques	110	100	91	47,8	45,5
Total général	82 270	77 110	93,7	100	100
Nombre d'assistants familiaux	37 080	-	-	-	-
Total général (avec assistants familiaux)	119 350	-	-	-	-

1. ETP : équivalent temps plein.

Notes > 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-éducatifs » se compose, à partir des données brutes 2018, de 73 % d'assistants de service social, 20 % d'éducateurs spécialisés et 7 % de conseillers en économie sociale et familiale.

Lecture > Les personnels administratifs et techniques comptent 36 590 personnes, et représentent 44,5 % des effectifs totaux des conseils départementaux, hors assistants familiaux. Parmi eux, 17,6 % sont des cadres A.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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 data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Aide et action sociales, sous-rubrique La protection maternelle et infantile (PMI).

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 neuf 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 onze autres. Dans l'ensemble des départements, l'action sociale polyvalente regroupe en moyenne 31 % 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 respectivement 17 % et 16 %. Le secteur de l'aide aux personnes âgées et aux personnes 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 (63 %) exercent dans ce dernier. Le personnel médical et paramédical se concentre principalement au sein du secteur de la PMI et des centres de planification (respectivement 80 % et 75 %).

Les psychologues exercent principalement dans le secteur de l'ASE (48 %) et dans celui de la PMI (24 %). Les personnels sociaux et éducatifs interviennent majoritairement dans les services polyvalents (50 %) et dans celui de l'ASE (27 %). Enfin, les personnels administratifs et techniques sont logiquement présents dans l'ensemble des secteurs de l'aide et l'action sociales. Comparativement aux autres professions, leur présence est davantage marquée dans le secteur de l'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées (20 % de leurs effectifs, contre 13 % pour l'ensemble des personnels de l'action sociale et médico-sociale) et plus limitée dans ceux de la prophylaxie sanitaire et de la PMI.

Tableau 2 Répartition par secteur d'activité du personnel départemental de l'action sociale et médico-sociale, en équivalent temps plein, au 31 décembre 2018

	Prophylaxie sanitaire	PMI ¹ et centres de planification	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	0	24	48	2	3	11	11	100
Personnel paramédical	3	75	2	0	11	4	5	100
Personnel social et éducatif	1	3	27	8	7	50	4	100
Personnels médico-techniques	63	7	1	0	15	2	12	100
Personnels administratifs et techniques	1	7	13	13	20	25	20	100
Total général	2	16	17	9	13	31	11	100

En %

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 > 31 % des personnels (exprimés en ETP) de l'action sociale et médico-sociale des départements (hors Mayotte) au 31 décembre 2018 sont employés dans le secteur de l'action sociale polyvalente. C'est aussi le cas de 50 % 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.

Des effectifs inégalement répartis sur le territoire

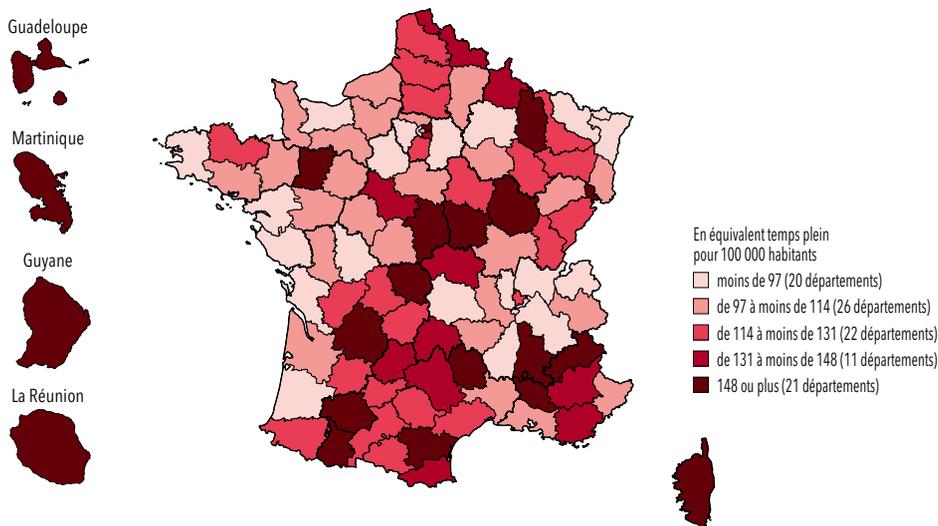
Le nombre moyen de personnes employées par département dans le champ de l'action sociale et médico-sociale est de 1 130 ETP. Hors assistants familiaux, ce sont en moyenne 810 personnes qui sont employées par les départements dans ce secteur, représentant 760 ETP.

Rapporté à la population au niveau national, le nombre d'ETP est de 116 pour 100 000 habitants, mais ce ratio varie du simple au triple selon le département. Dans la moitié des collectivités les

plus proches de la médiane⁵, le taux fluctue déjà entre 85 % et 115 % de cette valeur, soit entre 97 et 131 ETP pour 100 000 habitants. Dans un territoire sur cinq, le ratio se situe en dessous de cette fourchette. À l'inverse, il la dépasse dans 32 collectivités, dont 21 ont un taux supérieur à 131 ETP pour 100 000 habitants, soit 130 % de la médiane (carte 1).

Les départements employant le plus de professionnels par habitant sont aussi, dans l'ensemble, ceux dont la part de bénéficiaires d'aides sociales est élevée. ■

Carte 1 Densité de personnels départementaux de l'action sociale et médico-sociale, au 31 décembre 2018



Note > Au niveau national, le nombre d'équivalents temps plein 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 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

5. La médiane est la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, égale à 114 ETP pour 100 000 habitants ici.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires détaillées, nationales et départementales, sont disponibles sur data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Aide et action sociales, sous-rubrique Le personnel de l'action sociale et médico-sociale des départements

> **Direction générale des collectivités locales (DGCL)** (2018). *Les collectivités locales en chiffres en 2019* (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**

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 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 qui sont 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.

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). ■

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 sociale¹, 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).

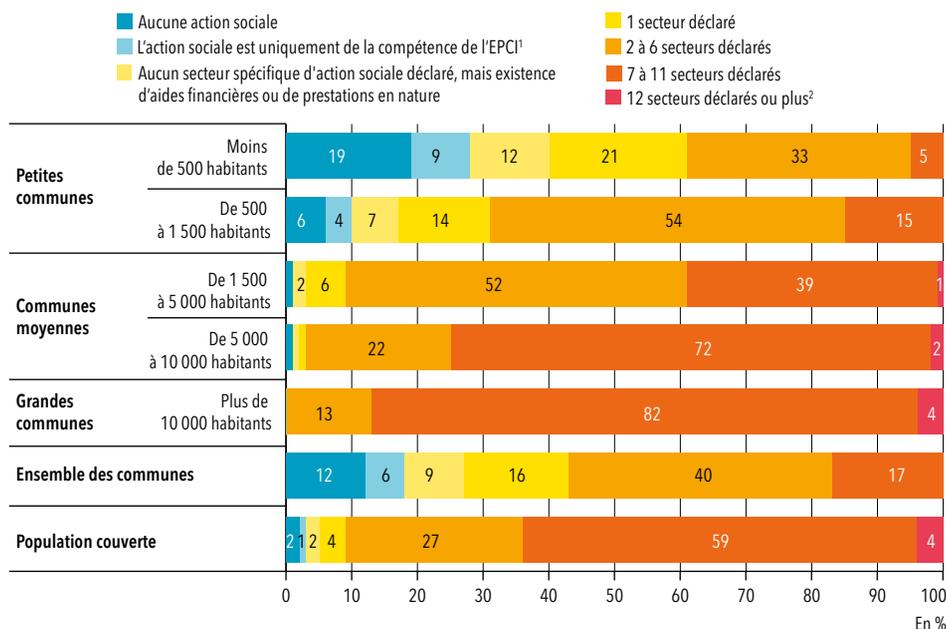
partie de la population (54 % des communes, représentant 7 % de la population), développent moins souvent des actions sociales. En effet, près d'un tiers de ces communes déclarent ne mener directement aucune action sociale sur leur territoire, que ce soit dans un domaine précis ou par le biais de prestations. 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 sociale² (CCAS). Fin 2014, seules trois quarts

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

	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.

des 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 %).

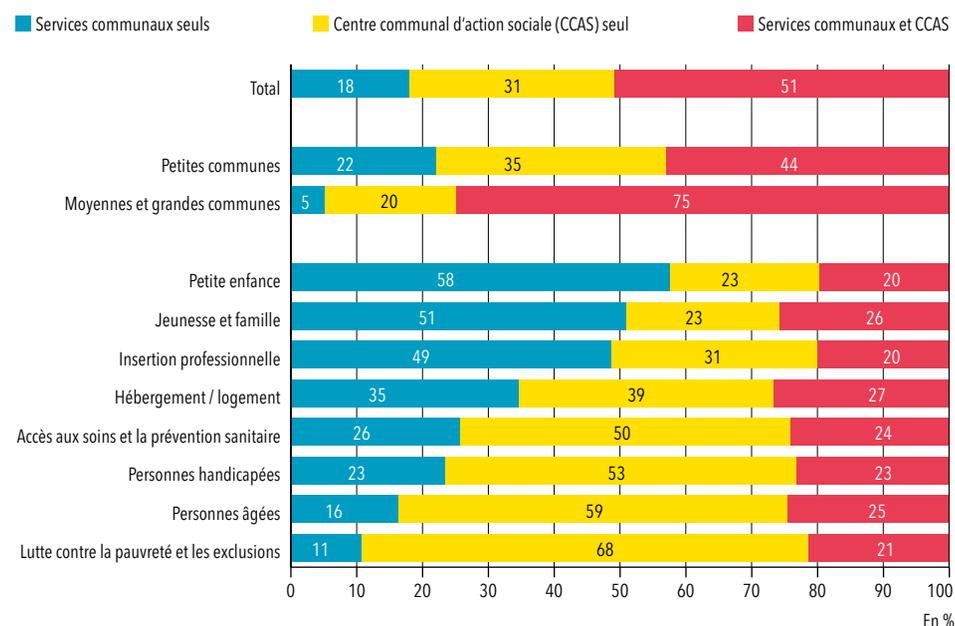
Dans une commune sur trois, la totalité de l'action sociale est assurée par le CCAS, tandis que dans une commune sur cinq, seuls les services communaux la prennent en charge. Dans la moitié des communes, la gestion de cette politique est donc assurée conjointement par les services communaux et le CCAS. 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.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.

> **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.

> **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*.

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

> **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.

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 personnalisés. 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 et 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 prestations, 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 personnalisé¹ 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.

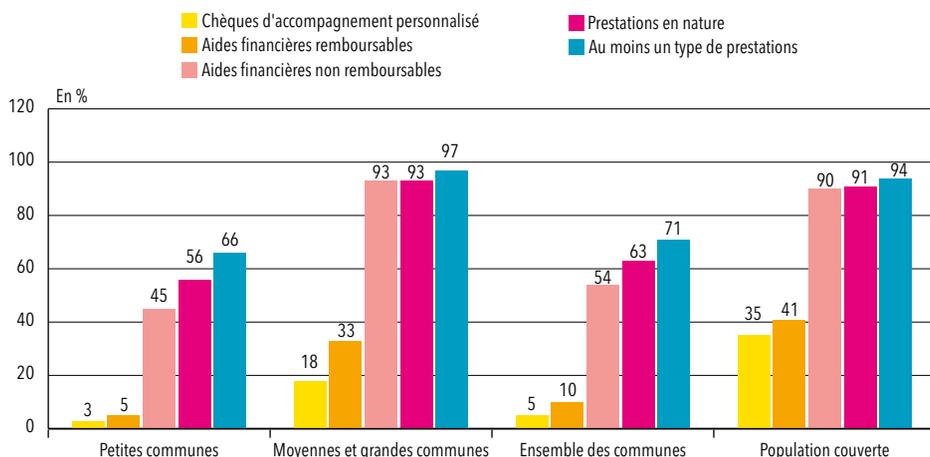
L'accès aux prestations sous conditions dans la moitié des communes

Près de la moitié des communes (43 %) mettent en place un barème formel² 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 vivre³. 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 prestations 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.

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 secteurs¹. 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'acquiescer 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

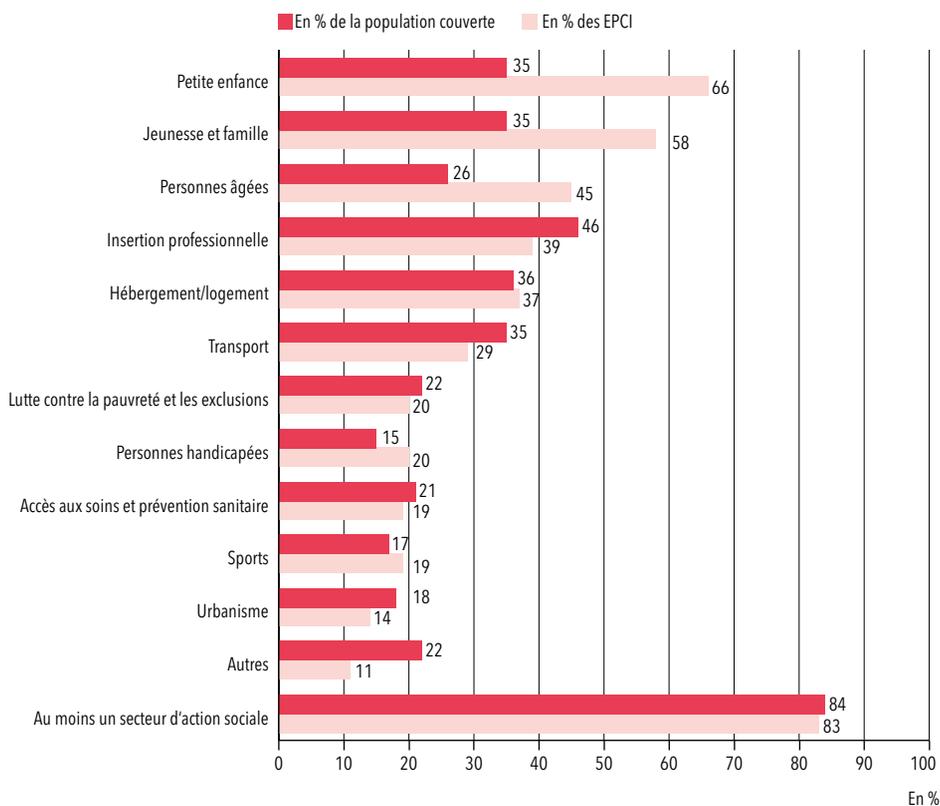
1. Le nombre de secteurs est, dans cette fiche, comptabilisé parmi les douze répertoriés dans l'enquête ASCO de la DREES (voir annexe 1).

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 couvrent 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 regroupent 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

Au 1^{er} janvier 2019, un quart de la population française a 60 ans ou plus, une proportion qui devrait fortement augmenter dans l'avenir. Si, en 2017, 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 dans l'ensemble de 8 %, contre 16 % pour les moins de 60 ans, mais il s'élève à 13 % parmi les seniors en perte d'autonomie.

Au 1^{er} janvier 2019, 17,5 millions de personnes ont 60 ans ou plus en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), soit plus d'un quart de la population. Parmi elles, 36 % ont 75 ans ou plus (6,3 millions) et 13 % ont 85 ans ou plus (2,2 millions).

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

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 (+51 % entre 2019 et 2070) [graphique 1]. De plus, leur part dans l'ensemble de la population augmenterait, passant de 26 % en 2019 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 2019.

Début 2019, 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 1^{er} janvier 2017, 96 % des Français âgés de 60 ans ou plus vivent en ménage¹ (tableau 1). Ils sont 59 % à vivre en couple à leur domicile et 30 % 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 (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

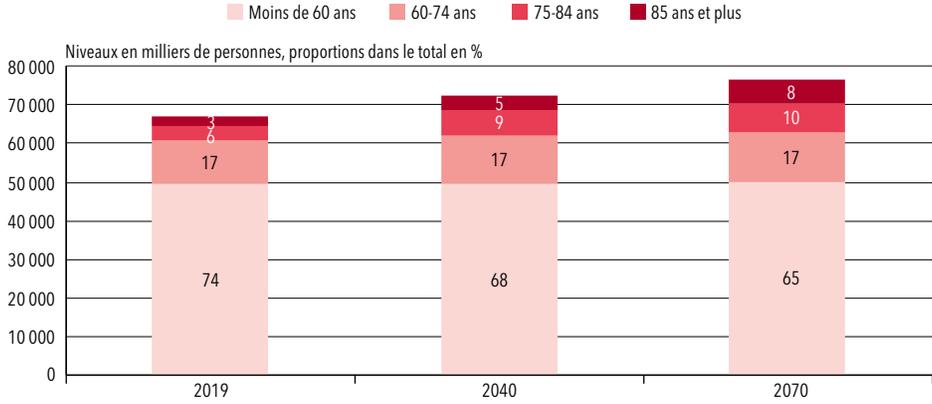
Le revenu² des ménages dont au moins un des membres a 60 ans ou plus diffère légèrement selon qu'ils comptent ou non un senior en situation de handicap ou de perte d'autonomie³ (tableau 2).

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, comptabilise tous les revenus, y compris les prestations sociales, et est calculé après déduction des impôts directs. Il correspond ainsi aux ressources dont ce ménage dispose pour consommer et épargner.

3. C'est-à-dire, ici, un senior qui se déclare fortement limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement.

Graphique 1 Répartition par âge et par sexe de la population, aux 1^{ers} janvier 2019, 2040 et 2070

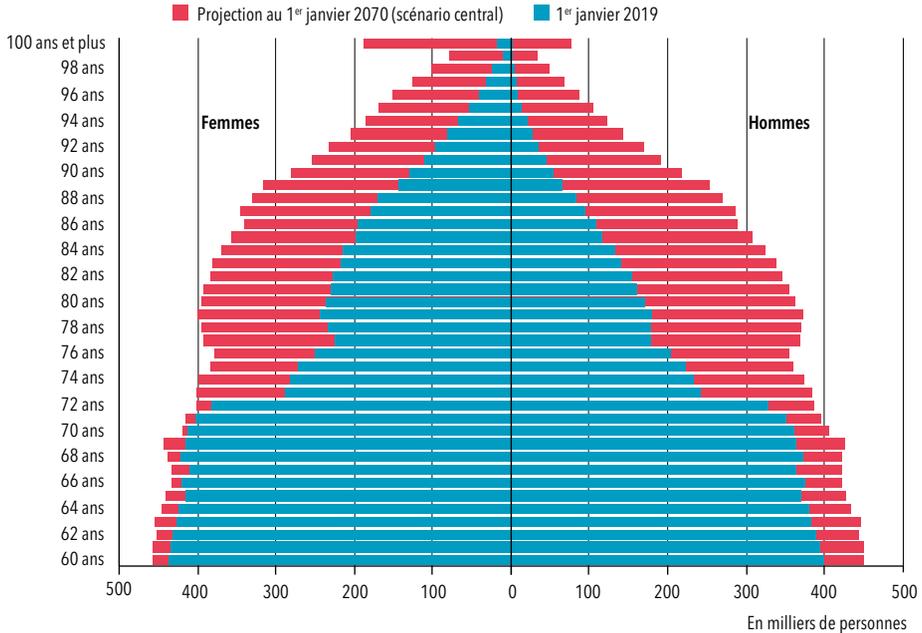


Lecture > Au 1^{er} janvier 2019, 49,4 millions de personnes ont moins de 60 ans, soit 74 % de la population.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > Insee, estimations provisoires de la population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019); Insee, projections de population 2013-2070 (scénario central).

Graphique 2 Pyramide des âges des personnes de 60 ans ou plus, aux 1^{ers} janvier 2019 et 2070



Lecture > Au 1^{er} janvier 2019, 832 000 personnes ont 60 ans, dont 433 000 femmes. Au 1^{er} janvier 2070, selon le scénario central de projection de population de l'Insee, 904 000 personnes auront 60 ans, dont 454 000 femmes.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019); Insee, projections de population 2013-2070.

Ainsi, en 2017, la part du revenu disponible lié à des revenus de remplacement et des pensions alimentaires (principalement les retraites et les pensions d'invalidité) est de 75 % parmi l'ensemble des ménages comptant au moins un senior, contre 82 % 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 (19 % contre 28 %), 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 sociales⁴

dans le revenu disponible est plus élevé (5,3 %) 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 comptant au moins un senior (2,6 %). Les premiers sont 26 % 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, 42,2 % des moins de 60 ans ont un niveau de vie dit « modeste »⁵, contre 33,7 % de leurs aînés (graphique 3). Alors que 16,1 % des personnes de moins de 60 ans sont pauvres au sens statistique du terme⁶, 8,3 % des 60 ans ou plus le sont également.

Tableau 1 Répartition par âge et mode de cohabitation des personnes de 60 ans ou plus, au 1^{er} janvier 2017

		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)		736	5 025	10 088	1 145	16 993	
Part dans la population (en %)	Ensemble des 60 ans ou plus	4	30	59	7	100	100
	de 60 à 64 ans	1	23	69	8	100	24
	de 65 à 69 ans	1	25	68	6	100	23
	de 70 à 74 ans	2	27	66	5	100	17
	de 75 à 79 ans	3	31	60	6	100	13
	de 80 à 84 ans	6	39	48	7	100	11
	de 85 à 89 ans	13	46	33	8	100	8
	de 90 à 94 ans	27	46	17	10	100	4
	95 ans ou plus	43	38	8	11	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 1^{er} janvier 2017, 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. Personnes de 60 ans ou plus.

Source > Insee, recensement de la population 2017, exploitation complémentaire.

4. Elles désignent ici les prestations sociales non contributives : prestations familiales, allocations logement, minima sociaux et prime d'activité ; et non pas l'ensemble des prestations de protection sociale (dont les pensions de retraite ou d'invalidité par exemple).

5. C'est-à-dire qu'il est inférieur à celui en dessous duquel vivent les 40 % de personnes les plus modestes, soit 1 551 euros par mois en 2017.

6. C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian, soit 1 041 euros par mois en 2017.

Tableau 2 Décomposition du revenu disponible des ménages comptant au moins un senior, en 2017

Composantes du revenu disponible	Répartition du revenu disponible (en %)		Part des ménages percevant un revenu de ce type (en %)	
	Ensemble des ménages comptant au moins un senior	dont : avec un membre senior en situation de handicap ou de perte d'autonomie	Ensemble des ménages comptant au moins un senior	dont : avec un membre senior en situation de handicap ou de perte d'autonomie
Revenus d'activité¹	24,0	14,2	28,1	19,4
Salaires	20,7	12,9	25,4	17,0
Revenus d'indépendants	3,3	1,3	4,6	3,3
Revenus de remplacement et pensions alimentaires¹	75,4	81,6	93,8	96,8
Chômage et préretraites	1,5	1,1	7,1	5,0
Retraites, pensions d'invalidité et pensions alimentaires	73,8	80,5	92,0	95,7
Revenus du patrimoine	15,3	11,0	91,6	90,7
Impôts directs²	-17,3	-12,1	-	-
Prestations sociales non contributives³	2,6	5,3	18,3	26,3
Prestations familiales ⁴	0,2	0,2	1,9	1,9
Allocations logement	0,7	1,3	12,2	18,2
Minima sociaux ⁵	1,6	3,6	8,7	15,7
Prime d'activité	0,1	0,1	2,7	2,7
Ensemble	100	100	-	-
Revenu disponible mensuel moyen (en euros)	2 815	2 469	-	-
Niveau de vie mensuel moyen⁶ (en euros)	2 143	1 852	-	-
Niveau de vie mensuel médian⁶ (en euros)	1 837	1 650	-	-

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 2017, calculés d'après la déclaration de revenus 2016.

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'ERFS. 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. Le niveau de vie mensuel est calculé en moyenne par personne, et non par ménage.

Notes > Une personne est ici dite en situation de handicap ou 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 ».

Une personne est ici considérée comme senior lorsqu'elle est âgée de 60 ans ou plus.

Lecture > En 2017, 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 5,3 %. 26,3 % de ces ménages perçoivent ce type de prestations.

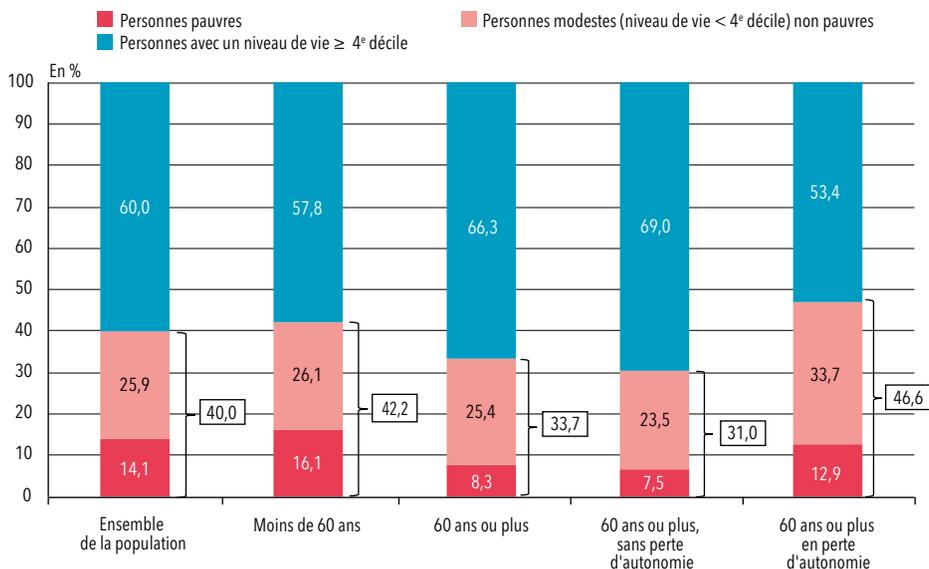
Champ > France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire et comptant au moins une personne de 60 ans ou plus, dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul.

Sources > Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2017.

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 »⁷ 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. En distinguant les 60 ans ou plus 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 46,6 % parmi les premières, contre 31,0 % parmi les seconds, et le taux de pauvreté respectivement de 12,9 % et 7,5 %. De plus, les personnes de 60 ans ou plus en situation de perte d'autonomie sont aussi plus fréquemment 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 2017



Notes > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation. Le 4^e décile (D4) est la valeur en dessous de laquelle se situent 40 % de l'ensemble des personnes.

Une personne est dite modeste lorsque son niveau de vie est inférieur à ce 4^e décile. 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 dite en situation de handicap ou 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 2017, 14,1 % de la population est pauvre et 25,9 % a un niveau de vie modeste sans être pauvre.

Champ > France métropolitaine, personnes appartenant à un ménage 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 (ERFS) 2017.

7. Ce nombre dépend du nombre et de l'âge des membres de ce ménage.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F. (dir)** (2020). *Les retraités et les retraites*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 06 et 09.
- > **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.)** (2020, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution - édition 2020*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.
- > **Conseil d'orientation des retraites** (2019, juin). *Évolutions et perspectives des retraites en France*. Rapport annuel.

Entre 5 % et 13 % des personnes âgées de 60 ans ou plus, selon la mesure utilisée, sont en situation de perte d'autonomie en 2015. Plus largement, 26 % déclarent au moins une restriction sévère dans leurs activités. Un senior vivant à son domicile sur cinq reçoit une aide régulière pour des tâches du quotidien. En France métropolitaine, 3,9 millions de proches aidants sont déclarés par les seniors. Fin 2018, 8,5 % 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 résumant 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 en perte d'autonomie 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 quotidienne³. 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 établissement), soit 5 %. Comme pour l'estimation du GIR, ces individus sont plus nombreux, en proportion, en établissement qu'à domicile.

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. Il est ainsi trop imprécis, par exemple, pour déterminer quels seniors seraient effectivement éligibles 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.

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'habillement ou pour sortir du domicile	5	11	3	6	59	60
Limitations fonctionnelles³ (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'activité⁴ (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
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...).

Lecture > 4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont en GIR estimé 1 ou 2. Ils sont 8 % parmi les 75 ans ou plus.

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.

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

La seconde approche de la perte d'autonomie vise à mesurer l'incapacité en distinguant les limitations fonctionnelles et les restrictions dans les activités du 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 sévère⁴, soit 6,4 millions de personnes. Seules 9 % des personnes âgées déclarant ces difficultés 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 activités⁵. 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)⁶ qui concernent 3 millions d'individus de 60 ans ou plus, dont 568 000 vivant en établissement. Les restrictions générales (GALI)⁷ concernent 2,6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus. Enfin, 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)⁸.

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 indicateurs⁹.

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 observée 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 presque un homme aidé sur deux le sont uniquement par leur conjoint.

4. Dans toute cette fiche, les chiffres relatifs aux limitations fonctionnelles et aux restrictions d'activité correspondent aux limitations sévères, c'est-à-dire au fait de déclarer « beaucoup de difficultés » pour réaliser les activités en question. Les seniors déclarant « quelques difficultés » ne sont en revanche pas comptabilisés ici.

5. Elles peuvent par exemple être compensées par des aides techniques ou des aménagements du logement.

6. Faire les courses, préparer les repas, faire les démarches administratives...

7. L'activité n'est pas spécifiée.

8. Se laver, s'habiller, couper la nourriture...

9. 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.

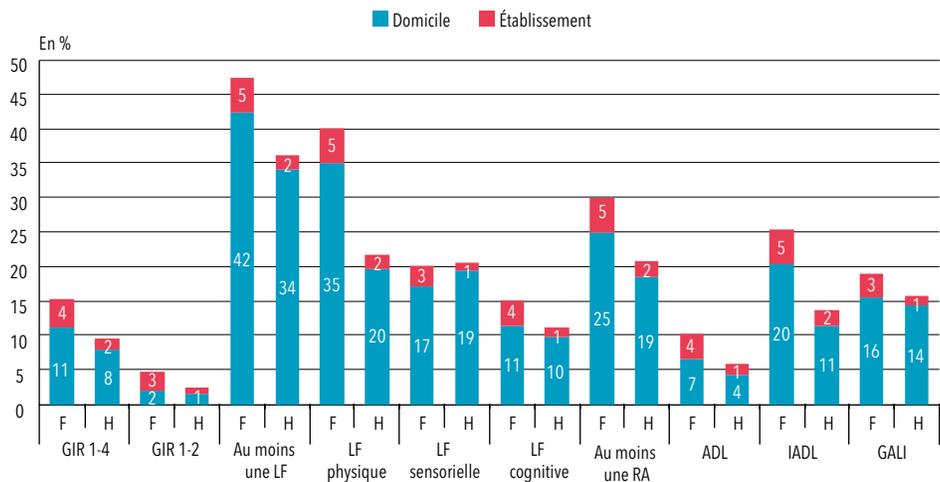
Le nombre d'aidants augmente avec le niveau de dépendance.

3,9 millions de proches aidants d'une personne âgée

Les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent 3,9 millions de proches aidants leur apportant une aide régulière pour au moins l'un des trois grands types d'aide (vie quotidienne, soutien moral, aide financière ou matérielle), dont 3,4 millions pour les seules aides aux actes de la vie quotidienne. Les activités les plus fréquemment déclarées sont les aides aux courses (62 %), aux démarches médicales (53 %), aides aux tâches administratives (43 %) et aides au bricolage (40 %). Les seniors vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad, EHPA, USLD) sont, quant à eux, aidés par 720 000 proches aidants. Pour les personnes âgées vivant à domicile, la moitié des proches aidants sont des enfants, un quart

sont des conjoints. La majorité des aidants des seniors vivant à domicile sont des femmes (59,5 %). Cependant, plus le lien familial avec la personne âgée aidée est fort et moins la majorité de femmes est importante. La relation d'aide s'inscrit le plus souvent dans une situation de proximité géographique : les trois quarts des enfants aidants qui ne cohabitent pas avec le senior habitent à moins de 30 km et à moins de 40 minutes du domicile du senior. Par ailleurs, les enfants aidants qui cohabitent avec la personne âgée aidée ont un profil sociodémographique assez spécifique : ils sont moins souvent en couple (26 % contre 71 % des enfants non cohabitants), et 62 % sont sans enfant (contre 18 % chez les enfants non cohabitants). La situation sur le marché de l'emploi est défavorable à ces enfants aidants cohabitants : ils sont ainsi plus souvent au chômage (12 %) et inactifs pour cause d'invalidité (9 %) que les enfants non cohabitants (7 % et 3 % respectivement).

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'activité. 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 ou 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.

Le nombre total de proches aidants est relativement stable selon l'âge de la personne aidée pour les seniors âgés de moins de 75 ans. Il augmente ensuite jusqu'à 85 ans, avant de diminuer aux grands âges, auxquels la dépendance accrue suscite des départs en institution, et auxquels les seniors aidés sont par ailleurs davantage exposés à la mortalité. L'augmentation du nombre d'aidants observée chez les seniors âgés de 75 ans à 85 ans correspond surtout à une intervention croissante des enfants. Un peu moins d'un aidant sur deux (47 %) déclare au moins une conséquence négative de l'aide apportée au senior sur sa santé. Ces effets négatifs sont moins souvent déclarés lorsque le lien familial avec le senior est plus distant : le fait de déclarer au moins une conséquence négative sur la santé est plus fréquent parmi les aidants conjoints (64 %) que parmi les enfants cohabitants (45 %) ou non cohabitants (44 %).

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 67,6 % 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 5,6 % parmi les personnes âgées de 95 ans ou plus. L'aide ménagère¹⁰ bénéficie à des effectifs beaucoup plus réduits (0,1 % de la population âgée de 60 ans ou plus), et ce à tous les âges.

Tableau 2 Proportions de bénéficiaires d'aide à l'autonomie, en décembre 2018

		APA	ASH des personnes âgées	Aide ménagère pour personnes âgées ou handicapées	Aide sociale à l'accueil des personnes handicapées âgées de 60 ans ou plus	ACTP ou PCH (des 60 ans et plus)
Effectifs		1 323 900	124 350	20 940	32 220	103 170
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	1,4	0,3	0,1	0,3	0,8
	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	0,1	0,1
	de 80 à 84 ans	12,6	1,1	0,1		
	de 85 à 89 ans	26,0	1,8	0,2		
	de 90 à 94 ans	45,2	3,1	0,2		
95 ans ou plus	67,6	5,6	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 2018, 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 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

10. L'aide ménagère étudiée ici est celle accordée par les conseils départementaux. D'autres aides ménagères peuvent être versées par les caisses de retraite aux personnes âgées dont les revenus dépassent le plafond de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), mais ne sont pas comptabilisées ici (voir fiche 13).

Par ailleurs, 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 8,5 %¹¹ de la population âgée de 60 ans ou plus est couverte par au moins une des prestations départementales destinées aux personnes âgées ou aux personnes handicapées.

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 pouvoirs 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, de 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

> Une application de la DREES permettant de visualiser les résultats de l'enquête CARE pour ce qui concerne la répartition, dans la population de 60 ans et plus vivant à domicile, de chacune des limitations fonctionnelles ou des restrictions d'activité que peuvent rencontrer les seniors, est accessible sur son espace internet dédié aux visualisations de ses données http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Indic_CARE-M/

> Annexe 1 du projet de loi pour le financement de la Sécurité sociale (PLFSS) – programme de qualité et d'efficacité (PQE) [2021]. Autonomie.

> **Besnard, X., Brunel, M., Couvert, N., Roy, D.** (2019, novembre). Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 45.

> **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.

> **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*. Rapport du conseil de l'âge.

> **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.

11. 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.

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 loi¹. 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, ou qu'elle exerce toujours une activité professionnelle, la PCH peut lui être accordée². 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 CASF³). 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 2001⁴, l'APA a été modifiée par la loi du 28 décembre 2015⁵. 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 ». La grille nationale AGGIR

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. Dans ce cas, la demande devait avoir été faite avant 75 ans, mais cette condition a été supprimée par la loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap.

3. Ces deux articles reprenant également le décret 53-1186 du 29 novembre 1953 (art. 19 et 21).

4. 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.

5. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

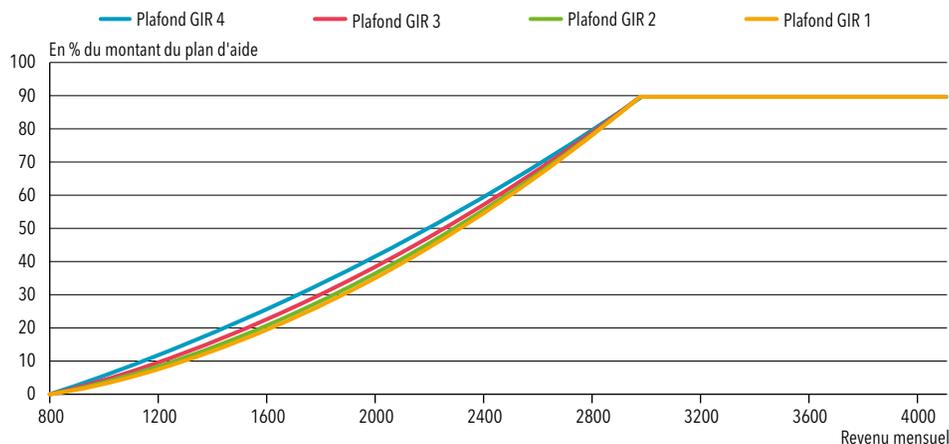
(Autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) permet de mesurer les degrés de perte d'autonomie des demandeurs de l'APA par les besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Ces différents degrés de perte d'autonomie sont classés en groupes iso-ressources, allant du 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 plafond⁶ (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 consistent 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, au 1^{er} janvier 2019



GIR : groupe 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 : 672,26 euros pour le GIR 4, 1 007,83 euros pour le GIR 3, 1 394,86 euros pour le GIR 2 et 1 737,14 euros pour le GIR 1 en 2019.

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 22 % du montant du plan d'aide (150 euros). Ce reste à charge est nul pour les bénéficiaires ayant des revenus mensuels de 811 euros.

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

6. Pour l'APA à domicile, le plafond est fixé à 2 986,58 euros depuis le 1^{er} janvier 2019. Les bénéficiaires disposent de la totalité de l'APA à domicile si leurs revenus sont inférieurs à 810,96 euros.

Enfin, l'APA est également versée en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et permet alors de 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

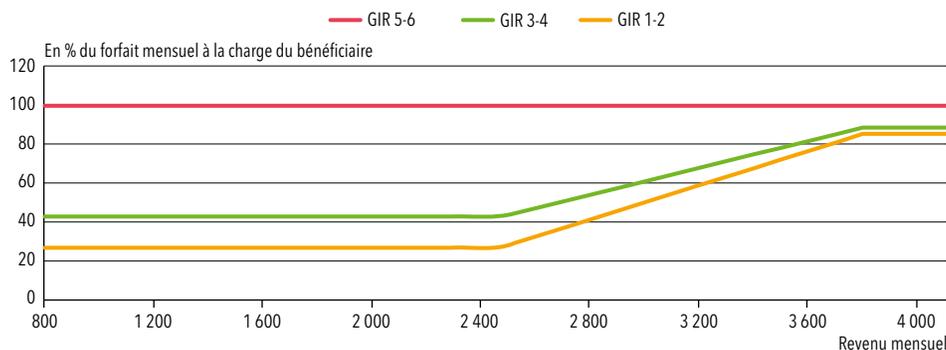
Au titre de l'aide sociale, les personnes âgées en perte d'autonomie ou en risque de perte d'autonomie à domicile, comme les personnes relevant des GIR 5 et 6, peuvent bénéficier d'une aide à domicile qui « peut être accordée soit en espèces, soit en nature. L'aide financière comprend l'allocation simple 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 âgées⁷ [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. 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'ASPA⁸ (art. R. 231-6 du CASF). Cependant, les départements peuvent décider de lui ajouter un montant permettant

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



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, et 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 61 % du montant mensuel du tarif hébergement.

Source > Code de l'action sociale et des familles, article R. 232-19.

7. Ce plafond est fixé à 868,20 euros mensuels pour une personne seule et à 1 347,88 euros pour un couple au 1^{er} avril 2019.

8. Soit 104 euros par mois en 2019.

de couvrir d'autres dépenses comme les frais liés à la dépendance des personnes évaluées en GIR 5 ou 6, des frais de tutelle, de mutuelle et/ou d'assurance, ou 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...).

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

(voir fiche 07). 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). ■

Fin 2018, 1,47 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 7,7 milliards d'euros. Entre 2002 et 2018, le nombre de prestations et les dépenses associées ne cessent de croître.

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].

Près de 1,5 million de prestations d'aide sociale départementales fin 2018 pour une dépense brute globale de 7,7 milliards d'euros

En décembre 2018, 1,47 million de prestations¹ d'aide sociale aux personnes âgées sont accordées par les départements, dont 794 000 aides à domicile et 672 000 aides à l'accueil (*tableau 1*). Le nombre d'aides est supérieure à celui des personnes âgées aidées, car une même personne peut percevoir à la fois l'APA et l'ASH².

Pour l'ensemble de l'année 2018, 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 prestations³ pour 49 % des dépenses⁴, et l'aide à l'accueil 46 % des prestations pour 51 % des dépenses. En ajoutant les participations et subventions⁵, ainsi que les autres dépenses d'aide aux personnes âgées⁶, les dépenses brutes totales s'établissent à 7,7 milliards d'euros.

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 nationale auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 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 2018 peut être estimé à 1,36 million, dont 564 000 en établissement.

3. Le nombre moyen d'aides en 2018 est calculé comme la moyenne des nombres d'aides observées en décembre 2017 et en décembre 2018.

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 de prestations d'aide sociale aux personnes âgées et dépenses associées, en 2017 et 2018

	Nombre d'aides au mois de décembre (en milliers)			Dépenses annuelles, en milliers d'euros courants, évolution en euros constants			Dépenses brutes mensuelles moyennes par aide sociale départementale
	2017	2018	Évolution 2017/2018	2017	2018	Évolution 2017/2018	2018
Aides à domicile	787	794	0,8	3 557	3 596	-0,7	380
dont aides ménagères	18	17	-3,9	81	58	-28,8	280
dont APA ¹	769	777	1,0	3 477	3 538	-0,7	380
Aides à l'accueil	666	672	0,9	3 724	3 733	-1,6	470
dont aide sociale à l'hébergement (ASH) ²	122	122	0,1	1 273	1 262	-2,7	860
dont accueil chez des particuliers	3	2	-15,6	19	19	-3,0	650
dont APA ¹	541	547	1,2	2 431	2 452	-1,0	380
Total aides à domicile et à l'accueil	1 453	1 465	0,9	7 281	7 329	-2,3	420
dont APA ¹	1 310	1 324	1,0	5 942	6 024	-0,5	380
Autres aides	-	-	-	325	368	11,3	ND
Total	ND	ND	ND	7 606	7 697	-0,6	ND

ND : non disponible.

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.

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 2018).

Lecture > En 2018, la dépense brute totale est de 7,7 milliards d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Encadré 1 La 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. Cette convention est appliquée 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 depuis l'édition 2019 de cet ouvrage. Les données diffèrent donc et ne peuvent pas être comparées à celles publiées dans les éditions 2018 et antérieures du Panorama *L'aide et l'action sociales en France*.

Au total, l'APA représente 90 % du nombre moyen d'aides attribuées dans l'année et 82 % des dépenses totales.

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

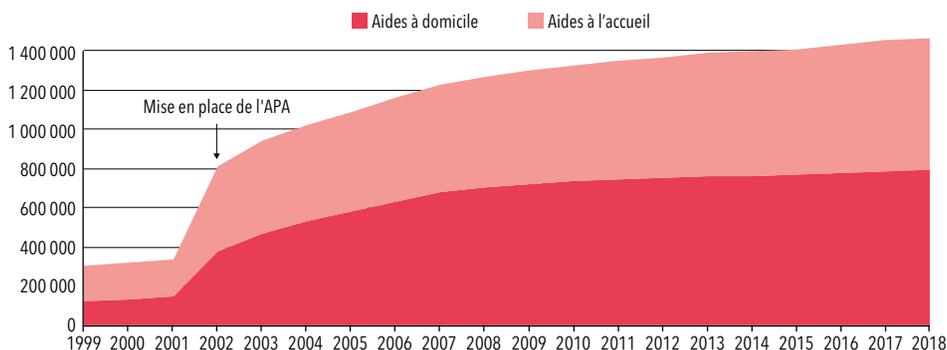
Entre 1999 et 2018, le nombre d'aides sociales attribuées aux personnes âgées et les dépenses annuelles correspondantes ont été respectivement multipliées par 4,8 et 3,7 (en euros constants⁷) [graphiques 1 et 2]. Si le nombre d'aides en décembre et les dépenses annuelles étaient croissants entre 1999 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 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 hausse considérable du nombre d'aides à domicile, de 110 % entre 2002 et 2018, et de 55 % du nombre d'aides à l'accueil des personnes âgées dépendantes. En 2018, les mesures d'aide sociale départementales représentent 8,4 % du nombre des personnes de 60 ans ou plus⁸, contre 2,7 % en 2001.

Les dépenses associées ont quasi doublé, au cours de cette période, passant, en euros constants 2018, de 4,2 milliards à 7,7 milliards d'euros. Cette évolution, d'ampleur différente selon l'aide considérée, est de +85 % pour l'aide à domicile et de +72 % 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 respectivement de 6,9 %

Graphique 1 Évolution du nombre d'aides sociales aux personnes âgées, de 1999 à 2018



Notes > Les aides à domicile dénombrées 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.

Lecture > En 2002, le nombre d'aides à domicile est de 377 100 et le nombre d'aides à l'accueil de 432 800.

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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

8. 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.

et de 5,5 % en moyenne annuelle entre 2002 et 2009, alors qu'elles sont respectivement de 0,5 % et 1,4 % entre 2009 et 2018. Cependant, en lien avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)⁹, 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. En 2018, les dépenses à domicile et à l'accueil diminuent respectivement de -0,7 % et -0,6 %.

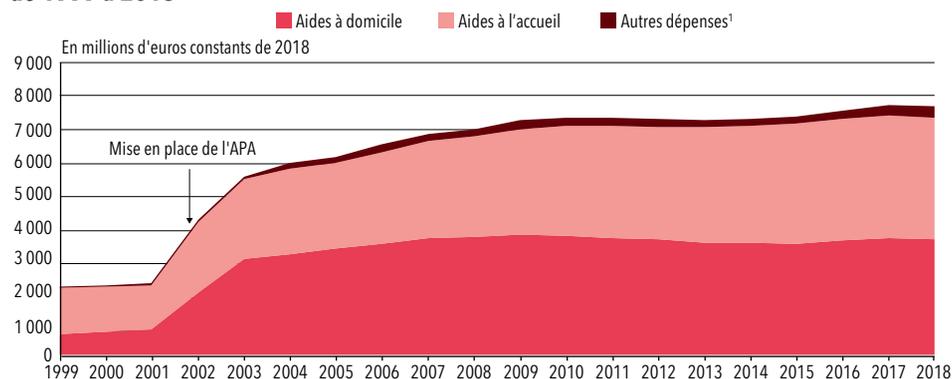
La dépense brute moyenne par aide¹⁰ est de 5 000 euros en 2018. Elle est plus importante pour les aides à l'accueil que pour les aides à domicile : 5 600 euros contre 4 500 euros. La tendance à la baisse de la dépense brute moyenne par aide observée entre 2002 et 2014 (-2,3 % en moyenne annuelle), s'inverse à partir de 2015 sous l'effet de la mise en œuvre de la loi ASV (+0,4 % 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 2018, le nombre d'aides pour 100 habitants de 60 ans ou plus varie de 4,3 % à 13,1 % 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 médiane¹¹ 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 4 000 euros à 8 600 euros en 2018¹² (carte 2). Néanmoins, les trois quarts des départements consacrent une dépense moyenne par aide comprise entre 4 500 et 5 400 euros, soit entre 90 %

Graphique 2 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées, de 1999 à 2018



1. Dont subventions et participations.

Notes > 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.

Lecture > En 2002, les dépenses d'aide à domicile s'élèvent à 1,94 milliard d'euros constants et les aides à l'accueil à 2,18 milliards d'euros constants.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

10. La dépense moyenne par aide pour une année n est calculée en faisant le rapport des dépenses annuelles à domicile et à l'accueil (hors autres aides) de cette année n à la moyenne des nombres d'aides au 31 décembre des années $n-1$ et n .

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

12. Excepté en Guyane où elle atteint 10 900 euros.

et 110 % de la médiane, égale à 4 900 euros. Seuls 6 départements présentent une dépense moyenne supérieure ou égale à 6 000 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

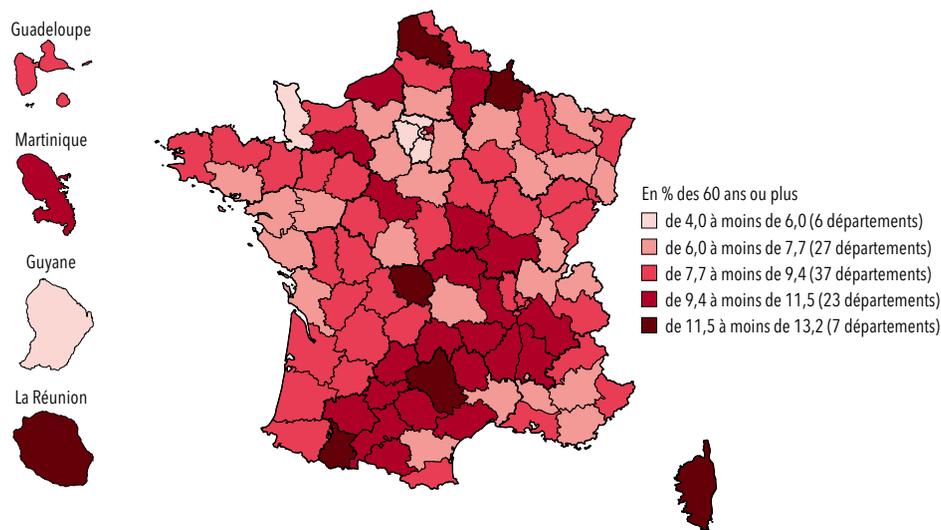
prétendre à l'aide sociale à l'hébergement, et moins le ticket modérateur pour l'APA est élevé ;

- une gestion de l'ASH différente selon les départements et selon les types d'établissement (voir fiche 16).

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 mois¹³. 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 1^{er} janvier 2017, un crédit d'impôt en cas de recours à un salarié à

Carte 1 Nombre d'aides sociales départementales aux personnes âgées pour 100 habitants de 60 ans ou plus selon les départements, en décembre 2018



Note > Au niveau national, au 31 décembre 2018, le nombre d'aides sociales départementales aux personnes âgées est de 8,4 pour 100 habitants de 60 ans ou plus. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 8,5 pour 100 habitants de 60 ans ou plus.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

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.

domicile. Ces aides couvrent en moyenne respectivement 7 % et 6 % du besoin. Un solde de 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.

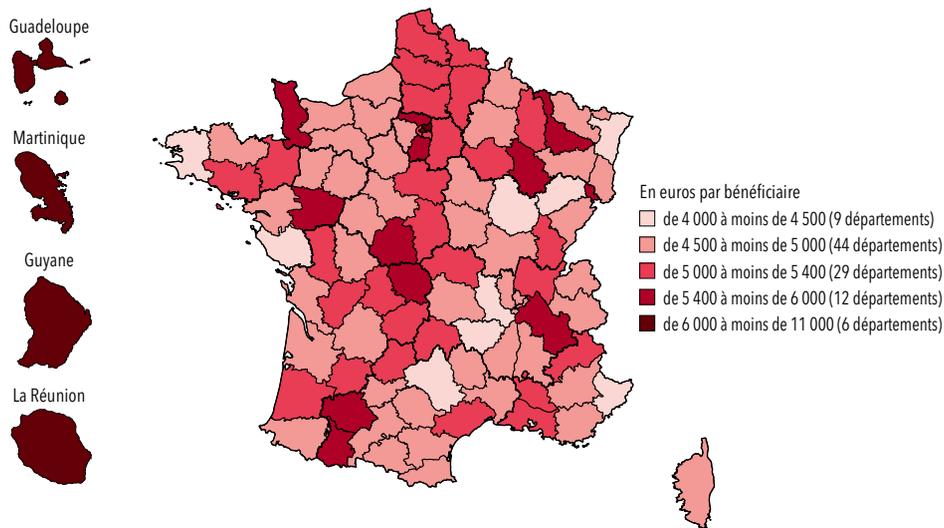
Les coûts de prise en charge de la perte d'autonomie, leur couverture par les diverses aides, le reste à charge et les taux d'effort des bénéficiaires varient sensiblement selon le niveau de dépendance (GIR) et le niveau de ressources (*graphique 3*). Les restes à charge sont plus élevés pour les personnes 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 logement¹⁴ 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

Carte 2 Dépenses brutes moyennes par bénéficiaire d'une aide sociale aux personnes âgées, en 2018



Note > Au niveau national, en 2018, la dépense moyenne par mesure d'aide sociale pour les personnes âgées s'élève à 5 000 euros. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, de cet indicateur est de 4 900 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

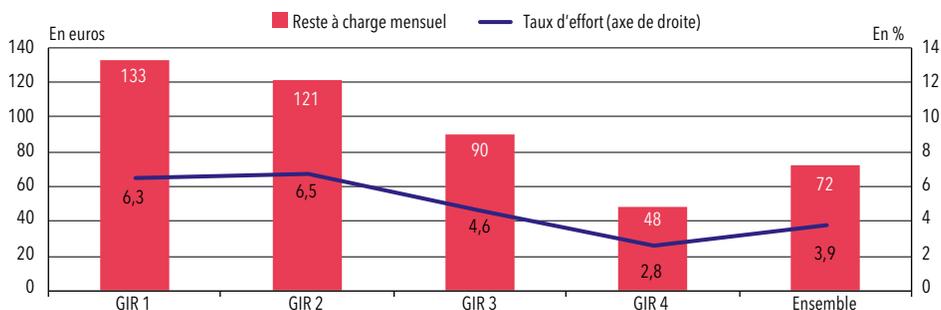
élevés (notamment des établissements privés à but lucratif). En revanche, les frais liés à la dépendance sont en moyenne relativement proches quel que soit le niveau de ressources, car la répartition des résidents par GIR ne varie pas selon ce critère.

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 (graphique 4). Ainsi, avant la

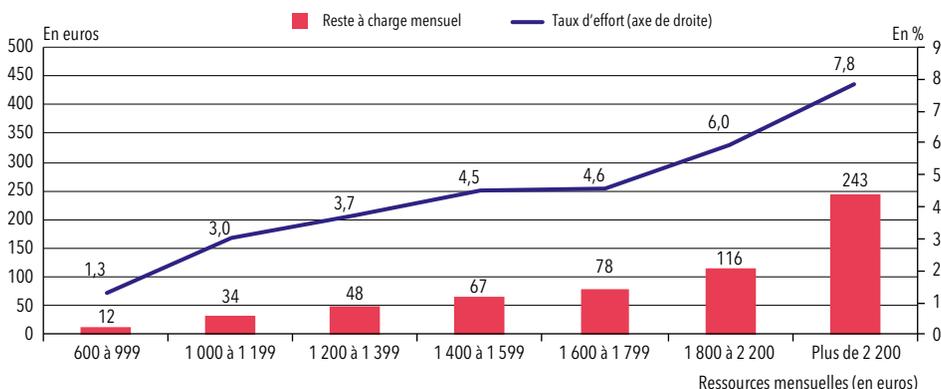
prise en compte de l'ASH, 76 % des résidents sont dans l'impossibilité de financer leurs frais de séjour à partir de leurs seules ressources « courantes ». Une partie de ces résidents recourent à l'ASH, mais relativement peu par rapport à l'ampleur du phénomène. En effet, même une fois décomptés les 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. ■

Graphique 3 Reste à charge mensuel et taux d'effort des bénéficiaires de l'APA, fin 2017

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

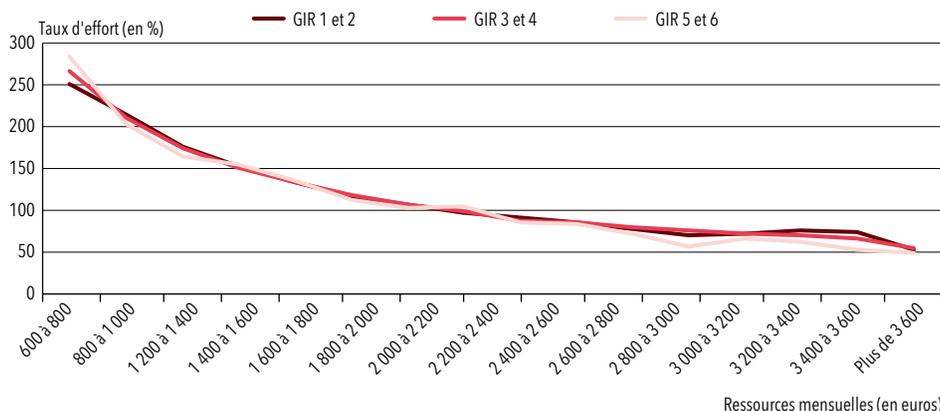


Lecture > Un senior en GIR 1 vivant à domicile a un reste à charge égal à 133 euros en moyenne, ce qui correspond à un taux d'effort de 6,3 % de son revenu.

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.

Graphique 4 Taux d'effort en institution par GIR, en 2017

Notes > Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu. Le reste à charge est défini ici comme les frais de dépendance et d'hébergement auxquels on soustrait l'APA, les aides au logement et la réduction d'impôt. Les ressources sont prises « au sens de l'APA », telles que prises en compte par les conseils départementaux, mais redressées de manière à ne pas pouvoir être inférieures à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) personne seule si le senior est seul, et à la moitié de l'ASPA couple si le senior est en couple.

Lecture > Un senior en GIR 1 ou 2 résidant en institution qui a un revenu compris entre 1200 et 1400 euros par mois a un taux d'effort égal à 153 % de ses ressources.

Champ > France métropolitaine, Personnes âgées résidant en Ehpad ou en USLD en 2017.

Source > Enquête CARE-Institutions 2016 appariées aux données sociofiscales, modèle Autonomix, DREES.

Pour en savoir plus

- > Annexe 1 du projet de loi pour le financement de la Sécurité sociale (PLFSS) – Programme de qualité et d'efficacité (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, *Dossiers 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., Zakri, M. (2018, novembre). Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions. DREES, *Études et Résultats*, 1095.

Fin 2018, 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 2018 s'élèvent à 6 milliards d'euros. En décembre 2018, plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficient de l'APA. Parmi les bénéficiaires de l'APA en établissement, 58 % sont très dépendants (catégorisés en GIR 1 ou 2), 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 2018

Les bénéficiaires de l'APA sont 1 323 900 à avoir perçu un versement au titre du mois de décembre 2018¹. Pour l'ensemble de l'année 2018, les dépenses brutes d'APA s'élèvent à 6 milliards d'euros, dont 3,5 milliards pour l'aide à domicile et 2,5 milliards pour l'accueil en établissement. Depuis sa création, en 2002, les dépenses totales d'APA ont ainsi été multipliées par 2,6 (+160 % en euros constants²), le nombre de bénéficiaires ayant dans le même temps doublé (tableau 1).

Selon les données de la direction générale des Finances publiques (DGFIP), les dépenses brutes d'APA augmentent de 0,3 % en euros constants en 2019, pour atteindre 6,1 milliards d'euros.

En décembre 2018, l'APA en établissement³ est versée à 547 300 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 7 % à 71 % selon les départements (carte 1). Près de trois collectivités sur cinq ont un ratio compris entre 36 % et 49 %, soit entre environ 85 % et 115 % de la valeur médiane⁴, égale à 43 %. Dans une collectivité 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 21 %) en Corse et dans les départements et régions d'outre-mer (hors Guyane).

1. Pour l'APA, le terme de « 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 effectifs. En effet, 93 % des personnes ayant un droit ouvert au 31 décembre ont été payées au titre du mois de décembre 2018.

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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % 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.

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

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

Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont globalement plus dépendants que ceux à domicile. En effet, 58 % des premiers sont très dépendants et classés en GIR⁵ 1 ou 2, contre 20 % des bénéficiaires de l'APA à domicile. Les personnes évaluées en GIR 3 représentent 18 % des bénéficiaires de l'APA en établissement, contre 22 % de ceux à domicile.

Enfin, la part de bénéficiaires de l'APA les moins dépendants, évalués en GIR 4, est de 24 % 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 9 % à 51 %. Deux collectivités sur cinq ont une part se situant entre 17 % et 21 %,

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

Dépenses en millions d'euros constants 2018

Année	Domicile		Établissement		Total		
	Bénéficiaires	Dépenses brutes	Bénéficiaires	Dépenses brutes	Bénéficiaires	Dépenses brutes domicile et établissement	Autres dépenses brutes d'APA
2002	293 500	1 320	303 400	995	596 900	2 314	-
2003	422 600	2 650	349 300	1 373	771 900	4 023	-
2004	494 100	2 954	373 500	1 493	867 600	4 447	20
2005	547 300	3 134	392 000	1 582	939 200	4 715	28
2006	603 200	3 309	409 000	1 687	1 012 300	4 996	41
2007	654 500	3 480	420 700	1 801	1 075 100	5 281	55
2008	677 500	3 554	437 900	1 901	1 115 400	5 455	65
2009	699 000	3 612	449 200	2 026	1 148 200	5 638	38
2010	712 700	3 607	462 900	2 122	1 175 600	5 730	35
2011	724 200	3 532	478 200	2 161	1 202 400	5 693	31
2012	730 700	3 488	492 600	2 202	1 223 300	5 690	30
2013	737 800	3 401	503 700	2 262	1 241 400	5 663	33
2014	740 900	3 393	510 400	2 327	1 251 300	5 721	28
2015	747 700	3 364	517 400	2 410	1 265 000	5 774	22
2016	757 500	3 455	528 100	2 454	1 285 600	5 909	43
2017	769 200	3 541	541 100	2 476	1 310 300	6 017	36
2018	776 600	3 538	547 300	2 452	1 323 900	5 989	35
2019 ¹	ND	3 628	ND	2 471	ND	6 099	13

ND : données non disponibles.

1. Ces données comptables, contrairement aux années précédentes, sont issues de la Direction générale des Finances publiques.

Notes > 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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

Lecture > En 2018, 776 600 bénéficiaires payés au titre du mois de décembre vivent à domicile.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale, DGFIP.

5. 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.

soit entre environ 90 % et 110 % du taux national. Un tiers des départements en sont relativement proches (entre 75 % et 85 % du taux national pour 16 départements et entre 110 % et 131 % pour 16 autres). À l'inverse, moins d'un tiers des départements s'éloignent davantage 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 16 collectivités, ils sont moins de 15 %.

Un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus sont 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 3,2 % à 11,8 %. Dans deux tiers des collectivités, il est compris entre 6 % et 9 %, soit entre environ 80 % et 120 % du taux national.

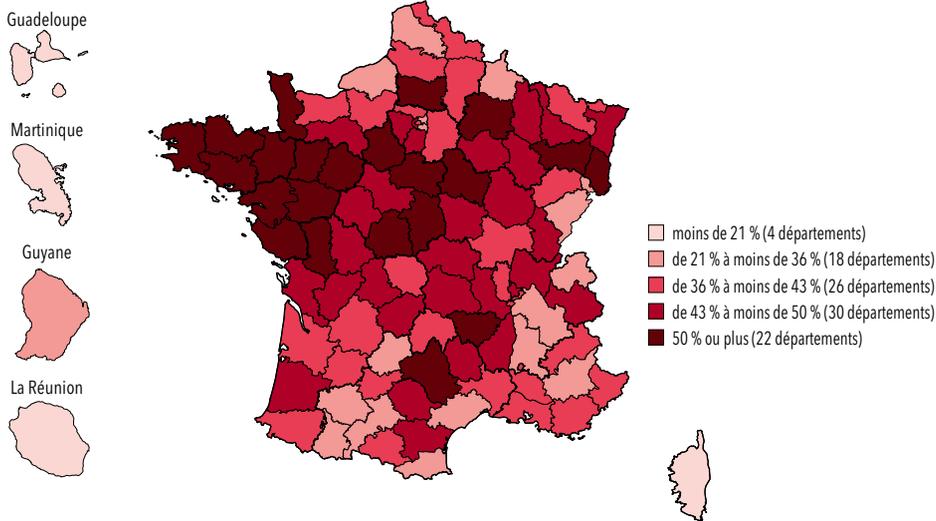
La proportion de bénéficiaires parmi les femmes (9 %) est presque deux fois plus importante que celle parmi les hommes (5 %). Cette différence est de la même ampleur pour l'APA à domicile (5 % des

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, 18 % de la population perçoit l'APA (21 % parmi les femmes et 14 % parmi les hommes) [graphique 1]. À partir de 90 ans, la moitié de la population en bénéficie (54 % des femmes et 42 % des hommes). En 2018, la part des bénéficiaires parmi les personnes de 90 ans ou plus diminue, en particulier pour les hommes vivant en établissement.

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.

Carte 1 Part des bénéficiaires de l'APA en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, en décembre 2018



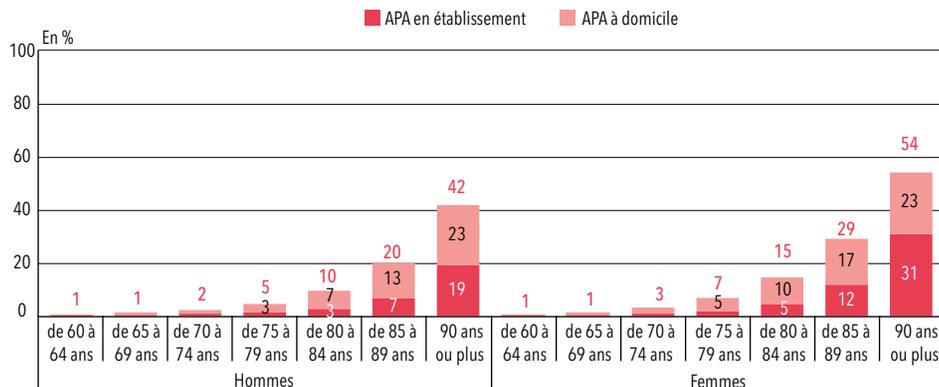
Note > Au niveau national, la part des bénéficiaires de l'APA en établissement est de 41 %.

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.

Graphique 1 Part des bénéficiaires de l'APA dans la population par sexe et tranche d'âge, fin décembre 2018



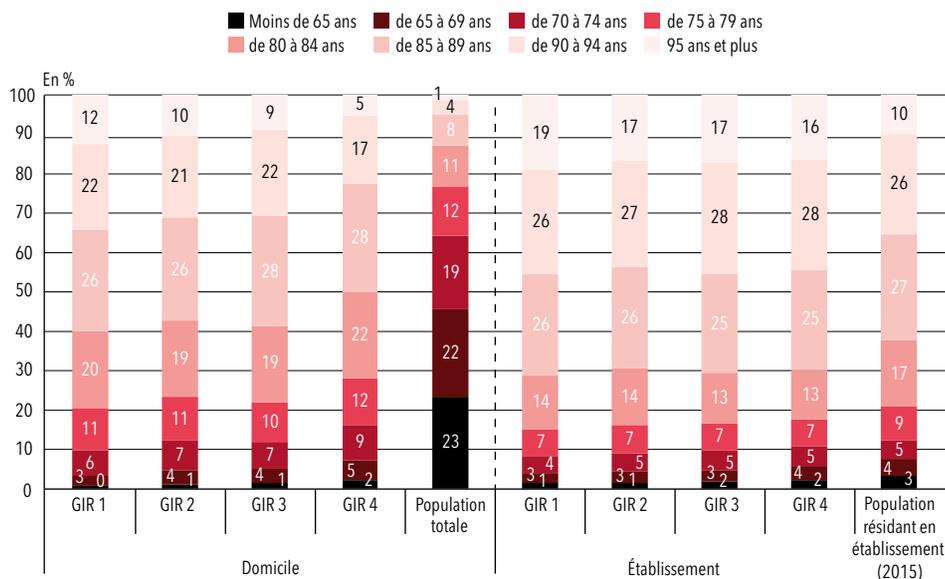
Note > Les chiffres rouges correspondent à la part totale des bénéficiaires de l'APA dans la population.

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 d'âge bénéficient de l'APA.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

Graphique 2 Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement par GIR et par tranche d'âge, fin décembre 2018



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 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

En revanche, la part des bénéficiaires de 90 ans ou plus est nettement plus importante en GIR 1 (34 %) 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 46 % des bénéficiaires selon le GIR).

La durée moyenne de perception de l'APA est de 3 ans et demi⁶ : 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 en moyenne (Boneschi, Zakri, 2018).

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'aide⁷. En moyenne, en 2018, 91 % 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 recruter lui-même un salarié. Également, la personne âgée peut 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 14 % des recrutements directs par les personnes âgées.

Les 9 % 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.

Lorsque le plan d'aide notifié inclut de l'aide humaine, le montant moyen de cette aide notifiée est de 500 euros par mois⁸ (tableau 2). À caractéristiques identiques, ce montant est moins élevé pour les hommes en couple que pour les femmes en couple (-54 euros), et il est inférieur d'environ 130 euros à celui notifié aux bénéficiaires vivants seuls. En 2017, le montant notifié moyen diminue globalement lorsque le niveau de ressources augmente. À caractéristiques identiques, les équipes médico-sociales proposent un montant d'aide humaine plus faible de 91 euros à un bénéficiaire dont les ressources sont comprises entre 2 000 et 2 500 euros qu'à un bénéficiaire dont les ressources sont inférieures à 740 euros.

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 2018, après déduction de la participation financière des bénéficiaires, diffère donc de celle des bénéficiaires. Ainsi, 36 % des montants versés pour l'APA à domicile sont destinés à des bénéficiaires en GIR 4, 26 % à ceux en GIR 3, 28 % à ceux en GIR 2 et 6 % à ceux en GIR 1 (contre respectivement 58 %, 22 %, 17 % et 2 % des bénéficiaires).

Un plan d'aide de l'APA à domicile sur huit est saturé en 2017

En 2017, un plan d'aide d'APA notifié sur huit est saturé, c'est-à-dire que son montant est égal ou presque au plafond maximal d'aide⁹. Cette proportion est nettement plus faible qu'en 2011 (-9 points),

6. Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2011. Les résultats relatifs aux durées moyennes dans l'APA n'ont pas encore été actualisés avec la vague de ces données portant sur la situation en 2017.

7. Ce plan d'aide est établi par une équipe médico-sociale après évaluation des besoins.

8. Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017. 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.

9. Le plafond est considéré comme atteint lorsque le montant notifié correspondant au niveau de dépendance (GIR) du bénéficiaire représente au moins 96 % du plafond. Cette proportion est retenue, plutôt que 100 %, notamment pour tenir compte du fait que le plan d'aide humaine est souvent arrondi à un nombre entier d'heures d'aide.

en raison de la forte revalorisation des plafonds maximaux de l'APA consécutive à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015. La baisse est d'autant plus marquée que le besoin d'aide à l'autonomie est important, la revalorisation du plafond ayant été plus élevée pour les bénéficiaires les plus dépendants.

Par ailleurs, près d'un bénéficiaire sur deux (47 %) ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine qui lui a été notifié. Cette proportion est plus élevée de 10 points pour les moins dépendants (GIR 4) que pour les plus dépendants (GIR 1). Parmi ceux qui ne consomment pas la totalité du

montant d'aide notifié, un tiers du montant notifié d'aide humaine n'est pas dépensé, en moyenne. Les bénéficiaires aux ressources intermédiaires, pour qui le reste à charge constitue une part importante des ressources, sous-consomment davantage que les autres.

Des évolutions différenciées des dépenses à domicile et en établissement

Entre 2003 et 2010, les dépenses d'APA en établissement augmentent nettement plus que les dépenses à domicile (respectivement +55 % et +36 %). À l'inverse, le nombre de bénéficiaires croît plus

Tableau 2 Caractéristiques moyennes des bénéficiaires de l'APA à domicile, fin 2017

Variable	Tous bénéficiaires	Bénéficiaires recevant une aide humaine				
	Tous GIR	Tous GIR	GIR 4	GIR 3	GIR 2	GIR 1
Âge (en années)	84,3	84,3	83,6	85,2	85,3	86,0
Part de femmes seules (en %)	51	51	52	52	47	46
Part de femmes en couple (en %)	19	19	20	16	19	23
Part d'hommes seuls (en %)	12	13	13	13	10	6
Part d'hommes en couple (en %)	17	17	15	19	24	25
Ressources mensuelles (en euros)	1 360	1 360	1 340	1 380	1 430	1 350
Montant du plan notifié (en euros)	550	560	370	670	960	1 270
Taux de participation du bénéficiaire (en %)	21	21	22	20	19	16
Part de plans saturés ou « au plafond » (en %)	12	12	7	17	23	28
Part dont le plan contient exclusivement de l'aide humaine (en %)	44	45	51	40	34	30
Proportion d'aide humaine dans le montant du plan (en %)	87	90	91	90	89	89
Montant d'aide humaine dans le plan (en euros)	480	500	340	600	870	1 150
Quantité d'aide humaine dans le plan (en heures / mois)	27	29	19	34	50	68
Part de bénéficiaires qui sous-consomment (en %), dont :	-	47	49	46	44	39
part non consommée (en %)	-	33	33	34	35	34
montant non consommé (en euros)	-	170	110	210	310	380

Note > Données pondérées pour être représentatives de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile au niveau national.

Lecture > En 2017, les bénéficiaires de l'APA à domicile sont âgés de 84,3 ans en moyenne. Parmi ceux recevant une aide humaine, les bénéficiaires en GIR 4 ont en moyenne 83,6 ans, tandis que ceux en GIR 1 ont en moyenne 86,0 ans.

Champ > Bénéficiaires de l'APA à domicile payés au titre du mois de décembre 2017.

Source > DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017.

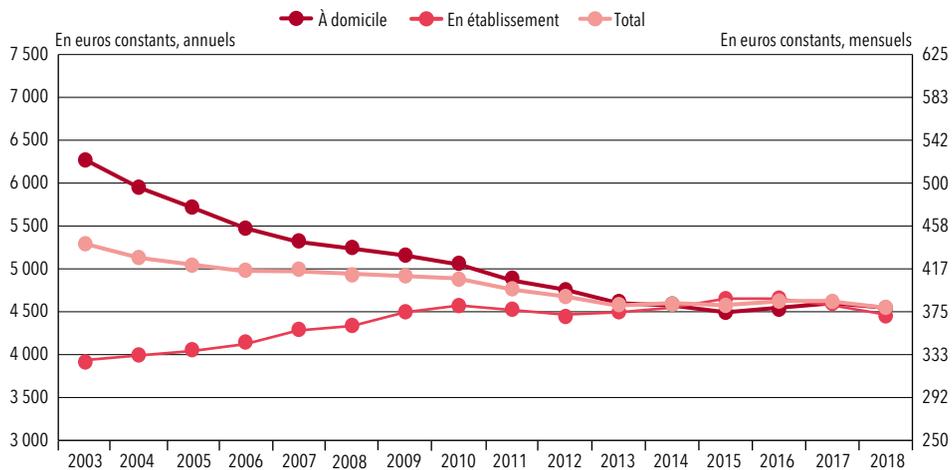
fortement à domicile (+69 %) qu'en établissement (+33 %). Entre 2010 et 2015, les dépenses d'APA à domicile diminuent, tandis que celles en établissement continuent leur progression. Le nombre de bénéficiaires, à domicile comme en établissement, augmente encore au cours de cette période mais plus faiblement. En 2016 et en 2017, les dépenses à domicile repartent à la hausse (respectivement +2,7 % et +2,5 %), mais cette croissance cesse en 2018 (-0,1 %). Les dépenses en établissement augmentent, elles, de 0,9 % entre 2016 et 2017 et connaissent une baisse plus marquée (-1 %) en 2018. 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 42 % en 2005), en 2014, ces deux dépenses convergent vers une même valeur de 4 600 euros en euros constants de 2018 (*graphique 3*). En 2015 et 2016, la dépense annuelle par bénéficiaire est légèrement plus élevée en établissement qu'à domicile. En 2017, elles s'établissent de nouveau toutes deux à 4 600 euros en moyenne et baissent conjointement jusqu'à 4 500 euros en moyenne en 2018, soit 380 euros par mois.

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

L'accroissement des dépenses d'APA à domicile entre 2015 et 2017 est pour l'essentiel un effet de la loi 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 4*).

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 des départements et pour les montants de participation des bénéficiaires. Prises dans

Graphique 3 Évolution de la dépense annuelle moyenne de l'APA par bénéficiaire, entre 2003 et 2018



Lecture > En 2018, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est de 4 555 euros à domicile, soit 379 euros par mois.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

leur ensemble, les évolutions liées à la loi ASV ne semblent pas avoir eu d'effet majeur sur ces derniers. Le montant moyen de leur participation 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 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 2017¹⁰, 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. ■

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 1^{er} 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'acquies 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 1^{er} 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.

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.

10. 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).

Encadré 2 Définitions des montants associés à l'APA

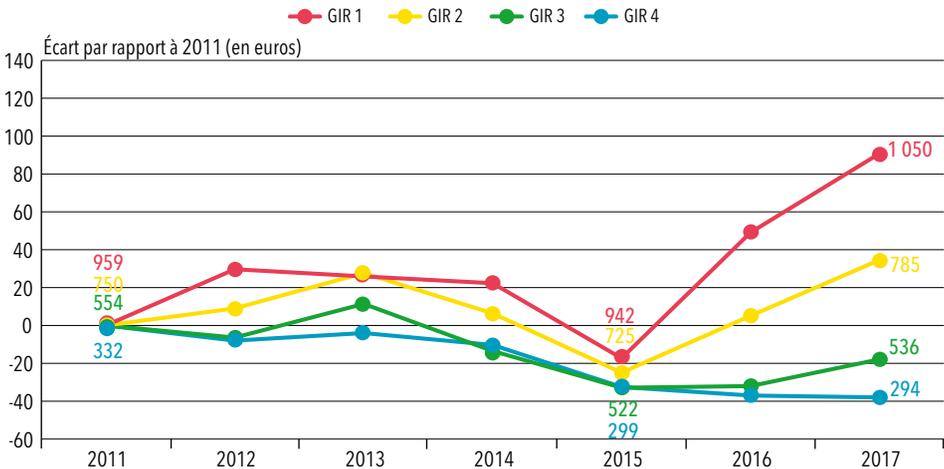
Trois types de montants peuvent être associés à l'APA à domicile, correspondant à des définitions différentes :

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 départementaux, mais ne lui est pas exactement égale, du fait des décalages de trésorerie.

Graphique 4 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.

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.
- > **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.
- > **Latourelle, J., Ricroch, L.** (2020, juin). Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017 - Premiers résultats remontés individuelles APA de 2017, *Études et Résultats*, 1152.
- > **Arnault, L.** (2020, juin). Une comparaison des plans d'aide notifiés et consommés des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011, *Les Dossiers de la DREES*, 59.
- > **Arnault, L., Roy, D.** (2020, juin). Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié, *Études et Résultats*, 1153.

Fin 2018, 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. Après plusieurs années de stabilité, la dépense moyenne par bénéficiaire baisse en 2018 mais reste très hétérogène selon les territoires. 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 2018, 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 769 000 places d'hébergement installées au 31 décembre 2018, soit un quart des 510 000 places habilitées à l'aide sociale¹ (voir fiche 17). Parmi ces bénéficiaires, 102 200 vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), 8 100 en unité de soins de longue durée, 4 400 en maison de retraite (hors Ehpad) et 6 500 en résidence autonomie. L'ASH peut également être versée aux personnes âgées accueillies chez des particuliers (2 200 fin 2018). Par ailleurs, outre les personnes âgées bénéficiaires de l'ASH, 17 000 personnes handicapées résident 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 114 000. Il a ensuite augmenté jusqu'à 122 000 en 2011 et oscille, depuis, entre 120 000 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 : un quart des bénéficiaires ont moins de 75 ans, contre 12 % des personnes âgées vivant en établissement. Au contraire, moins de la moitié des bénéficiaires de l'ASH ont 85 ans ou plus, contre 63 % 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 marquées². 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 plus dépendants,

1. Sources : DREES, Panorama statistique Jeunesse - Sports - Cohésion sociale 2019 pour le nombre total de places installées ; et DREES, enquête EHPA 2015 pour le nombre de places habilitées à l'aide sociale au 31 décembre 2015 (ce dernier n'est pas disponible pour l'année 2018).

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

Tableau 1 Bénéficiaires de l'ASH aux personnes âgées en établissement et dépenses associées, de 2001 à 2018

Dépenses en milliers d'euros courants, évolutions des dépenses en euros constants 2018

	2001	2006	2011	2017	2018	Évolutions (en %)	
						2001-2018	2017-2018
Nombre de bénéficiaires au 31 décembre	119 700	117 400	121 900	122 000	122 200	2,1	0,1
Nombre moyen de bénéficiaires dans l'année	119 900	117 900	121 900	122 400	122 100	1,9	-0,2
Dépenses annuelles	873 200	986 000	1 219 100	1 273 000	1 262 000	13,9	-2,7
Dépenses annuelles moyennes par bénéficiaire	7 300	8 400	10 000	10 400	10 300	11,8	-2,4
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire	610	700	830	870	860	11,8	-2,4

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.

Lecture > Fin 2018, 122 200 personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficient de l'ASH en établissement, pour une dépense nette des récupérations associée de 1,262 milliard d'euros sur l'ensemble de l'année.

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 2018	Population vivant en EHPA fin 2015	Ensemble de la population de 60 ans ou plus au 1 ^{er} janvier 2019
Hommes	36	26	44
Femmes	64	74	56
moins de 65 ans	5	3	23
de 65 à 69 ans	9	4	22
de 70 à 74 ans	11	5	19
de 75 à 79 ans	12	8	12
de 80 à 84 ans	16	17	11
de 85 à 89 ans	20	27	8
de 90 à 94 ans	17	26	4
95 ans ou plus	10	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 2018.

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.

Lecture > Fin 2018, les femmes représentent 64 % des bénéficiaires de l'ASH en établissement.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; DREES, enquête EHPA 2015 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

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 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 en baisse en 2018, après plusieurs années de stabilité

En 2018, les dépenses brutes des départements pour l'ASH en établissement (*encadré 1*), après récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers³, 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 %⁴. Après six années de relative stabilité, entre 2011 et 2017, elles baissent en 2018 de 2,7 % en euros constants par rapport à 2017.

La dépense moyenne par bénéficiaire, après avoir augmenté de 15,3 % entre 2001 et 2011 (+1,4 % par an en moyenne), a été relativement stable entre 2011 et 2017 (-0,1 % en moyenne annuelle); et diminue en 2018 (-2,4 % par rapport à 2017). Elle s'élève à 10 300 euros en 2018, soit 860 euros par mois, avec d'importantes différences selon les départements. Près de deux tiers des collectivités présentent une dépense annuelle moyenne par bénéficiaire qui varie entre 7 800 et 11 800 euros, soit dans une fourchette assez large de plus ou moins 20 % autour de la médiane⁵, qui s'établit à 9 800 euros (*carte 1*). Onze départements se distinguent par des montants bien plus faibles (entre 28 % et 78 % de la valeur médiane). À l'opposé, onze départements présentent les valeurs les plus élevées; les variations en leur sein sont particulièrement fortes.

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

Les montants de dépenses 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, ces dépenses 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 « brutes » d'ASH sont ici 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 convention pour l'ASH est appliquée par la DREES à partir de l'édition 2019 du Panorama *L'aide et action sociales en France*. Les données diffèrent donc et ne peuvent pas être comparées à celles publiées dans les éditions 2018 et antérieures de l'ouvrage.

3. Les dépenses sont ici qualifiées de brutes au sens où elles sont mesurées avant recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales ou remboursements.

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 France métropolitaine et DOM. En 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

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

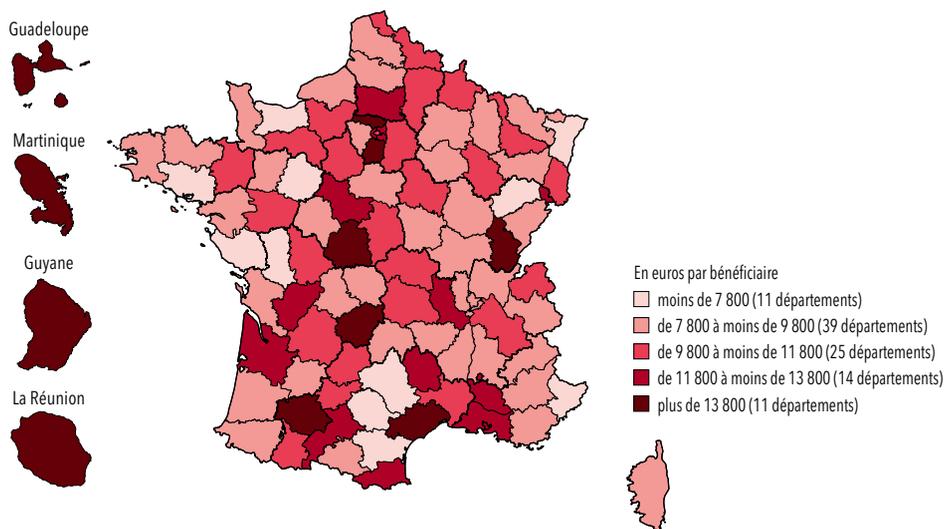
La prise en compte de certaines charges ou frais dans le montant de l'ASH

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, 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 99,98 euros par mois en 2018⁶. 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 86 % des départements, les frais liés à la dépendance des personnes évaluées en GIR 5 ou 6 sont couverts par l'ASH en 2018 (graphique 1). Ces frais sont couverts parfois seulement dans 6 % 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 86 % des départements, et parfois seulement dans 13 %. Cela est fréquent, mais dans une moindre mesure pour les frais de mutuelle, qui sont systématiquement pris en compte dans 75 %

Carte 1 Dépenses brutes annuelles moyennes d'ASH en établissement par bénéficiaire, en 2018



Notes > La dépense brute est appréciée après récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers.

Au niveau national, la dépense brute annuelle moyenne par bénéficiaire est de 10 300 euros. La valeur médiane, en-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 9 800 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.

⁶. Une somme minimale correspondant au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, 833 euros par mois en 2018, doit être laissée au conjoint éventuel restant à domicile.

des départements, et parfois dans 25 %. Les prélèvements fiscaux ou les frais d'assurance sont toujours ou parfois pris en charge dans respectivement 89 % 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 7 % et 51 % des départements).

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

En 2018, 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 alimentaire auprès des enfants du bénéficiaire, 92 % auprès des gendres ou des belles-filles⁷. Ils ne sont que 32 % à la pratiquer auprès des petits-enfants. Enfin, 13 % des départements

sollicitent d'autres personnes dans le cadre de l'obligation alimentaire ; il s'agit principalement des parents du bénéficiaire.

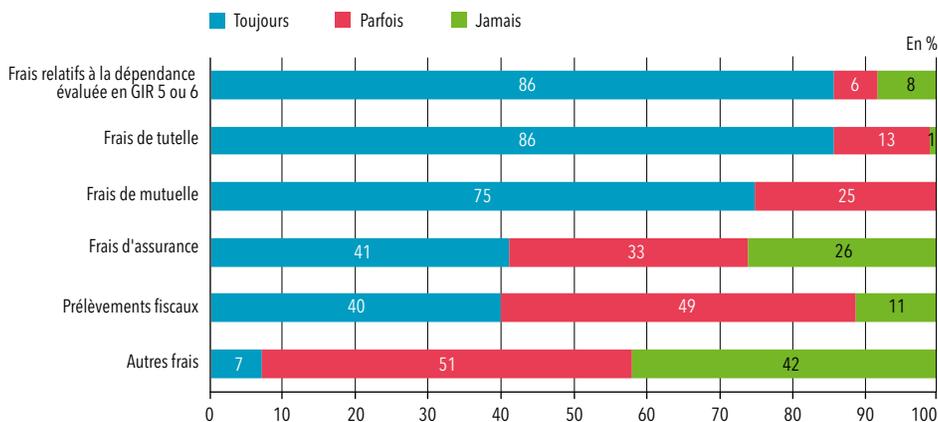
L'ASH constitue une avance qui peut être récupérée du vivant ou au décès du bénéficiaire. Les sommes versées au titre de l'aide sociale peuvent ainsi faire l'objet d'un recours sur la succession du bénéficiaire. Celui-ci est toujours mis en œuvre dans 97 % des départements, et occasionnellement dans 3 % 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 2018, 30 % 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

Graphique 1 Charges et frais pris en compte dans le calcul de l'ASH par les départements, en 2018



Note > 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 2018, 86 % des départements prennent toujours en charge les frais relatifs à la dépendance des personnes évaluées en GIR 5 ou 6, dans le cadre de l'ASH.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

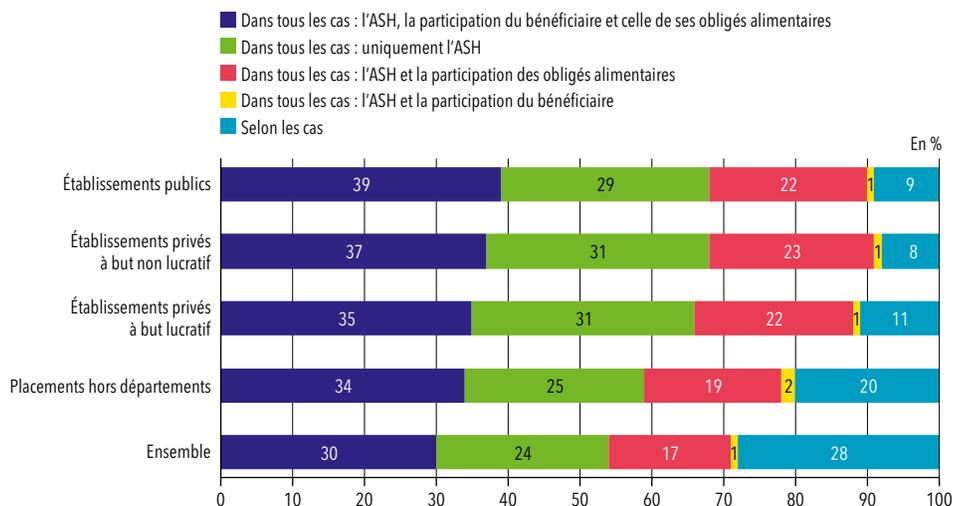
Source > DREES, enquête Aide sociale.

7. 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.

ces deux dernières auprès des intéressés. À l'inverse, 24 % 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, 28 % des départements déclarent que cela dépend des cas. Par exemple, 25 % 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, 31 % de collectivités versent toujours à l'établissement la participation du bénéficiaire (qu'ils récupèrent ensuite), 28 % le font parfois et 41 % 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 (toujours dans 54 % des cas, parfois dans 19 % des cas), particulièrement dans les établissements publics. 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 2018, les montants récupérés s'élèvent à 888 millions d'euros (tableau 3). 66 % des sommes récupérées le sont auprès des bénéficiaires, 21 % sur les successions, et 13 % auprès des obligés alimentaires. ■

Graphique 2 ASH : que recouvre le versement du département aux établissements, en 2018 ?



Lecture > En 2018, 30 % 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 2018

	Montants annuels en milliers d'euros	Répartition (en %)	
Dépenses annuelles d'ASH en établissement avant récupérations, dont :	2 149 700	100	-
Dépenses brutes après récupérations	1 262 000	59	-
Récupérations auprès des bénéficiaires et obligés alimentaires et recours sur successions, dont :	887 700	41	100
Participation des bénéficiaires	582 800	-	66
Récupérations auprès des obligés alimentaires	117 900	-	13
Recours sur successions	187 000	-	21

Lecture > Les montants récupérés, au titre de l'ASH, s'élèvent à 888 millions d'euros en 2018 et représentent 41 % des dépenses brutes avant récupérations.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Au 31 décembre 2019, près de 11 000 structures d'hébergement pour personnes âgées proposent 770 000 places d'accueil. L'augmentation des capacités d'accueil constatée depuis 2007 se poursuit, particulièrement pour les résidences autonomie (+10 % entre 2015 et 2019). Entre 2011 et 2015, les personnes accueillies sont elles aussi plus nombreuses, mais également plus âgées et plus dépendantes. Fin 2015, 83 % des résidents sont en perte d'autonomie (GIR 1 à 4). Les tarifs journaliers sont en légère hausse, et le coût de l'hébergement atteint, fin 2015, 55,90 euros par jour pour une place habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Fin 2019, 10 700 structures d'hébergement pour personnes âgées proposent près de 769 000 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 79 % des places installées¹ (graphique 1). Ce sont les structures qui offrent la plus grande capacité moyenne d'accueil (81 places installées, en moyenne), largement devant les résidences autonomie² ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) qui comptent respectivement 52 et 21 places installées, en moyenne.

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, la Corse, et une majorité 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.

Entre 2015 et 2019, les capacités d'accueil en résidences autonomie ont progressé de près de 10 %, soit bien davantage que l'augmentation globale de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées (+2 %). L'évolution de ces capacités d'accueil peut s'expliquer par la mise en application, en 2016, des mesures sur les résidences autonomie de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Cette loi renforce leur place comme solution d'habitat intermédiaire pour personnes âgées en instaurant, notamment, le forfait autonomie leur permettant de bénéficier d'un financement spécifique pour les actions de prévention. 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 124 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Entre 2011 et 2015, la part de la population totale résidant en institution diminue au sein de chaque classe d'âge, hormis aux âges les plus élevés³.

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

Au 31 décembre 2015⁴, l'hébergement permanent reste le mode d'accueil principal : 97 % des places

1. Les places installées sont celles en état d'accueillir des personnes à la date d'observation (celles fermées temporairement pour cause de travaux sont également incluses). Elles peuvent être moins nombreuses que les places autorisées, ces dernières n'étant pas nécessairement créées.

2. Le nombre de places installées représente, pour les résidences autonomie, le nombre de logements.

3. Source : DREES, enquête EHPA 2015, Insee, recensement de la population (estimations 2011 et 2015).

4. Les données présentées dans la suite de cette fiche sont tirées de l'enquête EHPA de la DREES, dont la dernière vague disponible porte sur la situation fin 2015. Les résultats de la vague d'enquête relative à la situation au 31 décembre 2019 seront publiés en 2021.

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, 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)⁵ 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)⁶ en Ehpad est moins fréquente : 3 % des structures en disposent (environ 250 structures).

Tableau 1 Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2015 et 2019

Catégorie d'établissement et statut juridique	Établissements		Places installées		Personnes accueillies	Personnels	Effectifs (en ETP) ²	Taux d'encadrement (en %)
	2015	2019 ¹	2015	2019 ¹	2015	2015	2015	2015
Ehpad, dont :	7 400	7 519	600 380	611 673	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	2 291	109 250	119 831	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	332	8 500	6 934	7 700	4 030	3 250	38,3
privés à but lucratif	62	-	1 680	-	1 120	690	590	35
privés à but non lucratif	205	-	5 010	-	4 790	2 430	1 910	38,2
publics	71	-	1 810	-	1 790	910	750	41,4
Unités de soins de longue durée	596	592	33 860	31 051	32 790	44 260	34 960	103,2
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	10 601	10 734	751 990	769 489	727 930	500 050	429 770	57,2

1. Les données 2015 et 2019 proviennent de deux sources de données différentes et peuvent différer légèrement sans nécessairement refléter d'évolution du nombre de structures.

2. Les équivalents temps plein (ETP) mesurent l'activité du personnel sur la base d'un exercice à temps complet. Ils permettent de calculer le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées.

Lecture > Fin 2019, 10 734 établissements d'hébergement pour personnes âgées accueillent 727 930 personnes.

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

Sources > DREES, enquête EHPA 2015 ; panorama statistique « Jeunesse, Sports, Cohésion sociale » 2019 (à partir du répertoire FINESS et de la SAE).

5. 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.

6. Dans les UHR, des activités sont proposées et des soins dispensés aux résidents accueillis qui souffrent de troubles du comportement sévères.

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 à ce jour 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

Encadré 1 Structures d'hébergement pour personnes âgées

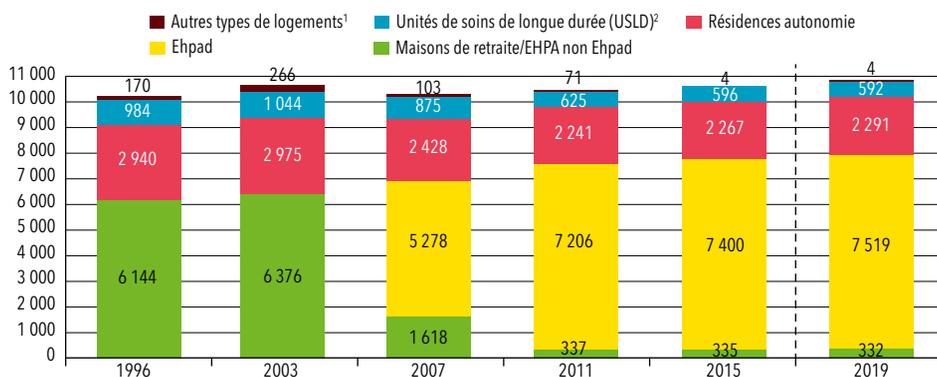
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : lieux d'hébergement médicalisés et collectifs qui assurent la prise en charge globale de la personne âgée.

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 2019



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. Les données 2015 et 2019 proviennent de deux sources de données différentes et peuvent différer légèrement sans nécessairement refléter d'évolution du nombre de structures.

Lecture > En 2019, on recense 7 519 Ehpad.

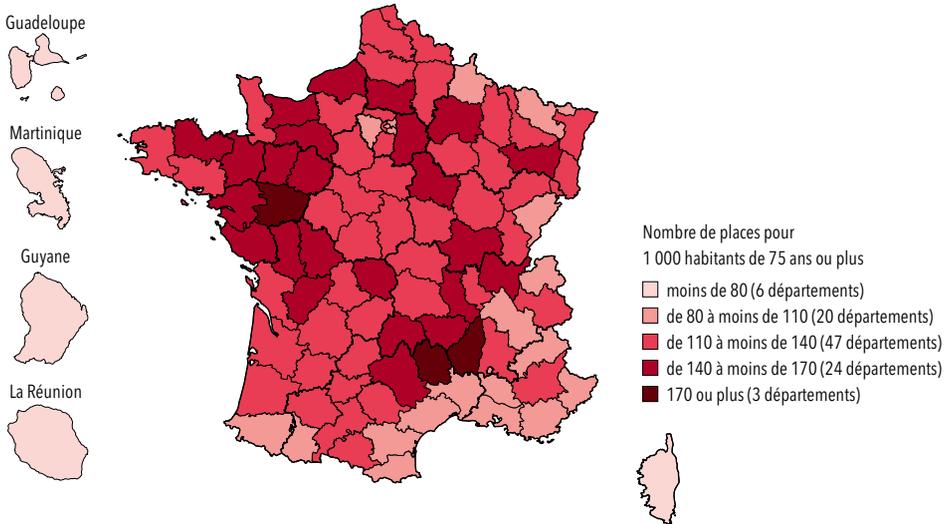
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Sources > DREES, enquêtes EHPA, 1996, 2003, 2007, 2011 et 2015 ; SAE 1996 ; panorama statistique « Jeunesse, Sports, Cohésion sociale » 2019 (à partir du répertoire FINESS et de la SAE).

familiales (allocation 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 6 Ehpad privés à but lucratif sur 10 n'ont aucune place habilitée à l'aide sociale. Dans le privé à but non lucratif, 91 % des établissements disposent de places habilitées et 3 Ehpad sur 4 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 1 Ehpad privé à but non lucratif sur 10 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]).

Carte 1 Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2019



Note > Au niveau national, le nombre de places en Ehpad, EHPA, résidences autonomie et USLD est de 124 pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, panorama statistique « Jeunesse, Sports, Cohésion sociale » 2019 (à partir du répertoire FINESS et de la SAE) ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2020 (résultats arrêtés fin 2019).

Des tarifs journaliers en hausse, 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 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).

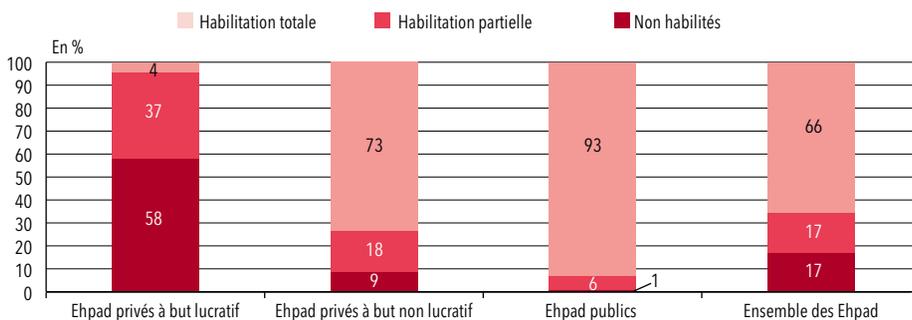
En moyenne, en Ehpad, le tarif dépendance est en légère augmentation depuis 2011 et s'élève à 5,50 euros par jour en 2015 pour les personnes les plus autonomes (GIR 5 à 6) et à 20,50 euros pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 2). Le tarif dépendance varie moins en fonction du statut juridique 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 de 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.

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.

En revanche, dans les unités de soins de longue durée (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'élevé 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 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 AGGIR⁷ ; en 2015, ils sont 83 % (tableau 2).

Les Ehpad sont plus touchés par cette hausse : leur GIR moyen pondéré⁸ (GMP) passe ainsi de 689 en 2011 à 710 en 2015. Plus de la moitié de leurs résidents (54 %) sont très dépendants (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. ■

7. La grille AGGIR (Autonomie gérontologique, groupe 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.

8. 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.

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

Lecture > En 2015, 17,6 % des résidents en Ehpad sont classés en GIR 1.

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

Source > DREES, enquête EHPA 2015.

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>
- > Panorama Statistique, Jeunesse, Sports, Cohésion Sociale 2019. DREES.
- > **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

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

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 2005¹ 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 disponibles² permettant d'approcher ces phénomènes en population générale, trois critères sont utilisés : déclarer une limitation³ dans une fonction physique,

sensorielle ou intellectuelle, ou avoir une reconnaissance officielle d'un handicap, d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie⁴, ou enfin déclarer une forte restriction dans les activités que les gens font habituellement⁵.

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.

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 »).

Avoir uniquement une 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 statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 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 2018, selon cette définition, 4,9 millions de personnes de 16 ans ou plus et vivant en milieu ordinaire en France métropolitaine peuvent être considérées en situation de handicap, soit 9,3 % de la population. Parmi elles, 1,9 million de personnes ont moins de 60 ans, soit 5,7 % de la population concernée. Le nombre de personnes considérées comme handicapées avec cette définition est stable depuis 2010.

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), 169 000 adultes handicapés

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).

Lecture > En 2008, 12,451 millions de personnes âgées de 16 ans ou plus appartiennent à au moins un des groupes (critère 1 ou 2 ou 3).

Champ > France métropolitaine et DROM, hors population résidant en établissement.

Source > DREES, Insee, enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM - 2008).

sont hébergés dans le cadre institutionnel⁶ au 31 décembre 2018. De plus, 1 600 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 117 500.

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 après 60 ans. Cette fiche se concentre sur ces dernières prestations, la situation des personnes de 60 ans ou plus et les aides qui leur sont dédiées étant traitées dans 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 1,19 million fin 2018, dont 1,02 million âgées de moins de 60 ans (*tableau 2*). Certaines peuvent aussi toucher l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), en complément d'une pension d'invalidité, éventuellement cumulée avec l'AAH ; elles sont 82 200 fin 2018.

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, versée à la personne qui en assume la charge.

Au 31 juin 2018, 321 600 enfants et jeunes en sont bénéficiaires.

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et la prestation de compensation du handicap (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 2018, 58 200 personnes ont un droit ouvert à l'ACTP et 314 900 à 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 (151 900 personnes fin 2018).

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 2018, 831 200 personnes sont bénéficiaires d'une pension d'invalidité, 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 2018, 15 300 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 41,2 milliards d'euros en 2018. Elles représentent 5,6 % du total des dépenses de

6. Logement collectif, foyer d'hébergement, foyer occupationnel ou foyer de vie, MAS, FAM, établissement de santé, établissement social, CRP, établissement d'éducation spéciale.

prestations de protection sociale, soit 1,8 % du produit intérieur brut. 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 2018 (+2,6 %, après +3,2 % en 2017). Leur croissance

est notamment portée par les dépenses d'AAH, celles liées à l'accueil et l'hébergement, et les pensions et rentes versées par les administrations publiques. Ces trois postes contribuent pour près des trois quarts de la croissance globale du risque invalidité en 2018.

Par ailleurs, les dépenses de rentes pour incapacité permanente partielle consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle⁷ s'élevèrent à 5,4 milliards d'euros en 2018, soit une hausse de 0,9 % par rapport à 2017.

Tableau 2 Nombre de bénéficiaires des prestations dédiées au handicap, fin 2018

	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)	58 200	0,9	NC	0	12	24	27	36
Prestation de compensation du handicap (PCH)	314 900	4,7	6	11	13	17	27	26
Aide sociale à l'accueil familial et en établissement (y compris de jour)	151 900	2,3	0	18	17	19	24	21
Aides ménagères	21 100	0,3	0	3	10	22	46	18
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ¹	321 600	19,9	100	0	0	0	0	0
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1 194 500	17,8	NC	13	17	24	32	14
Pensions d'invalidité (jusqu'à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite), dont :	831 200	12,4	<1	1	6	19	55	19
majoration pour tierce personne (MTP)	15 300	0,2	0	1	6	21	54	17
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	82 200	1,2	NC	1	7	23	50	19
Rente d'indemnisation d'incapacité permanente (rente AT-MP)	1 097 000	16,4	ND	ND	ND	ND	ND	ND

1. Pour l'AEEH, le nombre de bénéficiaires est celui au 30 juin 2018 et 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.

Lecture > Fin 2018, 58 200 personnes ont un droit ouvert à l'ACTP.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte pour les aides ménagères, les aides à l'accueil, la PCH et l'ACTP.

Sources > CNAF ; DREES, enquête Aide sociale, EACR ; CNAMTS et DSS ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats provisoires arrêtés fin 2019).

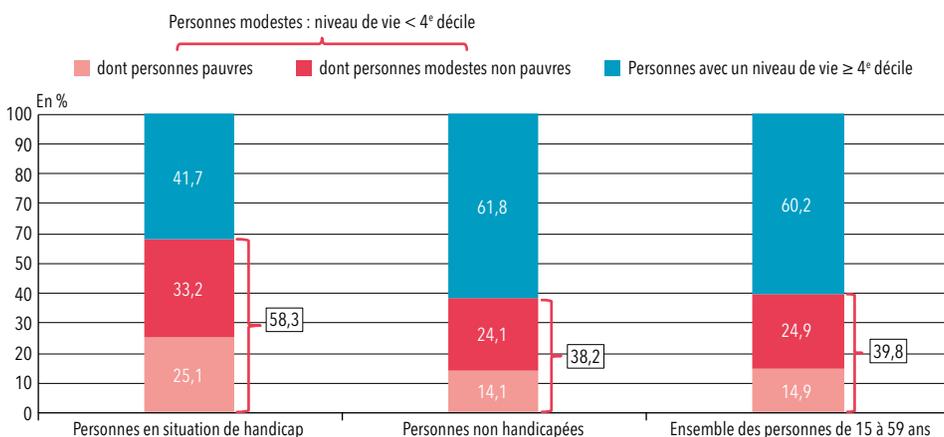
7. Ces rentes sont comptabilisées, dans les Comptes de la protection sociale, au sein du risque « accident du travail ».

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 2017, 58,3 % des personnes handicapées de moins de 60 ans vivent dans un ménage dit « modeste »⁸, contre 38,2 % de celles n'étant pas en situation de handicap. Au sens statistique du terme, 25,1 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans sont pauvres⁹, contre 14,1 % des personnes de la même tranche d'âge sans handicap. Comparé à l'ensemble des ménages, le niveau de vie¹⁰ médian mensuel¹¹ des ménages dont au moins un membre présente un handicap (1 430 euros) est

inférieur de 280 euros par mois, en 2017, à celui de l'ensemble des ménages (1 710 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.

Graphique 1 Répartition des personnes de 15 à 59 ans selon leur niveau de vie, en 2017



Notes > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation.

Le 4^e décile (D4) est la valeur en dessous de laquelle se situent 40 % de l'ensemble des personnes. 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 ou 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 2017, 14,9 % des personnes âgées de 15 à 59 ans sont pauvres. Parmi les personnes de cet âge et en situation de handicap, 25 % sont pauvres.

Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 59 ans appartenant à un ménage 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 (ERFS) 2017.

8. 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.

9. C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.

10. 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 d'un ménage, considéré ici, comptabilise tous les revenus, y compris les prestations sociales, et est calculé après déduction des impôts directs. Il correspond ainsi aux ressources dont ce ménage dispose pour consommer et épargner.

11. Le niveau de vie mensuel correspond au niveau de vie calculé sur l'année, puis divisé par 12.

Tableau 3 Décomposition du revenu disponible des ménages comptant au moins un membre âgé de 15 à 59 ans, en 2017

Composantes du revenu disponible	Répartition du revenu disponible		Part des ménages percevant un revenu de ce type	
	Ensemble des ménages comptant au moins un membre âgé de 15 à 59 ans	dont : avec un membre âgé de 15 à 59 ans en situation de handicap ou de perte d'autonomie	Ensemble des ménages comptant au moins un membre âgé de 15 à 59 ans	dont : avec un membre âgé de 15 à 59 ans en situation de handicap ou de perte d'autonomie
Revenus d'activité¹	93,6	68,7	91,1	73,1
Salaires	86,9	65,4	88,6	71,2
Revenus d'indépendants	6,7	3,3	8,9	5,9
Revenus de remplacement et pensions alimentaires¹	9,9	19,9	38,4	55,0
Chômage et préretraites	4,0	5,1	24,5	25,9
Retraites, pensions d'invalidité et pensions alimentaires	5,9	14,8	18,7	38,5
Revenus du patrimoine	6,3	8,0	90,1	86,3
Impôts directs²	-17,2	-13,0	-	-
Prestations sociales non contributives³	7,5	16,5	57,3	67,2
Prestations familiales ⁴	3,1	3,3	36,3	29,6
Allocations logement	1,8	3,6	27,4	39,2
Minima sociaux ⁵	1,9	8,7	12,2	37,0
Garantie jeunes	0,0	0,1	0,2	0,8
Prime d'activité	0,6	0,8	17,6	16,6
Ensemble	100	100	-	-
Revenu disponible annuel moyen (en euros)	3 303	2 739	-	-
Niveau de vie annuel moyen⁶ (en euros)	1 952	1 619	-	-
Niveau de vie annuel médian⁶ (en euros)	1 707	1 426	-	-

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 2017, calculés d'après la déclaration de revenus 2016.

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'ERFS. 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. Le niveau de vie mensuel est calculé en moyenne par personne, et non par ménage.

Lecture > En 2017, pour les ménages dont au moins un des membres est âgé de 15 à 59 ans, la part des prestations sociales non contributives dans le revenu disponible est de 7,5 %. 57,3 % des ménages perçoivent ce type de prestations.

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 (ERFS) 2017.

La composition du revenu disponible est également différente. Les revenus d'activité ne représentent que 68,7 % du revenu disponible des ménages dont au moins un membre présente un handicap et a moins de 60 ans, alors qu'ils représentent 93,5 % de celui de l'ensemble des ménages. À l'inverse, les prestations

sociales¹² contribuent pour près de 16,5 % à leurs revenus disponibles, contre 7,5 % pour l'ensemble des ménages. En particulier, la part des minima sociaux¹³ est cinq fois plus élevée pour les ménages comprenant au moins une personne en situation de handicap que pour l'ensemble des ménages. ■

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) [2020]. Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA.
- > **Arnaud, F. (dir.)** (2020, juin). *Les retraités et les retraites*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 20 et 21.
- > **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.
- > **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.)** (2020, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution - édition 2020*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 01, 02, 30 et 31.
- > **Gonzalez, L., Héam J. et al. (dir.)** (2019, juin). *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.)** (2016). 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.) (2016). Handicap, âge, dépendance : quelles populations ? *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française, 4.
- > **Espagnacq, M.** (2015, septembre). Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale - Une analyse à partir de l'enquête Handicap-Santé auprès des ménages (HSM, 2008). DREES, *Dossiers Solidarité Santé*, 68.

12. Elles désignent ici les prestations sociales non contributives : prestations familiales, allocations logement, minima sociaux, garantie jeunes et prime d'activité ; et non pas l'ensemble des prestations de protection sociale (dont les pensions d'invalidité par exemple).

13. L'AAH, le RSA et le minimum vieillesse sont comptabilisés ici comme minima sociaux.

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 1975¹ 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 2005² 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 spécialisées (MAS) sont couverts par l'assurance maladie ; il en va de même pour la partie relative aux soins des foyers d'accueil médicalisés (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 CASF³).

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 comme bon lui semble du montant financier, 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] ». Contrairement à 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 ans⁴, ou qu'elle exerce toujours une activité professionnelle, elle peut 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'ACTP⁵ et le bénéficiaire de la PCH dispose d'un taux de prise en charge

4. Dans les cas d'éligibilité avant 60 ans, la demande de PCH devait être effectuée avant 75 ans pour être acceptée. Cette condition a été supprimée par la loi n°2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap.

5. 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.

compris entre 80 % et 100 %, en fonction de ses ressources⁶. 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 Creton⁷, 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 peut payer une partie des tarifs journaliers au titre de l'aide sociale (art. L. 344-5 du CASF).

6. 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).

7. 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.

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 médicalisés (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.

Depuis une dizaine d'années, l'aide sociale départementale aux personnes handicapées s'est très fortement développée. Entre 2006 et 2018, le nombre de prestations est passé de 266 000 à 546 000, et les dépenses de 5,3 à 8,4 milliards d'euros, en euros constants 2018. Les disparités départementales, de taux de bénéficiaires comme de dépenses moyennes par bénéficiaire, sont marquées. Les bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes handicapées sont majoritairement des hommes. Leur répartition par âge varie selon 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) et l'allocation complémentaire tierce personne (ACTP), l'aide ménagère ainsi que des aides à l'accueil : aide à l'hébergement ou à l'accueil de jour en établissement ou chez des particuliers. 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 dans 32 % des communes¹ fin 2014 (voir fiche 08).

Près de 550 000 mesures d'aide sociale départementale fin 2018, pour 7,7 milliards d'euros de dépenses annuelles

Au 31 décembre 2018, 546 200 prestations² d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par

les départements (tableau 1). Elles se répartissent en 394 200 aides à domicile et 152 000 aides à l'accueil. Pour l'année 2018, les dépenses brutes associées s'élèvent à 7,7 milliards d'euros, dont 2,5 milliards pour l'aide à domicile et 5,2 milliards pour l'aide à l'accueil. Au total, en 2018 en France, l'aide à domicile représente 72 % du nombre moyen d'aides sociales aux personnes handicapées, pour 33 % des dépenses³ et l'aide à l'accueil représente 28 % des prestations attribuées, pour 67 % des dépenses. La dépense brute moyenne par bénéficiaire est cinq fois et demie plus importante pour les aides à l'accueil : 34 300 euros en moyenne par an par bénéficiaire accueilli, contre 6 400 euros par bénéficiaire à domicile en 2018.

D'autres dépenses sont engagées par les départements, dont celles liées à l'accompagnement en SAVS et en Samsah, ainsi que des participations et des subventions. En les incluant, les dépenses brutes globales sont de 8,4 milliards d'euros pour l'année 2018.

Un 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

1. Les actions en faveur des personnes handicapées peuvent être mises en place par la commune et/ou l'intercommunalité à laquelle elle appartient.

2. Le nombre de prestations au 31 décembre est exprimé en nombre de droits ouverts à celles-ci. Ce nombre est supérieur au nombre de personnes bénéficiaires d'une aide sociale car une même personne peut avoir un droit ouvert à plusieurs prestations en même temps. 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.

3. Hors dépenses des « autres aides aux personnes handicapées ».

par 2,3 et les dépenses annuelles par 2,1, en euros constants⁴ (graphiques 1 et 2). 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 1 % et 5 % de croissance annuelle entre 2000 et 2018. Jusqu'en 2005, la hausse du nombre d'aides à domicile est similaire. 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.

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

	Nombre d'aides au 31 décembre			Dépenses annuelles, en milliers d'euros courants, évolution en euros constants			Dépenses brutes mensuelles moyennes par aide sociale départementale
	2017	2018	Évolution 2017/2018 (en %)	2017	2018	Évolution 2017/2018 (en %)	2018
Aide à domicile, dont :	381 340	394 230	3,4	2 396 960	2 493 950	2,2	540
PCH et ACTP	359 790	373 100	3,7	2 335 910	2 425 320	1,9	550
aide ménagère	21 550	21 120	-2,0	61 050	68 630	10,4	270
Aide à l'accueil, dont :	150 050	151 930	1,3	5 186 030	5 179 020	-1,9	2 860
accueil en établissement ¹	143 770	145 570	1,3	5 127 220	5 117 320	-2,0	2 950
accueil familial	6 290	6 370	1,2	58 810	61 700	3,0	810
Total domicile + accueil	531 390	546 160	2,8	7 582 990	7 672 970	-0,7	1 190
Autres aides, dont :	ND	ND	ND	736 640	766 720	2,2	ND
SAVS-Samsah	ND	ND	ND	361 220	366 010	-0,5	ND
Total	ND	ND	ND	8 319 630	8 439 690	-0,4	ND

ND : non disponible.

1. Y compris 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.

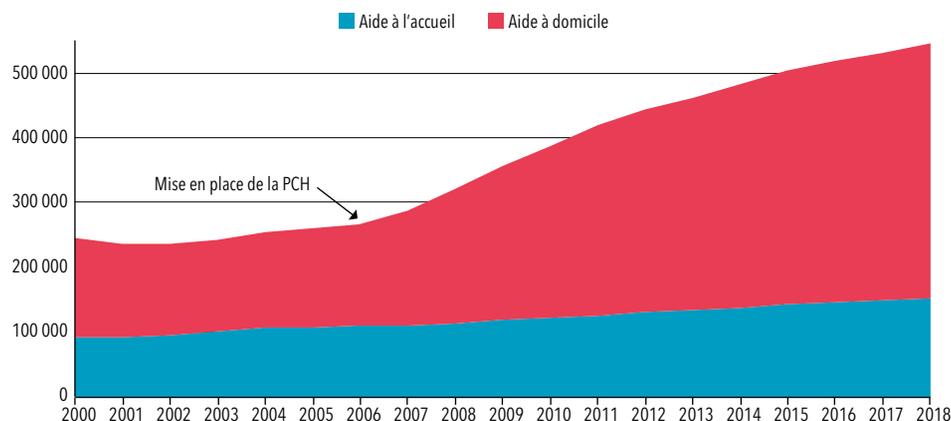
Lecture > Au 31 décembre 2018, 394 230 droits ouverts à une aide à domicile sont dénombrés, soit 3,4 % de plus que fin 2017. Le nombre moyen d'aides à domicile en 2018 est de 387 780 (moyenne entre 381 340 et 394 230), pour une dépense associée de 2 493 950 milliers d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

Graphique 1 Évolution du nombre d'aides sociales aux personnes handicapées au 31 décembre, de 2000 à 2018



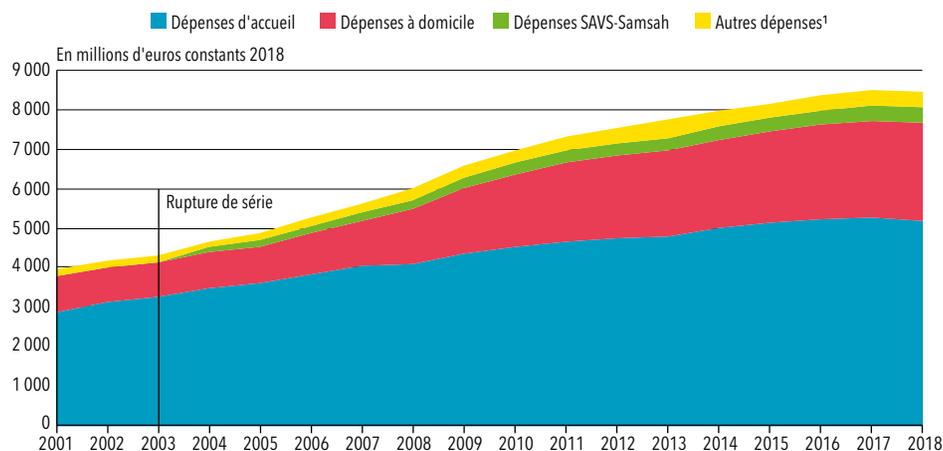
Note > Pour établir des comparaisons avec les dépenses correspondantes, les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH ont tous été comptés parmi les bénéficiaires d'une aide sociale à domicile.

Lecture > En 2018, le nombre d'aides à domicile est égal à 394 200.

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 2018



1. Dont ASH à destination des adultes hébergés en établissement pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton, 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 ».

Lecture > En 2018, les dépenses d'aides à domicile s'élèvent à 2,5 milliards d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

De 2012 à 2015, le taux de croissance des aides à domicile diminue progressivement pour rejoindre celui des aides à l'accueil. Depuis 2016, il se stabilise autour de 3 %. En 2018, le taux de croissance des aides à domicile est stable tandis que celui des aides à l'accueil diminue : respectivement +3,4 % et +1,3 % en un an. Ces hausses sont à chaque fois nettement supérieures à la croissance démographique française (entre +0,2 % et +0,8 % par an de 2000 à 2018).

À l'inverse du nombre de bénéficiaires, les dépenses brutes d'aide sociale à l'accueil sont largement supérieures à celles d'aide sociale à domicile. Elles représentent 61 % de la dépense totale en 2018, et ce malgré une augmentation des dépenses d'aide à domicile plus dynamique que celles d'aide à l'accueil. En 2018, pour la première fois, les dépenses totales diminuent (-0,4 % en un an) en raison de la baisse des dépenses d'accueil (-1,9 %) et du ralentissement de la hausse des dépenses d'aides à domicile (+2,2 %).

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 2018, la diminution de la dépense par bénéficiaire accueilli s'établit à -3,5 %.

De fortes disparités départementales

L'aide sociale aux personnes handicapées concerne en moyenne 8 personnes pour 1 000 habitants sur le territoire national⁵. Les personnes handicapées bénéficiaires de l'aide sociale se répartissent de façon très

inégalement : de 2,8 ‰ à 15,6 ‰ selon les départements en 2018 (carte 1). Dans 37 collectivités, cette proportion est relativement proche de la médiane⁶, égale à 8,7. Un tiers des territoires ont un taux supérieur à 9,6 ‰ (110 % de la médiane), dont 8 au-dessus de 11,5 ‰ (130 % de la médiane). À l'inverse, 5 départements ont un ratio particulièrement faible (inférieur à 6,1 ‰) et dans 28 autres, il est compris entre 6,1 ‰ et 7,8 ‰, soit entre 70 % et 90 % de la médiane.

En matière de dépenses moyennes par bénéficiaire, les disparités sont également marquées (carte 2). En 2018, 7 départements sur 10 dépensent en moyenne entre 11 000 et 16 500 euros par an et par bénéficiaire, des montants relativement proches (plus ou moins 20 %) de la valeur médiane, égale à 13 800 euros. En revanche, dans 12 collectivités, ce montant varie de 8 500 à 11 000 euros et est donc inférieur à 80 % de la médiane. À l'opposé, 2 départements ont des dépenses par bénéficiaire supérieures à 20 000 euros (soit 140 % de la médiane).

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.

5. 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.

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

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 (57 %) alors que les aides ménagères, l'ACTP et la PCH se répartissent quasiment à parts égales entre femmes et hommes.

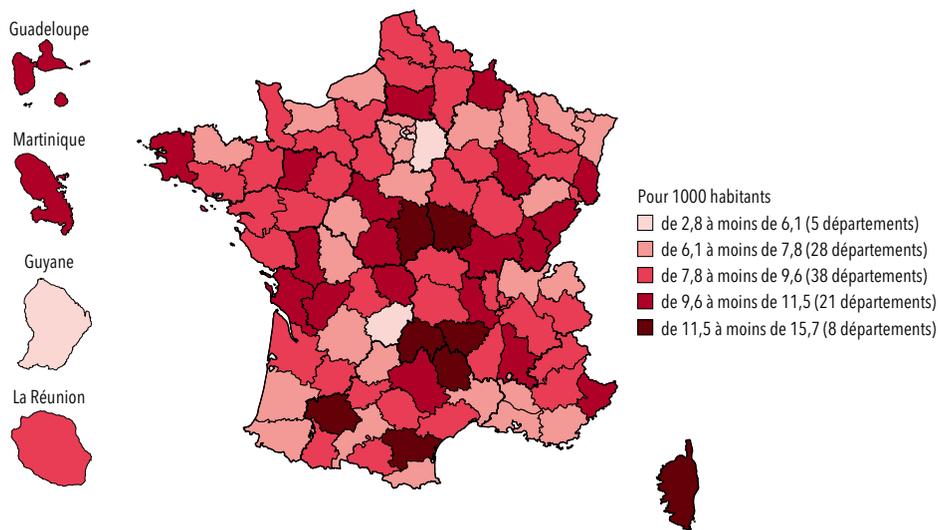
La répartition par âge des bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes handicapées varie selon la prestation (graphique 3). Les bénéficiaires d'une aide ménagère, dont près de la moitié a entre 50 et 59 ans, sont relativement âgés en comparaison des bénéficiaires des autres aides. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'ACTP sont également relativement plus

âgés, puisqu'aucune nouvelle aide de ce type n'est attribuée depuis 2006.

Les bénéficiaires des aides à l'accueil sont globalement un peu plus jeunes que ceux de la PCH. La part des 60 ans ou plus n'y est que de 21 % contre 26 % pour les bénéficiaires de la PCH et celle des 50 à 59 ans est de 24 % contre 27 %.

Les moins de 20 ans⁷ sont recensés presque uniquement parmi les bénéficiaires de la PCH dont ils représentent 7 %, ce qui représente une personne pour 1 000 de moins de 20 ans en France. La part des moins de 20 ans dans la population est nettement plus élevée (24 %), ce qui, pour partie au moins, pourrait s'expliquer par le fait qu'une grande partie des parents d'enfants handicapés ont opté

Carte 1 Taux d'aides sociales départementales aux personnes handicapées, au 31 décembre 2018



Note > Au niveau national, au 31 décembre 2018, la proportion de personnes handicapées bénéficiaires d'une aide sociale départementale est de 8,2 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 8,7 pour 1 000 habitants.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

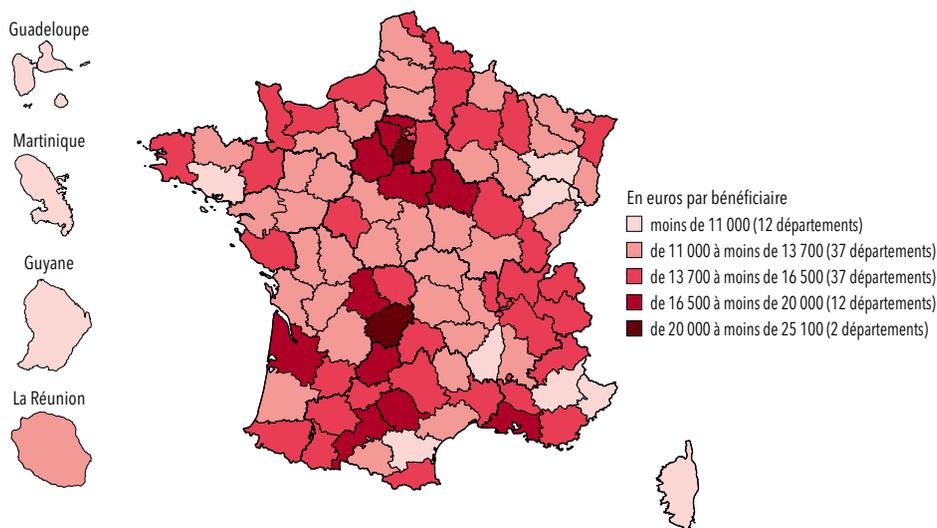
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

7. 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.

pour des compléments de l'allocation d'éducation aux enfants handicapés (AEEH)⁸. À titre de comparaison, les bénéficiaires de l'AEEH représentent en effet 18 personnes pour 1 000 de moins de 20 ans en France fin 2018. La PCH « enfants » ne peut être attribuée qu'aux parents disposant de l'AEEH de base. 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. ■

Carte 2 Dépenses brutes annuelles moyennes par aide sociale départementale aux personnes handicapées, en 2018



Notes > Au niveau national en 2018, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes handicapées s'élève à 14 200 euros. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 13 800 euros.

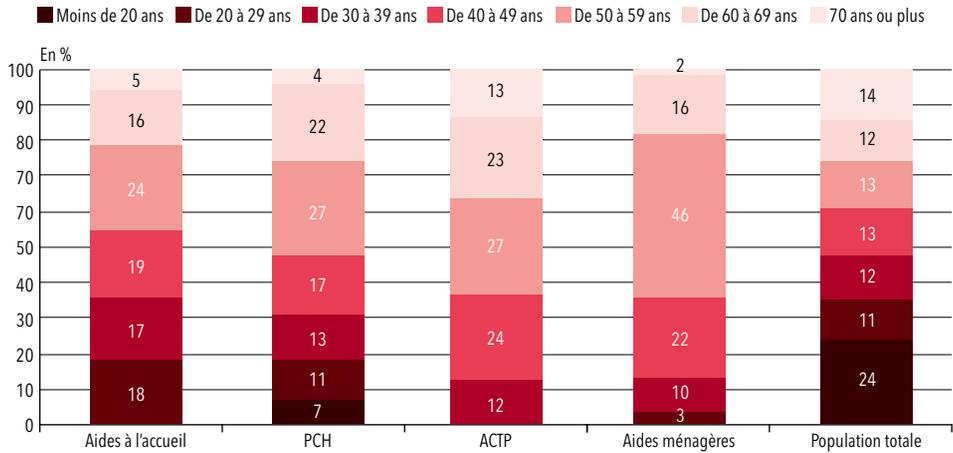
Les dépenses présentées ici ne comprennent pas les dépenses des services d'accompagnement (SAVS, Samsah...) et les autres dépenses.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

8. 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.

Graphique 3 Répartition par âge des personnes handicapées selon le type d'aides, au 31 décembre 2018



Lecture > 17,8 % des bénéficiaires d'une aide à l'accueil ont entre 20 et 29 ans.

Champ > France métropolitaine et DROM, Hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

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** (2020, juin). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2020.

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

La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

Fin 2018, 373 100 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 2,4 milliards d'euros. La montée en charge de la PCH n'est toujours pas achevée : entre 2017 et 2018, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 5 % et les dépenses de 3,6 %, alors que la population n'a augmenté que de 0,2 %. 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 en 2006 ont eu 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, jusqu'aux années récentes. La montée en charge de la prestation ne semble d'ailleurs pas encore achevée en 2018, au sens où le rythme de croissance du nombre de ses bénéficiaires reste encore bien supérieur à celui de la population dans son ensemble. Le nombre de bénéficiaires de la PCH (*encadré 1*) a dépassé celui de l'ACTP à la fin de l'année 2009, pour atteindre 120 100 (*tableau 1*).

Fin 2018, il s'établit à 314 900, avec une augmentation de 37 % en cinq ans et de 5 % depuis 2017. Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue de 5 % et atteint 58 200 personnes fin 2018. Au total, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH a été multiplié par près de 3 depuis 2006, passant de 138 300 à 373 100 fin 2018 (+3,7 % depuis fin 2017).

Parallèlement au nombre de mesures, les dépenses brutes de PCH et d'ACTP progressent de 1,9 % entre 2017 et 2018 en euros constants¹ (*graphique 1*) pour s'établir à 2,4 milliards d'euros en 2018. La baisse des dépenses d'ACTP de 25 millions d'euros (-6 %) est inférieure à la hausse de celles de PCH (+71 millions d'euros, soit +3,6 %).

Selon les données de la direction générale des Finances publiques (DGFIP), les dépenses brutes de PCH augmentent de 4,5 % en euros constants en 2019, pour atteindre 2,2 milliards d'euros.

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

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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

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 humaine² importante, mais dont l'accès aux aides était auparavant limité par le plafonnement de l'ACTP. Cette hypothèse est d'autant plus plausible

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 2018 ont été payés au titre du mois de décembre 2018. La dépense moyenne par bénéficiaire payé est alors d'environ 9 150 euros en 2018.

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	-	-8,8	-	-8,8
2002	126 710	-	126 710	-	-2,0	-	-2,0
2003	128 270	-	128 270	-	1,2	-	1,2
2004	132 860	-	132 860	-	3,6	-	3,6
2005	136 520	-	136 520	-	2,8	-	2,8
2006	131 160	7 180	138 340	-	-3,9	-	1,3
2007	119 520	40 230	159 750	25	-8,9	-	15,5
2008	109 960	80 180	190 140	42	-8,0	99,3	19,0
2009	99 760	120 070	219 830	55	-9,3	49,8	15,6
2010	91 590	154 470	246 060	63	-8,2	28,6	11,9
2011	87 120	184 890	272 010	68	-4,9	19,7	10,5
2012	81 560	208 770	290 330	72	-6,4	12,9	6,7
2013	76 400	230 520	306 920	75	-6,3	10,4	5,7
2014	72 420	251 060	323 480	78	-5,2	8,9	5,4
2015	68 570	271 030	339 600	80	-5,3	8,0	5,0
2016	65 160	284 090	349 250	81	-5,0	4,8	2,8
2017	61 350	298 450	359 800	83	-5,8	5,1	3,0
2018	58 250	314 860	373 110	84	-5,1	5,5	3,7

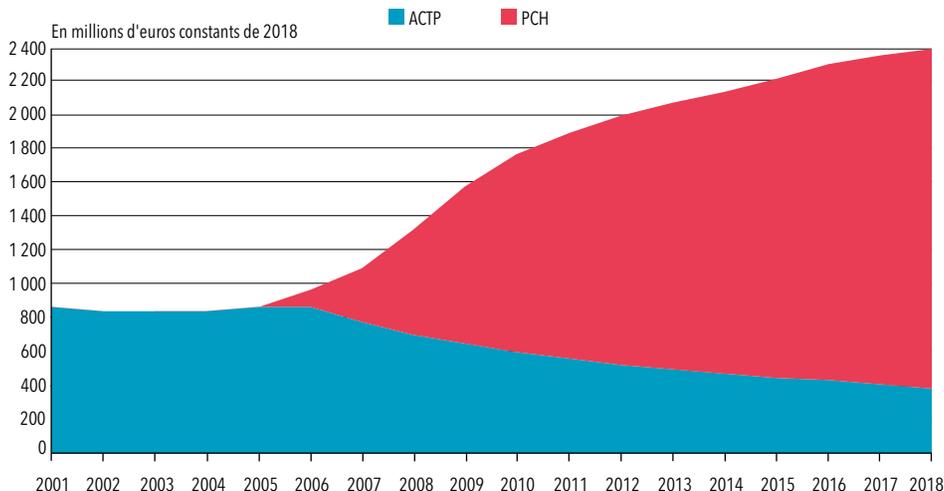
Lecture > En 2018, le nombre de bénéficiaires de la PCH atteint 314 800 personnes et celui de l'ACTP 58 250 personnes.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, situation au 31 décembre de chaque année.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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.

Graphique 1 Évolution des dépenses annuelles brutes d'ACTP et de PCH, de 2001 à 2018

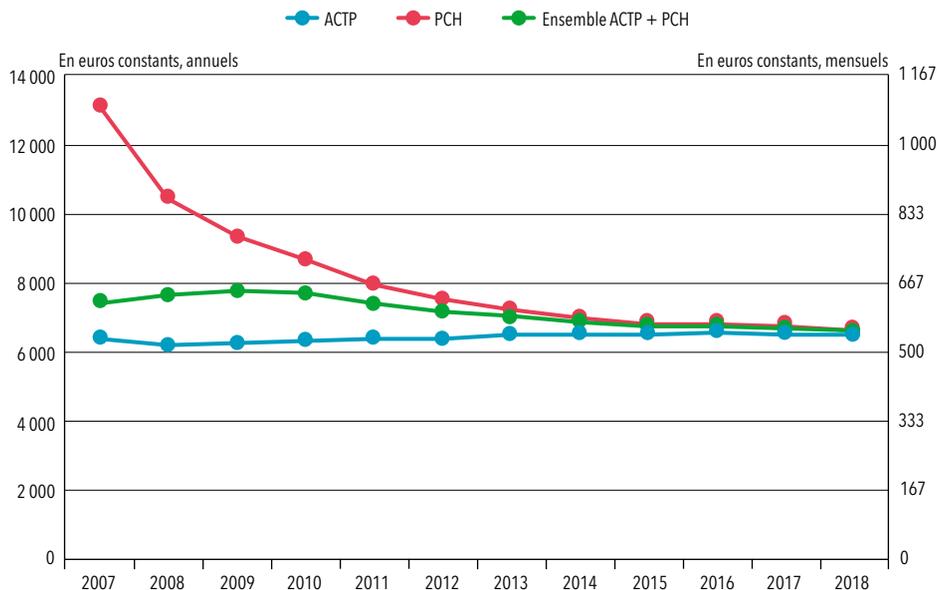


Lecture > En 2018, les dépenses brutes de PCH atteignent 2 milliards.

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 à 2018



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.

Lecture > En 2018, la dépense moyenne par bénéficiaire de l'ACTP s'élève à 6 480 euros et celle de la PCH à 6 645 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

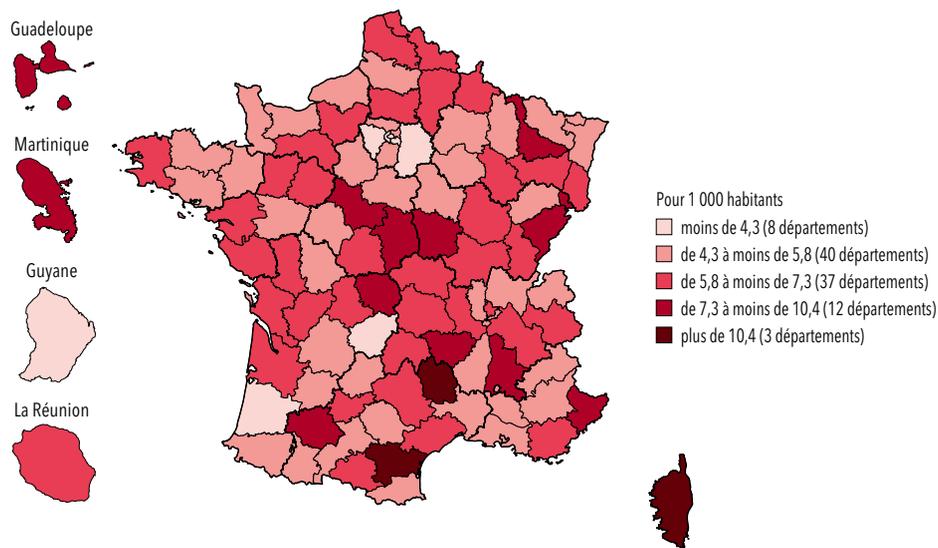
que la dépense moyenne d'ACTP par bénéficiaire diminue entre 2006 et 2008, en euros constants. Enfin, la PCH permet de prendre en charge des aides techniques³ ainsi que l'aménagement du logement, entraînant des dépenses qui peuvent être élevées (même si elles sont plafonnées) et pouvant dépasser celles 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 s'est stabilisée autour de 2015, et ne baisse que très légèrement depuis (-1,6 % en 2018). La dépense totale de PCH augmente donc à un rythme assez proche de celui du nombre moyen de bénéficiaires (respectivement +3,6 % en un an, en euros constants, et +5,3 %). Parallèlement, et

bien que la dépense moyenne d'ACTP par bénéficiaire ait diminué depuis 2017 (-0,6 % en 2018), 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,

Carte 1 Taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP, au 31 décembre 2018



Note > Au niveau national, au 31 décembre 2018, le taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP 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 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019) ; ISD n°HA06.

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.

mais est globalement en diminution depuis 2010. En 2018, elle s'établit à 6 600 euros par an.

Des différences départementales de prévalence des prestations marquées

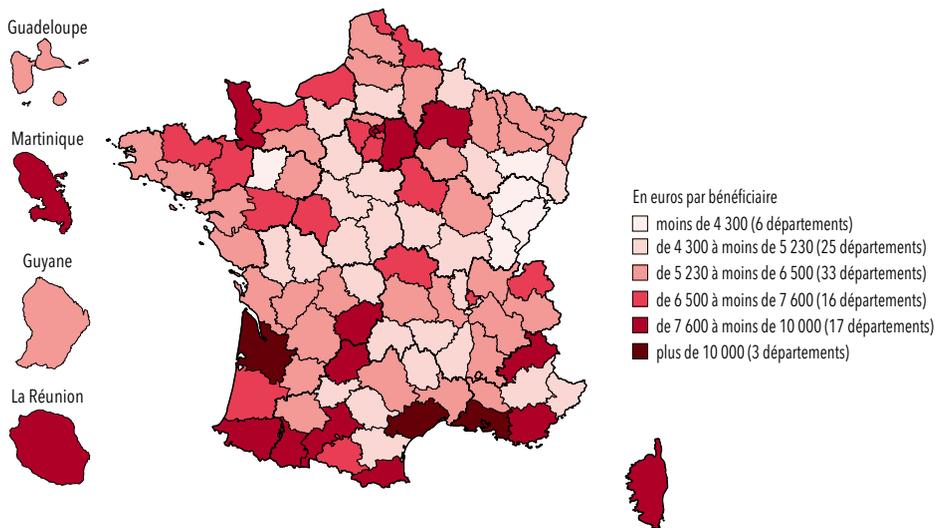
En 2018 en France, 5,6 personnes sur 1 000 sont bénéficiaires de l'une des deux prestations, dont 4,7 ‰ pour la PCH et 0,9 ‰ pour l'ACTP. Elles se répartissent de façon inégale sur le territoire : de 2,5 ‰ à 11,1 ‰ selon les départements (carte 1). En effet, huit départements sur dix ont un taux de bénéficiaires compris entre 4,3 ‰ et moins de 7,3 ‰, soit entre 75 % et 125 % de la médiane⁴, qui s'élève à 5,8 ‰. Pour douze collectivités, cette proportion est particulièrement élevée, puisqu'elle varie entre 7,3 ‰ et 10,4 ‰, c'est-à-dire entre 125 % et 160 % de la médiane. Enfin, dans trois départements (la collectivité de Corse, l'Aude et la Lozère), cette proportion dépasse 10,4 ‰. À l'inverse, huit collectivités se distinguent par des taux plus faibles,

inférieurs à 4,3 ‰. 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 ou bien de répartition par âge de la population ;
- 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.

Les dépenses annuelles moyennes de PCH et d'ACTP par bénéficiaire sont particulièrement hétérogènes sur le territoire, allant de 2 900 à 11 400 euros en 2018 (carte 2), mais relativement stables d'une année sur l'autre. Dans un tiers des départements, elles varient entre 5 230 et 6 500 euros, et sont donc proches de la médiane⁵ (entre 90 % et 110 %).

Carte 2 Dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP moyennes par bénéficiaire, en 2018



Note > Au niveau national, la dépense de PCH et ACTP est de 6 640 euros par bénéficiaire en 2018. La valeur médiane, c'est-à-dire celle en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 5 840 euros par an et par bénéficiaire.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; ISD n° F106.

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

5. Égale à 5 800 euros.

Une trentaine de collectivités ont des dépenses plus faibles, et dans six départements, elles sont même inférieures à 4 300 euros, soit 70 % de la valeur médiane. À l'opposé, seize collectivités ont une dépense moyenne comprise entre 6 500 et 7 600 euros, et dix-sept dépensent, par an et par bénéficiaire, de 7 600 à 10 000 euros (soit de 130 % à 160 % de la médiane). Enfin, trois départements (la Gironde, l'Hérault et les Bouches-du-Rhône) 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 2018, 92,3 % des dépenses sont consacrées à l'aide humaine, 3,7 % à l'aménagement du logement, du véhicule ou à des surcoûts liés au transport, 1,5 % à l'aide technique. Des dépenses spécifiques et exceptionnelles complètent ces dépenses à hauteur de 2,3 %. 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, un sur deux recourt à des aidants familiaux. 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, 19 % des bénéficiaires payés le sont au titre d'une aide entrant dans le cadre d'un forfait surdité ou cécité⁶.

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 PCH⁷ fin 2018, soit 22 100 bénéficiaires, ce qui représente une

personne pour 1 000 de moins de 20 ans en France. À titre de comparaison, les bénéficiaires de l'allocation d'éducation aux enfants handicapés (AEEH) représentent 18 personnes pour 1 000 de moins de 20 ans en France, soit 295 400 personnes fin 2018. La dépense annuelle associée à la PCH « enfant » s'élève à 232 millions d'euros en 2018, soit 11 % de la dépense totale de PCH des conseils départementaux. La dépense annuelle par bénéficiaire est en moyenne de 10 500 euros pour les moins de 20 ans, soit 70 % 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 2016⁸, 11 % des bénéficiaires sont entrés ou sortis de la PCH⁹. 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 ou cinq ans de présence (respectivement 30 %

6. La somme de ces parts 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.

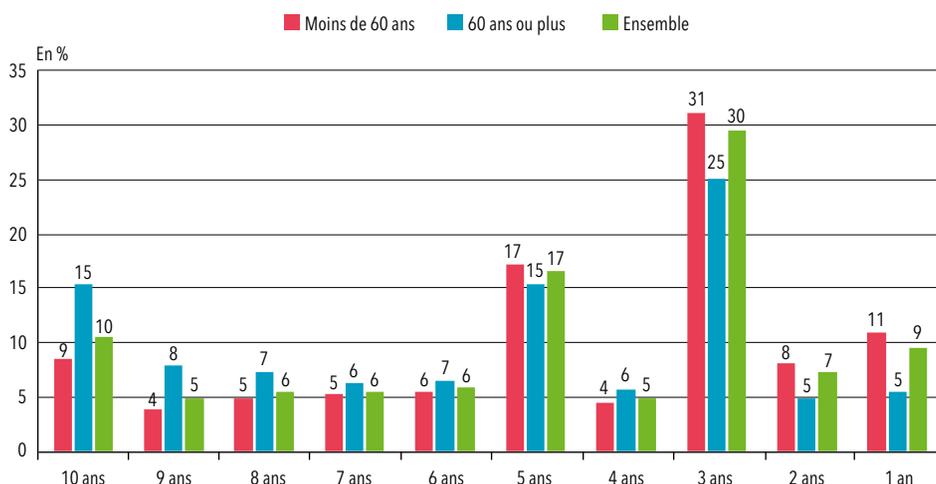
8. Les données présentées dans ce paragraphe sont issues de la base statistique RI-PCH, dont la dernière vague disponible porte sur la situation jusqu'au 31 décembre 2016.

9. 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 absentes au 31 décembre 2016.

et 17 % des sortants) sont surreprésentés parmi les sortants de l'année 2016. Ces deux durées correspondent 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). ■

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 > DREES, RI-PCH.

Pour en savoir plus

> **Baradji, É.** (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.

> **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.

Fin 2018, 152 000 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 très fortement augmenté depuis 2000. La dépense moyenne par bénéficiaire, en baisse depuis 2010, est variable d'un département à l'autre.

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, elles 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 associées. 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. Centrée sur l'aide sociale des départements, cette fiche ne détaille pas non plus le financement de certains établissements accueillant des personnes handicapées par l'assurance maladie (voir encadré « Pour en savoir plus »). Avec cette définition restreinte, les aides sociales à l'accueil représentent, fin 2018, 28 % des aides départementales octroyées aux personnes handicapées. Les dépenses brutes associées représentent, quant à elles, 61 % de celles consacrées par les départements à l'aide sociale aux personnes handicapées pour l'ensemble de l'année 2018.

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 114 000 à 152 000 bénéficiaires environ, soit une augmentation de 34 % (*graphique 1*). Cette hausse est bien plus importante que la croissance démographique, de 0,4 % au cours de la même période.

Fin 2018, 126 000 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, 19 600 personnes handicapées perçoivent une aide pour un accueil de jour en établissement. Enfin, une minorité de prestations concernent un accueil par des particuliers : 6 400 personnes.

Parmi les personnes bénéficiant d'une aide pour un hébergement en établissement fin 2018, 29 % vivent en foyer d'hébergement (36 000 personnes pour 38 400 places au total dans ces foyers¹), 36 % en foyer de vie (46 100 personnes pour 52 700 places), 21 % en foyer d'accueil médicalisé (26 600 personnes pour 29 800 places) et 14 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad et maisons de retraite) ou en unité de soins de longue durée (17 300 personnes).

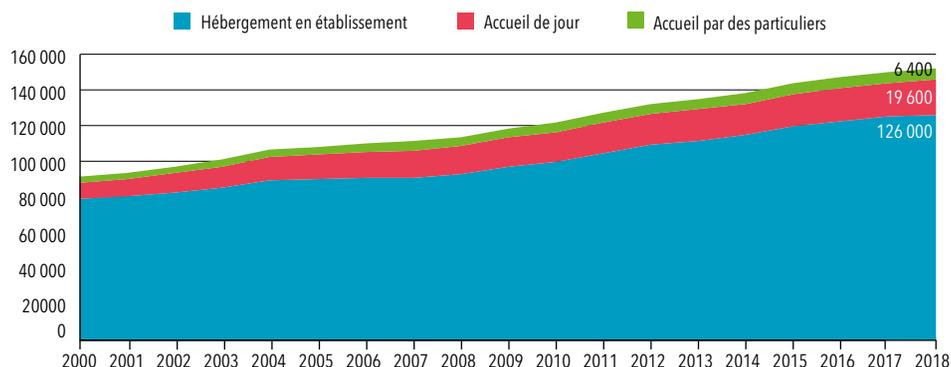
1. Source : DREES, fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) pour le nombre de places.

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 2018². Depuis 2000, ces dépenses d'accueil ont progressé de 84,5 % en euros constants³, soit à un rythme annuel moyen de 3,5 % (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 entre 2009 et 2017 (+2,5 % en moyenne annuelle), et enfin ont, pour la première fois, diminué en 2018 (-1,9 % par rapport à 2017). En 2018, la dépense annuelle moyenne d'aide sociale à l'accueil est de 34 300 euros par bénéficiaire. Entre 2000 et 2010, elle augmente fortement (+21,5 %) ; depuis, la tendance est à la baisse (-8,7 % entre 2010 et 2018).

La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire varie du simple au triple d'un département à l'autre : de 21 200 à 60 000 euros en 2018 (carte 1). La moitié des départements consacrent moins de 33 300 euros par an à leurs bénéficiaires alors qu'ils sont 22 à leur attribuer au moins 40 000 euros (120 % de la valeur médiane⁴), dont 6 au-delà de 46 700 euros. 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. 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. ■

Graphique 1 Nombre de personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale à l'accueil au 31 décembre, de 2000 à 2018



Note > Les aides à l'accueil sont présentées ici hors allocation compensatrice tierce personne (ACTP) en établissement, accompagnement par des services et hébergement de jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés.

Lecture > Le nombre de personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale départementale à l'accueil est passé de 91 100 en 2000 à 151 900 en 2018, dont 126 000 pour un hébergement en établissement.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

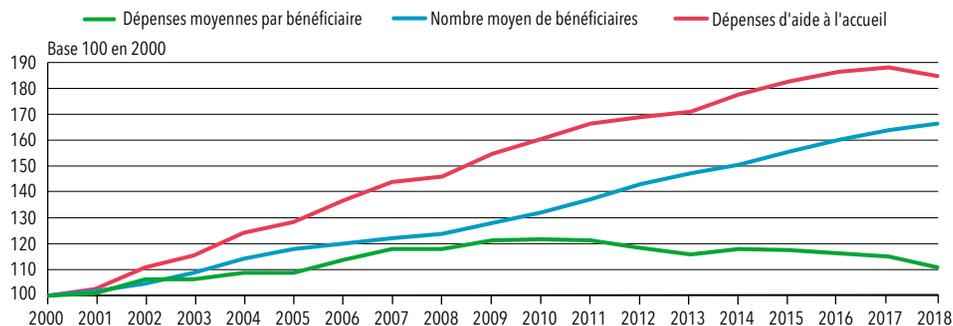
Source > DREES, enquête Aide sociale.

2. 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 538 millions d'euros en 2018. 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.

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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

4. La médiane est la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, soit 33 300 euros ici.

Graphique 2 Évolution des dépenses et des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'accueil des personnes handicapées, de 2000 à 2018



Notes > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2018. 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 .

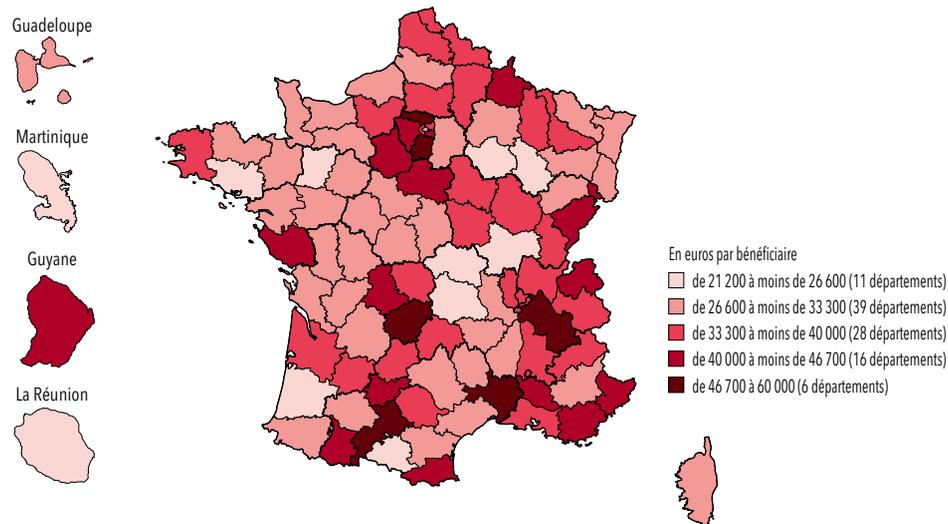
Les dépenses brutes d'aides à l'accueil comprennent celles liées à l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers. Les dépenses liées à l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), à l'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et aux autres dépenses d'accueil ne sont pas prises en compte ici.

Lecture > La dépense moyenne par bénéficiaire a augmenté de 11 % entre 2000 et 2018.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Carte 1 Dépenses annuelles brutes d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire, en 2018



Notes > Au niveau national, la dépense moyenne par bénéficiaire et par an est de 34 300 euros. La valeur médiane, en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 33 300 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°F110.

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.

Au 31 décembre 2018, la capacité d'accueil ou d'accompagnement d'adultes ou d'enfants handicapés dans des structures médico-sociales s'élève à 510 620 places. Cette offre a augmenté de 4,4 % depuis 2014, 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.

Plus de 500 000 places d'accueil ou d'accompagnement dans plus de 12 000 établissements et services

Au 31 décembre 2018, 12 430 établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées proposent 510 620 places, dont 68 % sont destinées aux adultes et 32 % aux enfants (*tableau 1*). Si les établissements ont vocation à accueillir ou à 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 installées¹ le sont en établissement. C'est encore davantage le cas pour les adultes que pour les enfants : 84 % des places pour adultes sont en établissement, contre 66 % au sein des structures pour enfants. Entre 2014 et 2018², le nombre total de places d'accueil et d'accompagnement a augmenté plus vite que la population totale (+4,4 % contre moins de 1 %). L'offre s'est davantage développée dans les services (+11,2 % dans les services pour enfants et +11,1 % dans ceux pour adultes) que dans les établissements (+1,5 % pour les enfants et +3,0 % pour les

adultes). En particulier, l'évolution de l'offre d'accompagnement des enfants est portée presque exclusivement par les services. Ces évolutions sur les quatre dernières années prolongent les tendances déjà observées depuis le milieu des années 2000.

Les 358 100 adultes handicapés accueillis dans des établissements ou accompagnés par des services³ sont principalement en foyer (154 100 personnes) ou en établissements et services d'aide par le travail (Esat) avec 125 700 personnes (*tableau 1*). Parmi les 168 700 enfants accompagnés par des structures médico-sociales, 72 000 le sont au sein d'instituts médico-éducatifs (IME) et 57 900 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 : 64 % des capacités d'accueil contre 46 % (*graphique 1*). Pour les adultes, le mode d'accueil des établissements est très lié à la fonction de l'établissement : 88 % des places en Esat sont proposées en accueil de jour sans hébergement contre 13 % des places en foyer.

Fin 2018, 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 2014. Le taux d'encadrement est inférieur à 30 ETP par 100 places dans les services pour adultes et pour enfants et dans les Esat ; il est supérieur à 100 ETP par 100 places dans les structures pour enfants polyhandicapés.

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. Les données relatives à la situation fin 2014 ont été révisées, et peuvent donc légèrement différer de celles publiées jusqu'alors.

3. 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, de places, de personnes accueillies et de personnel, au 31 décembre 2018

	Situation au 31 décembre 2018					Évolution entre 2014 et 2018 (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	12 430	510 620	526 900	257 600	50,4	7,4	4,4	4,6
Établissements pour enfants, dont :	2 370	108 900	110 900	78 100	71,7	4,6	1,5	0,5
IME	1 300	70 730	72 100	46 000	65,1	3,0	2,2	2,3
Itep	460	15 980	16 000	12 600	79,2	7,5	2,7	-1,2
Établissements pour enfants polyhandicapés	200	5 680	5 900	6 400	113,4	-0,5	0,5	-1,0
IEM	140	7 180	7 100	6 400	89,1	-1,4	-2,9	-1,7
Établissements pour jeunes déficients sensoriels ¹	120	6 740	6 800	5 000	74,2	-4,8	-11,1	-8,1
Services pour enfants²	1 800	55 790	57 900	15 900	28,6	10,5	11,2	14,1
Établissements pour adultes, dont :	6 790	290 240	293 900	154 900	53,4	5,9	3,0	5,3
Esat	1 500	119 830	125 700	25 600	21,3	0,4	0,4	0,3
Centres de formation et d'orientation professionnelle ³	160	11 230	8 900	3 700	32,8	6,0	2,4	-3,7
Foyers ⁴	4 920	154 710	154 100	124 200	80,3	8,0	5,5	6,5
Services pour adultes⁵	1 460	55 640	64 200	8 600	15,5	15,8	11,1	16,9
Établissements pour enfants et adultes⁶	10	40	< 100	< 100	63,6	-	-	-

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 spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), Établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées (EAM), Établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées (EANM).

5. Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) et services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).

6. Lieux de vie et d'accueil (LVA), catégorie intégrée dans l'enquête en 2018.

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.

Lecture > Au 31 décembre 2018, 12 430 structures proposent 510 620 places.

Champ > France entière.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

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 des soins et une éducation spécialisée.
- > Il existe aussi des jardins d'enfants spécialisés, des établissements d'accueil temporaire, des foyers d'hébergement pour enfants et adolescents, 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 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'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 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.
- > Les établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées (EAM) sont censés remplacer les FAM, alors que les établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées (EANM) devraient remplacer les foyers de vie, les foyers d'hébergement et les foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés.





> 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 ainsi que de leurs activités sociales.

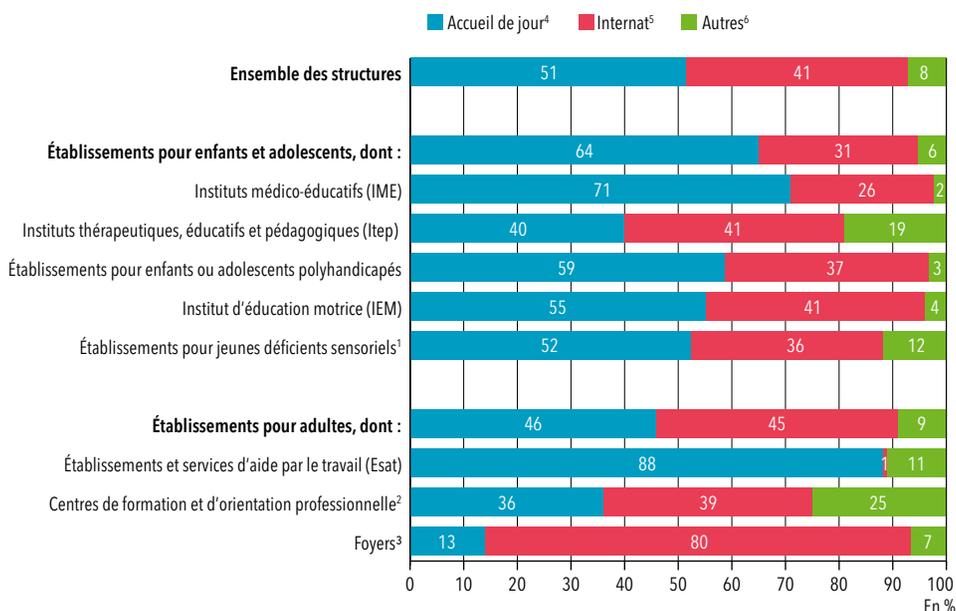
La population accueillie est plutôt masculine et concentrée sur les âges intermédiaires de la vie

Les personnes accueillies (en journée ou en hébergement) dans les établissements pour adultes ou enfants handicapés se distinguent de l'ensemble de

la population par une plus forte proportion d'hommes (67 % 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 médico-social est très concentrée

Graphique 1 Nombre de places selon le mode d'accueil et le type d'établissement, au 31 décembre 2018



1. Instituts pour déficients visuels, établissements pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles.

2. Centres de réorientation pour adultes handicapés (CPO), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UJEROS).

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.

Lecture > Fin 2018, 51 % des places sont proposées en accueil de jour sans hébergement.

Champ > Établissements pour personnes handicapées, France entière.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

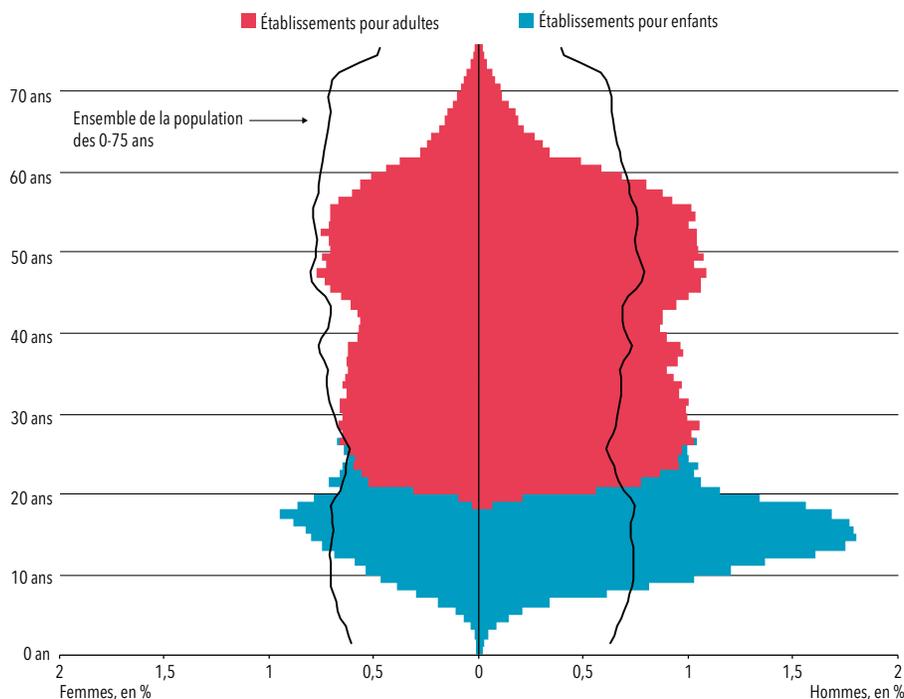
sur les âges intermédiaires de la vie, et les âges extrêmes sont très peu représentés. Les jeunes enfants, d'âge préscolaire, sont en effet pris en charge par leur famille ou par des modes d'accueil non spécifiques aux enfants handicapés. Très peu d'enfants de moins de 6 ans sont donc accueillis en établissements médico-sociaux. Ils ne représentent que 2,5 % des personnes accueillies, contre 9 % 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 sont accueillis dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (voir fiche 17).

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

Graphique 2 Pyramide des âges des personnes accueillies en établissements pour adultes et enfants handicapés, au 31 décembre 2018



Notes > Le total des 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 2018, les filles de 12 ans représentent 0,6 % des personnes accueillies dans une structure pour adultes ou enfants handicapés.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > DREES, enquête ES-Handicap 2018 ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

Tableau 2 Répartition des personnes accueillies ou accompagnées par déficience principale selon le type de structure, au 31 décembre 2018

Type de structure / Déficience principale (en %)	Déficiences intellectuelles	Troubles du psychisme, du comportement ou de la communication	Déficiences sensorielles	Déficiences motrices	Polyhandicap	Autres	Total	Effectifs
Adultes								
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	73	20	1	3	< 1	3	100	36 100
Ensemble des établissements pour adultes, hors foyer d'hébergement	61	21	2	7	4	5	100	257 900
Foyer occupationnel/ de vie/d'accueil polyvalent ou EANM	71	19	1	5	1	3	100	59 300
Esat	69	23	1	3	< 1	4	100	125 700
CRP ou UEROS	3	13	10	44	< 1	30	100	8 900
MAS	43	14	1	11	26	6	100	29 300
FAM ou EAM	48	27	2	13	5	5	100	29 300
Autres	45	37	1	9	1	8	100	5 300
SAVS/Samsah	37	32	9	13	< 1	10	100	64 200
Enfants								
Ensemble des établissements pour enfants et adolescents	53	27	5	6	5	4	100	110 900
IME	77	18	< 1	1	2	3	100	72 100
Itep	3	94	< 1	< 1	< 1	2	100	16 000
Établissement pour jeunes déficients sensoriels	1	2	78	2	< 1	17	100	6 800
IEM	7	4	1	71	9	8	100	7 100
Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés	21	4	1	6	64	4	100	5 900
Autres types d'établissements	37	45	1	3	4	10	100	3 000
Sessad	31	30	17	11	1	11	100	57 900

Notes > Voir le tableau 1 pour les acronymes. Les « autres types d'établissements » regroupent, chez les enfants, les établissements d'accueil temporaire, les jardins d'enfants spécialisés, les établissements expérimentaux, les foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés et les enfants en lieux de vie et d'accueil. S'agissant des adultes, cette catégorie regroupe les établissements expérimentaux, les établissements d'accueil temporaire et les adultes en lieux de vie et d'accueil.

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 2018, 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, hors CPO et accueil temporaire, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

ou encore des foyers d'accueil polyvalent ou EANM 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).

Les personnes accompagnées par des services

Les services destinés aux adultes (SAVS et Samsah) accompagnent principalement des personnes en âge de travailler, la classe d'âge la plus représentée est celle de 45 à 54 ans (*tableau 3*). Après 55 ans, leur nombre diminue. Les services pour adultes handicapés accompagnent massivement des personnes qui travaillent en milieu protégé (Esat : 32 %) ou qui n'ont pas d'activité professionnelle ni d'accueil en journée (47 %).

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 unité localisée pour l'intégration scolaire du premier degré (ULIS-école) augmente rapidement à partir de 6 ans et devient le type de scolarisation majoritaire à 10 ans. Après 11 ans, ce type de scolarisation s'efface au profit d'une scolarisation en unité localisée pour l'intégration scolaire du deuxième degré (ULIS-collège/lycée) 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. ■

Tableau 3 Répartition des adultes accompagnés par un SAVS ou Samsah par âge selon l'activité ou l'accueil en journée, au 31 décembre 2018

	Répartition (en %)									Total	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		
18-24 ans	22	1	7	10	7	2	< 1	11	40	100	5 400
25-34 ans	39	2	7	3	4	2	< 1	7	36	100	12 500
35-44 ans	40	2	6	1	3	2	< 1	7	38	100	13 100
45-54 ans	35	2	5	1	2	2	< 1	7	46	100	16 900
55-70 ans	19	1	3	< 1	1	3	< 1	8	66	100	15 100
Ensemble	32	2	5	2	3	2	< 1	7	47	100	64 200

Lecture > 5 400 adultes de moins de 25 ans sont accompagnés par un SAVS ou un Samsah au 31 décembre 2018, dont 22 % 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 2018.

Tableau 4 Répartition des enfants accompagnés par un Sessad par âge selon le type de scolarisation, au 31 décembre 2018

	Répartition (en %)									Effectifs
	Non scolarisé	Établissement scolaire temps complet	Établissement scolaire temps partiel	Unité localisée pour l'intégration scolaire - Premier degré (ULIS-école), ex-CLIS	Unité localisée pour l'intégration scolaire - Second degré (ULIS-collège, ULIS-lycée)	Section d'enseignement général et professionnel adapté (Segpa)	Établissement régional d'enseignement adapté (EREA)	Autre ¹	Total	
Moins de 3 ans	76	11	5	3	1	< 1	< 1	4	100	900
3	27	29	27	4	1	< 1	< 1	12	100	900
4	11	40	32	3	< 1	.	< 1	14	100	1 400
5	6	52	27	3	< 1	< 1	< 1	11	100	2 000
6	3	59	18	13	< 1	< 1	1	5	100	2 800
7	3	50	9	33	< 1	< 1	1	3	100	3 500
8	2	44	7	43	1	< 1	1	3	100	4 200
9	1	40	6	48	1	< 1	1	2	100	4 600
10	1	39	5	50	1	< 1	1	2	100	5 400
11	1	38	4	42	9	2	1	2	100	5 500
12	1	34	4	6	38	12	1	2	100	5 100
13	1	30	4	2	43	15	2	3	100	4 700
14	2	30	4	1	44	14	2	3	100	4 400
15	2	29	4	1	41	14	3	5	100	3 600
16	8	42	2	1	28	2	6	11	100	2 800
17	9	45	3	1	23	1	6	12	100	2 300
18	24	35	2	< 1	19	< 1	5	15	100	1 700
19-20 ans	37	30	1	< 1	9	1	3	20	100	1 500
Ensemble	7	38	7	19	17	5	2	6	100	57 900

1. La catégorie « Autre » contient notamment les unités d'enseignement externalisées dans un établissement scolaire, les unités d'enseignement dans un établissement médico-social ou unités d'enseignement en maternelle autisme (UEMA).

Lecture > 900 enfants de moins de 3 ans sont accompagnés par un Sessad au 31 décembre 2018, dont 76 % non scolarisés.

Champ > Enfants accompagnés par un Sessad, France entière.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

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, sous rubrique 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*, 41.

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 2007¹, 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 ou en accord avec la famille. Le service de l'ASE ou un service habilité accueille alors le mineur pendant

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.

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 social (MECS) [encadré 2], en pouponnière, ou encore en placement auprès d'un tiers digne de confiance, hébergement en internat ou en foyer 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 déléguée 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 de l'ASE. En effet, le mineur passe tout ou partie de la journée dans un lieu lui assurant le soutien

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]...).

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.

En 2018, les départements ont consacré 8,3 milliards d'euros à la protection de l'enfance. Ce montant, utilisé à près de 80 % 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 2018, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficient de 355 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE), composées pour 53 % de mesures de placement et pour 47 % d'actions éducatives.

Représentant 8 % des mesures d'aide sociale des départements et 23 % des dépenses associées¹ en 2018, 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 2018, 355 000 mesures d'ASE² sont en cours (tableau 1). Ce nombre progresse depuis 1996 (graphique 1). Entre 1996 et 2018, il a augmenté de 35 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 1,4 %. 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 population³ augmente très légèrement mais régulièrement au cours de cette double décennie. Alors qu'il était de 1,6 % en 1996, il est de 2,1 % en 2018 (+0,1 point comparé à 2017).

Le taux de mesures dans la population de moins de 21 ans varie de 1 % à 4,1 % selon les départements (carte 1). Près de trois départements sur quatre présentent un taux compris entre 1,7 % et moins de 2,9 %, ces valeurs représentant respectivement 75 % et 125 % de la médiane⁴, égale à 2,3 %.

Seul un peu plus d'un département sur dix présente un taux inférieur à 1,7 %. À l'opposé, quatre départements se distinguent par des taux plus particulièrement élevés, allant de 3,5 % à 4,2 % (soit plus de 150 % de la valeur médiane).

Une part des mesures de placement croissante au cours des dernières années

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 2018, ces mesures d'ASE comprennent un peu plus de mesures de placement (187 000) que d'actions éducatives (168 000). 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 placements de mineurs non accompagnés (MNA) au cours des deux dernières années (voir fiche 27).

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 situent la moitié des départements.

La part des mesures de placement parmi les mesures d'ASE varie d'un département à l'autre (carte 2). Les départements se répartissent de manière quasi égale autour de la valeur nationale de 53 % 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 un tiers des départements, et entre 45 % et 61 % (soit entre 85 % et 115 % de la valeur nationale) dans les quatre cinquièmes des territoires. À l'inverse, douze départements se distinguent par des proportions plus faibles (entre 36 % et moins de 45 %) et neuf départements par des parts plus élevées (entre 62 % et 68 %).

Une majorité de décisions judiciaires à l'origine des mesures

Les actions éducatives, comme les placements, peuvent être mises 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 2018, 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, plus de huit mesures sur dix, y compris les placements directs par le juge, sont judiciaires (voir fiche 27).

Tableau 1 Nombre de mesures d'aide sociale à l'enfance et dépenses associées, en 2018

	Nombre de mesures au 31 décembre		Nombre moyen de mesures dans l'année ¹		Dépenses annuelles ² , en millions d'euros		Dépenses mensuelles moyennes par mesure en 2018
	2018	Évolution 2017/2018 (en %)	2018	Évolution 2017/2018 (en %)	2018	Évolution 2017/2018 (en %)	
Placement³	186 880	5,4	182 060	3,1	6 590	2,6	3 020
-dont hébergement en Famille d'accueil	75 800	0,3	75 690	0,6	2 150	0,3	2 370
-dont hébergement hors Famille d'accueil ⁴	111 080	9,3	106 370	8,6	4 440	3,8	3 480
-dont Établissements	65 120	9,1	62 410	6,4	ND	ND	ND
Actions éducatives	167 850	0,6	167 350	0,9	500	3,2	250
Total des mesures de placement et d'action éducative	54 730	3,1	349 400	3,1	7 090	2,7	1 690
Autres ⁵	ND	ND	ND	ND	1 210	1,7	ND
Total ⁶	ND	ND	ND	ND	8 300	2,5	ND

ND : non disponible

1. Le nombre moyen de mesures en 2018 est la moyenne du nombre de mesures au 31 décembre 2017 et de celui observé au 31 décembre 2018.

2. En euros constants de 2018.

3. Les mesures de placements permettent différentes modalités d'hébergement : en famille d'accueil, en établissement, l'hébergement pour adolescents et jeunes majeurs autonomes (foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en hôtel, en location, etc.) ainsi que les autres modes d'hébergement (internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, placement chez la future famille adoptante, placement à domicile, etc.).

4. Les mesures de placement en hébergement hors famille d'accueil comprennent les mesures de placement en établissements de l'ASE, l'hébergement pour adolescent et jeunes majeurs autonomes ainsi que les autres modes d'hébergement, y compris les modalités de placement décidées par le juge concernant les placements directs (voir note 3).

5. Les autres mesures d'ASE ne sont pas recensées (voir note 2 de la fiche). Les autres dépenses d'ASE correspondent ici aux aides financières (allocations), aux actions de prévention spécialisée, ainsi qu'aux subventions, participations et autres dépenses des départements en faveur de l'enfance.

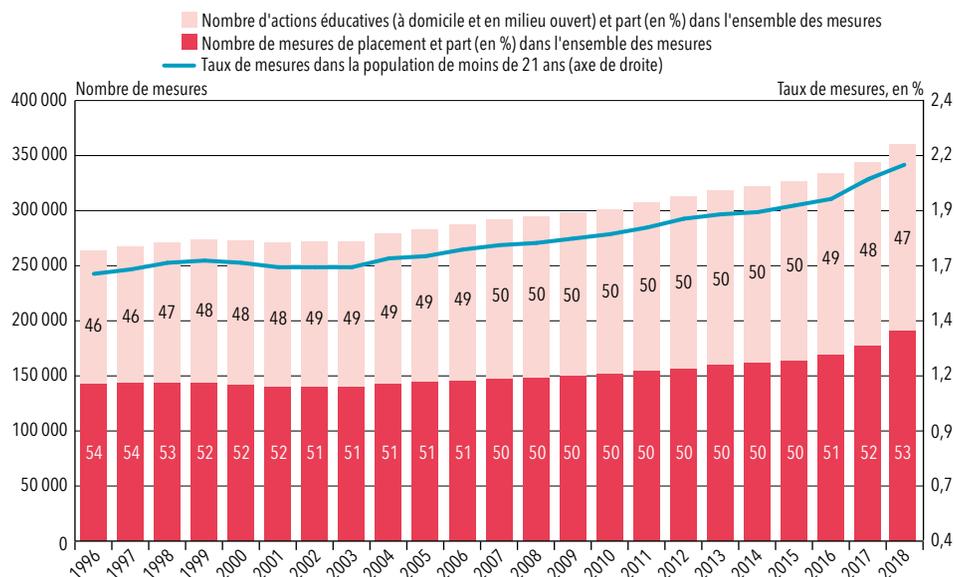
6. Voir notes 1 et 2 de la fiche.

Lecture > Au 31 décembre 2018, 186 880 mesures de placement à l'ASE sont en cours.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 1 Évolution des mesures d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre, de 1996 à 2018

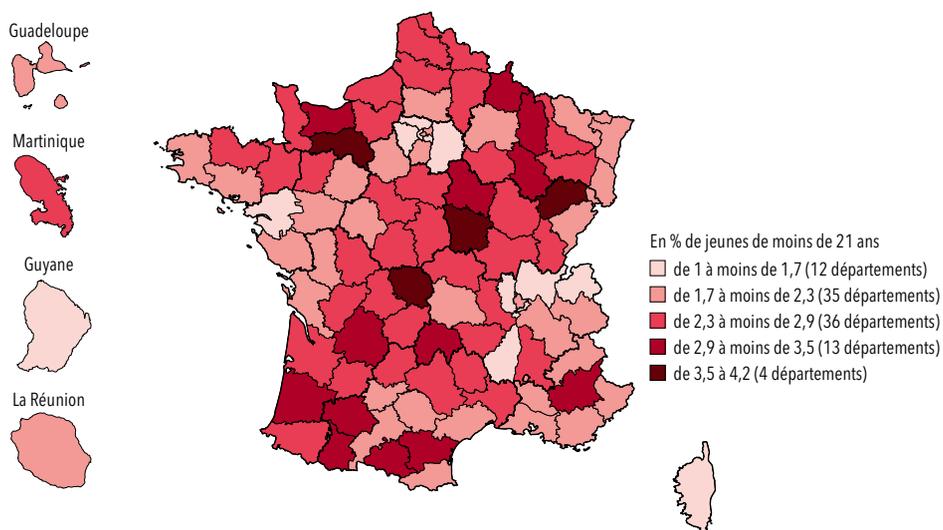


Lecture > Au 31 décembre 2018, la part des mesures d'actions éducatives (à domicile et en milieu ouvert) représente 47 % de l'ensemble des mesures.

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 2018



Note > Au niveau national, le taux de mesures d'aide sociale à l'enfance est de 2,1 %, au 31 décembre 2018. 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 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

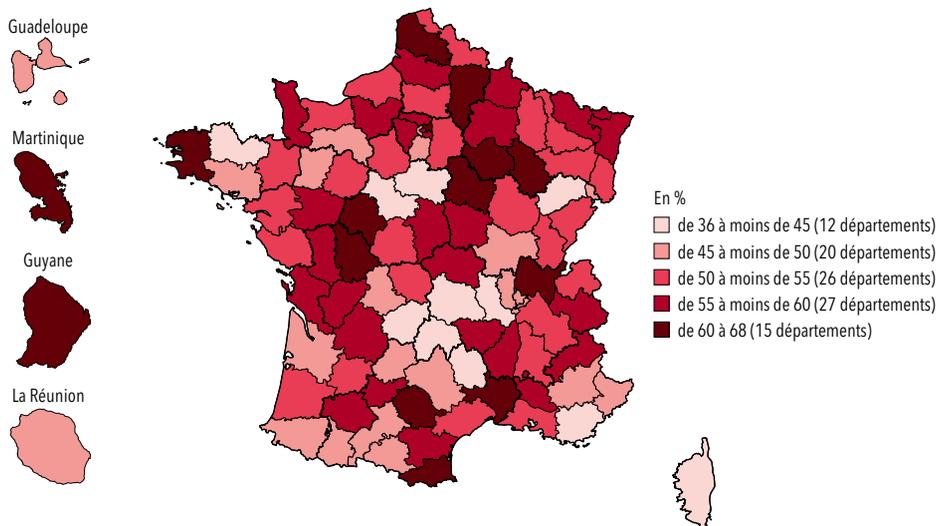
La majorité des dépenses d'aide sociale à l'enfance consacrées aux mesures de placement

En 2018, les dépenses brutes totales des conseils départementaux pour l'aide sociale à l'enfance s'élèvent à 8,3 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 2018, les dépenses totales d'ASE ont augmenté de 46,5 %, en euros constants⁵ (*graphique 3*) et croissent encore de 2,5 % entre 2017 et 2018. 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. ■

Carte 2 Part des mesures de placement dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2018



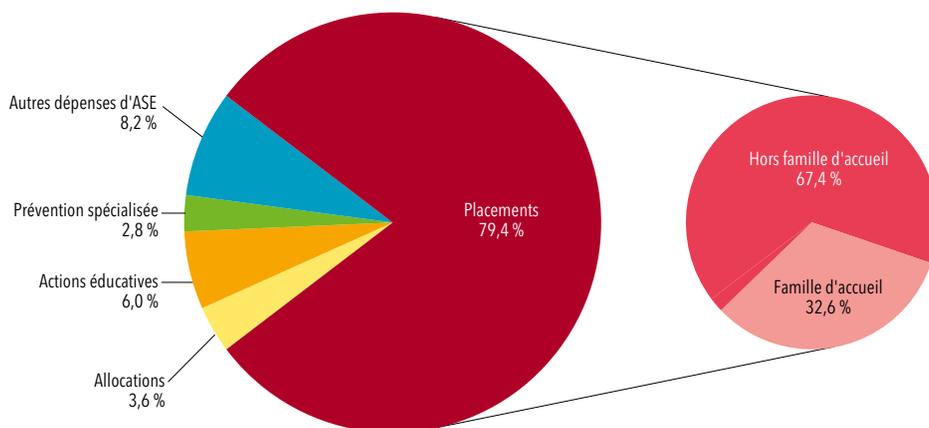
Note > Au niveau national, la part des mesures de placement dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance est de 53 %, au 31 décembre 2018.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > 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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

Graphique 2 Répartition des dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance en 2018



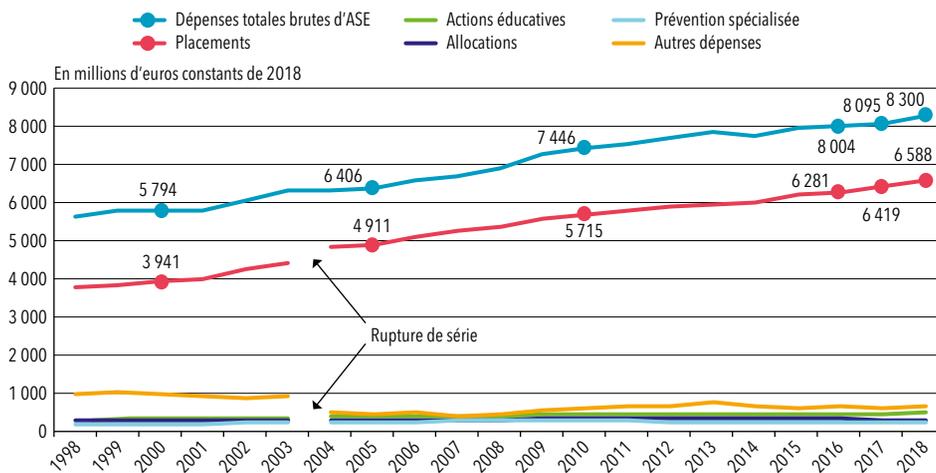
Note > Les autres dépenses d'ASE correspondent ici aux subventions et participations, ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance.

Lecture > En 2018, les dépenses de placements représentent 79,4 % des dépenses brutes d'ASE des départements.

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 2018



Notes > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2018. 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.

Lecture > En 2018, les dépenses totales brutes d'ASE atteignent 8 300 millions d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Fin 2018, près de 168 000 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 0,6 % entre 2017 et 2018. 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 2018, les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements français (hors Mayotte) mettent en œuvre 355 000 mesures. Près de la moitié d'entre elles sont des actions éducatives.

Des actions éducatives toujours plus nombreuses

Au 31 décembre 2018, 168 000 mesures d'action éducative sont en cours¹. Ce nombre a progressé de 31 % en vingt ans, même si le taux d'évolution annuel n'excède jamais les 3 % (*graphique 1*). Entre 2017 et 2018, l'augmentation s'élève à 0,6 %. 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 3,6 % entre 1998 et 2018 (-0,4 % entre 2017 et 2018)².

Ces mesures d'action éducative concernent 1,0 % de la population de moins de 21 ans, fin 2018. Parmi les mineurs, 1,1 % bénéficie d'une action éducative. Cette proportion varie de 0,5 % à 2,5 % selon les départements, qui se répartissent à parts égales entre des taux inférieurs et supérieurs à 1,2 (*carte 1*). Dans plus de la moitié des collectivités (55 sur 100), le taux est compris entre 0,9 et moins de 1,5, donc relativement proche de cette valeur médiane (entre 75 % et 125 % de celle-ci). À l'inverse, certains départements sont plus atypiques. D'une part, 10 d'entre eux se caractérisent par un taux inférieur à 0,9 % ; en plus de la Guyane, de l'Indre-et-Loire et du Tarn,

4 se situent en Île-de-France et 3 autres dans le quart sud-est de la France. D'autre part, 12 départements se distinguent quant à eux 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 (-20 % entre 2011 et 2018). Fin 2018, 2 % des bénéficiaires d'une action éducative sont de jeunes majeurs, soit 2 700 personnes.

Plus de deux actions éducatives sur trois en milieu ouvert

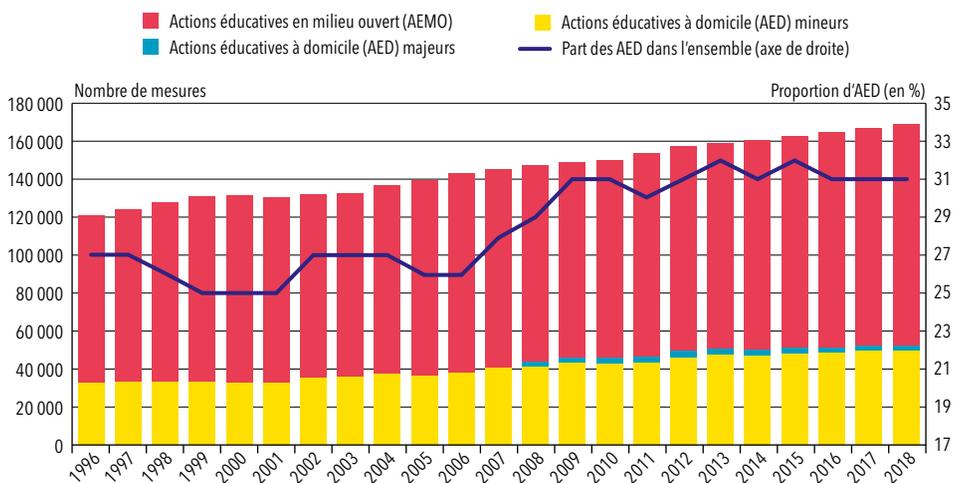
Parmi les actions éducatives, sont distinguées 52 000 actions éducatives à domicile (AED) et 116 000 actions éducatives en milieu ouvert (AEMO). Alors que les premières sont décidées en accord avec les familles, les secondes sont contraignantes à leur égard et sont ordonnées par le juge³ (voir fiche 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 %).

1. Les mesures sont actées d'un point de vue administratif ou judiciaire, puis concrètement mises en œuvre auprès du jeune, les délais d'exécution pouvant varier selon les départements. Le terme « en cours » désigne ici les mesures prises et non encore exécutées ainsi que celles qui le sont. Les départements ne sont en effet pas toujours en capacité de distinguer, au sein de leur système d'information, la date de décision de celle de mise en œuvre effective de la mesure.

2. D'après les estimations de population de l'Insee.

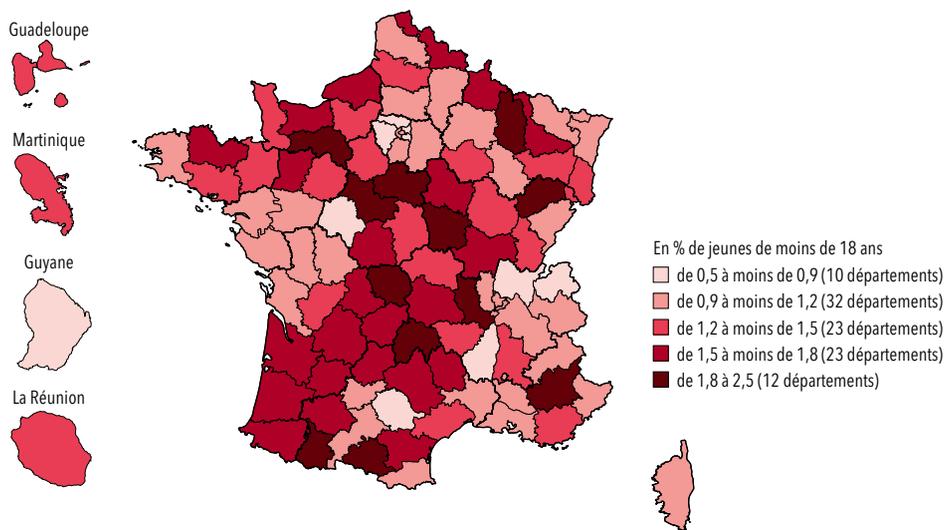
3. Les AEMO sont contraignantes pour les responsables légaux des mineurs et ne peuvent donc concerner les jeunes majeurs.

Graphique 1 Évolution du nombre d'actions éducatives au 31 décembre, de 1996 à 2018



Note > Pour les années 1996 à 2007, les AED pour majeurs ne peuvent pas être distinguées de celles pour mineurs.
Lecture > Au 31 décembre 2018, 168 000 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 2018



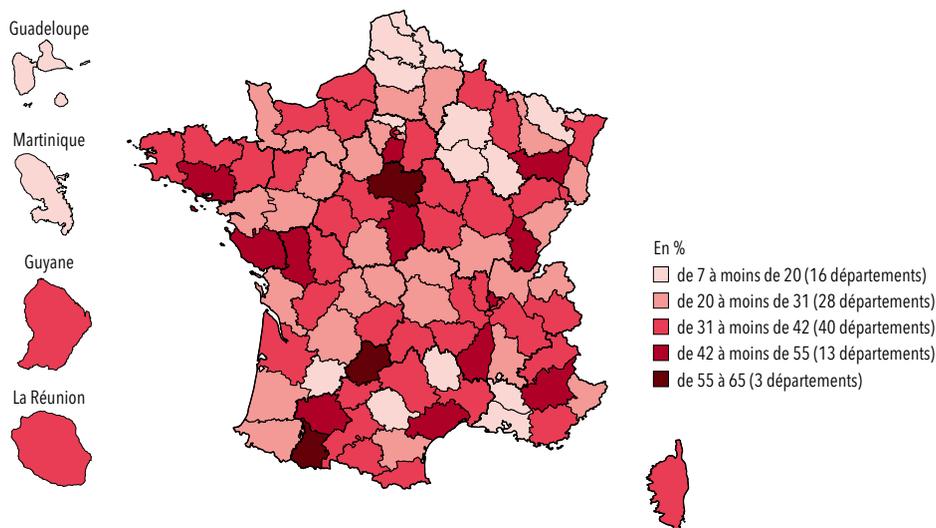
Note > Le taux d'actions éducatives pour mineurs, au niveau national, est de 1,1 % au 31 décembre 2018.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

La répartition entre AED et AEMO est très 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 44 d'entre eux, cette proportion est inférieure au taux national (31 %) et, au sein de cette petite moitié, elle est comprise entre 20 % et 30 % inclus dans une trentaine de territoires. À l'inverse, la proportion d'AED varie entre 31 % et 41 % inclus dans

4 départements sur 10 ; elle est encore plus élevée dans 16 collectivités.

Les départements des Alpes de Haute-Provence, du Loiret, du Lot et des Hautes-Pyrénées se distinguent à la fois par une proportion d'AED plus élevée que celle observée au niveau national, ainsi qu'un nombre de mesures d'action éducative pour 100 jeunes de moins de 18 ans plus important également. ■

Carte 2 Part des AED dans l'ensemble des mesures d'actions éducatives, au 31 décembre 2018



Note > La part d'AED dans l'ensemble des actions éducatives (AED et AEMO) est de 31 % au niveau national, au 31 décembre 2018.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Au 31 décembre 2018, 187 000 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 354 000 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'origine¹.

Jusqu'en 2015, les dépenses de placement ont davantage augmenté que le nombre de bénéficiaires

Au 31 décembre 2018, 187 000 mineurs et jeunes majeurs sont accueillis à l'ASE. Après avoir légèrement diminué entre 1998 et 2002, ce nombre a continûment augmenté : +34 % entre 2002 et 2018 (*graphique 1*), alors que la hausse de la population âgée de moins de 21 ans n'a été que de 1,4 % au cours de cette période. La hausse annuelle de plus de 5 % entre 2017 et 2018 est la plus forte observée depuis 2002 et confirme la tendance entamée depuis 2016. 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 peu moins d'un enfant sur cinq (*encadré 1*). En effet, le taux de croissance du nombre de MNA s'était accru de 52 % entre 2016 et 2017. Cet accroissement se ralentit entre 2017 et 2018 mais reste important : +27 %. En faisant l'hypothèse que l'ensemble des MNA sont bien dénombrés parmi les mesures de placements², le nombre des enfants et jeunes de moins de 21 ans accueillis, hors MNA, a augmenté d'à peine 1 % entre 2017 et 2018.

Parallèlement, les dépenses de placement n'ont cessé de croître et ce, jusqu'à récemment, à un rythme globalement plus dynamique que le nombre de mesures. Entre 2004 et 2018, la hausse est en effet de 36,3 %³ en euros constants⁴, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,2 %, contre 1,1 % pour le nombre de bénéficiaires. En 2018, les dépenses de placement s'élèvent à 6,6 milliards d'euros et représentent 79,3 % des dépenses brutes totales d'ASE des départements. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire⁵ a ainsi sensiblement augmenté, passant de 34 200 euros en 2004 (en euros constants de 2018) à 36 200 euros par an et par bénéficiaire en 2018.

1. Seules les mesures de placement à domicile constituent une mesure atypique par rapport aux autres mesures de placement qui impliquent une sortie intégrale du jeune de son « milieu d'origine ». Ces dernières restent majoritaires (voir *infra*).

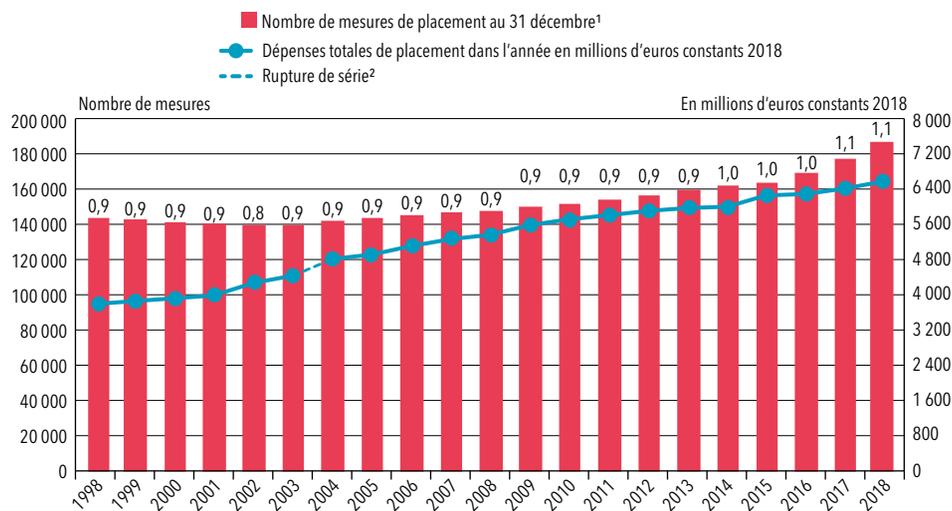
2. La gestion des données relatives à la population des MNA est variable selon les départements (voir encadré 1).

3. L'année 2004 est ici retenue comme base car, 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.

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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % en moyenne annuelle.

5. 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 2018



1. La valeur indiquée correspond au nombre de mesures pour 100 habitants de moins de 21 ans.

2. Rupture de série : 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.

Notes > Le nombre de mesures pour 100 jeunes de moins de 21 ans en 2018 est égal au rapport du nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2018 et du nombre d'habitants au 1^{er} janvier 2019.

Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2018. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.

Lecture > Au 31 décembre 2018, le nombre de mesures de placement est de 187 000, 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 6,6 milliards d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

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 d'ASE de leur département (voir fiche 24). Fin 2013, dans 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 2018, à environ 35 800. Néanmoins, les estimations pour 2013 restent fragiles car ce n'est qu'à partir de 2015 que ces données semblent mieux renseignées dans l'enquête. Le taux de croissance pour l'ensemble des départements est ainsi estimé à 141 % entre 2015 et 2018. Entre fin 2017 et fin 2018, ce taux est de 27 %. Cet accroissement reste élevé mais il est un peu moindre que celui observé entre 2016 et 2017 où il atteignait 52 %.

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 cependant bien dénombrée parmi l'ensemble des enfants et jeunes majeurs accueillis à l'ASE, la proportion de MNA représente alors 19 % en 2018, contre 16 % en 2017 et 9 % en 2015.

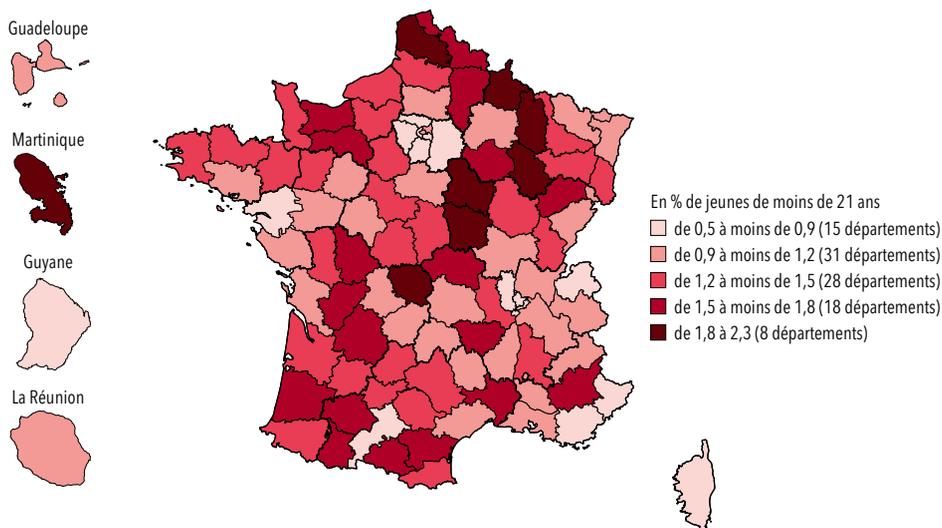
Néanmoins, depuis 2015, la hausse du nombre de bénéficiaires est supérieure à celle des dépenses. Entre 2017 et 2018, le nombre de bénéficiaires et les dépenses associées ont augmenté respectivement de 5,4 % et de 2,6 %. Cette évolution s'explique en grande partie par l'accroissement du nombre de mineurs non accompagnés (MNA) hébergés davantage dans des modes d'accueil moins onéreux (hébergements autonomes, appartements partagés, accueil par des familles bénévoles...)⁶.

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 deux tiers des départements présentent un taux compris entre 75 % et 125 % de la valeur médiane⁷ (soit 1,2 %).

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 2018, 16 000 enfants sont placés directement par le juge et 171 000 mineurs et jeunes majeurs sont spécifiquement confiés à l'ASE. Le nombre d'enfants placés directement diminue entre 2017 et 2018 (-1,1 %), la tendance est effectivement à la baisse régulière depuis une vingtaine d'années (-3 % par an en moyenne et -46 % entre 1996 et 2018). En 2018, ils représentent 8 % des enfants accueillis à l'ASE, contre 20 % en 1996 (graphique 2).

Carte 1 Nombre de jeunes accueillis, pour 100 jeunes de moins de 21 ans, au 31 décembre 2018



Note > Au niveau national, le taux de mesures d'accueil est de 1,1 %, au 31 décembre 2018.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

6. Voir Observatoire national de l'action sociale (2018, janvier). Les modes d'accueil adaptés des mineurs non accompagnés : Face à l'urgence, des départements innovent. Odas, *La Lettre de l'Odas*.

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

Une très large majorité d'entre eux sont placés directement auprès d'un tiers digne de confiance (82 %, fin 2018).

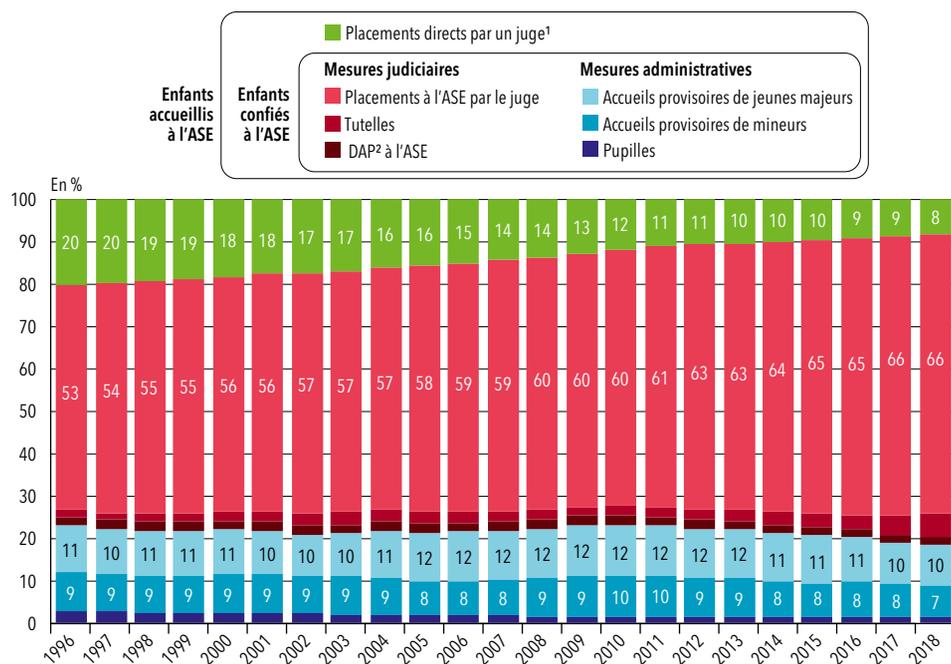
Les jeunes confiés à l'ASE peuvent l'être par une mesure administrative. Cela concerne les jeunes majeurs ou, en cas d'accord avec les familles, les mineurs. Il s'agit alors des pupilles, des accueils provisoires de mineurs et des accueils provisoires de jeunes majeurs. Fin 2018, 34 000 jeunes bénéficient 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 2018).

Les mesures judiciaires concernent 137 000 enfants, soit 80 % de ceux confiés à l'ASE et 73 % 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 2018 comme en 1996. Les autres mesures judiciaires, c'est-à-dire les délégations de l'autorité parentale et les mesures de tutelle, restent, elles, relativement marginales, bien que ces dernières se soient un peu plus accrues au cours des quatre dernières années. Leur proportion a doublé depuis 2012 et atteint plus de 7 %. Le nombre de mesures judiciaires a tendance à augmenter depuis 1996 (+68 %, soit +2,4 % par an en moyenne).

Fin 2018, les 137 000 mesures judiciaires et les 16 000 placements directs par le juge concernent donc près de 153 000 enfants au total, soit 82 % de ceux accueillis au titre de l'ASE. Cette proportion

Graphique 2 Évolution des mesures de placement au 31 décembre, selon le type de décision, de 1996 à 2018



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.
Lecture > Au 31 décembre 2018, les placements directs représentent 8 % des mesures d'ASE.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

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 65 % à 92 % sur le territoire, révélant ainsi des pratiques diverses. Néanmoins, ces disparités ne présentent pas d'écart important pour une large majorité des collectivités, soit 90 départements parmi lesquels les proportions fluctuent en effet dans une fourchette comprise entre 90 % et 110 % de la médiane (située à 83 %).

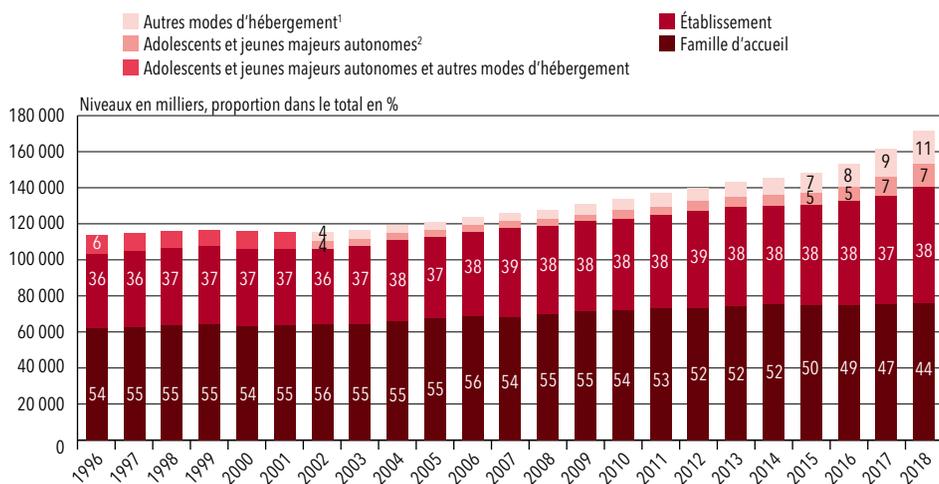
Un peu moins d'un jeune confié à l'ASE sur deux est en famille d'accueil

Au 31 décembre 2018, 76 000 mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE (hors placements directs par le juge⁸) sont hébergés en famille d'accueil,

soit une 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 quant à lui 38 % des jeunes confiés à l'ASE. Les 18 % restant regroupent enfin diverses modalités d'hébergement, telles que les modes d'hébergement à destination d'adolescents et jeunes majeurs autonomes ou d'autres modes comme, par exemple, l'internat scolaire, le placement chez la future famille adoptante, le placement à domicile⁹, etc.

Bien que le nombre d'enfants hébergés en famille d'accueil ait progressé de 23 % entre 1996 et 2018, leur part relative est en baisse. Leur proportion passe ainsi de 56 % en 2006 (son niveau le plus élevé) à 44 % en 2018.

Graphique 3 Évolution de la répartition par mode d'hébergement principal des enfants confiés à l'ASE au 31 décembre, de 1996 à 2018



1. Internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, placement chez la future famille adoptante, etc. Depuis la collecte portant sur 2018, les villages d'enfants ne sont plus intégrés au sein de cette catégorie mais à la catégorie « Établissement ».

2. Foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en hôtel, en location, etc.

Lecture > Au 31 décembre 2018, l'hébergement en famille d'accueil représente 44 % des modes d'hébergement des jeunes confiés à l'ASE.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Hors placements directs par le juge.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

8. 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.

9. Dans l'enquête Aide sociale, le placement à domicile, de par sa nature, est distingué des hébergements en établissement. Ces derniers disposent de places « réservées » en cas de nécessité pour le jeune, conformément au principe de cette mesure.

En effet, le recours aux modes d'hébergements autonomes ou autres modalités croît plus vite durant cette dernière période : +225 % entre 2009 et 2018, contre +6 % en famille d'accueil. Le nombre d'enfants placés en établissement, qui représente 68 % des hébergements hors famille d'accueil, a augmenté de 9,1 % entre 2017 et 2018, de 31,3 % depuis 2009 et de 56,7 % depuis 1996. Ces dernières hausses sont, elles aussi, supérieures à celles du nombre d'enfants hébergés en famille d'accueil.

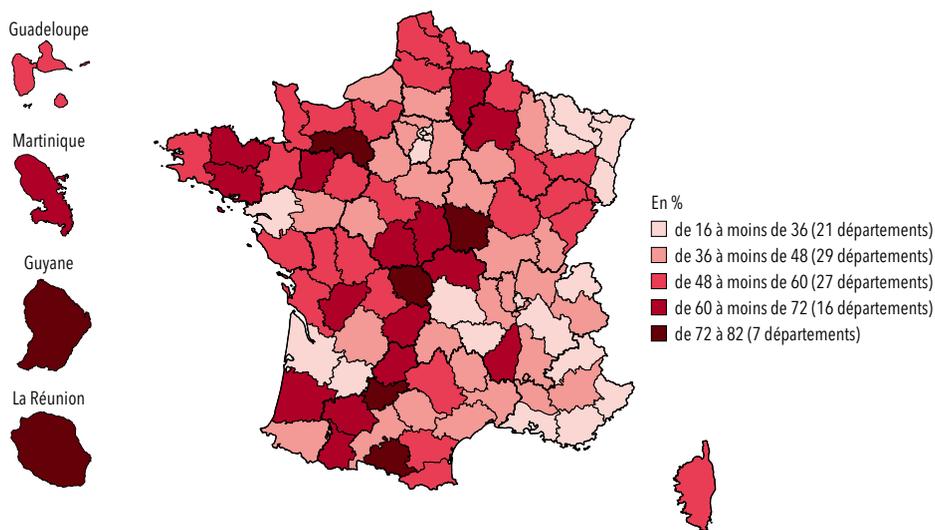
Les deux principaux modes d'hébergement, établissements et familles d'accueil, sont présents sur l'ensemble du territoire, mais le recours à l'un ou à l'autre est particulièrement variable d'un département à l'autre. Ainsi, de 16 % à 82 % des placements ont lieu en famille d'accueil en 2018, selon

le département considéré (carte 2). Plus de la moitié des départements (57) présentent une proportion variant de 36 % à 60 %, soit de 75 % à 125 % de la médiane (située à 48 %), 21 se situant en deçà de cette fourchette et un peu moins 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.

Les coûts diffèrent selon le mode d'hébergement

En 2018, les 6,6 milliards d'euros de dépenses totales de placement au titre de l'ASE se décomposent en 4,4 milliards d'euros de dépenses d'accueil hors accueil familial (soit 67,4 %) et 2,2 milliards d'euros de dépenses d'accueil familial (soit 32,6 %).

Carte 2 Part des placements en famille d'accueil parmi les enfants confiés, au 31 décembre 2018



Note > Au niveau national, la part des enfants en famille d'accueil parmi les enfants confiés est de 44 % au 31 décembre 2018.

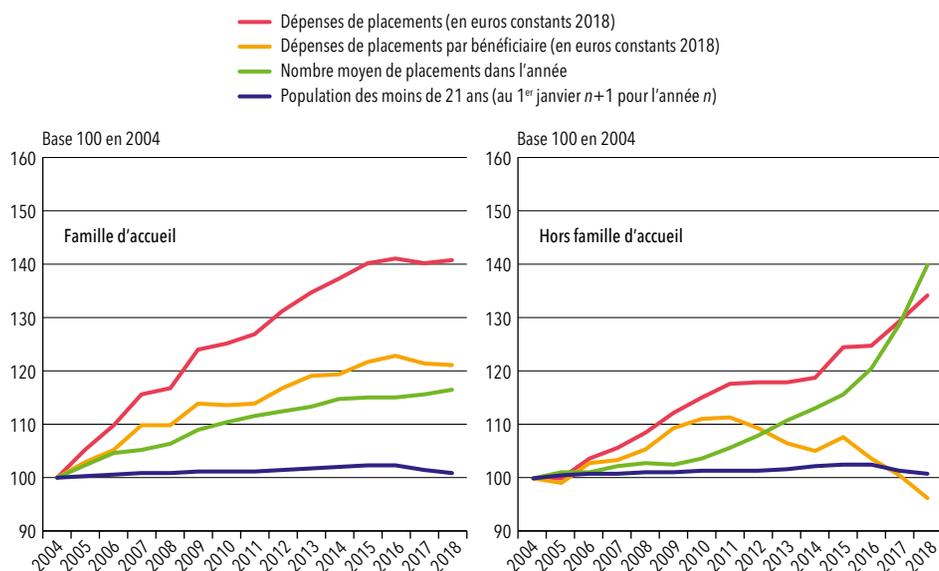
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Hors placements directs par le juge.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

La dépense de placement moyenne par bénéficiaire est sensiblement moins élevée en famille d'accueil que pour les autres modes d'hébergement. En 2018, elle est ainsi estimée à 28 400 euros par an (soit 2 370 euros par mois en moyenne), contre 41 700 euros pour l'hébergement hors famille d'accueil (soit 3 480 euros par mois). Cette dernière est portée principalement par la dépense dans le cadre de l'accueil en établissement¹⁰.

Entre 2004 et 2018, la dépense moyenne par bénéficiaire a sensiblement augmenté pour le placement familial (+21,0 %) contrairement à celle pour l'accueil hors placement familial, qui a baissé (-4 %) [graphique 4]. À l'inverse, le nombre de bénéficiaires hors famille d'accueil (en moyenne dans l'année) a davantage progressé que celui en famille d'accueil (respectivement +39,9 % et +16,3 % entre 2004 et 2018).

Graphique 4 Évolution des dépenses et des bénéficiaires de mesures de placement, de 2004 à 2018



Notes > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2018. 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*.
Lecture > En 2018, le nombre moyen de placements en famille d'accueil est de 116 (base 100 en 2004), ce qui signifie qu'il a augmenté de 16 % sur la période.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

¹⁰. La dépense moyenne par enfant accueilli pour les seuls placements en établissements est vraisemblablement plus élevée encore. Les données de l'enquête Aide sociale ne permettent malheureusement pas, toutefois, de distinguer précisément les dépenses pour chaque type d'accueil. Jusqu'à l'édition 2019 du Panorama *L'aide et l'action sociales en France*, une estimation était présentée pour la dépense moyenne en établissement, mais celle-ci était potentiellement surestimée du fait de l'inclusion de dépenses concernant en réalité d'autres modes d'hébergement. C'est donc dorénavant la dépense moyenne pour l'ensemble des modes hors familles d'accueil qui est présentée, à partir de cette édition de l'ouvrage.

Le premier effet s'avère toutefois le plus déterminant et, au total, la masse des dépenses d'accueil familial a progressé un peu plus vite que celle des dépenses hors accueil familial : en quatorze ans, les dépenses ont ainsi été multipliées respectivement par 1,4 et 1,3.

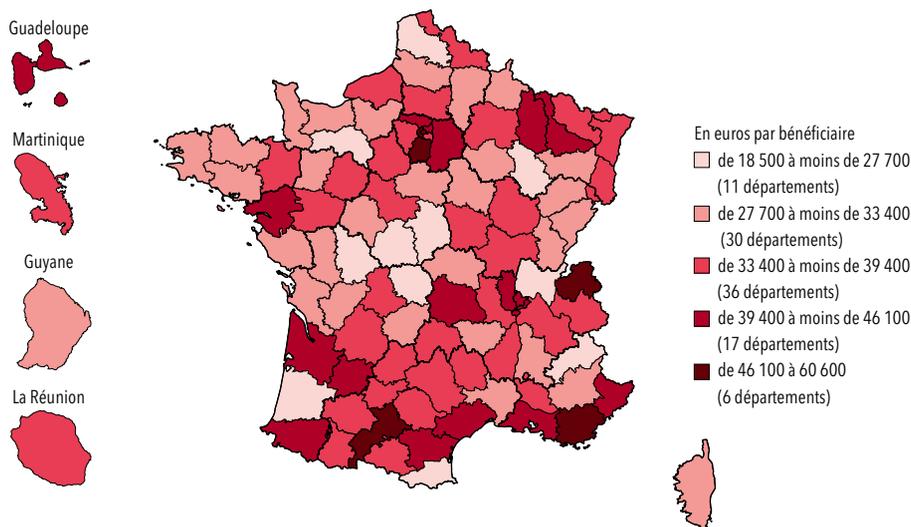
Les dépenses d'ASE par bénéficiaire varient du simple au triple selon les départements

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 2018, la dépense annuelle de placement par bénéficiaire, de 36 200 euros en moyenne, est hétérogène (carte 3). Elle varie de

18 500 à 60 600 euros, soit du simple au triple. Ainsi, 73 départements présentent des montants compris entre 80 % et 120 % du montant médian situé à 34 600 euros (soit une fourchette comprise entre 27 700 et 41 500 euros).

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 et aux autres modes d'hébergement hors famille d'accueil est proportionnellement plus important. ■

Carte 3 Dépenses totales annuelles brutes de placement par bénéficiaire en 2018



Notes > 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 36 200 euros en 2018.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Fin 2017, 61 400 enfants, adolescents et jeunes majeurs sont hébergés par l'un des 1 963 établissements de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Ces derniers, qui offrent une capacité totale d'hébergement de 64 700 places, ont ainsi un taux d'occupation de 95 %. Celui-ci a augmenté de trois points par rapport à 2012 (92 %), malgré une hausse des capacités de 7 % durant cette période. Le taux d'encadrement dans ces structures s'élève à 85 emplois en équivalent temps plein (ETP) pour 100 places. En moyenne, les jeunes accueillis ont 13 ans et séjournent douze mois dans l'établissement, mais le profil des jeunes accueillis 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 des enfants ou jeunes adultes de moins de 21 ans, mais se distinguent entre eux par les caractéristiques sociodémographiques des publics, les formes d'hébergements, la durée d'accueil ou encore le taux d'encadrement¹.

Une très large prédominance des MECS et des foyers

Fin 2017², les trois quarts des 64 700 places d'hébergement³ des établissements de l'ASE se situent dans les 1 233 MECS. Celles-ci proposent 47 800 places (tableau 1). La capacité moyenne des MECS est ainsi de 39 places. La seconde catégorie d'établissements en matière de capacité est celle des 243 foyers de l'enfance. Ces derniers comptent en moyenne 49 places pour une offre totale de 11 800 places.

Les capacités d'hébergement en MECS s'accroissent de 7 % depuis fin 2012 et de 20 % depuis fin 2008. En foyers de l'enfance, la hausse est de 8 % depuis 2012 et de 15 % depuis 2008.

Les autres types de structures proposent un nombre de places nettement moins élevé (5 100 places), qui a peu augmenté depuis fin 2012 (+2 %), mais l'évolution reste importante par rapport à 2008 (+23 %). En termes relatifs, les villages d'enfants connaissent toutefois une forte augmentation de leurs capacités d'accueil, liée à la hausse du nombre de structures : +16 % de places par rapport à fin 2012, +36 % par rapport à fin 2008. À l'inverse, les capacités d'accueil des pouponnières et des lieux de vie ont légèrement diminué depuis 2012 (-2 %), tandis que le nombre de places avait augmenté entre 2008 et 2012.

Une prépondérance de l'hébergement en internat malgré une diversification de l'offre d'accueil

Parmi les différents types d'hébergements proposés par les établissements de l'ASE (encadré 1), l'hébergement en internat collectif reste majoritaire dans l'activité des établissements et représente 59 % de l'ensemble des places disponibles (graphique 1).

1. Le taux d'encadrement est défini dans cette fiche comme 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 auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) de 2017. Les évolutions entre 2008 et 2012 sont calculées grâce aux éditions précédentes de l'enquête ES-PE.

3. Ce nombre de places tient compte du nombre de mesures de placement à domicile pour lequel certains établissements sont habilités (encadré 1), même si les jeunes pris en charge peuvent résider chez leurs parents.

Cette part diminue cependant de 9 points par rapport à fin 2012 en raison d'une diversification importante des autres modalités d'hébergement, principalement dans les MECS et les foyers de l'enfance. Cette diversification s'est notamment poursuivie au profit de l'hébergement éclaté, hors de l'établissement, qui est passé de 13 % en 2012 à 17 % en 2017. Par ailleurs, désormais décompté dans l'édition 2017 de l'enquête ES-PE, le placement

à domicile représente 10 % de l'offre d'hébergement des établissements. Les MECS et les foyers de l'enfance ont plus largement recours à ces deux pratiques de placement que les autres catégories d'établissements. Ils ont des offres d'hébergement diversifiées : malgré une majorité de places en internat collectif (respectivement 63 % et 56 %), l'ensemble des types d'hébergements possibles sont proposés.

Tableau 1 Offre d'accueil dans les établissements de l'ASE, fin 2008, fin 2012 et fin 2017

	Nombre d'établissements					Capacité d'hébergement installée				
	2008	2012	2017	Évolution 2008-2017 (en %)	Évolution 2012-2017 (en %)	2008	2012	2017	Évolution 2008-2017 (en %)	Évolution 2012-2017 (en %)
MECS ¹	1 115	1 204	1 233	11	2	39 700	44 800	47 800	20	7
Foyers de l'enfance	211	215	243	15	13	10 300	10 900	11 800	15	8
Pouponnières	31	30	33	6	10	780	850	830	6	-2
Villages d'enfants	21	24	28	33	17	1 100	1 300	1 500	36	16
Lieux de vie	385	459	426	11	-7	2 200	2 800	2 700	22	-2
Ensemble	1 763	1 932	1 963	11	2	54 100	60 700	64 700	20	7

1. MECS : maison d'enfants à caractère social.

Lecture > 1 233 MECS sont recensées au 15 décembre 2017, représentant une hausse du nombre d'établissements de 11 % par rapport à 2008 et de 2 % par rapport à 2012. Ces MECS possèdent une capacité totale de 47 800 places, représentant une augmentation de leur capacité d'accueil de 20 % depuis 2008 et de 7 % depuis 2012.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, au 15 décembre.

Source > DREES, enquêtes auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) 2008, 2012 et 2017.

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 ou individualisé** : 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.
- > **Placement à domicile** : hébergement quotidien au domicile parental, suivi par les travailleurs sociaux (par exemple, à travers des visites à domicile), et laissant la possibilité d'une place de « repli » en structure d'accueil si la situation le nécessite.
- > **Assistant(e) familial(e)** : hébergement chez un(e) assistant(e) familial(e), 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 de 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).

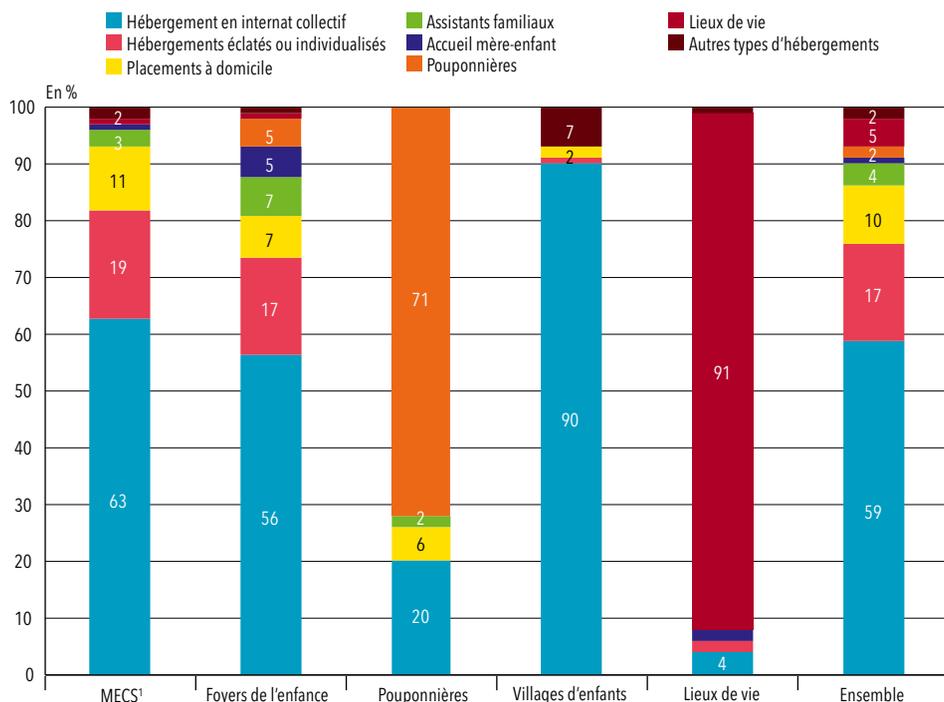
Pour les trois autres types de structures, l'offre est beaucoup plus homogène. On compte ainsi 71 % de places de pouponnière en pouponnières (ces établissements comptent aussi 20 % de places d'internat collectif, qui peuvent accueillir des enfants au-delà de l'âge de 3 ans), alors que 90 % des places des villages d'enfants correspondent à de l'hébergement en internat collectif et que 91 % de celles proposées par les lieux de vie leur sont spécifiques.

Un taux d'encadrement en baisse et très hétérogène selon les catégories d'établissements

En décembre 2017, les 1 963 établissements de l'ASE proposant de l'hébergement comptent 55 000 emplois en équivalent temps plein (ETP), ce qui représente 85 ETP pour 100 places d'hébergement (tableau 2). Ce taux d'encadrement a

diminué par rapport à 2008 et à 2012, où il était respectivement de 93 % et de 89 %. Fin 2017, il varie fortement en fonction des catégories d'établissements : de 67 % dans les lieux de vie – qui sont de petites structures avec très peu d'enfants accueillis – à 160 % dans les pouponnières, où l'accueil d'enfants 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 75 % dans les villages d'enfants, 79 % dans les MECS et 109 % dans les foyers de l'enfance. Dans les MECS et les foyers de l'enfance, le nombre d'ETP pour 100 places a progressivement diminué, expliquant ainsi la baisse globale du taux d'encadrement. Ce taux a en effet diminué de 8 points dans les MECS et de 13 points dans les foyers de l'enfance depuis 2008, et respectivement de 4 et 9 points depuis 2012.

Graphique 1 Répartition des places par type d'hébergement, fin 2017



1. MECS : maison d'enfants à caractère social.

Lecture > Dans les MECS, au 15 décembre 2017, 63 % des places d'accueil sont dédiées à de l'hébergement de type collectif au sein des établissements, 19 % à de l'hébergement éclaté ou individualisé.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, au 15 décembre 2017.

Source > DREES, enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) 2017.

Le développement du placement à domicile dans ces deux catégories d'établissements pourrait expliquer une partie de cette baisse : les jeunes concernés par ce type de placement sont normalement beaucoup moins présents dans l'établissement que les jeunes accueillis sur d'autres types de places, et ils requièrent donc a priori moins de personnel pour les accompagner. Concernant les autres types de structures, le taux d'encadrement est toujours à la hausse dans les pouponnières et les lieux de vie depuis 2008, et reste assez stable dans les villages d'enfants.

Un taux d'occupation global de 95 %

Fin 2017, 61 400 jeunes sont placés en établissement (tableau 2), représentant une hausse de 10 % par rapport à 2012. Les MECS en accueillent 45 700, les foyers de l'enfance 11 000. Le taux d'occupation agrégé⁴ des structures atteint 95 % fin 2017. Ce taux est plus important qu'en 2012, où il s'élevait à 92 %. Il a notamment augmenté dans les MECS (+4 points, passant de 92 % à 96 %) et particulièrement dans les pouponnières (+11 points, passant de 84 % à 95 %). Au total, 12 % des établissements de l'ASE ont un taux d'occupation supérieur à 100 % fin 2017. En excluant les places de

placement à domicile, le taux d'occupation agrégé fin 2017 pour l'ensemble des catégories d'établissements reste tout aussi élevé (95 %).

Des durées de séjour caractéristiques des missions des établissements

La durée moyenne de séjour, pour les enfants ou jeunes adultes⁵ sortis d'un établissement au cours de l'année 2017, est de douze mois (tableau 3). Toutefois, de grandes disparités sont observées : dans l'ensemble, un quart des jeunes sont restés moins d'un mois, la moitié moins de cinq mois et un quart plus de seize mois. Les durées moyennes de séjour varient fortement par type d'établissement, notamment en raison des 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 jeunes accueillis le sont pour moins d'un mois. Aussi, le renouvellement des jeunes accueillis est bien plus élevé que dans les autres établissements de l'ASE (1,8 sortie par place pour l'ensemble de l'année 2017 contre, par exemple, 0,7 dans les MECS).

Tableau 2 Effectifs accueillis et taux d'encadrement, fin 2017

	Effectifs présents	Taux d'occupation (en %)	Sorties au cours de l'année 2017	Entrées au cours de l'année 2017	Taux d'encadrement (en %)
MECS ¹	45 700	96	31 800	33 500	79
Foyers de l'enfance	11 000	93	21 300	22 700	109
Pouponnières	790	95	1 090	1 010	160
Villages d'enfants	1 400	95	270	300	75
Lieux de vie	2 500	91	1 300	1 100	67
Ensemble	61 400	95	55 800	58 700	85

1. MECS : maison d'enfants à caractère social.

Lecture > 45 700 mineurs ou jeunes majeurs sont effectivement accueillis en MECS fin 2017. Autrement dit, sur 100 places, 96 sont occupées (taux d'occupation agrégé). Les MECS dénombrent 31 800 sorties de leurs établissements et 33 500 entrées au cours de l'année 2017. Le taux d'encadrement (effectifs du personnel en ETP/nombre de places d'hébergement) des MECS est de 79 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, au 15 décembre 2017 (au 31 décembre 2017 pour les effectifs du personnel).

Source > DREES, enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) 2017.

4. Le taux d'occupation agrégé exprime le nombre de places occupées rapporté au nombre de places sur l'ensemble des établissements.

5. La suite de cette fiche exclut du champ de l'analyse les personnes accueillies dans les sections d'accueil mère-enfant fin 2017.

Le séjour en pouponnière est aussi d'assez courte durée, puisque ces structures sont réservées aux enfants en bas âge. De fait, les enfants n'y restent pas longtemps : huit 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 seize mois en moyenne. Enfin, les villages d'enfants, dont l'objectif est d'accueillir des fratries avec une prise en charge à long terme dans un cadre de type familial, proposent des séjours beaucoup plus longs : cinq ans en moyenne (59 mois) et un quart des enfants y restent plus de sept ans (83 mois).

Une structure par âge liée au type d'établissement

L'âge des jeunes accueillis dépend en premier lieu des projets d'établissements, et donc des catégories de structures. Les pouponnières hébergent une large majorité d'enfants de moins de 3 ans (83 %) [graphique 2]. Dans les foyers de l'enfance, la moyenne d'âge est de 11 ans, 51 % des jeunes ayant entre 13 et 17 ans. Une part non négligeable (13 %) d'enfants de moins de 3 ans y est accueillie, notamment car des sections pouponnières sont parfois intégrées à des foyers de l'enfance départementaux. À l'inverse, la part des jeunes majeurs y demeure faible (4 %).

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 (de 14 ans en moyenne) que dans les autres types d'établissements. MECS et lieux de vie hébergent peu d'enfants de moins de 6 ans (8 % dans les MECS et 3 % dans les lieux de vie), une minorité d'enfants de 7 à 12 ans (26 % et 21 %) et de 13 à 14 ans (14 % et 20 %), une majorité relative de jeunes âgés de 15 à 17 ans (40 % et 44 %) et une part assez importante de jeunes majeurs (13 % et 12 %). Enfin, dans les villages d'enfants, l'âge moyen est de 10 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 (46 %).

19 % des jeunes hébergés sont des mineurs non accompagnés

À la mi-décembre 2017, 19 % des jeunes hébergés sont des mineurs non accompagnés (MNA)⁶ [tableau 4]. Les MNA sont en grande majorité des garçons (91 %, contre 56 % des non-MNA). En raison de la prise en charge croissante des MNA (voir fiche 27), la part des garçons chez les jeunes placés en établissement de l'ASE (62 % dans l'ensemble) est plus importante qu'en 2012 (+5 points).

Tableau 3 Durée de séjour dans l'établissement des mineurs et jeunes majeurs sortis en 2017

	En mois					
	MECS ¹	Foyers de l'enfance	Pouponnières	Villages d'enfants	Lieux de vie	Ensemble
Premier décile	<1	<1	<1	4	<1	<1
Premier quartile	3	<1	2	22	1	1
Médiane	11	1	6	41	5	5
Troisième quartile	23	5	12	83	21	16
Dernier décile	38	13	18	140	44	31
Moyenne	17	5	8	59	16	12

1. MECS : maison d'enfants à caractère social.

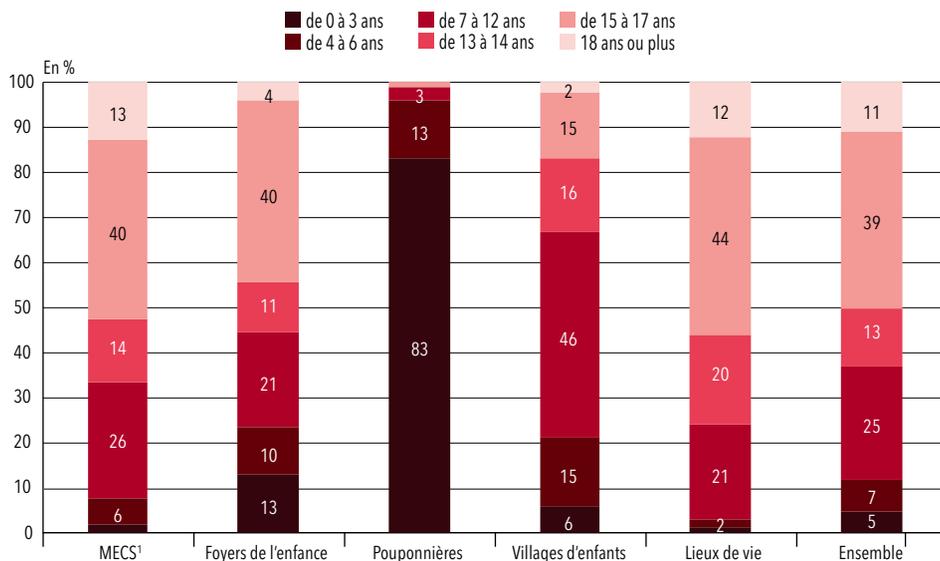
Note > Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.

Lecture > 25 % des jeunes sortis en 2017 des villages d'enfants sont restés moins de 22 mois dans l'établissement.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, jeunes sortis d'établissement en 2017.

Source > DREES, enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) 2017.

6. La prise en charge des mineurs non accompagnés peut se poursuivre une fois majeur, mais cette dénomination administrative reste toutefois identique (MNA).

Graphique 2 Répartition par sexe et âge des enfants et adolescents accueillis, fin 2017

1. MECS : maison d'enfants à caractère social.

Note > Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.

Lecture > 40 % des jeunes accueillis au 15 décembre 2017 dans les foyers de l'enfance ont entre 15 et 17 ans (âge atteint au 31 décembre 2017).

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, au 15 décembre 2017.

Source > DREES, enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) 2017.

Tableau 4 Répartition des mineurs et jeunes majeurs accueillis selon leurs caractéristiques individuelles, fin 2017

		En %					
		MECS ¹	Foyers de l'enfance	Pouponnières	Villages d'enfants	Lieux de vie	Ensemble
Sexe	Femme	39	34	46	51	36	38
	Homme	61	66	54	49	64	62
MNA/Non-MNA	Mineurs non accompagnés	18	28	<1	1	10	19
	(dont MNA mineurs)	(14)	(27)	(<1)	(1)	(8)	(15)
	(dont MNA majeurs)	(4)	(1)	(0)	(0)	(2)	(3)
	Non-mineurs non accompagnés	82	72	100	99	90	81
Pays de naissance (par zone géographique)	France	76	65	99	97	86	76
	Union européenne (hors France)	1	2	<1	1	1	1
	Hors Union européenne	22	31	<1	2	13	22
	Inconnu	<1	2	<1	0	0	1
Reconnaissance administrative du handicap	En situation de handicap	13	12	4	11	28	13
	Pas en situation de handicap	87	88	96	89	72	87

1. MECS : maisons d'enfants à caractère social.

Notes > Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.

Un jeune est considéré comme en situation de handicap si un handicap lui a été reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Lecture > 65 % des jeunes accueillis en foyers de l'enfance au 15 décembre 2017 sont nés en France.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, au 15 décembre 2017.

Source > DREES, enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) 2017.

La part des MNA est particulièrement importante en foyers de l'enfance (28 %), suivis des MECS (18 %) et des lieux de vie (10 %). La part de garçons est ainsi plus élevée dans ces trois catégories d'établissements par rapport aux pouponnières et aux villages d'enfants. Par ailleurs, 23 % des jeunes hébergés sont nés dans un pays étranger. La quasi-totalité des MNA sont nés hors de France, contre 6 % des non-MNA.

D'autre part, sur l'ensemble des cinq catégories de structures, 13 % des jeunes en établissement ont une reconnaissance administrative d'un handicap par une maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Cette part est plus élevée dans les lieux de vie (28 %) et plus faible en pouponnières (4 %).

86 % des jeunes sont suivis par l'ASE avant leur entrée dans l'établissement, 67 % après leur sortie

Parmi les enfants ou jeunes adultes hébergés dans les établissements au 15 décembre 2017, 86 % étaient déjà suivis par l'ASE juste avant leur entrée dans l'établissement.

Quatre jeunes sur cinq, suivis au sein des établissements, sont protégés sur décision d'un juge des enfants. Plus précisément, 73 % le sont par mesures judiciaires de placement, dont la très large majorité correspond à des placements à l'ASE décidés par un juge des enfants au titre de l'assistance éducative, et 6 % le sont par placements directs par un juge (voir fiche 24). La part des jeunes placés en établissement par mesures judiciaires est plus importante que cinq ans auparavant (66 % en 2012), aux dépens des mesures administratives (23 % en 2012).

Les types de mesures qui conduisent au placement varient fortement selon les catégories d'établissements. Les villages d'enfants et les pouponnières accueillent principalement des enfants placés à la suite d'une mesure judiciaire (respectivement 87 % et 78 % des cas). Les foyers de l'enfance hébergent

davantage de jeunes en placements directs (16 %) et en accueils d'urgence (5 %) que les autres catégories d'établissements. Les MECS et les lieux de vie ont une part plus importante de leur public en mesure administrative (respectivement 19 % et 23 %), notamment en contrat ou accueil provisoire jeune majeur (10 % et 8 %), contrairement aux autres structures où ces parts restent faibles.

À la sortie de l'établissement, 34 % des enfants ou jeunes adultes vont vivre chez un parent ou un proche (famille, amis ou tiers digne de confiance) alors qu'ils étaient 46 % à y résider avant la prise en charge dans l'établissement⁷. Cette situation à la sortie n'en reste pas moins la plus courante, devant la poursuite de prise en charge dans un autre établissement de l'ASE (20 %), dans une famille d'accueil (10 %), ou encore dans un logement personnel ou accompagné (11 %). Enfin, deux tiers (66 %) des jeunes continuent de bénéficier d'une mesure d'ASE à leur sortie de l'établissement. En particulier, 40 % font l'objet d'une mesure judiciaire de placement et 9 % 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 2017, 40 % de ceux de 11 ans, en âge d'aller au collège, sont scolarisés à l'école primaire, traduisant un important retard scolaire. À titre comparatif, le taux de retard à l'entrée au collège est de 10 % dans l'ensemble de la population en 2017-2018⁸.

97 % des jeunes placés en établissement âgés de 6 à 15 ans sont scolarisés, contre 100 % de la même classe d'âge dans l'ensemble de la population. La déscolarisation est plus fréquente pour les jeunes entrés récemment dans l'établissement : 92 % des jeunes de 6 à 15 ans arrivés depuis moins de trois mois dans l'établissement sont scolarisés, contre 98 % pour ceux arrivés depuis trois mois ou plus. ■

7. Les situations de logement avant et après le passage dans l'établissement ne sont pas connues pour, respectivement, 10 % et 11 % des jeunes.

8. Source : DEPP. Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, enseignement public et privé.

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires et détaillées de l'enquête ES-PE sont disponibles sur [data.drees](http://data.drees.sante.gouv.fr) : 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).
- > Voir également le communiqué de presse accompagnant les données sur le personnel des établissements de l'aide sociale à l'enfance fin 2017.
- > **Abassi, E.** (2020, mai). 61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 55.
- > **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.

Les enfants et jeunes majeurs 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 2018, les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements français (hors Mayotte) mettent en œuvre 355 000 mesures d'aide. La part des mesures de placements (53 %) est légèrement supérieure à celle des actions éducatives (47 %).

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 59 %, 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 : 81 % contre 56 % (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, 171 000 sont spécifiquement confiés à l'ASE, soit 92 %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 d'adolescents âgés de 11 à 17 ans

(graphique 2). En effet, ceux-ci constituent 55 % des enfants confiés, alors que cette classe d'âge correspond à 33 % 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 constituent ainsi 14 % des enfants confiés contre 25 % 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 61 % des enfants confiés, voire plus parmi les adolescents (72 % des 16-17 ans). Cette répartition par âge et par 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 18 % ; la part des filles du même âge reste stable. La proportion de ces derniers a ainsi progressé de 10 points sur cette même période et atteint 72 %. Cette évolution résulte probablement de la forte hausse du nombre de mineurs non accompagnés (MNA) durant cette même période. Ces mineurs sont en effet très majoritairement de jeunes garçons de cette classe d'âge².

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 38 % le sont en établissement (voir fiches 27 et 28).

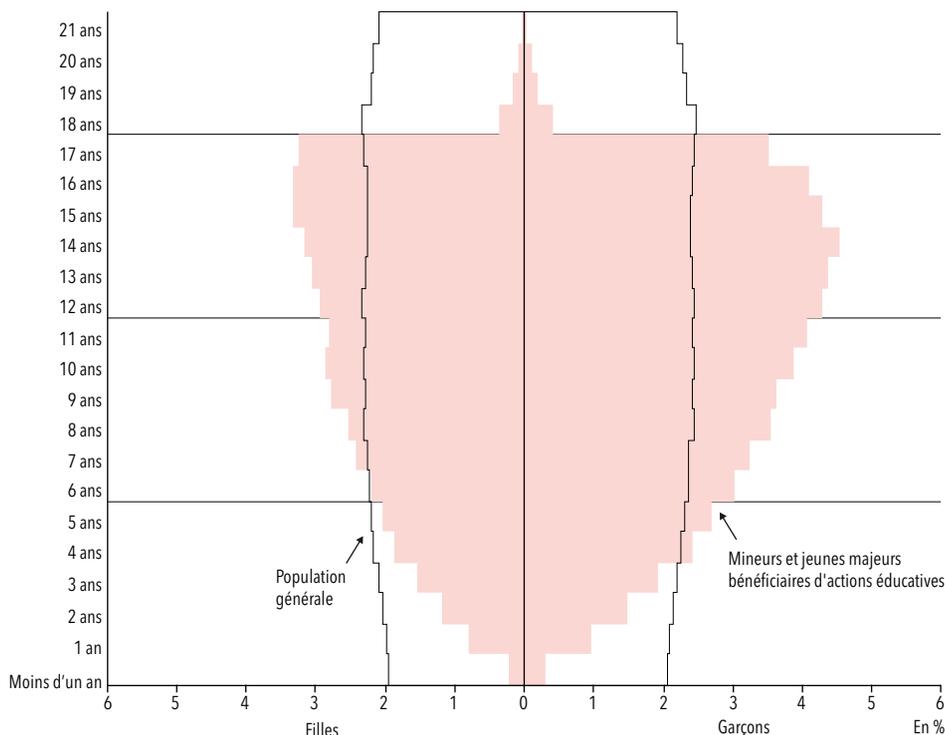
1. Les 8 % restants sont placés directement par le juge, le service de l'ASE n'assurant que le financement de la mesure.

2. Les garçons représentent plus de 95 % de la population des MNA selon le rapport d'activité 2019 de la cellule MMNA, direction de la protection judiciaire de la jeunesse, ministère de la Justice, mai 2020.

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, chez

la future famille adoptante, à domicile³... L'âge de l'enfant ou du jeune confié et son mode 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

Graphique 1 Répartition par sexe et par âge des enfants bénéficiaires d'actions éducatives, au 31 décembre 2018



Lecture > Au 31 décembre 2018, la part des filles âgées de 12 ans représente 3 % parmi les bénéficiaires d'une action éducative et 2,3 % parmi les jeunes de 0 à 21 ans.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

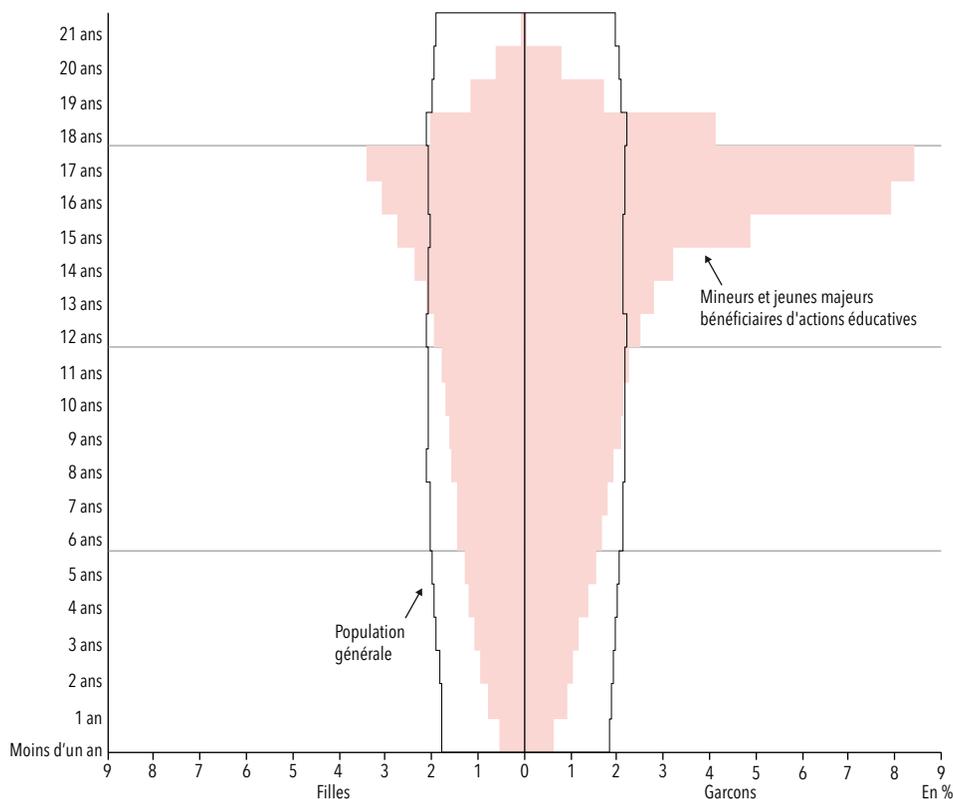
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (arrêtées fin 2019).

3. Les placements à domicile (PAD, voir fiche 24) sont mis en œuvre par les établissements, et sont donc considérés avec ces derniers pour l'analyse de l'offre d'accueil (voir fiche 28). Toutefois, comme l'enfant placé à domicile reste en pratique hébergé par sa famille, ils sont ici comptabilisés parmi les « autres lieux » pour l'analyse des lieux d'hébergement.

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 63 % jusqu'à 10 ans. En revanche, il ne concerne qu'une petite moitié des 11-15 ans confiés à l'ASE. L'établissement est le lieu de vie de 41 % de ces jeunes et la moitié des 16-17 ans. ■

Graphique 2 Répartition par sexe et par âge des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE, au 31 décembre 2018

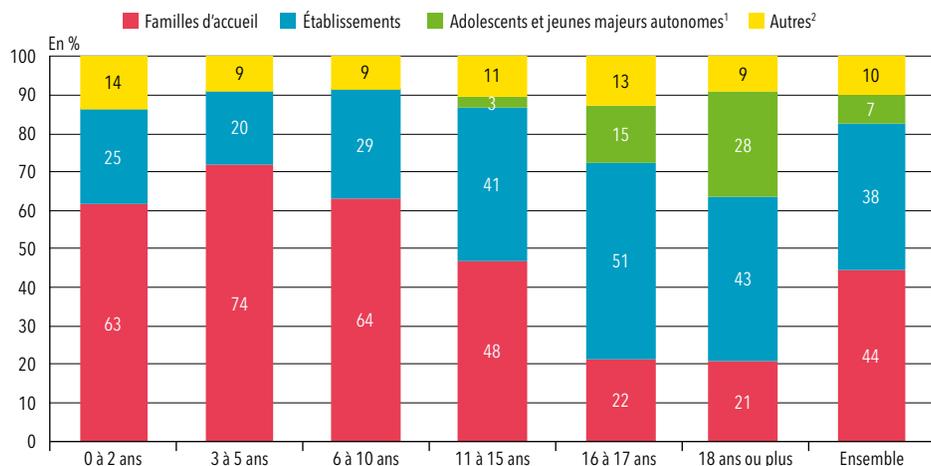


Lecture > Au 31 décembre 2018, la part des filles âgées de 17 ans représente 3,8 % parmi les jeunes confiés à l'ASE et 2,3 % parmi les jeunes de 0 à 21 ans.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Hors placements directs par le juge.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2019 (arrêtées fin 2019).

Graphique 3 Répartition par mode d'hébergement principal des enfants confiés à l'ASE, selon l'âge, au 31 décembre 2018



1. Foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en hôtel, en location...

2. Internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, placement chez la future famille adoptante, etc. Depuis la collecte portant sur 2018, les villages d'enfants ne sont plus intégrés au sein de cette catégorie mais à celle d'« Établissements ».

Lecture > Au 31 décembre 2018, 63 % des enfants confiés à l'ASE âgés de 0 à 2 ans sont hébergés en familles d'accueil.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Hors placements directs par le juge.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

> La direction de la protection judiciaire de la jeunesse publique, depuis 2017, un état des lieux des caractéristiques et flux des MNA remontés à la cellule mission mineurs non accompagnés par les départements. Son dernier rapport annuel d'activité est accessible sur le site internet du ministère de la Justice : http://www.justice.gouv.fr/_telechargement/MMNA_RAA2019.pdf.

L'aide sociale à l'insertion

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 de la mesure 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 la mesure 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 1^{er} 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 2 % chaque 1^{er} septembre, de 2013 à 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 bénéficiaire 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 responsables¹ de la gestion et du financement du fonds de solidarité pour le logement (FSL), créé par la loi du 31 mai 1990

1. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a confié aux départements cette compétence, auparavant partagée avec l'État.

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, 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 loyer 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. ■

Fin 2018, 1,90 million de foyers bénéficient du revenu de solidarité active (RSA), ce qui représente une hausse de 1,1 % par rapport à fin 2017. Cette légère hausse des effectifs fait suite à deux années de baisse. Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,85 millions de personnes sont couvertes par le RSA, soit 5,8 % de la population. La moitié des foyers bénéficiaires correspondent à des personnes seules et sans enfant, un tiers sont des familles monoparentales. Parmi les allocataires, 12 % perçoivent la majoration pour isolement. La répartition géographique des allocataires du RSA est hétérogène et fortement liée à celle du chômage.

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.

Les effectifs augmentent en 2018 après deux années de baisse

Au 31 décembre 2018, 1,90 million de foyers bénéficient du RSA en France¹. Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,85 millions de personnes sont ainsi couvertes par le RSA, soit 5,8 % de la population française. De plus, 99 % des bénéficiaires (allocataires et conjoints) du RSA, soit 2,10 millions de personnes, n'ont pas eu d'emploi ou ont perçu des revenus d'activité inférieurs à 500 euros en moyenne mensuelle durant les trois derniers mois et sont donc soumis aux droits et devoirs liés à la prestation. Fin 2018, 20 % des foyers allocataires du RSA bénéficient également de la prime d'activité.

En 2018, le nombre d'allocataires repart légèrement à la hausse (+1,1 %), après deux années de baisse des effectifs : modérée en 2017 (-0,5 %), elle était plus forte en 2016 (-4,3 %) [graphique 1]. Cette diminution était la première observée depuis 2008 (en tenant compte des allocataires de l'API et du RMI avant 2011 et en

excluant les allocataires du RSA activité seul² avant 2016). Ces deux années de baisse confirmaient deux années de moindre croissance des effectifs (+2,5 % en 2015 et +4,8 % en 2014), après deux années de forte augmentation (+7,4 % en 2013 et +6,2 % en 2012). Fin 2019, 1,92 million de foyers bénéficient du RSA, soit une hausse de 0,6 % en un an.

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 +485 000 demandeurs d'emploi de catégorie A en France) a été l'occasion d'une nouvelle phase de hausse élevée (+14,0 % en deux ans). La croissance moindre des effectifs du RSA en 2014 et 2015 et la baisse de 2016 s'expliquent tout d'abord par la dégradation plus limitée du marché du travail entre fin 2013 et fin 2015, puis par son amélioration au cours de l'année 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 +5,5 % fin 2013 à +2,3 % fin 2015. Fin 2016, le nombre de demandeurs d'emploi a baissé pour la première fois depuis 2007 :

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.

2. C'est-à-dire les foyers percevant le RSA activité mais pas le RSA socle.

-2,8 %. En 2017, il a stagné, ce qui a contribué à une baisse moindre du nombre d'allocataires du RSA. En 2018, le nombre de demandeurs d'emploi et le nombre d'allocataires du RSA évoluent, quoique faiblement, dans des sens opposés (respectivement -1,2 % et +1,1 %).

La baisse des effectifs en 2016 est due également, en partie, à la mise en place de la prime d'activité au 1^{er} janvier 2016. En effet, une demande de prime d'activité n'engendre pas automatiquement un calcul des droits au 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 provenance du RSA activité dans le RSA socle³ (respectivement 36 000 personnes en moyenne trimestrielle en 2016 contre 59 600 en 2014 et 2015). Ce nombre d'entrées a augmenté depuis : 49 400 au dernier trimestre 2017 et 60 400 au dernier trimestre 2018. Cela contribue à la hausse du nombre de foyers allocataires du RSA en 2018 et en particulier de

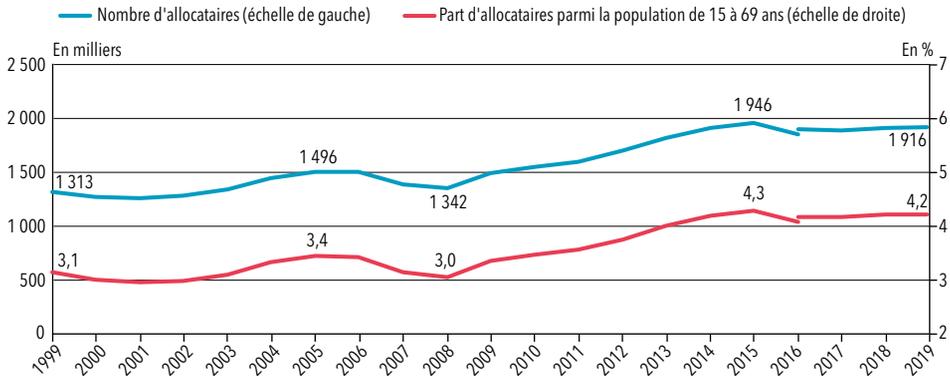
ceux bénéficiant à la fois du RSA et de la prime d'activité (+5,8 % en 2018).

Un autre facteur pourrait avoir contribué à l'augmentation du nombre d'allocataires du RSA en 2018 : la mise en place d'une nouvelle forme de demande de RSA, dématérialisée, appelée « téléprocédure ». Expérimentée dans deux départements à partir de mai 2017, elle a été déployée à l'échelle nationale au cours du deuxième semestre de l'année 2017⁴ (essentiellement en décembre). La téléprocédure a ainsi pu inciter certaines personnes ne recourant pas à leurs droits avec les modalités de demande usuelles (demande au guichet et formulaire papier) à faire leur demande d'allocation.

Le RSA non majoré représente 88 % des allocataires du RSA

Parmi les 1,90 million de foyers qui bénéficient du RSA en France au 31 décembre 2018, 1,67 million (88 %) perçoivent le RSA non majoré, soit 1,0 % de plus que fin 2017. Les allocataires représentent 3,7 % de la population âgée de 15 à 69 ans.

Graphique 1 Évolution du nombre et de la part parmi la population âgée de 15 à 69 ans, d'allocataires du RMI, de l'API, du RSA socle et du RSA, 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.

Lecture > Fin 2018, 1,904 million de personnes sont allocataires du RSA, soit 4,2 % de la population âgée de 15 à 69 ans.

Champ > Effectifs en France, au 31 décembre de chaque année.

Sources > CNAF ; MSA ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier de l'année $n+1$ (pour le taux d'allocataires de l'année n).

3. 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.

4. En décembre 2017, 94 départements proposaient cette modalité de demande.

Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,17 millions de personnes sont couvertes par le RSA non majoré, soit 4,7 % de la population française.

Parmi les allocataires du RSA non majoré, 61 % sont des personnes seules sans enfant et 24 % des foyers allocataires sont des familles monoparentales (tableau 1).

Tableau 1 Caractéristiques des foyers allocataires du RSA, fin 2018

Caractéristiques	RSA	dont :		Ensemble de la population de 15 à 69 ans
		RSA non majoré	RSA majoré	
Effectifs (en nombre)	1 903 800	1 674 600	229 200	44 810 300
Sexe¹				
Femme	54	49	96	51
Homme	46	51	4	49
Situation familiale²				
Seul sans personne à charge	54	61	Femme enceinte : 7	33
Seul avec personne(s) à charge	32	24	Femme avec un enfant : 34 Femme avec plus d'un enfant : 56 Homme avec un enfant : 2 Homme avec plus d'un enfant : 1	11
Couple sans personne à charge	3	3		23
Couple avec personne(s) à charge	11	12		33
Âge				
Moins de 25 ans	5	2	25	17
25 à 29 ans	18	17	24	8
30 à 39 ans	29	28	36	18
40 à 49 ans	22	24	12	19
50 à 59 ans	19	21	3	20
60 à 64 ans	6	7	0	9
65 ans ou plus	1	1	0	9
Ancienneté dans le RSA³				
Moins de 1 an	25	24	35	-
1 an à moins de 2 ans	15	14	17	-
2 ans à moins de 5 ans	25	25	24	-
5 ans à moins de 10 ans	21	22	17	-
10 ans ou plus	14	15	7	-
Inscrits à Pôle emploi¹	44	45	34	-

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 en cours d'année ne sont donc pas comptabilisés.

Lecture > Fin 2018, 1 903 800 foyers sont allocataires du RSA. Parmi les allocataires et leurs éventuels conjoints, 54 % sont des femmes.

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, ENIACRAMS pour le taux d'inscription à Pôle emploi et la répartition selon l'ancienneté dans le RSA ; Insee, enquête Emploi 2018 pour les caractéristiques de l'ensemble de la population.

Les couples avec ou sans enfant(s) sont ainsi très minoritaires. La moitié des bénéficiaires sont des femmes (49 %). Par ailleurs, 62 % des bénéficiaires du RSA non majoré perçoivent le RSA depuis deux ans ou plus et 36 % depuis cinq ans ou plus⁵.

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 minimum légal de départ à la retraite, la plupart des allocataires du RSA non majoré (97 %) ont entre 25 et 64 ans fin 2018. Ils sont particulièrement sur-représentés parmi les 25-29 ans (17 % des allocataires contre 8 % dans l'ensemble de la population française âgée de 15 à 69 ans).

Les allocataires du RSA majoré sont presque exclusivement des femmes

Au 31 décembre 2018, 229 200 foyers bénéficient du RSA majoré, soit une augmentation de 1,3 % en un an. Ils représentent 12 % des allocataires du RSA en France et 0,5 % de la population âgée de 15 à 69 ans. En tenant compte des personnes à charge, 683 200 personnes sont couvertes par le RSA majoré fin 2018, 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 du public ciblé (des parents isolés d'enfants de moins de 3 ans et des parents isolés depuis peu) et de l'absence de condition d'âge, le RSA majoré compte davantage de jeunes que le RSA non majoré : 25 % 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 (voir

fiche 14). Seulement 34 % d'entre eux sont inscrits à Pôle emploi, contre 45 % des bénéficiaires du RSA non majoré.

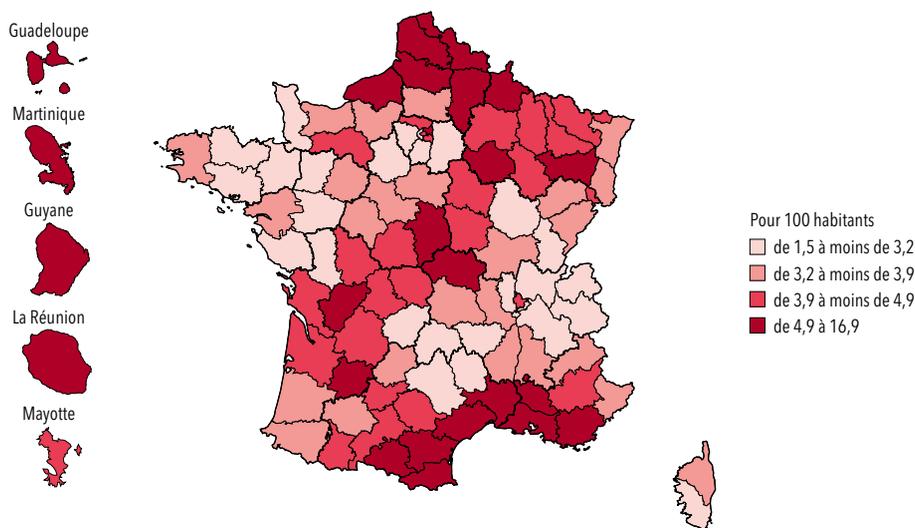
La répartition départementale des allocataires est liée à celle du chômage

Fin 2018, les allocataires du RSA représentent 4,2 % de la population âgée de 15 à 69 ans. Leur répartition départementale confirme le lien étroit entre la perception d'un minimum social 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 0,95 en France (hors Mayotte)⁶.

Sur le territoire métropolitain, le taux d'allocataires du RSA est supérieur à la moyenne (3,9 %) 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 départements et régions d'outre-mer (DROM) historiques, où elle représente 15,6 % de la population âgée de 15 à 69 ans. Au 31 décembre 2018, 207 200 foyers bénéficient du RSA dans les cinq DROM et deux collectivités d'outre-mer (COM), Saint-Martin et Saint-Barthélemy, soit une hausse de 1,7 % par rapport à fin 2017. En prenant en compte les conjoints et les enfants à charge des allocataires, 456 800 personnes sont couvertes par le RSA dans les DROM, soit 21 % de la population. ■

5. Cette ancienneté dans le RSA ne tient pas compte de la perception éventuelle du RSA activité avant 2016.

6. 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 0,80.

Carte 1 Part d'allocataires du RSA parmi la population âgée de 15 à 69 ans, fin 2018

Notes > 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 4,2 pour 100 habitants âgés de 15 à 69 ans.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > CNAF ; MSA ; Insee, estimation de populations au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

Pour en savoir plus

> Des données annuelles sur le RSA, le RMI et l'API sont disponibles sur le site Data.Drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Minima sociaux, RSA et prime d'activité, sous-rubrique RSA et prime d'activité – données départementales.

> **Bourguignon, F.** (2011, décembre). Rapport final du Comité national d'évaluation du RSA. La Documentation française.

> **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L.** (2020, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - édition 2020*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.

Fin 2018, 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 43 % des personnes orientées, les conseils départementaux et territoriaux de 31 %. Par ailleurs, 51 % des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi disposent d'un contrat d'engagement réciproque (CER). Près d'un quart des CER contiennent au moins une action d'insertion visant à s'inscrire dans un parcours de recherche d'emploi. En moyenne, 95 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 2018, 1,90 million de foyers sont allocataires du revenu de solidarité active (RSA) en France¹ (voir fiche 31), ce qui représente 2,16 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 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active 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, d'entreprendre 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 2018, 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 2018, 83 % des personnes soumises aux droits et devoirs sont orientées (*tableau 1*) – un chiffre stable depuis fin 2016.

La part des personnes orientées parmi celles soumises aux droits et devoirs est supérieure ou égale à 77 % pour les trois quarts des collectivités et elle atteint ou dépasse 90 % pour presque un tiers d'entre elles (*carte 1*). Cette part est inférieure ou égale à 62 % pour une collectivité sur dix.

Cette part est beaucoup plus faible pour les personnes récemment entrées dans le RSA² 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 (DROM), 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 elle appartient.

dispositif. En effet, 46 % des personnes entrées depuis moins de six mois dans le RSA sont orientées, contre les trois quarts pour celles ayant une ancienneté de six mois à moins d'un an, 84 % pour celles ayant une ancienneté d'un an à moins de deux ans, 89 % pour celles ayant une ancienneté de deux ans à moins de cinq ans et 90 % lorsque l'ancienneté dans le RSA est de cinq ans ou plus. La proportion non négligeable de 10 % de personnes non orientées parmi celles dont l'ancienneté dans le RSA est supérieure ou égale à cinq 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 75 % des jeunes de moins de 25 ans soumis aux droits et

devoirs, cette part est de 84 % pour les personnes âgées de 30 à 39 ans et de 87 % pour celles de 50 à 59 ans. Pour les personnes de 60 ans ou plus, cette part atteint 85 %. Ces disparités selon l'âge pourraient découler, pour partie, de celles selon l'ancienneté dans le RSA car la part de personnes récemment entrées dans le dispositif est plus élevée parmi les plus jeunes.

La part des personnes orientées diffère également 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 cette hausse : 86 % des personnes seules avec enfant(s) soumises aux droits et devoirs sont orientées, contre 84 % des personnes seules sans enfant, 80 % des personnes en couple avec enfant(s) et 76 % des personnes en couple sans enfant. La part des personnes orientées est, en revanche, identique pour les hommes et les femmes.

Tableau 1 Part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs, par caractéristique, fin 2018

		En %
		2018
Ensemble des bénéficiaires		83
Tranche d'âge	Moins de 25 ans	75
	25 à 29 ans	77
	30 à 39 ans	84
	40 à 49 ans	85
	50 à 59 ans	87
	60 ans ou plus	85
Sexe	Femme	83
	Homme	83
Situation familiale	Personne seule sans enfant	84
	Personne seule avec enfant(s)	86
	Personne en couple sans enfant	76
	Personne en couple avec enfant(s)	80
Tranche d'ancienneté du foyer dans le RSA	Moins de 6 mois	46
	6 mois à moins de 1 an	75
	1 an à moins de 2 ans	84
	2 ans à moins de 5 ans	89
	5 ans ou plus	90

Lecture > Fin 2018, 75 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs de moins de 25 ans sont orientés.

Champ > France métropolitaine, DROM, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

Source > DREES, vague 2018 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

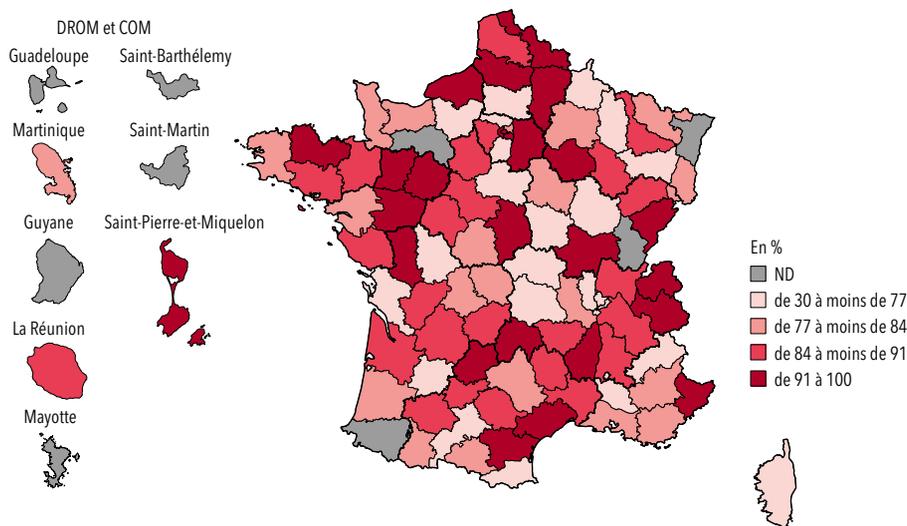
Pôle emploi est l'organisme référent unique de 43 % des personnes orientées

En fonction de leurs caractéristiques, les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés vers Pôle emploi, vers un organisme autre que Pôle emploi appartenant au Service public de l'emploi³ (SPE) ou bien vers 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 43 % 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 29 % pour trois collectivités sur quatre et à 53 % pour un quart d'entre elles (carte 2).

Carte 1 Part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs, fin 2018



ND : collectivité répondante à l'enquête mais indicateur non disponible.

Note > En France, fin 2018, 83 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés. Les collectivités ont été réparties 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 2018 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

3. Dans l'enquête orientation et accompagnement des bénéficiaires du RSA (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 ou de formation professionnels. Les organismes hors SPE sont 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.

Lorsque l'organisme référent unique n'est pas Pôle emploi, ce sont les services internes des conseils départementaux et territoriaux qui sont très majoritairement privilégiés, loin devant les organismes du SPE autres que Pôle emploi : 31 % 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 21 % des bénéficiaires orientés. La part des personnes orientées ayant un service du conseil départemental ou territorial comme organisme référent unique est supérieure à 23 % dans neuf territoires sur dix et même à 48 % dans un quart d'entre eux.

Les jeunes et les seniors sont moins souvent orientés vers Pôle emploi

La part de personnes ayant pour organisme référent unique Pôle emploi est plus élevée parmi les 25-39 ans (49 %) et décroît avec l'âge pour atteindre 24 % 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 et CIAS). Ainsi, 16 % des personnes orientées de 60 ans ou plus le sont vers un CCAS ou un CIAS, contre 8 % pour l'ensemble des personnes orientées. En effet, engager une démarche d'insertion essentiellement professionnelle peut probablement présenter un intérêt

Tableau 2 Répartition par organisme référent unique des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs et orientés, par caractéristique, fin 2018

		En %			
		Pôle emploi	Organisme du SPE ¹ autre que Pôle emploi	Conseil départemental ou territorial	Organisme hors SPE autre que le conseil départemental ou territorial
Ensemble des bénéficiaires		43	5	31	21
Tranche d'âge	Moins de 25 ans	26	12	42	20
	25 à 29 ans	49	7	26	18
	30 à 39 ans	49	5	28	18
	40 à 49 ans	45	4	31	20
	50 à 59 ans	41	4	33	23
	60 ans ou plus	24	2	45	30
Sexe	Femme	37	5	38	20
	Homme	50	5	23	21
Situation familiale	Personne seule sans enfant	47	5	24	24
	Personne seule avec enfant(s)	37	5	40	17
	Personne en couple sans enfant	39	4	32	25
	Personne en couple avec enfant(s)	40	5	37	18
Tranche d'ancienneté du foyer dans le RSA	Moins de 6 mois	47	5	30	18
	6 mois à moins de 1 an	45	7	29	19
	1 an à moins de 2 ans	46	7	29	19
	2 ans à moins de 5 ans	46	5	30	19
	5 ans ou plus	39	4	36	22

1. SPE : Service public de l'emploi.

Lecture > Fin 2018, 43 % 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.

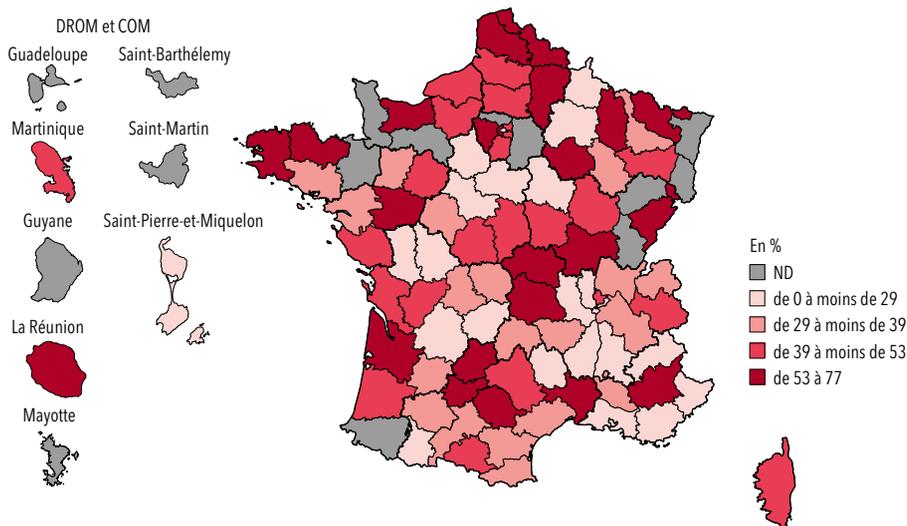
Source > DREES, vague 2018 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

moins pour les personnes plus 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 (26 %), ils sont davantage suivis que la moyenne par un autre organisme du SPE (12 % contre 5 %). Ils sont notamment 10 % 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 (42 % contre 31 %) ou par une caisse d'allocations familiales (7 % contre 1 %). Cela 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 spécifique⁵.

Les personnes seules sans enfant sont également un peu plus orientées vers Pôle emploi (47 %) 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 : 24 %, contre 37 % pour les personnes en couple avec enfant(s) et même 40 % pour les personnes seules avec enfant(s).

Carte 2 Part des personnes ayant Pôle emploi comme organisme référent unique parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs et orientés, fin 2018



ND : collectivité répondante à l'enquête mais indicateur non disponible.

Note > En France, fin 2018, 43 % 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 2018 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 2018, 99 % des allocataires du RSA de moins de 25 ans sont des parents (ou vont le devenir très prochainement).

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 46 %), les conseils départementaux et territoriaux privilégiant plus souvent leurs propres services pour les premières.

51 % des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi disposent d'un contrat d'engagement réciproque

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 bénéficiaire⁶.

Fin 2018, 51 % des bénéficiaires du RSA orientés vers un organisme autre que Pôle emploi ont un CER – un chiffre quasiment stable par rapport à fin 2017. Cette part est inférieure à 44 % pour une collectivité sur quatre, à 63 % pour trois collectivités sur quatre et à 70 % 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 : 48 % contre 55 %. 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 48 % dans le cas d'une ancienneté comprise entre six mois et moins d'un an et 53 % pour des anciennetés d'un an ou plus.

Près d'un quart des contrats d'engagement réciproque contiennent au moins une action visant la recherche d'emploi

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 2018, 24 % des CER des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi contiennent au moins une action visant à s'inscrire dans un parcours de recherche d'emploi (graphique 1), 12 % 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 d'aide à la réalisation d'un projet de création, de reprise ou de poursuite d'une activité non salariée. Seuls 2 % des CER contiennent 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 ayant pour objectif de trouver un emploi aidé.

Certaines actions inscrites dans les CER peuvent aussi répondre à des objectifs d'insertion à caractère principalement social, 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 logement, contraintes liées à la parentalité, etc.).

Fin 2018, 37 % des CER contiennent au moins une action visant l'accès aux soins, 24 % une action ciblant la famille et la parentalité (soutien familial, garde d'enfant[s]), 15 % une action ayant pour objectif l'accès à un logement, au relogement ou à l'amélioration de l'habitat et 14 % une action cherchant à faciliter le lien social (développement de l'autonomie sociale, activités collectives, etc.).

Un délai moyen de 95 jours entre l'entrée dans le RSA et la première orientation, puis de 58 jours jusqu'à la signature du premier CER

La moitié des personnes dont le foyer est entré dans le RSA en 2018 et qui sont soumises aux droits et devoirs fin 2018 sont primo-orientées à cette même date, c'est-à-dire qu'elles n'ont connu qu'une seule orientation depuis cette entrée.

6. Les informations relatives aux projets personnalisés d'accès à l'emploi (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.

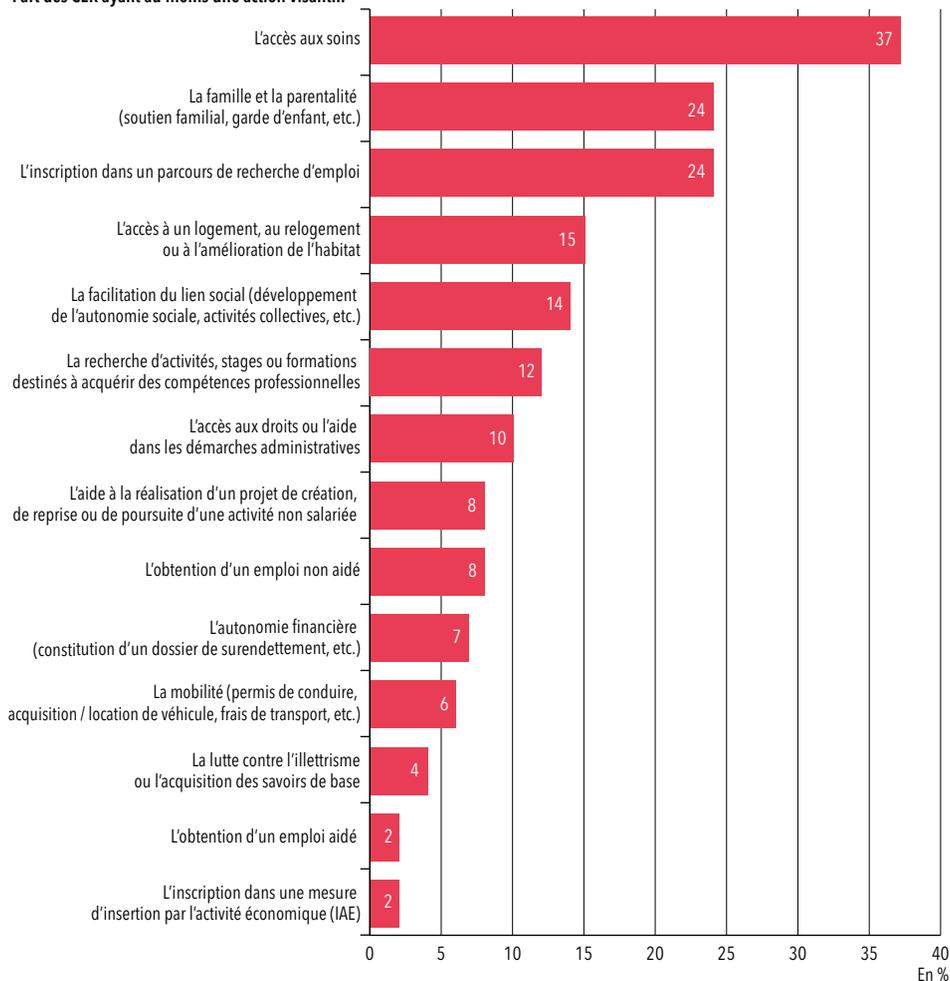
En moyenne, 95 jours se sont écoulés entre leur date d'entrée dans le RSA⁷ et la date de leur première orientation.

36 % des personnes dont le foyer est entré dans le RSA en 2018, soumises aux droits et devoirs et

primo-orientées vers un organisme autre que Pôle emploi fin 2018, 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.

Graphique 1 Actions inscrites dans les contrats d'engagement réciproque (CER), fin 2018

Part des CER ayant au moins une action visant...



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 2018, 37 % des CER des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi 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 2018 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

⁷ Dans l'enquête OARSA, la date d'entrée dans le RSA d'une personne correspond généralement au 1^{er} jour du mois de l'ouverture des droits au RSA du foyer dont dépend la personne.

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 dans le sens 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. 5 % des personnes soumises aux droits et devoirs et orientées fin 2018 ont connu durant l'année écoulée une réorientation d'un organisme du SPE vers un organisme hors SPE, ou vice versa⁸. Les réorientations d'un organisme hors SPE vers un organisme du SPE sont majoritaires en 2018 : elles représentent 60 % de l'ensemble des réorientations entre organismes du SPE et hors SPE. ■

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA sont disponibles sur [data.drees : www.data.drees.gov.fr](http://data.drees.gov.fr).
- > **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L.** (2020, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - édition 2020*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **D'Isanto, A.** (2018, février). L'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA en 2016. DREES, *Document de travail*, 204.
- > **D'Isanto, A.** (2019, juillet). La moitié des bénéficiaires dont le foyer a 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.

Les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au revenu de solidarité active (RSA) et au revenu de solidarité (RSO) s'élèvent à 12,1 milliards en 2018. Parmi elles, 92 % sont consacrées au versement des allocations. Les dépenses totales augmentent légèrement de 0,4 % en euros constants en un an, après un recul inédit de 0,7 % en 2017. 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 départements².

Les dépenses liées au RSA et au RSO de nouveau à la hausse en 2018

En 2018, les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au RSA et au RSO s'élèvent à 12,1 milliards d'euros. Elles augmentent de 0,4 % en un an en euros constants³, après une baisse de 0,7 % entre 2016 et 2017. Le versement des allocations du RSA et du RSO représente 92 % de ces dépenses, soit 11,1 milliards d'euros. Ce montant progresse de 1,0 % en un an (en euros constants), et à un rythme annuel moyen de 4,9 % entre 2009 et 2018⁴ (tableau 1). Pour la dernière année, l'évolution s'explique par la hausse de 1,1 % du nombre d'allocataires⁵ entre 2017 et 2018 (voir fiche 31) ; et la revalorisation du montant de l'allocation intervenue en avril 2018 (+1,0 % en euros courants).

Une nouvelle baisse de la part des dépenses dédiées à l'insertion dans le total

À l'inverse des dépenses d'allocations, les dépenses d'insertion – c'est-à-dire toutes les dépenses autres que celles liées au versement des allocations, qu'elles soient liées ou non aux contrats d'insertion – ont diminué de 4,8 % en moyenne par an depuis 2009. Leur part dans les dépenses totales liées au RSA et au RSO a également continué de baisser, pour atteindre 8,0 % en 2018.

Ces dépenses comprennent des dépenses de personnel du département, 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, ainsi que 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. Ces dépenses d'insertion, hors allocations, s'élèvent à 1,0 milliard d'euros en 2018. Parmi elles, 784 millions d'euros sont alloués

1. Un 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 (21 %), l'aide sociale aux personnes âgées (19 %) 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 2018, cet indice a augmenté de 1,9 % 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.

à l'accompagnement des bénéficiaires du RSA, 172 millions au financement des contrats uniques d'insertion (CUI) des bénéficiaires du RSA et, enfin, 9 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 2018, les dépenses brutes d'insertion et d'allocation du RSA et du RSO par habitant varient en effet du simple au quintuple selon les départements de France métropolitaine. De plus, les montants observés dans

les départements et régions d'outre-mer (DROM), hors Mayotte, sont les quatre plus élevés, égaux ou supérieurs à 600 euros par an et par habitant.

Près de la moitié des départements dépendent entre 120 et moins de 180 euros par habitant, restant ainsi relativement proches (entre 80 % et 120 %) de la dépense médiane⁶ annuelle, qui se situe à 150 euros par habitant. En revanche, les dépenses sont très variables dans l'autre moitié des collectivités. Une sur cinq a une dépense par habitant inférieure à 120 euros et, à l'opposé, presque autant ont une dépense variant entre 180 et 240 euros. Enfin, 9 départements ont une dépense comprise entre 240 et 330 euros, soit entre 173 % et 213 % de la dépense médiane.

Tableau 1 Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RSA et au RSO, de 2009 à 2018

Dépenses en millions d'euros courants, évolution en euros constants

	2009	2011	2013	2015	2017	2018	Évolution 2017-2018 (en %)	Évolution annuelle moyenne 2009-2018 (en %)
Total des dépenses brutes	7 883	8 932	10 029	11 468	11 818	12 082	0,4	3,7
Dépenses d'allocation du RSA, du RSO et du RMI	6 523	7 830	8 924	10 414	10 809	11 117	1,0	4,9
Dépenses d'insertion, dont :	1 360	1 102	1 105	1 053	1 009	964	-6,2	-4,8
Dépenses de contrats uniques d'insertion (CUI)	-	260	234	227	220	172	-23,5	-
Dépenses d'insertion du RSA, hors CUI	261	733	836	805	765	784	0,6	11,7
Autres dépenses d'insertion (y compris anciens dispositifs liés au RMI)	1 099	109	35	21	24	9	-64,8	-42,4
Part des dépenses d'insertion dans le total des dépenses (en %)	17	12	11	9	9	8	-8,2	-9,2
Dépenses mensuelles moyennes par allocataire (en euros)	500	480	480	500	520	530	0,1	-0,5

Notes > La dépense mensuelle moyenne par allocataire est calculée en rapportant le montant total des dépenses d'allocation et d'insertion liées au RSA et au RSO pour l'année au nombre moyen d'allocataires (du RMI avant la fin du dispositif, du RSA et du RSO), puis en divisant ce ratio par douze.

Le nombre moyen d'allocataires est calculé comme la moyenne des nombres d'allocataires au 31 décembre de l'année et au 31 décembre de l'année précédente.

Lecture > En lien avec le RMI, le RSA et le RSO, les départements ont dépensé 7 883 millions d'euros courants en 2009 et 12 082 millions d'euros en 2018.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; MSA.

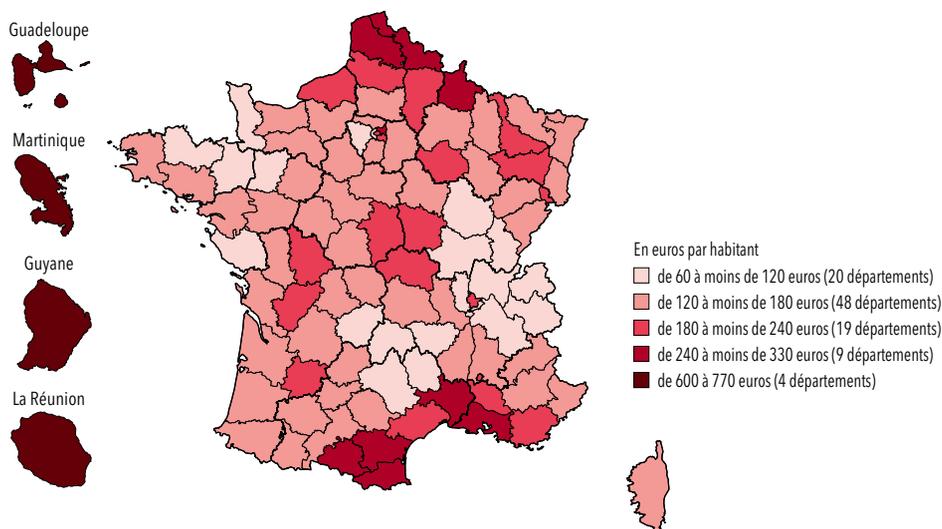
6. La médiane est la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements.

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 des populations départementales des 15 à 69 ans varie de 1,5 % à 17,6 %, au 31 décembre 2018 (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. Les disparités des dépenses rapportées au nombre moyen d'allocataires sont en revanche moindres dans ce secteur de l'aide sociale, et ce en raison de l'existence de barèmes nationaux fixant à la fois les montants et les

conditions d'attribution. Ainsi, le rapport interdécile⁷ n'est que de 1,1 pour les dépenses moyennes par allocataire, contre 2,8 pour les dépenses moyennes par habitant et 2,6 pour la proportion d'allocataires dans la population (*tableau 2*).

À l'inverse, les disparités départementales de dépenses d'insertion (hors versement des prestations) 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 2,7 et 2,6. ■

Carte 1 Les dépenses annuelles brutes d'insertion et d'allocation liées au RSA et au RSO par habitant, en 2018



Note > 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 2018. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 150 euros par habitant.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019) ; ISD n°F101.

7. Le 1^{er} décile est la valeur en dessous de laquelle se situent 10 % des départements. Le 9^e décile est la valeur en dessous de laquelle se situent 90 % des départements. Le rapport interdécile est le rapport entre la valeur du 9^e décile à celle du 1^{er} décile.

Tableau 2 Disparités départementales de la proportion d'allocataires du RSA et du RSO et des dépenses mensuelles moyennes par allocataire, en 2018

	Proportion d'allocataires parmi la population âgée de 15 à 69 ans (en %)	Dépenses brutes d'allocation et d'insertion par habitant (en euros)	Dépenses mensuelles brutes d'allocation et d'insertion par allocataire (en euros)	Dépenses mensuelles brutes d'insertion par allocataire (en euros)	Part des dépenses d'insertion dans le total des dépenses (en %)
1 ^{er} décile	2,3	95	509	28	5,4
1 ^{er} quartile	2,9	124	522	34	6,5
Médiane	3,5	152	533	46	8,8
3 ^e quartile	4,4	191	547	64	11,7
9 ^e décile	5,9	261	562	77	13,9
Rapport interdécile	2,6	2,8	1,1	2,7	2,6
Max/Min	11,7	12,2	1,3	7,0	5,8

Notes > La médiane, les 1^{er} et 3^e quartiles, les 1^{er} et 9^e déciles sont des valeurs qui partagent en deux les observations d'une variable rangée en ordre croissant. La médiane est la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements. Le 1^{er} quartile (respectivement le 3^e quartile) est la valeur en dessous de laquelle se situent 25 % des départements (respectivement 75 % des départements).

Pour les deux dernières colonnes, le ratio Max/Min a été calculé en écartant un département pour lequel les dépenses d'insertion indiquées ont été considérées erronées.

Lecture > La dépense mensuelle moyenne d'allocation et d'insertion liée au RSA et au RSO est inférieure à 522 euros par allocataire dans 25 % des départements.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; MSA ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2019).

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

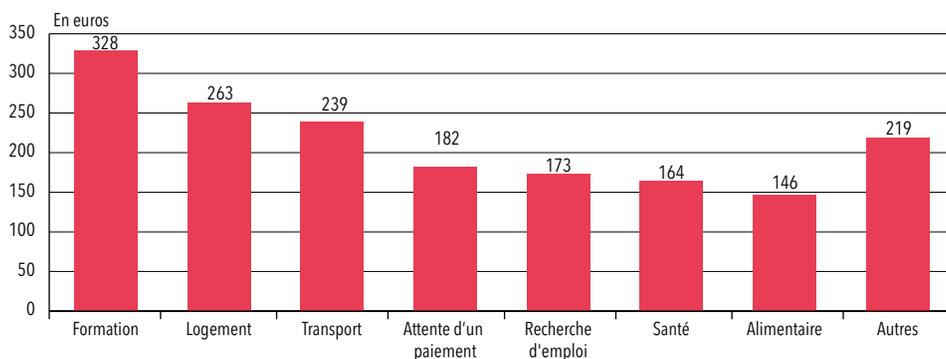
Sur les 41 millions d'euros du budget global du FAJ en 2015, 36 millions ont été consommés : 70 % sont consacrés au financement d'aides individuelles, 15 % à des actions collectives organisées par le département et 11 % au financement d'organismes travaillant pour l'insertion des jeunes, le reste correspondant 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 selon leur finalité, en 2015



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 fonction des caractéristiques des bénéficiaires, en 2015

Caractéristiques	En % 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, arrêté en classe de 2 ^{de} ou en 1 ^{re}	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.

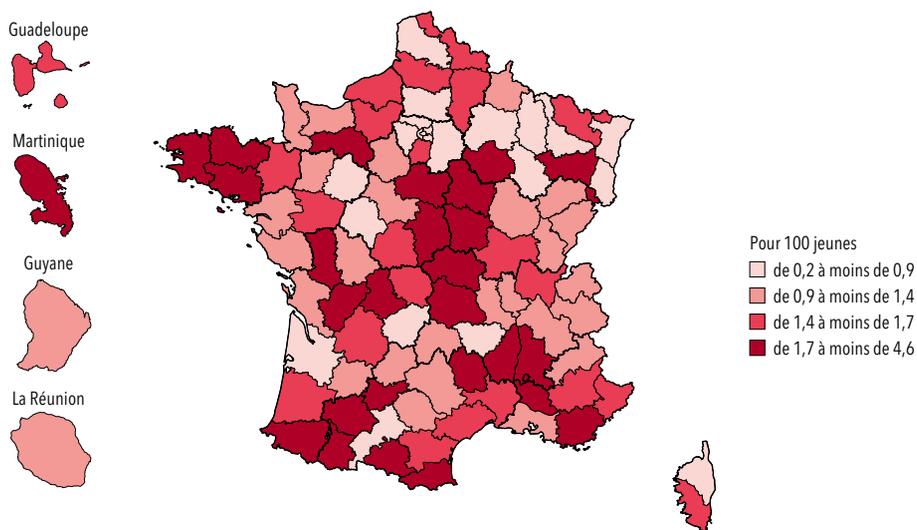
Enfin, deux tiers des jeunes déclarent n'avoir aucune ressource financière.

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 1^{er} 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 à minima ou politiques départementales de jeunesse ? *La Documentation française, Revue française des affaires sociales*, 1.

Fin 2017, 11 300 majeurs bénéficient d'une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer, hors Mayotte. L'évolution du nombre de bénéficiaires, depuis sa mise en place en 2009, traduit une difficile montée en charge du dispositif. Les disparités départementales, liées à son inégale appropriation, sont très marquées. Le recours à une MASP est principalement motivé par une insécurité liée au logement ou à la santé du bénéficiaire. Les bénéficiaires de la MASP sont principalement des allocataires de minimas sociaux, âgés de 30 à 59 ans, et vivant seuls. La durée moyenne d'une mesure est de 17 mois. Trois mesures terminées sur dix sont liées à un retour à l'autonomie du bénéficiaire.

Mise en place en 2009, la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) est destinée à toute personne majeure, bénéficiaire de prestations sociales, dont la santé ou la sécurité est menacée en raison des difficultés qu'elle rencontre pour gérer ses ressources (voir fiche 30).

Une difficile montée en charge de la MASP

Au 31 décembre 2017¹, 11 300 personnes majeures bénéficient d'une MASP en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), hors Mayotte², soit une baisse de 3,6 % par rapport à l'année précédente (*graphique 1*). Après avoir atteint son niveau le plus élevé en 2014, le nombre de bénéficiaires ne cesse de baisser (-1,9 % en moyenne annuelle entre 2014 et 2017).

La MASP a pour objectif de rétablir l'autonomie du bénéficiaire dans la gestion de ses prestations sociales, en s'appuyant sur un accompagnement social individualisé et graduel mis en œuvre par les services sociaux du département. Ce dispositif vise, notamment, la limitation du recours à des mesures de protection judiciaire

en s'adressant aux personnes en décrochage social plutôt qu'à celles en incapacité juridique³ (*encadré 1*). Néanmoins, la MASP ne s'est pas développée autant qu'attendu⁴. En particulier, l'augmentation du nombre de mesures prononcées par le juge des tutelles n'a pas ralenti depuis sa création (Cour des comptes, 2016).

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer cette lente montée en charge du dispositif, dont une relative faible appropriation par les conseils départementaux ou encore une articulation complexe entre différentes mesures sociales, budgétaires et judiciaires de protection des majeurs vulnérables. Par ailleurs, certains acteurs citent également comme frein possible au dispositif son coût ou la réticence des bénéficiaires potentiels à la contractualisation, parfois assez exigeante.

Des disparités départementales dans le recours au dispositif

Fin 2017, les départements mettent en œuvre 116 MASP en moyenne⁵, ce nombre pouvant fluctuer de quelques-unes à près de 500 selon le territoire.

1. La dernière édition du volet relatif à la MASP dans l'enquête Aide sociale a été réalisée par la DREES en 2018 sur les données au 31 décembre 2017. Il sera désormais mené à un rythme quadriennal. La prochaine campagne de collecte sera lancée en 2022, sur les données au 31 décembre 2021.

2. De plus, la MASP n'est pas mise en œuvre dans les Yvelines, en Guadeloupe et en Guyane.

3. Le bénéficiaire ne doit pas présenter d'altération de ses facultés personnelles, qui le dirigerait vers une mesure de protection juridique, privative de droits.

4. Le rapport de la commission des lois du Sénat sur le projet de loi de 2007 prévoyait un nombre de MASP en 2009 entre 9 800 et 13 000. De même, le rapport pour avis de la commission des affaires sociales dans le cadre du projet de loi de finances 2012, chiffrait le nombre de MASP attendues pour 2010 à 22 000. Le niveau le plus élevé constaté, en 2014, est de 12 000 mesures.

5. Les trois départements qui ne mettent pas en œuvre le dispositif ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne.

Le taux de MASP rapporté à la population est de 27 pour 100 000 personnes majeures au niveau national mais varie du simple au décuple selon les départements (carte 1). Dans un quart des collectivités, le ratio est compris entre 20 et moins de 30 mesures pour 100 000 majeurs, ces valeurs se situant à plus ou moins 20 % de la médiane⁶ (égale à 24). Dans un tiers des départements, le taux est plus élevé, et est même supérieur ou égal à 40 dans 18 d'entre eux. Ces derniers se retrouvent sur tout le territoire métropolitain mais sont relativement plus fréquents autour du Massif central. À l'inverse, dans une quarantaine de départements, le ratio est inférieur à 20 mesures pour 100 000 majeurs (soit 80 % de la médiane), dont 16 collectivités où il est inférieur à 10. Ces disparités peuvent en partie s'expliquer par la distribution des allocataires de minima sociaux selon les départements⁷, mais traduisent également différents degrés d'appropriation du dispositif.

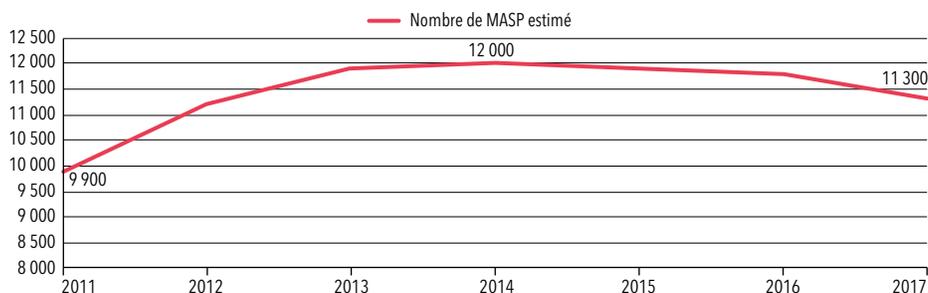
Un dispositif graduel aux modalités plus ou moins mobilisées

Il existe trois niveaux de MASP : les deux premiers sont contractuels et le troisième est contraignant. La MASP de niveau 1 consiste en un accompagnement social et budgétaire de la personne concernée. Elle représente 43 % des mesures mises en œuvre fin 2017.

La MASP de niveau 2 inclut la gestion des prestations sociales perçues par l'adulte⁸. Elle est la plus mobilisée (56 % des mesures fin 2017). Des trois niveaux de MASP, le niveau 2 est celui qui se détache le plus des mesures déjà existantes relevant de l'accompagnement social et budgétaire, dédiées aux mineurs, ou de l'accompagnement des majeurs. Son application nécessite l'ouverture d'un compte bancaire dédié à la gestion des prestations sociales perçues par le bénéficiaire.

Enfin, la MASP de niveau 3 est mise en place si le majeur refuse ou ne respecte pas le contrat, et qu'il n'a pas payé son loyer depuis au moins deux mois. Les prestations sociales sont alors directement versées au bailleur à hauteur du loyer et des charges dus. Elle est très peu appliquée et représente 1 % des mesures exercées fin 2017. Sa proximité avec la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) peut expliquer en partie sa faible utilisation. Pour autant, une MASP est pensée pour précéder une MAJ afin d'éviter le recours à cette dernière quand un accompagnement social moins contraignant peut suffire. Dans le cadre d'une étude qualitative en cours, il est apparu lors des entretiens que la MASP de niveau 3 pouvait sembler incompatible avec le sens du travail social et que sa plus-value n'était pas toujours identifiée par les partenaires (difficulté d'établir un contrat et

Graphique 1 Évolution du nombre de MASP en cours, au 31 décembre, de 2011 à 2017



Lecture > Au niveau national, 11 300 mesures étaient en cours au 31 décembre 2017.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

7. Le coefficient de corrélation entre le nombre d'allocataires des dix minima sociaux et celui des bénéficiaires d'une MASP est de 0,38.

8. Y compris les prestations sociales versées pour les enfants du ménage, sauf si ces dernières ont donné lieu à une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF).

d'accompagner une personne qui n'est pas demandeuse de la mesure).

Au 31 décembre 2017, 8 départements sur 10 confient la gestion de la MASP à une association ou à une autre collectivité territoriale (établissement public de coopération intercommunale [EPCI], centre communal ou intercommunal d'action sociale [CCAS/CIAS]), de façon totale ou partielle. Lorsque la gestion est déléguée, elle l'est de façon totale pour 80 %

des cas. D'une manière générale, les départements adoptent plus fréquemment une gestion interne de la MASP 1 et délèguent celle des MASP 2 et 3.

L'insécurité liée au logement ou à la santé, motif majoritaire de recours à une MASP

Fin 2017, la mise en œuvre d'une MASP est le plus souvent motivée par des impayés liés au logement (57 %), que ce soit le loyer ou les factures

Encadré 1 Une articulation complexe entre la MASP et les autres mesures d'accompagnement social, budgétaire et judiciaire

Plusieurs types d'accompagnement social et budgétaire peuvent être mis en place et pilotés par les conseils départementaux, qui peuvent ensuite éventuellement déléguer leur gestion : la mesure d'accompagnement social personnalisé, l'accompagnement social dans le cadre du RSA (voir fiche 32), l'accompagnement social lié au logement, l'aide éducative et budgétaire, l'accompagnement en économie sociale et familiale... Par ailleurs, il existe d'autres dispositifs d'accompagnement relevant de la justice : la mesure d'accompagnement judiciaire, la mesure judiciaire d'aide à la gestion budgétaire et familiale et les mesures de protection juridique. Certains de ces dispositifs sont assez proches et se complètent, pouvant ainsi entraîner des difficultés d'articulation.

Les mesures portant sur les prestations familiales, dans le cadre de la protection de l'enfance

> La mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAAESF), proposée aux familles qui éprouvent des difficultés à gérer leur budget, pouvant mettre ainsi en danger les conditions de vie de l'enfant.

> La mesure judiciaire d'aide à la gestion budgétaire et familiale (MJAGBF), qui poursuit les mêmes objectifs que la MAAESF mais est ordonnée par le juge des enfants et est donc contraignante à l'égard des parents. Elle concerne uniquement certaines prestations familiales dont la gestion est confiée à un tiers. La mesure est mise en place pour une durée de deux ans maximum.

Les mesures portant sur les prestations sociales, dans le cadre de la protection des majeurs

Il existe deux grands types de mesure selon si les facultés personnelles du bénéficiaire sont altérées ou non :

> Si ses facultés sont altérées, une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) peut être mise en place pour préserver les intérêts du bénéficiaire.

> En l'absence d'altération des facultés personnelles, les personnes majeures peuvent bénéficier de mesures d'accompagnement si elles sont en grande difficulté sociale, perçoivent des prestations sociales et éprouvent des difficultés dans leur gestion. La mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) est une mesure administrative, mise en œuvre par le département sous la forme d'un contrat entre ce dernier et le bénéficiaire. La mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) est, quant à elle, une mesure judiciaire par laquelle un mandataire judiciaire à la protection des majeurs perçoit et gère tout ou une partie des prestations sociales. Elle est contraignante et s'impose à son bénéficiaire.

Les mesures portant sur d'autres ressources qui, par leur forme et leur champ d'application, peuvent recouper une partie des objectifs de la MASP

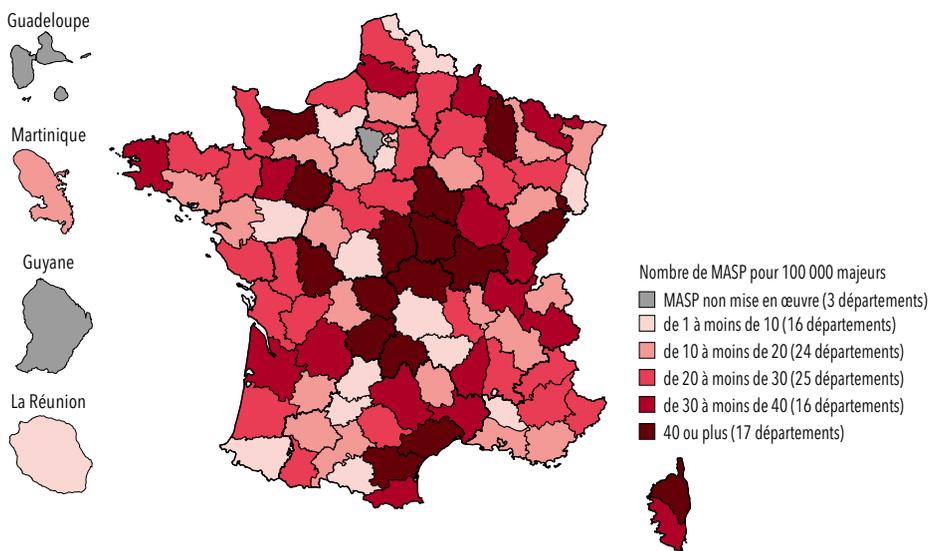
> Les aides éducatives budgétaires (AEB) s'adressent aux personnes ou aux familles rencontrant des difficultés budgétaires, quelle que soit la nature de leurs ressources.

> L'accompagnement social lié au logement (ASLL) prend la forme d'un accompagnement individualisé contractualisé. La mission d'accompagnement peut porter sur l'aide et l'accompagnement dans la recherche et l'accès à un logement autonome, sur la construction d'un processus d'accès à un logement adapté, sur l'aide à la gestion budgétaire pour le maintien dans le logement.

(eau, électricité, gaz, assurance habitation). Viennent ensuite les difficultés liées à la santé (accès aux soins, frais de santé, mutuelle) qui jouent pour 29 % des recours. Ces deux motifs⁹ confirment la vocation première de la MASP, qui est d'accompagner le bénéficiaire dans la gestion de ses ressources pour résorber les problèmes de santé et d'insécurité locative liés à sa mauvaise gestion des prestations sociales. À l'inverse, seulement 1 % des MASP font suite à une mesure judiciaire de protection (MAJ, MJAGBF, tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice) arrivée à échéance depuis moins d'un an.

Au 31 décembre 2017, les principales prestations sociales sur lesquelles portent la MASP sont le revenu de solidarité active (RSA) pour 31 % des mesures mises en œuvre, puis les aides au logement¹⁰ (aide personnalisée au logement [APL] et allocation de logement sociale [ALS]) pour 29 % des MASP¹¹ (graphique 2). Les prestations familiales¹² et l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont citées pour, respectivement, 25 % et 23 % des mesures. En revanche, la MASP est beaucoup moins sollicitée (1 % des mesures au maximum) pour d'autres prestations telles que l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), l'allocation

Carte 1 Nombre de MASP mises en œuvre pour 100 000 personnes majeures, au 31 décembre 2017



Note > Les Yvelines, la Guadeloupe et la Guyane ne mettent pas en œuvre de MASP en 2017.

Lecture > Au niveau national, 27 MASP pour 100 000 personnes majeures sont exercées fin 2017. La valeur médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 24 MASP pour 100 000 majeurs.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2019).

9. Pour 39 % des MASP, d'autres motifs ont également conduit à leur mise en œuvre (isolement préalable à une autre mesure...) mais l'enquête Aide sociale ne permet pas à ce jour de bien les décrire.

10. Les aides au logement incluent également l'allocation de logement familiale (ALF) mais, dans le questionnaire du volet d'enquête sur la MASP, celle-ci a été comptabilisée avec les prestations familiales.

11. Une MASP peut porter sur plusieurs prestations sociales à la fois.

12. Il s'agit de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de l'allocation de logement familiale (ALF), de l'allocation de soutien familial (ASF), de l'allocation de rentrée scolaire (ARS), de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), des allocations familiales et du complément familial.

supplémentaire d'invalidité (ASI), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Des bénéficiaires majoritairement précaires et âgés de 30 à 59 ans

Sur 10 bénéficiaires d'une MASP¹³, au 31 décembre 2017, 8 ont entre 30 et 59 ans (contre 5 Français de 18 ans ou plus sur 10). La répartition des prestations sociales sur lesquelles porte la MASP explique en partie la surreprésentation de cette classe d'âge par rapport à la population générale (graphique 3). En effet, la quasi-totalité (95 %) des bénéficiaires du RSA sont âgés d'au moins 25 ans, les conditions d'éligibilité étant plus restreintes avant cet âge.

Fin 2017, un quart des ménages de bénéficiaires ont un niveau moyen de ressources inférieur à 700 euros par mois, en cohérence avec le montant forfaitaire du RSA pour une personne seule et sans enfant (560 euros par mois). La moitié des bénéficiaires présentent un niveau mensuel de ressources compris entre 700 et 1 200 euros, pouvant correspondre au montant forfaitaire du RSA complété d'une aide au logement. Enfin, un peu plus d'un quart des ménages des bénéficiaires d'une MASP

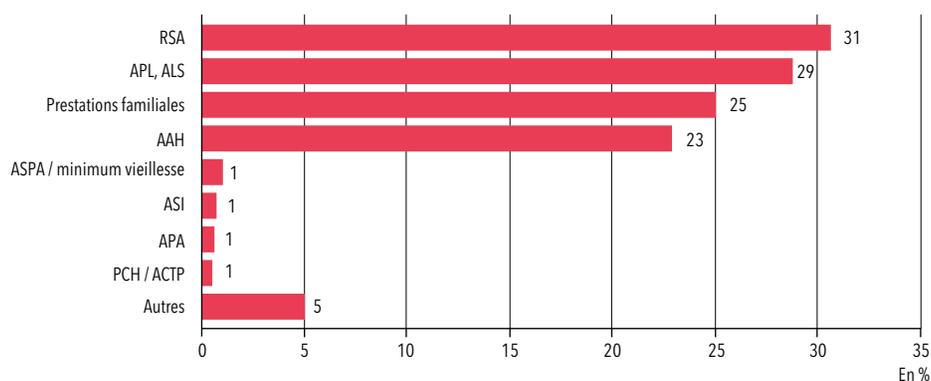
ont un niveau de ressources mensuelles supérieur à 1 200 euros. Le relatif faible niveau de ressources des bénéficiaires de la MASP peut expliquer que la très grande majorité des départements ont fait le choix de la gratuité du dispositif. Seuls 6 départements demandent une participation financière à leurs bénéficiaires.

La composition familiale des bénéficiaires des MASP se distingue aussi de celle observée dans l'ensemble de la population (graphique 4). En effet, 8 bénéficiaires sur 10 vivent seuls, contre 5 en moyenne parmi les ménages français. Plus encore, les personnes vivant seules avec au moins un enfant à charge représentent 33 % des bénéficiaires d'une MASP, contre 6 % de l'ensemble des ménages en France. Ces différences s'expliquent en partie par l'âge moyen des bénéficiaires. Parmi ceux ne vivant pas en couple, 61 % sont des femmes.

La durée d'une mesure est de 17 mois en moyenne

La durée de la MASP peut être fixée de six mois à deux ans. Elle est renouvelable après évaluation. La durée totale ne peut excéder quatre ans. Les mesures terminées au cours de l'année 2017

Graphique 2 Répartition des prestations sociales sur lesquelles portent les MASP en cours, au 31 décembre 2017



RSA : revenu de solidarité active ; APL : aide personnalisée au logement ; ALS : allocation de logement sociale ; AAH : allocation aux adultes handicapés ; ASPA : allocation de solidarité aux personnes âgées ; ASI : allocation supplémentaire d'invalidité ; APA : allocation personnalisée d'autonomie ; PCH : prestation de compensation du handicap ; ACTP : allocation compensatrice tierce personne.

Note > Une MASP peut porter sur plusieurs prestations sociales, le total des pourcentages n'est donc pas égal à 100 %.

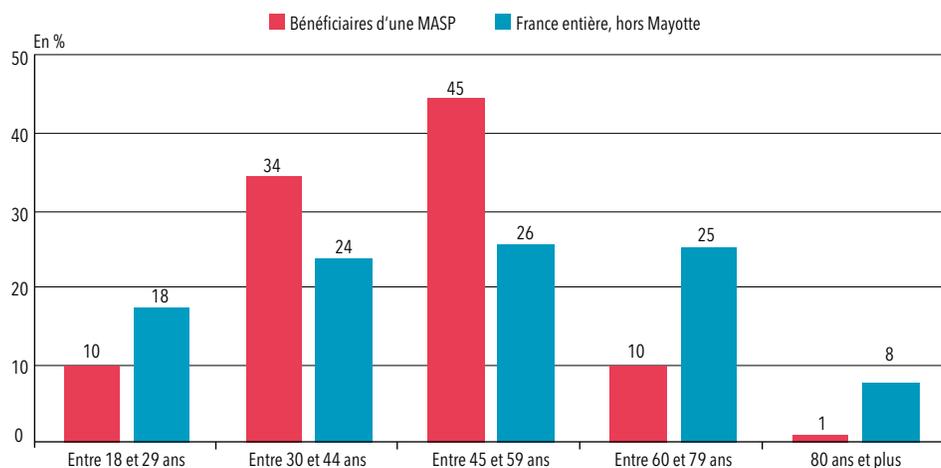
Lecture > 31 % des MASP en cours, au 31 décembre 2017, portent sur le RSA.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

13. Dans le cas où la MASP est signée par un couple, l'âge renseigné est celui de la personne qui perçoit la prestation.

Graphique 3 Répartition par âge des bénéficiaires d'une MASP, au 31 décembre 2017



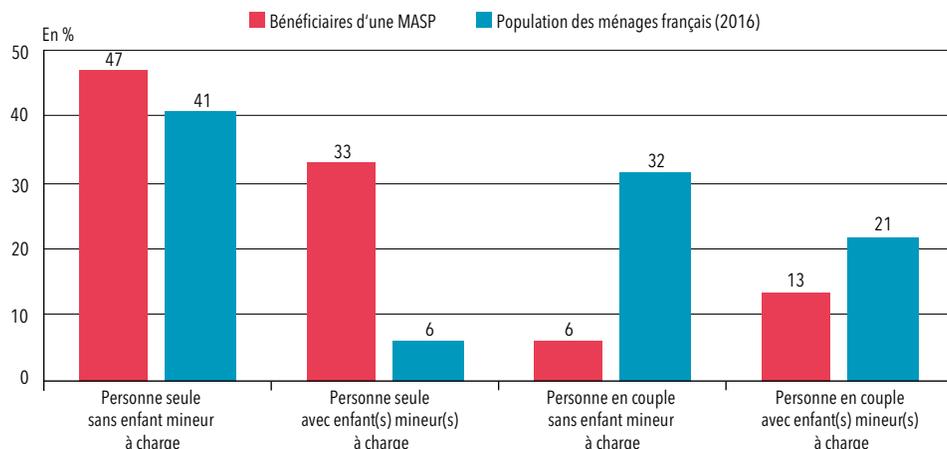
Note > Une MASP ne peut pas être proposée à une personne mineure. Dans le cas où la MASP est signée par un couple, l'âge correspond à celui de la personne qui perçoit la prestation.

Lecture > 45 % des bénéficiaires d'une MASP exercée fin 2017 avait entre 45 et 59 ans, contre 26 % de l'ensemble des personnes majeures en France.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2018 (résultats arrêtés fin 2019).

Graphique 4 Répartition des bénéficiaires d'une MASP selon leur situation familiale, au 31 décembre 2017



Note > Les personnes seules avec uniquement des enfant(s) majeur(s) à charge sont comptabilisées dans l'item « personne seule sans enfant mineur à charge ». De même, les couples avec uniquement des enfant(s) majeur(s) à charge sont comptabilisés comme « en couple sans enfant mineur à charge ». La répartition des bénéficiaires d'une MASP peut-être comparée à celle des ménages français, la MASP pouvant être signée par un couple.

Lecture > 47 % des bénéficiaires d'une MASP sont des personnes vivant seules et sans enfant mineur à charge, contre 41 % des ménages français en 2016.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, Recensement de la population 2016, exploitations complémentaires.

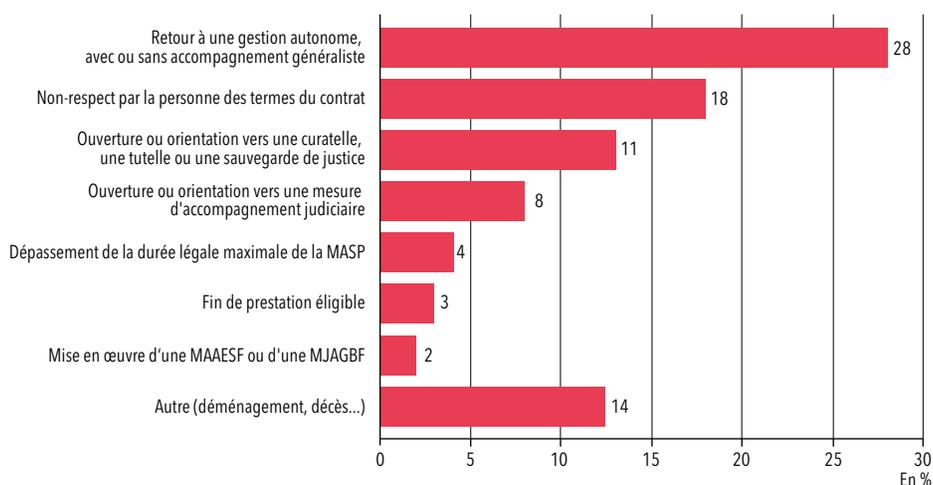
ont duré dix-sept mois en moyenne. Un peu moins d'une MASP terminée sur deux a duré entre un et quatre ans. 18 % des mesures ont duré moins de six mois, et 38 % ont duré entre six mois et un an.

3 MASP terminées sur 10 liées à un retour à l'autonomie

En 2017, 28 % des 6 200 MASP terminées dans l'année s'expliquent par un retour à une gestion

autonome de ses ressources par le bénéficiaire (graphique 5). Les ouvertures ou orientations vers d'autres dispositifs d'accompagnement et/ou de protection (tutelle, curatelle, MAJ, MJAGBF...) concernent 21 % des mesures terminées et confirment que la MASP est un préalable à ces mesures. Le non-respect des termes du contrat est à l'origine de 18 % des MASP terminées. Enfin, seules 4 % le sont pour cause de dépassement de la durée légale maximale de la mesure. ■

Graphique 5 Répartition des MASP terminées par motif de sortie du dispositif, en 2017



MAAESF : mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale ; MJAGBF : mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial.

Note > Une MASP terminée au cours de l'année 2017 a été comptabilisée autant de fois que ses motifs de sortie, qui peuvent être multiples. Cependant, compte tenu de la non-réponse concernant les motifs de sortie, la somme des pourcentages n'excède pas, et même n'atteint pas pour autant 100 %.

Lecture > Au cours de l'année 2017, 28 % des fins de MASP ont été motivées par un retour à l'autonomie du bénéficiaire.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires et départementales sont disponibles sur l'espace data.drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Aide et action sociales, sous-rubrique Les mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP) : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_Active-Path=P,371,4042

> **Bonnet, E.** (2020, août). *Mesure d'accompagnement social personnalisé : un dispositif qui peine à se développer*. DREES, *Études et Résultats*, 1158.

> **Cour des comptes** (2016, septembre). *La protection juridique des majeurs - Une réforme ambitieuse, une mise en œuvre défailante*. Rapport, pp. 10 et 44.



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 associées 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 ou handicapées et de l'aide sociale à l'enfance

Les départements transmettent des données agrégées sur les bénéficiaires des différentes aides sociales dont ils sont responsables, 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'aide sociale à l'enfance (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 début du second 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.) afin de pouvoir ventiler plus finalement les dépenses associées. 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 des données sur 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 de l'année n en décembre de l'année $n+7$. 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. D'autres personnels sont impliqués dans l'action sociale et médico-sociale des départements, mais au sein des établissements et services auxquels ces derniers recourent. Ils ne sont donc pas dénombrés ici. 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 sur la situation au 31 décembre de l'année n sont publiés au premier trimestre de l'année $n+2$.

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. Les départements communiquent des informations agrégées 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 1^{er} décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion, est centrée sur les bénéficiaires soumis aux droits et devoirs, et collecte uniquement des données agrégées.

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 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011. Ces données 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'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 concernent les personnes ayant eu un droit ouvert à l'APA ou à 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 50 indicateurs, qui portent sur des éléments de contexte socio-démographiques (structure de la population par âge, taux de mortalité, etc.) et sur les quatre domaines de l'aide sociale des départements : dépendance liée à l'âge, prise en charge du handicap, enfance en danger et insertion. Ils sont 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 résultat d'un exercice long, nécessaire lorsque l'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 l'ensemble des opérations qui contribuent à la couverture des risques sociaux auxquels les ménages sont exposés, à l'exception de l'éducation (santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale). 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 mises 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 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'enquête réalisée en 2018 sur l'année 2017.

L'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ES « handicap »)

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 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. Les derniers résultats disponibles sont ceux portant sur l'année 2015,

mais une nouvelle enquête a été menée en 2020 sur la situation en 2019 (résultats disponibles en 2021).

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). Réalisée tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), l'enquête est effectuée en face à face en octobre-novembre auprès d'un échantillon de plus de 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.

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'allocation personnalisée d'autonomie (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. La DREES prépare actuellement, pour 2021-2023, le dispositif d'enquêtes « Autonomie ». Celui-ci s'inscrit dans la lignée des grandes enquêtes sur le handicap et la dépendance initiées par l'enquête « Handicap, Incapacité, Dépendance » (HID) de 1998-2001, et poursuivie par l'enquête « Handicap-Santé » de 2007-2009, et, sur le seul champ des personnes de 60 ans ou plus, par l'enquête « Care » de 2014-2016. Ce dispositif d'enquêtes « Autonomie » a pour objectif premier de mesurer le

nombre de personnes handicapées selon différentes définitions, de décrire leur état de santé et leurs conditions de vie, et d'analyser les difficultés qu'elles rencontrent dans la vie quotidienne et dans la participation à la vie sociale. Son deuxième objectif est d'interroger également leurs aidants informels, de façon à mesurer le nombre et le volume d'aide apportés, ainsi que les conséquences de l'aide.

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 (17 régimes en 2018, dont les principaux régimes spéciaux) et de retraite complémentaire (5 régimes en 2018) 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 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.

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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.

2020

- Loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap. Les personnes dont le handicap a été reconnu avant leurs 60 ans peuvent désormais prétendre à la PCH quel que soit leur âge, alors que cette demande devait être faite avant 75 ans auparavant. Par ailleurs, le droit à la PCH est dorénavant accordé à vie lorsque le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement.
- Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, actant la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale consacrée à la politique de l'autonomie. La loi inscrit dans le Code de la sécurité sociale les principes et objectifs de la branche autonomie et en confie la gestion à la CNSA. Elle prévoit la remise par le gouvernement d'un rapport sur les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle branche, en termes d'architecture juridique et financière, de pilotage, de gouvernance et de gestion du risque. ■

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 1^{er} 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.
- AEB** (action éducative budgétaire) : est un dispositif qui s'adresse aux personnes ou aux familles rencontrant des difficultés dans la gestion du budget, quelle que soit la nature de leurs ressources. Le travailleur social propose ainsi un accompagnement technique (aide dans les démarches administratives, élaboration de dossiers de surendettement, planification du budget...) et psychologique visant à conduire progressivement la famille à dépasser par elle-même ses difficultés.
- 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 aide financière destinée à compenser les dépenses des parents liées à la situation de handicap de leur enfant de moins de 20 ans. Le montant de base peut, dans certains cas, être majoré par un complément relatif aux frais engagés liés au handicap, à la cessation ou à la réduction de l'activité professionnelle de l'un des parents, à l'embauche d'une tierce personne rémunérée. Il peut éventuellement être cumulé avec la prestation de compensation du handicap (PCH) ou complété par la majoration pour parent isolé.
- 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.

AIS (allocations individuelles de solidarité) : regroupent le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

AJPP (allocation journalière de présence parentale) : est une aide financière versée aux parents qui ont à charge un enfant ayant besoin d'une présence soutenue et de soins contraignants à la suite d'une maladie, d'un handicap ou d'un accident d'une particulière gravité. Elle peut être versée pour une période de trois ans maximum.

ALF (allocation de logement familiale) : est une aide financière destinée à réduire le montant du loyer. Elle est versée en raison de la situation familiale (bénéficiaire de prestations familiales, personnes à charge...) et sous condition de ressources.

ALS (allocation de logement sociale) : est une aide financière destinée à réduire le montant du loyer ou d'une redevance, pour les personnes non éligibles à une autre aide au logement (aide personnalisée au logement [APL] ou allocation de logement familiale [ALF]), sous condition de ressources.

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 « à 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.

APL (aide personnalisée au logement) : est une aide financière destinée à réduire le montant du loyer, d'une mensualité d'emprunt ou d'une redevance. Elle est versée en raison de la situation vis-à-vis du logement, sous condition de ressources et quelle que soit la situation familiale.

ARS (allocation de rentrée scolaire) : est une aide financière, versée sous condition de ressources, aux familles ayant au moins un enfant scolarisé âgé de 6 à 18 ans. Elle permet d'aider les familles à financer les dépenses liées à la rentrée scolaire.

ASE (aide sociale à l'enfance).

ASF (allocation de soutien familial) : est versée par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou la Mutualité sociale agricole (MSA) à la personne qui élève seule son enfant, privée de l'aide de l'autre parent ou si cette aide est en dessous d'un certain seuil.

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 (voir *infra*).

ASLL (accompagnement social lié au logement) : est un accompagnement individualisé contractualisé qui a pour but d'aider à la recherche et l'accès à un logement autonome, au maintien dans un logement ou à la gestion budgétaire liée au logement.

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 1^{er} 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 leur engagement réciproque 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 RSA, 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 1^{er} janvier 2010.

CNAF (Caisse nationale des allocations familiales).

CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés).

CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse).

CNIS (Conseil national de l'information statistique).

CPS (comptes de la protection sociale).

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.

DGFIP (Direction générale des finances publiques).

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

EAJE (établissement d'accueil du jeune enfant) : est une structure autorisée à accueillir des enfants âgés de moins de 6 ans, de façon régulière ou occasionnelle, sous la responsabilité de professionnels de la petite enfance.

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.

FAPI (fonds d'appui aux politiques d'insertion) : vise à apporter un soutien financier aux départements qui s'engagent à renforcer leurs politiques d'insertion dans le cadre d'une convention conclue entre l'État d'une part et le conseil départemental et ses partenaires d'autre part.

FH (foyer d'hébergement) : sont des établissements médico-sociaux qui assurent l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés exerçant 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.

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 1 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).

MAJ (mesure d'accompagnement judiciaire) : est une mesure judiciaire contraignante par laquelle un mandataire judiciaire à la protection des majeurs perçoit et gère tout ou partie des prestations sociales d'une personne majeure, en vue de rétablir son autonomie dans la gestion de ses ressources.

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 les rendent incapables de se suffire à eux-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 (maison départementale 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.

MIE (mineur isolé étranger) : terme utilisé avant la loi de 2016 pour désigner la population des mineurs non accompagnés (MNA).

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.

MNA (mineur non accompagné) : est une personne âgée de moins de 18 ans privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille. Elle bénéficie des dispositions relatives à la protection de l'enfance.

MTP (majoration pour tierce personne) : permet à son bénéficiaire de percevoir une majoration de sa pension d'invalidité. Elle est versée sous condition 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) et le fonds de solidarité sont des ODAC. Le plus souvent, les ODAC sont des opérateurs de l'État.

Odas (observatoire national de l'action sociale).

P

PAD (placement à domicile) : mesure d'aide sociale à l'enfance qui permet au mineur un maintien ou un retour au sein du domicile familial.

Paje (prestation d'accueil du jeune enfant) : est une prime à la naissance versée sous condition de ressources, en fin de grossesse, pour préparer l'arrivée de l'enfant. Elle a pour objet de faire face aux dépenses liées à la naissance d'un enfant.

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 prise 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 1^{er} 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 1^{er} juin 2009 (1^{er} janvier 2011 dans les DOM), 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 d'un à cinq 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 1^{er} 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 DOM, 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.

SDIS (service départemental d'incendie et de secours).

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.

L'aide et l'action sociales en France

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

ÉDITION 2020

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale et relèvent, pour moitié, de la responsabilité des départements. Fin 2018, ces derniers octroient 4,3 millions de prestations d'aide sociale, couvrant ainsi 6,2 % de la population française. Ces prestations constituent une dépense annuelle nette de 38,4 milliards d'euros, un montant qui a baissé légèrement de 0,2 % en un an après une croissance annuelle moyenne de 2,2 % entre 2010 et 2017.

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 d'une étude sur la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).

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



La DREES fait partie
du Service statistique
public piloté par l'Insee.