PANORAMAS DE LA DREES SOCIAL

L'aide et l'action sociales en France

ÉDITION 2017

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

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

PANORAMAS

L'aide et l'action sociales en France

ÉDITION 2017

PANORAMA

L'aide et l'action sociales en France - édition 2017

Sous la direction d'**Isabelle Leroux**

Coordination
Isabelle Leroux et Rémy Marquier

Rédaction
Sarah Abdouni, Elise Amar, Françoise Borderies, Mathieu Calvo, Louis Kuhn, Isabelle Leroux, Rémy Marquier, Étienne Perron-Bailly

Directeur de la publication
Franck von Lennep

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

Secrétaire de rédaction
Fabienne Brifault

Maquettiste
Bureau des publications et de la communication

Création graphique
Philippe Brulin

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement l'ensemble des conseils départementaux, pour leurs réponses aux enquêtes relatives à l'aide sociale.

Avant-propos

L'aide et l'action sociales en France – édition 2017 est un nouvel ouvrage de la collection Panoramas de la DREES.

Il rassemble les résultats et les analyses sur les actions sociales conduites par les conseils départementaux qui, depuis la décentralisation du début des années 1980, sont les principaux responsables de ces politiques. Le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires de ces politiques et les dépenses associées dans les domaines de l'aide aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance et à l'insertion sont détaillés.

L'ouvrage se compose d'une vue d'ensemble et de 22 fiches. Chaque fiche analyse les tendances des dernières années et, dans la majorité d'entre elles, les disparités territoriales relatives à l'aide sociale.

Les données sont issues des enquêtes Aide sociale de la DREES, mises en œuvre chaque année auprès des conseils départementaux.

L'action sociale facultative, comme celle délivrée par les communes et intercommunalités auprès desquelles la DREES a mené une enquête d'envergure récemment, ou encore celle des caisses de Sécurité sociale, qui peuvent mettre en place des actions sociales sous forme d'aides individuelles ou collectives, enrichiront cette première édition dans l'avenir.

Sommaire

L'aide et l'action sociales en France – édition 2017

1

Vue d’ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

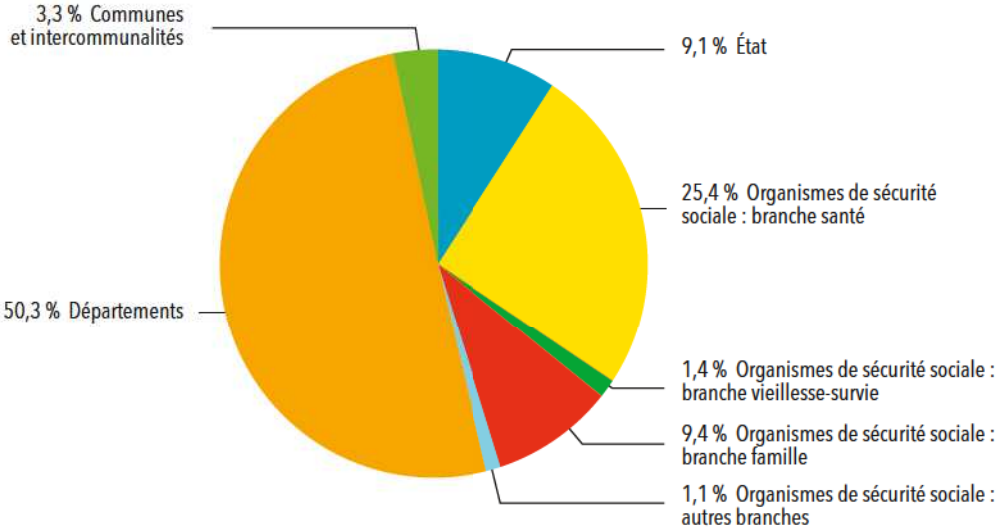
Vue d'ensemble

En 2015, l'aide sociale départementale, qui représente la moitié des dépenses d'aide et d'action sociales tous secteurs confondus, délivre 4,3 millions de prestations à destination des personnes âgées, des personnes handicapées, pour l'enfance protégée et pour l'insertion. Les départements ont à ce titre dépensé 33 milliards d'euros nets des recouvrements ou remboursements. En moyenne, 64 % des dépenses des départements sont consacrées à l'aide sociale, une part variable selon les territoires. La répartition géographique des bénéficiaires et des dépenses d'aide sociale est très hétérogène et différente suivant le secteur d'aide considéré. En matière de dépenses par bénéficiaire, celles liées au RSA d'une part, aux personnes âgées d'autre part, sont les moins variables d'un département à l'autre, les montants et conditions d'attribution étant réglementés au niveau national.

L'aide et l'action sociales constituent les composantes de la protection sociale définies par le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Elles sont principalement mises en œuvre par les départements, les caisses d'allocations familiales et l'Assurance maladie – l'État, les caisses de retraite et les communes et intercommunalités intervenant également, mais pour de moindres montants (graphique 1). L'aide et l'action sociales représentent globalement 10 % des dépenses totales de protection sociale, soit 69 milliards d'euros en 2014[1].

L'aide et l'action sociales recouvrent schématiquement trois types de mesures : l'aide sociale dite « légale », qui répond à des normes édictées par la loi ; l'aide sociale dite « extralégale » qui reprend les

Graphique 1 Répartition des dépenses d'aide et d'action sociales en 2014



Note > Les dépenses des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) ont été ventilées dans les dépenses des différents acteurs. Il en va de même pour les dépenses des sociétés lorsque celles-ci sont financées par ces acteurs.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2014 et Comptes de la protection sociale.

1. Voir fiche 1.

dispositifs de l'aide sociale légale, mais pour laquelle le pourvoyeur d'aide décide de montants plus élevés ou de conditions d'attribution plus souples ; et enfin l'action sociale qui recouvre toutes les mesures 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.

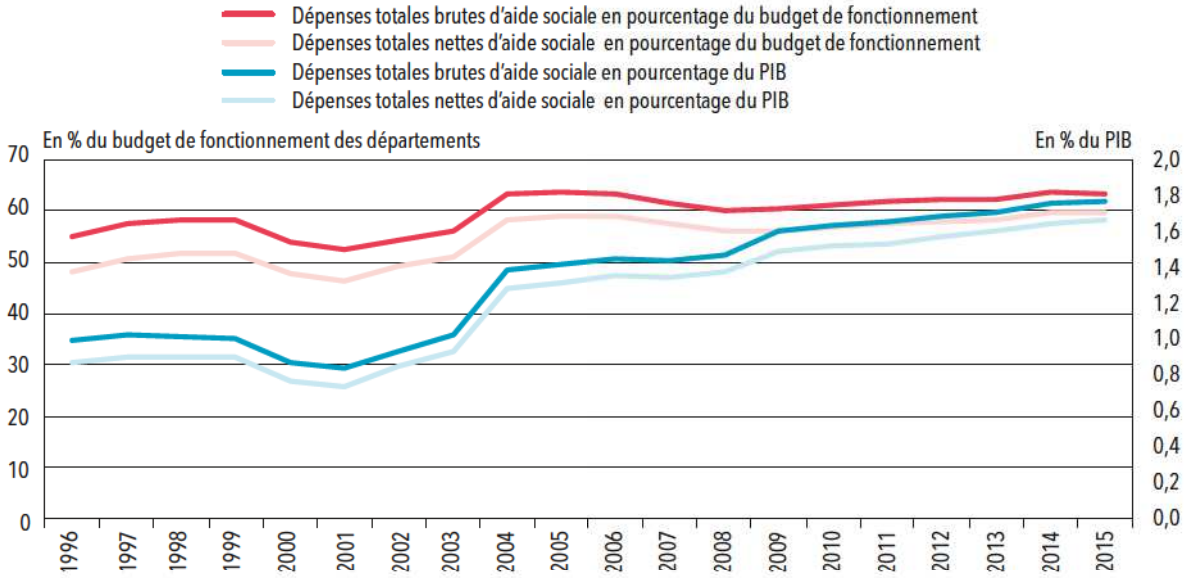
64 % des dépenses départementales consacrées à l'aide sociale en 2015

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 qui se trouvent en situation de besoin en raison de la vieillesse, du handicap ou de difficultés sociales. Elle s'exerce dans quatre domaines principaux : l'insertion, notamment par le versement du revenu de solidarité active (RSA), l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées et l'aide sociale à l'enfance[2].

L'aide sociale départementale occupe une place importante dans le budget des départements. En 2015, les dépenses brutes d'aide sociale s'élèvent pour la France métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer[3] (DROM), hors Mayotte, à 38,7 milliards d'euros sur un budget global de fonctionnement, hors intérêts de la dette, de 61 milliards d'euros[4]. Ce montant représente ainsi 64 % des dépenses de gestion courante[5], hors investissements, des conseils départementaux (graphique 2) et 1,8 % du produit intérieur brut (PIB).

Les départements peuvent engager des recours en récupération auprès des bénéficiaires de certaines aides, 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[6]. En 2015, les conseils départementaux ont ainsi récupéré ou recouvré 2,4 milliards d'euros, soit 6 % des

Graphique 2 **Évolution des dépenses brutes et nettes d'aide sociale**



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale ; DGCL, extraits des comptes administratifs des départements ; INSEE, Comptes nationaux annuels.

2. Voir fiches 4, 9, 14, 19.
3. Collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.
4. Source : DGCL (direction générale des collectivités locales), extraits des comptes administratifs des départements (France entière).
5. Les dépenses de gestion courante, hors intérêts de la dette, comprennent les dépenses d'aide 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.
6. Ne sont pas inclus ici les financements en provenance de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et du Fonds de mobilisation départemental pour l'insertion (FMDI) [voir fiche 2 sur le financement de l'aide sociale départementale].

dépenses brutes totales d'aide sociale. Après déduction de ce montant, les dépenses nettes engagées par les départements s'élèvent à 36,3 milliards d'euros, soit une augmentation de 3 % en euros constants[7] (tableau 1) en un an et de 11 % depuis 2010.

Les dépenses d'aide sociale se répartissent en cinq postes principaux : les dépenses liées aux quatre grandes catégories d'aide sociale d'une part (handicap, dépendance, protection de l'enfance et insertion), les dépenses de personnel, les services communs et autres interventions sociales d'autre part. En 2015, les quatre premiers postes regroupent 91 % des dépenses nettes d'aide sociale des départements.

4,3 millions de prestations d'aide sociale en 2015…

En décembre 2015, les départements étaient en charge de 4,3 millions de prestations d'aide sociale

Tableau 1 Évolution des dépenses par catégorie d'aide sociale

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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Évolution 2015/2014 (en %)	Évolution annuelle moyenne 2015/2010 (en %)
Dépenses totales d'insertion et d'allocation liées au RMI et au RSA[1]								
Dépenses brutes	8 550	8 932	9 321	10 029	10 871	11 468	5	5
Dépenses nettes	8 202	8 565	9 117	9 865	10 686	11 285	6	5
Aide sociale à l'enfance								
Dépenses brutes	6 841	7 109	7 360	7 593	7 552	7 741	2	1
Dépenses nettes	6 712	6 918	7 177	7 403	7 353	7 510	2	1
Aide sociale aux personnes handicapées (y compris l'ACTP et la PCH des 60 ans ou plus)								
Dépenses brutes	6 417	6 842	7 213	7 464	7 716	7 905	2	3
Dépenses nettes	5 916	6 304	6 646	6 859	7 075	7 287	3	3
Aide sociale aux personnes âgées (hors l'ACTP et la PCH des 60 ans ou plus)								
Dépenses brutes	7 804	7 917	8 046	8 062	8 156	8 209	1	0
Dépenses nettes	6 577	6 709	6 806	6 837	6 895	6 977	1	0
Total des quatre postes								
Dépenses brutes	29 612	30 800	31 940	33 149	34 294	35 322	3	2
Dépenses nettes	27 407	28 497	29 747	30 964	32 008	33 058	3	3
Frais de personnels, services communs et autres frais d'intervention sociale[2]								
Dépenses brutes	3 156	3 238	3 222	3 089	3 287	3 374	3	0
Dépenses nettes	3 011	3 085	3 068	2 949	3 283	3 229	-2	0
Dépenses totales, y compris frais de personnel, services communs et autres frais d'intervention sociale								
Dépenses brutes	32 767	34 038	35 163	36 238	37 581	38 696	3	2
Dépenses nettes	30 419	31 582	32 815	33 914	35 291	36 287	3	2

1. Dépenses d'allocation et d'insertion liées au RMI, aux contrats d'insertion-revenus minimum d'activité (CI-RMA), aux contrats d'avenir, au RSA socle et socle majoré, ainsi qu'aux contrats uniques d'insertion.
2. Hors frais de personnel liés aux assistants familiaux ainsi qu'au RMI et au RSA quand ils sont identifiés.
Note > Les dépenses d'ACTP et de PCH pour les personnes de 60 ans ou plus sont intégrées aux dépenses à destination des personnes handicapées.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2010 à 2015.

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 2015, cet indice a augmenté de 0,04 % en moyenne annuelle.

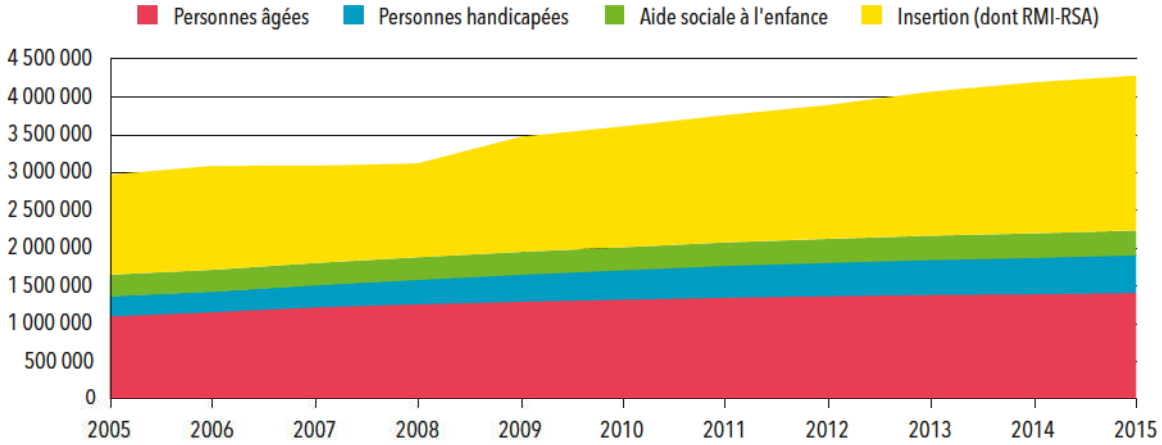
départementale (graphique 3, tableau 2), soit 2 % de plus que l'année précédente. Parmi ces prestations, celles dont le nombre a le plus augmenté sont celles à destination des personnes en situation de handicap, puis celles relatives à l'insertion sociale et professionnelle : leurs hausses ont été respectivement de 4 % et 3 % entre 2014 et 2015, et de 19 % et 22 % entre 2011 et 2015. Le nombre d'aides sociales accordées aux personnes âgées et celui des mesures d'aide sociale à l'enfance progressent plus faiblement : +1 % pour les deux types d'aide entre 2014 et 2015, et respectivement +4 % et +6 % au cours des cinq dernières années.

Durant les dix 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 à l'insertion a fortement augmenté en 2008, et poursuit sa progression rapide au cours des années qui suivent, principalement du fait de la hausse du nombre de bénéficiaires du RSA[8]. La croissance démographique des jeunes de moins de 21 ans contribue en partie seulement à la progression de l'aide sociale à l'enfance[9]. L'augmentation du nombre de mesures d'aide aux personnes âgées et handicapées est principalement due à la montée en charge des deux allocations individuelles de solidarité : l'APA (pour les personnes âgées) et la PCH (pour les personnes handicapées), respectivement à partir de 2002 et 2006[10].

Les aides sociales départementales au titre de l'insertion, définies comme la somme des allocations du RSA « socle »[11] et, dans les départements d'outre-mer, du revenu de solidarité (RSO) et les contrats aidés dont certains allocataires bénéficient représentent 48 % de l'ensemble des prestations à la charge des départements fin 2015. Alors qu'un tiers des aides sont destinées aux personnes âgées, les prestations en faveur des personnes handicapées et des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance ne représentent respectivement que 12 % et 8 % des aides.

Au total, 6,5 % de la population résidant en France bénéficie d'une aide sociale des départements, en incluant les conjoints des allocataires du RSA (mais sans les enfants à charge des allocataires et hors les aides à l'accueil pour les personnes âgées[12])

Graphique 3 Évolution du nombre de mesures d'aide sociale départementale entre 2005 et 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2005 à 2015 ; CNAF ; CCMSA ; DARES.

8. Voir fiche 20.
9. Voir fiche 15.
10. Voir fiches 5 et 10.
11. Pour le RSA, le nombre d'aides indiqué ici correspond au nombre d'allocataires, soit 1,95 million fin 2015. Le nombre total de bénéficiaires du RSA, incluant aussi les conjoints et les enfants à charge des allocataires, est plus élevé : 4,01 millions de personnes.
12. Ces aides ne sont ici pas comptabilisées afin d'éviter des doubles comptes : une proportion importante de leurs bénéficiaires perçoivent également l'APA (voir fiche 6).

Tableau 2 Les prestations d'aide sociale départementale entre 2011 et 2015

	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	Évolution (en %)	
						2011-2015	2014-2015
Aide aux personnes âgées	**1 346 720**	**1 365 710**	**1 383 910**	**1 392 310**	**1 406 630**	**4**	**1**
Aides à domicile des personnes âgées	746 360	752 600	758 600	760 950	767 120	3	1
Aides ménagères	22 140	21 890	20 820	20 090	19 470	-12	-3
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)[1]	724 220	730 710	737 780	740 860	747 650	3	1
Aides à l'accueil des personnes âgées	600 360	613 120	625 320	631 360	639 510	7	1
Aide sociale à l'hébergement (ASH)	119 910	118 320	119 410	118 820	119 870	0	1
Accueil chez des particuliers	2 250	2 220	2 250	2 130	2 260	0	6
APA[1]	478 210	492 580	503 660	510 410	517 380	8	1
Total APA	1 202 430	1 223 290	1 241 430	1 251 260	1 265 040	5	1
Aide aux personnes handicapées	**420 080**	**440 870**	**460 540**	**479 650**	**500 960**	**19**	**4**
Aides à domicile des personnes handicapées	278 060	294 430	312 260	328 280	343 930	24	5
Aides ménagères et auxiliaires de vie	21 770	21 100	20 870	20 700	21 120	-3	2
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)[2]	71 370	66 370	62 370	58 640	56 290	-21	-4
Prestation de compensation du handicap (PCH)[2]	184 920	206 960	229 020	248 940	266 510	44	7
Aides à l'accueil des personnes handicapées	142 010	146 430	148 280	151 370	157 030	11	4
ASH	104 540	108 970	111 540	114 530	119 270	14	4
Accueil chez des particuliers	5 620	5 680	5 880	6 080	6 050	8	0
Accueil de jour	16 890	17 340	17 580	17 680	19 430	15	10
ACTP[2]	14 960	14 440	13 270	13 070	12 280	-18	-6
Total ACTP	86 330	80 810	75 640	71 720	68 570	-21	-4
Aide sociale à l'enfance (ASE)	**307 340**	**314 160**	**318 990**	**322 050**	**325 170**	**6**	**1**
Enfants accueillis à l'ASE	154 060	156 140	159 590	161 720	163 790	6	1
Enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance	136 740	139 530	143 070	145 640	148 070	8	2
Mesures administratives dont :	35 100	34 450	34 960	34 190	33 760	-4	-1
Pupilles	2 150	2 130	2 270	2 380	2 450	14	3
Accueil provisoire de mineurs	14 890	14 260	14 230	13 480	12 910	-13	-4
Accueil provisoire de jeunes majeurs	18 060	18 060	18 450	18 330	18 400	2	0
Mesures judiciaires[3] dont :	101 640	105 070	108 110	111 450	114 310	12	3
DAP à l'ASE[4]	3 460	3 380	3 160	3 320	3 090	-11	-7
Tutelle	3 580	3 940	4 210	4 700	5 280	47	12
Placement à l'ASE par le juge	94 600	97 760	100 740	103 430	105 940	12	2
Placements directs par un juge[5]	17 330	16 610	16 530	16 080	15 720	-9	-2
Actions éducatives	153 280	158 020	159 400	160 330	161 380	5	1
Actions éducatives à domicile (AED)	46 690	49 320	50 460	50 230	50 950	9	1
Actions éducatives en milieu ouvert (AEMO)	106 580	108 700	108 950	110 100	110 430	4	0

[graphique 4]. La proportion des bénéficiaires est la plus élevée parmi les personnes de 60 ans ou plus (9,2 %), principalement du fait des bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées. Elle est également assez élevée parmi les personnes de 20 à 40 ans, plus fréquemment bénéficiaires du RSA.

… pour 33 milliards d'euros de dépenses nettes

En 2015, les dépenses nettes des conseils départementaux atteignent plus de 33 milliards d'euros pour les quatre grandes catégories d'aide sociale, hors services communs, autres interventions sociales

Tableau 2 Les prestations d'aide sociale départementale entre 2011 et 2015 (suite)

	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	Évolution (en %)	
						2011-2015	2014-2015
Aide sociale au titre de l'insertion	**1 674 600**	**1 761 650**	**1 895 740**	**1 988 650**	**2 039 080**	**22**	**3**
Revenu de solidarité active (RSA) socle[6]	1 589 320	1 684 620	1 808 680	1 893 450	1 940 270	22	2
Contrats d'insertion[7]	73 160	65 830	76 630	85 360	89 600	22	5
Revenu de solidarité outre-mer (RSO)	12 120	11 200	10 430	9 840	9 210	-24	-6
Total des prestations d'aide sociale départementale	**3 748 720**	**3 882 390**	**4 059 180**	**4 182 660**	**4 271 840**	**14**	**2**
dont : Total aide sociale aux personnes âgées, handicapées et à l'enfance	**2 074 130**	**2 120 740**	**2 163 440**	**2 194 010**	**2 232 760**	**8**	**2**

1. Personnes payées au titre du mois de décembre.
2. Bénéficiaires : personnes ayant des droits ouverts à cette prestation, au 31 décembre.
3. Y compris retraits partiels de l'autorité parentale.
4. Délégation de l'autorité parentale.
5. Mesures pour lesquelles les services de l'ASE sont uniquement financeurs.
6. Le RSA socle remplace le revenu minimum d'insertion (RMI) et l'allocation de parent isolé (API) depuis le 1er janvier 2011 dans les DROM.
7. Contrats aidés (notamment les contrats uniques d'insertion [CUI]) et contrats à durée déterminée d'insertion (CDDI) dont bénéficient les allocataires du RSA socle et socle majoré.

Note > Les chiffres sont arrondis à la dizaine. Les sommes des données détaillées peuvent donc différer légèrement des totaux. La PCH en établissement ne constitue pas une aide à l'accueil, mais une prestation de compensation particulière dans les situations où les personnes handicapées sont accueillies provisoirement ou à temps partiel en établissement. Par conséquent, les mesures de PCH en établissement (environ 11 % des droits ouverts à la PCH) ne sont plus présentées parmi les aides en établissement. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH de 60 ans ou plus ne sont plus comptés dans les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées mais aux personnes handicapées.

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

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2011 à 2015 ; CNAF ; CCMSA ; DARES.

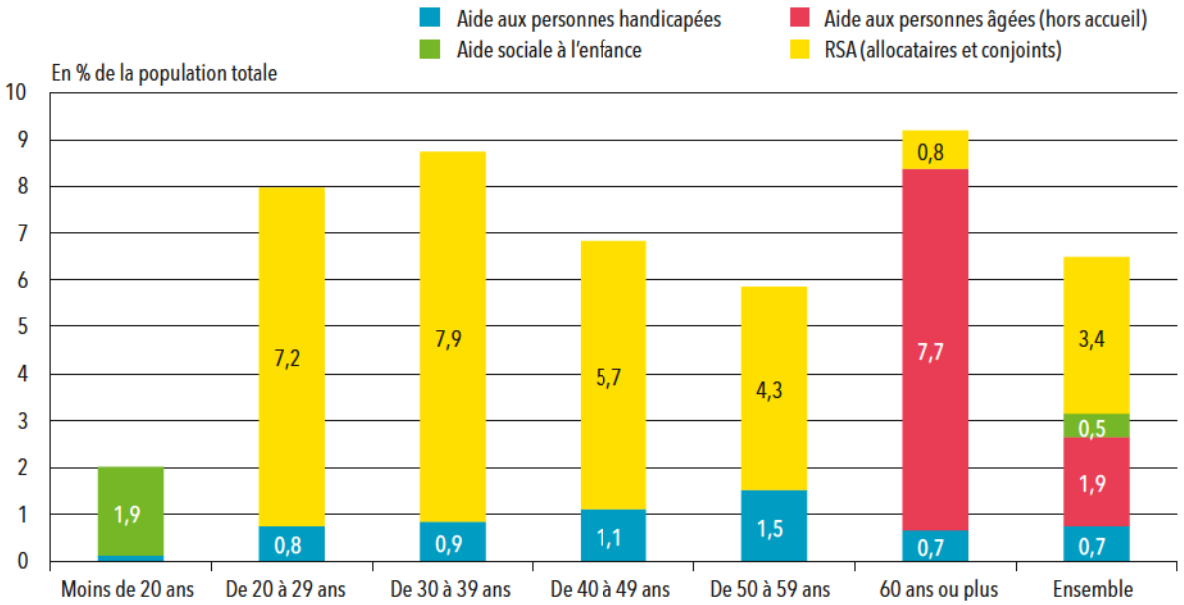
et une partie des frais de personnel[13]. Elles ont progressé de 3 % en euros constants en un an.

La répartition des dépenses d'aide sociale n'est pas la même que celle du nombre de bénéficiaires : en 2015, plus d'un tiers de ces dépenses sont consacrées à l'insertion (allocations liées au RSA), 23 % à l'aide sociale à l'enfance, 22 % à l'aide aux personnes handicapées, et 21 % à l'aide aux personnes âgées (graphique 5). Par ailleurs, dans les DROM, la structure de ces dépenses est très différente de celle observée en Métropole : la part de dépenses liées à l'insertion représente près des deux tiers des dépenses d'aide sociale, en raison de la proportion nettement plus élevée de personnes couvertes par le RSA dans ces territoires.

Depuis 1996, la structure des dépenses d'aide sociale a connu de profonds bouleversements (graphique 6). Entre 1996 et 2015, les dépenses d'aide sociale à l'enfance ont progressé à un rythme régulier, mais leur part est désormais bien inférieure à ce qu'elle était en 1996 en raison de nouvelles prestations prises en charge par les départements. La part des dépenses liées aux personnes âgées et handicapées a augmenté sensiblement, du fait notamment de la création des mesures relatives au handicap et à la dépendance (APA en 2002 et PCH en 2006) et du vieillissement de la population. La part liée au revenu minimum d'insertion (RMI), puis au RSA et à l'insertion a crû fortement en 2004 en raison du transfert aux départements du versement de l'allocation du RMI et, en 2009, de la création du RSA, y

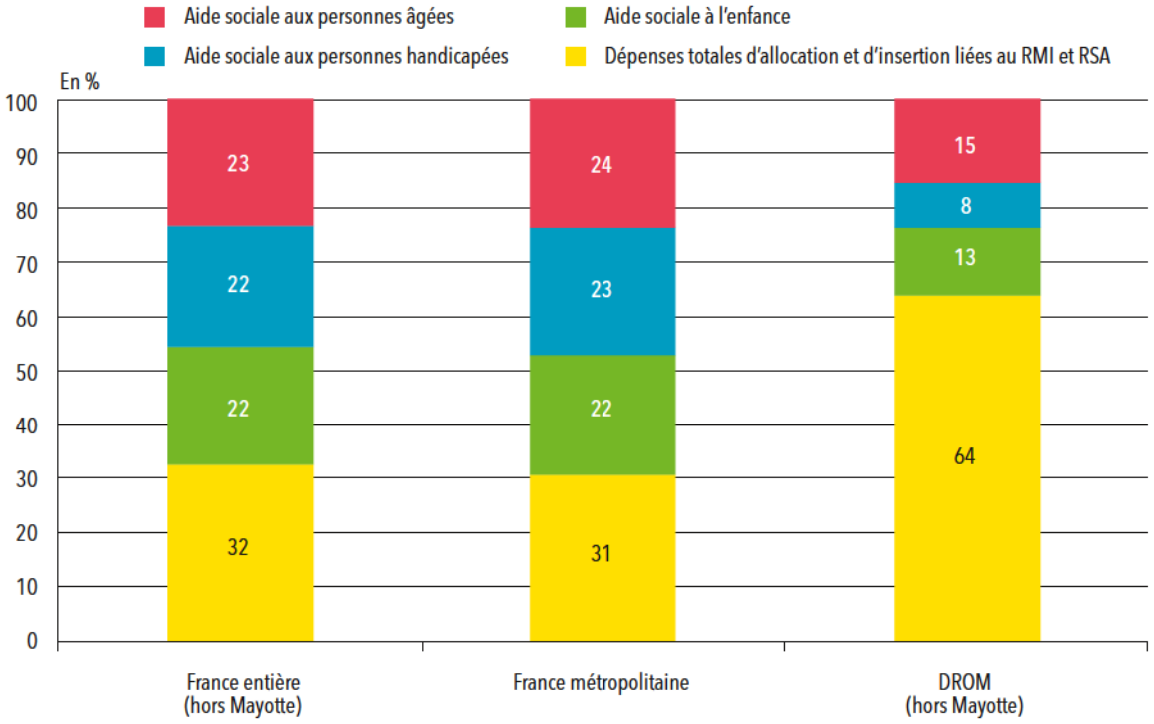
13. Ces quatre grandes catégories incluent des dépenses de personnel liées au RSA ainsi que la rémunération des assistant·e·s familiaux·ales, comptabilisée avec l'aide sociale à l'enfance. Elles excluent en revanche les frais de personnel liés à l'aide sociale aux personnes handicapées et aux personnes âgées, qui sont comptabilisés dans la catégorie « dépenses de personnel, services communs et autres interventions sociales ».

Graphique 4 Proportion de bénéficiaires de l'aide sociale des départements dans la population, fin 2015



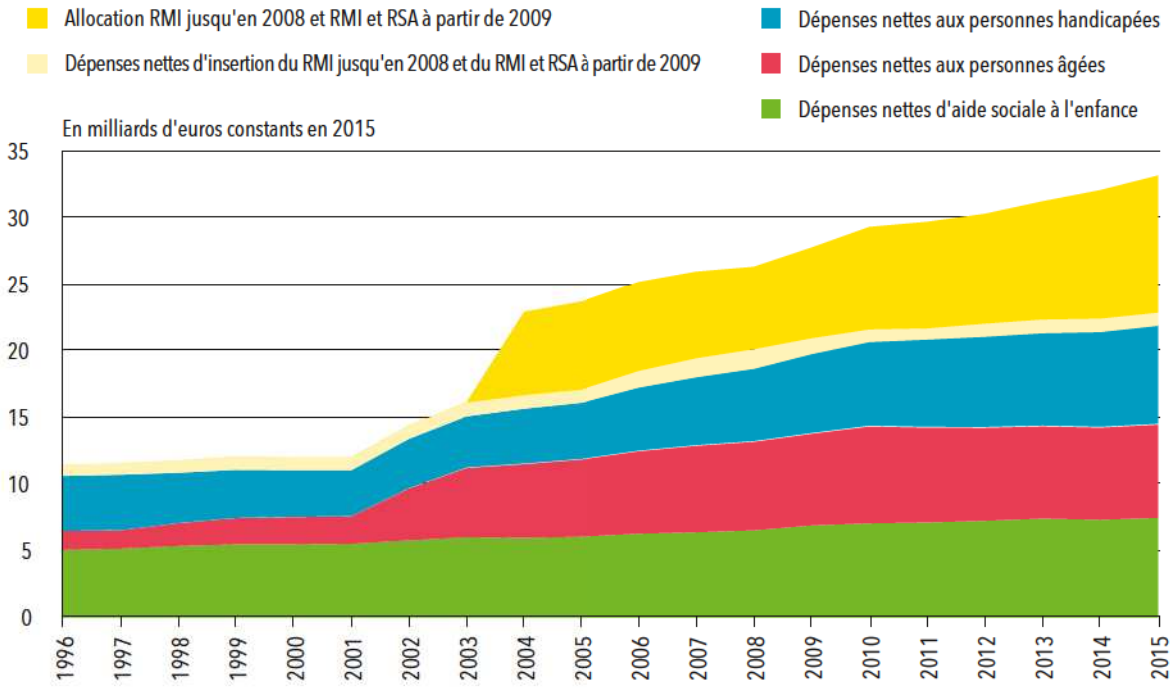
Note > Hors aides à l'accueil des personnes âgées dépendantes (du fait du risque de double compte avec l'APA) et hors enfants à charge des allocataires du RSA (dont la répartition par âge n'est pas connue).
Lecture > 1,9 % des moins de 20 ans sont pris en charge par l'ASE au 31 décembre 2015.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; CNAF ; CCMSA ; DARES ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Graphique 5 Répartition des dépenses nettes d'aide sociale par grande catégorie d'aide en 2015



Note > Dépenses hors frais de personnel, services communs et autres interventions sociales.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Graphique 6 **Évolution des dépenses nettes d'aide sociale**



Note > Dépenses hors frais de personnel, services communs et autres interventions sociales.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1996 à 2015.

compris sa partie majorée destinée aux anciens allocataires de l'allocation parent isolé (API).

Les bénéficiaires de l'aide sociale sont inégalement répartis sur le territoire

Quel que soit le champ d'aide sociale considéré, les proportions de bénéficiaires dans la population varient fortement d'un département à l'autre (cartes 1 à 4). Ces disparités sont le reflet du contexte démographique et socio-économique local (répartition par âge ou par niveau de revenu), des politiques sociales mises en place par les départements, et du poids de l'histoire des territoires.

Les personnes âgées dépendantes bénéficiaires d'une aide sociale sont, rapportées à la population de plus de 60 ans, relativement peu nombreuses en région parisienne, à l'inverse de la situation dans certains départements du Nord et du Sud. Les taux de bénéficiaires sont toutefois les moins dispersés par rapport aux autres domaines de l'aide sociale.

Pour les taux de bénéficiaires d'une aide sociale au titre du handicap, les écarts entre départements sont un peu plus marqués. La Lozère se distingue par le taux de très loin le plus élevé : 15,2 mesures pour 1 000 habitants. Les départements de la région parisienne ont, là encore, des taux de bénéficiaires assez faibles, de même que la plupart des départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les taux les plus élevés de bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance se retrouvent plutôt sur une large diagonale, allant de l'extrême Nord-Est à l'extrême Sud-Ouest[14]. Les territoires les plus denses (région parisienne, métropole de Lyon, Bouches-du-Rhône) ont des taux de bénéficiaires relativement faibles.

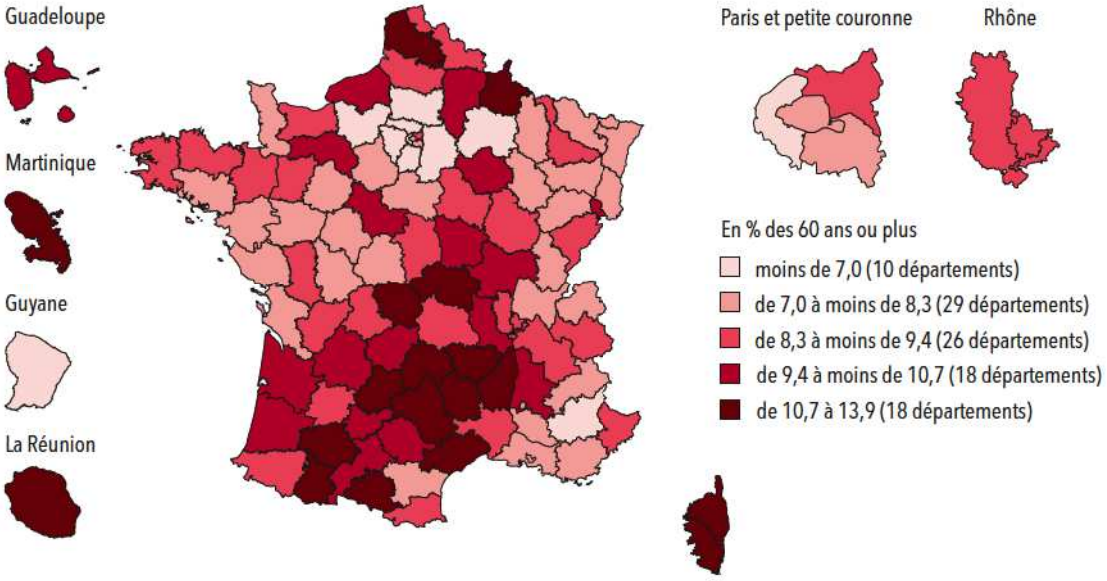
Les allocataires du RSA[15] sont principalement surreprésentés dans les DROM, mais également aux extrêmes nord et sud de la France métropolitaine, ainsi que dans la Seine-Saint-Denis. La géographie du RSA reflète ainsi celle de la pauvreté.

Une dépense annuelle d'aide sociale de 550 euros en moyenne par habitant

La répartition sur le territoire des dépenses d'aide sociale est également hétérogène. Elle est, compte

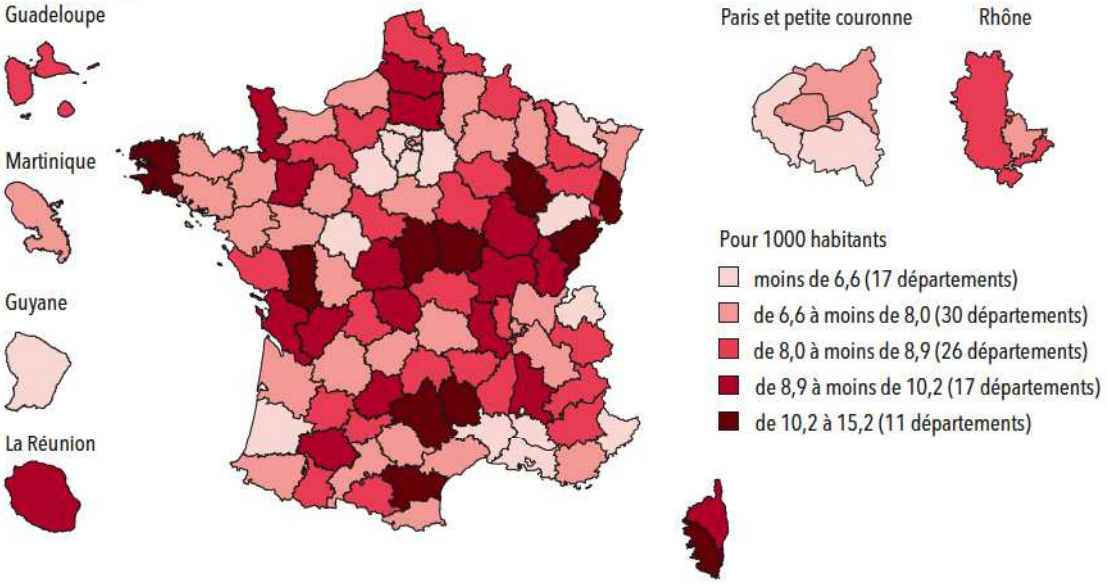
14. Diagonale autrement appelée « Diagonale du vide », au sens où ces territoires sont peu denses comparativement aux autres.
15. Y compris bénéficiaires du revenu de solidarité (RSO).

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale aux personnes âgées, fin 2015



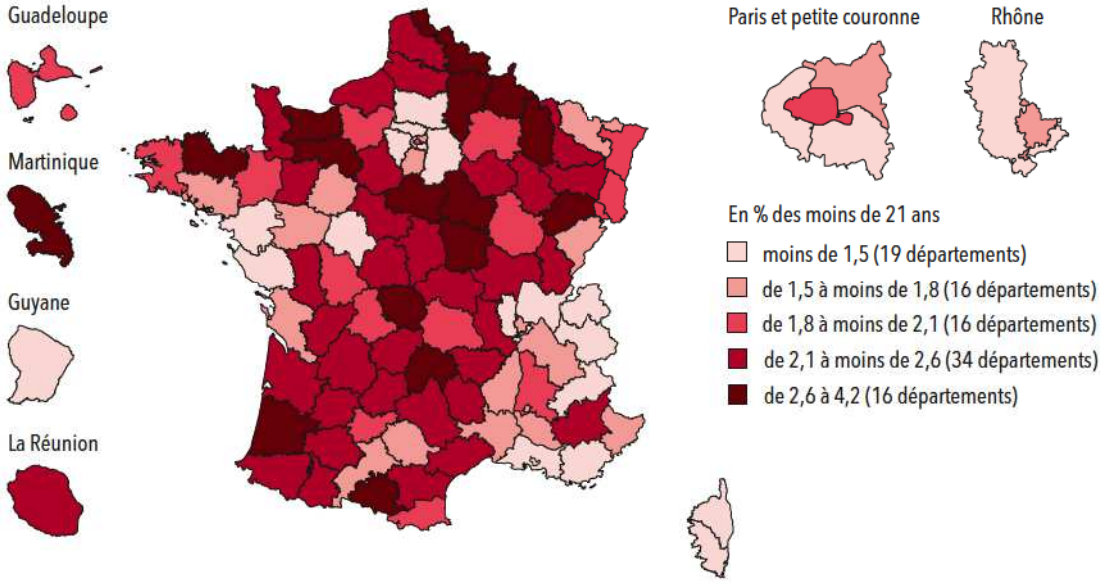
Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, la proportion de mesures d'aide sociale aux personnes âgées est de 8,6 pour 100 habitants de 60 ans ou plus.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Carte 2 Taux de mesures d'aide sociale aux personnes handicapées, fin 2015



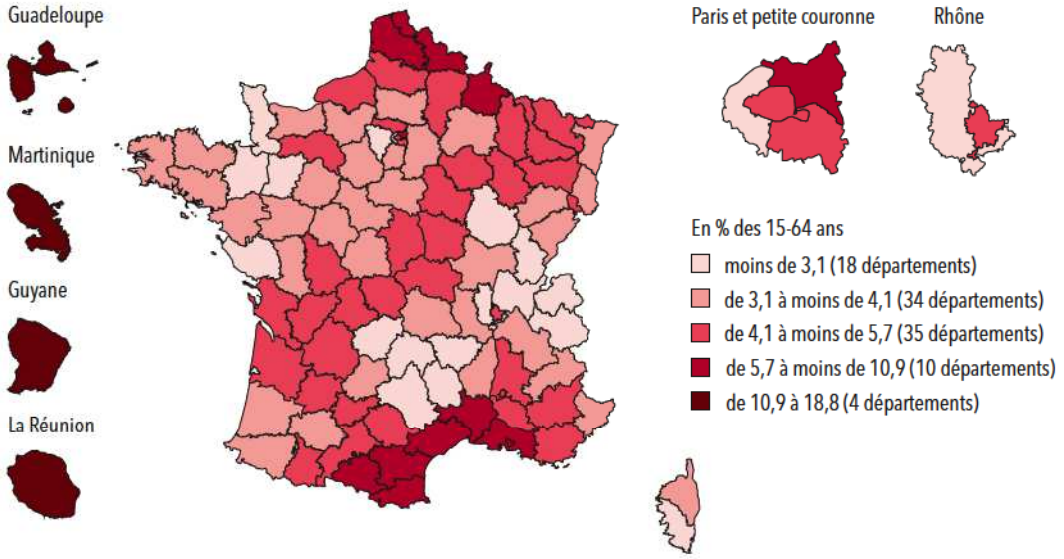
Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, la proportion de mesures d'aide sociale aux personnes handicapées est de 7,6 pour 1000 habitants.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Carte 3 Taux de mesures d'aide sociale à l'enfance, fin 2015



Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, la proportion de mesures d'aide sociale à l'enfance est de 1,9 pour 100 habitants de moins de 21 ans.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Carte 4 Taux d'allocataires du RSA ou du RSO, fin 2015



Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, la proportion d'allocataires du RSA ou du RSO est de 4,7 pour 100 habitants de 15 à 64 ans.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > CNAF ; MSA ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

tenu du poids des dépenses d'insertion dans le total des dépenses, logiquement très liée au nombre de personnes pauvres des départements. En 2015, les dépenses annuelles nettes d'aide sociale moyennes par habitant varient du simple au triple, allant de 360 à 1 170 euros selon les départements (carte 5). Toutefois, la moitié d'entre eux dépensent entre 470 et 600 euros par habitant, la dépense médiane annuelle se situant autour de 520 euros par habitant et la moyenne autour de 550 euros.

Les départements où la dépense totale nette d'aide sociale par habitant est la plus élevée sont les départements d'outre-mer, les départements les plus au nord de la France, ceux d'Occitanie en bordure de Méditerranée et leurs voisins, ainsi que ceux se situant sur une diagonale allant des Ardennes aux Pyrénées.

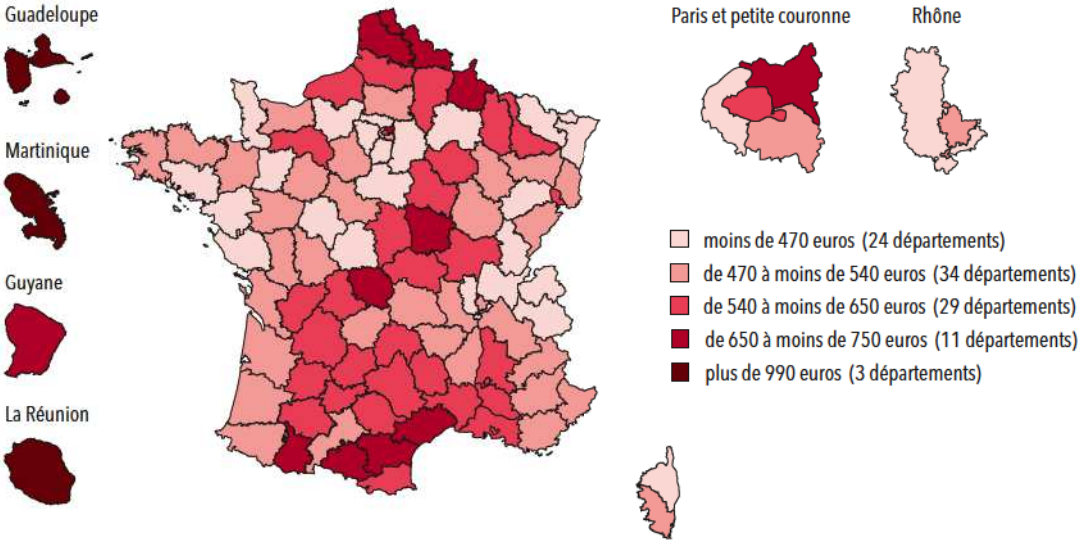
Par ailleurs, les conseils départementaux consacrent une part variable de leur budget de fonctionnement à l'aide sociale, de 39 % à 75 % selon les départements (carte 6). Cette part est en partie corrélée au montant global des dépenses sociales[16]. Ainsi, dans les dix départements où la dépense d'aide sociale est la plus forte, celle-ci représente plus de 71 % des dépenses globales de fonctionnement du département, alors que cette part est inférieure à 58 % dans les 10 départements où la dépense par habitant est la plus faible.

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

La dépense par habitant d'un département est liée à la part des bénéficiaires dans la population du territoire mais aussi à la dépense moyenne consacrée à chaque bénéficiaire. Les dépenses relevant des domaines de l'insertion et des personnes âgées, pour lesquels les conditions d'attribution et le montant des aides sont fixés nationalement, laissent peu de marge de manœuvre aux départements. Dans ces deux domaines, les disparités en matière de dépense annuelle moyenne par bénéficiaire sont relativement faibles : l'écart interdécile n'atteint respectivement que 1,1 et 1,3 pour ces secteurs (tableau 3). En revanche, dans les domaines de la protection de l'enfance et du handicap, les départements ont davantage de liberté dans la détermination du montant des aides allouées. Dans le domaine de la protection de l'enfance notamment, l'alternative entre mesures de placement et mesures éducatives a une incidence sur le coût de l'intervention moyenne. Dans ces deux domaines, les disparités en matière de dépenses par bénéficiaire sont plus prononcées, l'écart interdécile atteignant respectivement 1,8 et 1,7. ■

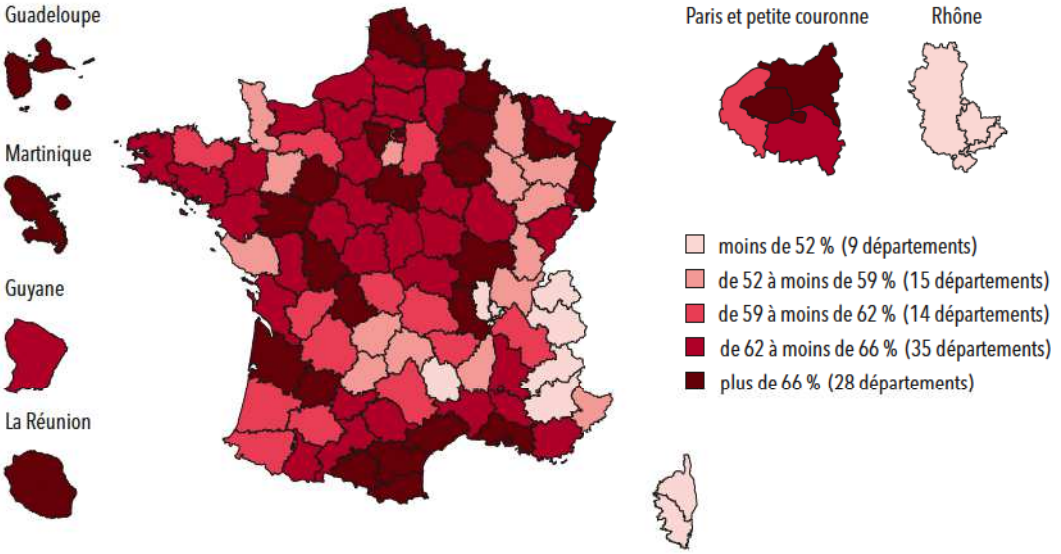
16. Coefficient de corrélation de 46 %.

Carte 5 Dépenses totales nettes d'aide sociale par habitant en 2015



Note > Dépenses totales nettes des récupérations et recouvrements, y compris les dépenses de personnel dédié à l'aide sociale, des services communs et autres interventions sociales. Les départements ont été classés selon leurs dépenses totales nettes d'aide sociale par habitant en 2015, selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > À titre d'exemple, la dépense nette moyenne d'aide sociale par habitant est inférieure à 470 euros dans le Jura en 2015. La dépense moyenne nationale est de 550 euros par habitant.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Carte 6 Part des dépenses d'aide sociale dans les dépenses totales de fonctionnement des départements en 2015



Note > Y compris frais de personnels dédiés à l'aide sociale, services communs et autres frais d'intervention sociale.
Lecture > Les dépenses d'aide sociale représentent dans le Nord plus de 65 % des dépenses totales de fonctionnement du département. Dans les Alpes-de-Haute-Provence, elles sont inférieures à 52 %. La moyenne nationale est de 63 %.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DGCL, comptes administratifs, DREES, enquête Aide sociale 2015 ; calculs DREES.

Tableau 3 Répartition des indicateurs d'activité et de dépenses d'aide sociale en 2015

En euros

	Dépenses nettes de RSA (allocation) par allocataire	Dépenses nettes d'ASE par bénéficiaire	Dépenses nettes d'aide aux personnes handicapées par bénéficiaire	Dépenses nettes d'aide aux personnes âgées par bénéficiaire
1er décile	5 050	15 550	10 840	4 320
1er quartile	5 210	18 930	12 680	4 570
Médiane	5 340	21 200	14 460	4 810
3e quartile	5 430	24 110	15 800	5 150
9e décile	5 480	28 120	18 390	5 750
Rapport interdécile	**1,08**	**1,81**	**1,70**	**1,33**
Maximum/Minimum	**2,35**	**3,29**	**2,55**	**2,21**

Lecture > La médiane, les 1er et 3e quartiles, les 1er et 9e déciles sont des valeurs qui partagent en deux les observations d'une variable rangée en ordre croissant. La médiane est la valeur qui sépare l'ensemble des départements répondants en deux groupes de même importance. Le 1er quartile (respectivement le troisième quartile) est la valeur en deçà de laquelle se situent 25 % des départements (respectivement 75 % des départements). Le 1er décile (respectivement le 9e) est la valeur en deçà de laquelle se situent 10 % des départements (respectivement 90 % des départements). Par exemple, la dépense d'aide aux personnes handicapées est inférieure à 12 680 euros par habitant dans 25 % des départements. Le rapport interdécile est le rapport entre la valeur du 9e décile à celle du 1er décile. Le nombre de bénéficiaires est estimé par la moyenne entre le nombre observé au 31 décembre 2014 et celui de 2015. Les dépenses moyennes par bénéficiaire sont, en toute rigueur, des dépenses par aide : il n'est pas tenu compte des doubles comptes liés au fait que certains bénéficiaires peuvent percevoir simultanément plusieurs aides.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > CNAF ; MSA ; DREES, enquête Aide sociale 2015.

Pour en savoir plus

> **Clément É., et Mansuy M.**, (2011), « Les dépenses sociales des départements : évolutions et disparités spatiales », in Zaidman C., *Les comptes de la protection sociale en 2009*, DREES, p. 17-52.

2

Vue d’ensemble

Fiches thématiques <

Annexes

Analyse transversale

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

L'aide et l'action sociales en France sont principalement mises en œuvre par les collectivités locales : par les départements pour l'aide sociale légale et extralégale et, dans une moindre mesure, par les communes et les intercommunalités pour l'action sociale dite « facultative ». Les organismes de protection sociale mettent en œuvre des actions sociales, notamment pour la prévention. L'État détient également quelques compétences en matière d'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 : maladie, invalidité (domaine qui inclut également le handicap), accidents du travail-maladies professionnelles, vieillesse, survie, famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion sociale. En 2014, 689,8 milliards d'euros, soit 32,2 % du PIB, sont consacrés à la protection sociale (tableau). Les régimes d'assurance sociale et les organismes qui en dépendent participent à près de trois quarts de ces dépenses.

L'aide et l'action sociales représentent les composantes de la protection sociale qui sont définies dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Elles sont principalement mises en œuvre par les départements, les caisses d'allocations familiales et

Tableau Dépenses de protection sociale et parts de l'aide et de l'action sociales dans ces dépenses en 2014

Champs de la protection sociale	Montant total 2014 (en millions d'euros)	Parts de l'aide et de l'action sociales (en %)				
		État	Organismes de sécurité sociale	Départements	Communes et intercommunalités	Total
Santé[1]	241 448	1,0	7,2 [2]	3,0	0,0	11,2
Vieillesse-Survie[3]	313 368	0,0	0,3	2,8	0,0	3,1
Famille[4]	54 096	0,0	11,9	14	0,0	25,9
Logement[5]	17 983	0,0	1,1	0,7	0,0	1,8
Emploi et Pauvreté-Exclusion sociale[6]	62 936	6,0	0,9	17,3	3,6[7]	27,9
Total	689 830	0,9	3,7	5,0	0,3	9,9

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 sociale 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 centres communaux d'action sociale et des centres intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS) ; il n'est pas possible en l'état actuel de ventiler ces dépenses par risque.

Note > 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 comptabilisées dans le risque vieillesse-survie.

Lecture > Les dépenses de protection sociale en France représentent 689 830 millions d'euros en 2014 ; les dépenses d'aide et d'action sociale représentent 9,9 % de ce montant, dont 5 % pour l'aide sociale départementale.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2014 et Comptes de la protection sociale.

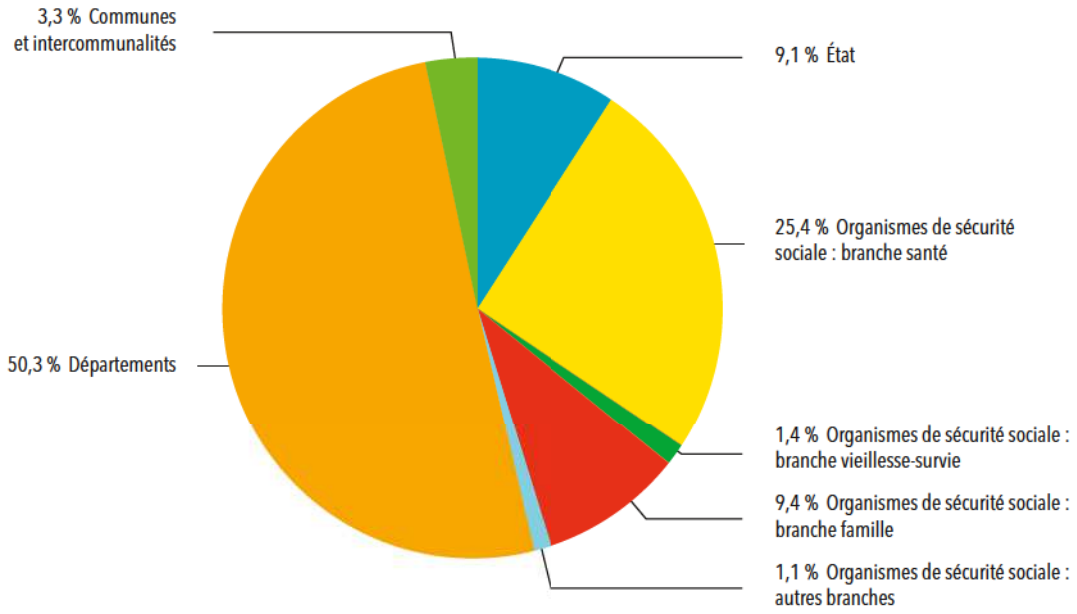
l'assurance maladie (graphique 1). Elles représentent globalement 10 % des dépenses totales de protection sociale en 2014, mais cette proportion varie selon les risques. L'aide et l'action sociales aux personnes âgées ne représentent que 3 % des dépenses du risque vieillesse-survie, composées pour l'essentiel des pensions de retraite. L'aide sociale à l'insertion, dont le versement du revenu de solidarité active (RSA), représente un peu plus du quart des dépenses relevant des risques emploi, pauvreté et exclusion sociale (qui incluent par ailleurs les allocations de chômage). L'aide et l'action sociales aux familles, qui couvrent des dépenses pour l'accueil des jeunes enfants et pour la protection de l'enfance, représentent de même un quart des dépenses du risque famille. 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.

Schématiquement, on peut distinguer trois types de mesures :

- l'aide sociale dite « légale », qui répond à des normes édictées par la loi. Les acteurs sont tenus de répondre au moins sur ces bases à la personne demandeuse d'aide ;
- l'aide sociale dite « extralégale », 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, 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.

Entre 2010 et 2014, les dépenses totales d'aide et d'action sociales sont passées de 59 milliards

Graphique 1 Répartition des dépenses d'aide et d'action sociales en 2014



Note > Les dépenses des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) ont été ventilées dans les dépenses des différents acteurs. Il en va de même pour les dépenses des sociétés lorsque celles-ci sont financées par ces acteurs.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2014 et Comptes de la protection sociale.

à 69 milliards d'euros, soit une augmentation de 12 % en euros constants. La part de ces dépenses dans le total des dépenses de protection sociale a significativement augmenté au cours de la période (graphique 2). La part du produit intérieur brut (PIB) consacrée à ces aides et actions a, elle, augmenté de 0,2 point.

Les départements, acteurs majeurs de l'aide sociale

Depuis les premières lois de décentralisation en 1982-1983, l'aide sociale à proprement parler est principalement menée par les conseils départementaux. 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'APA, la prestation de compensation du handicap (PCH) et le 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.

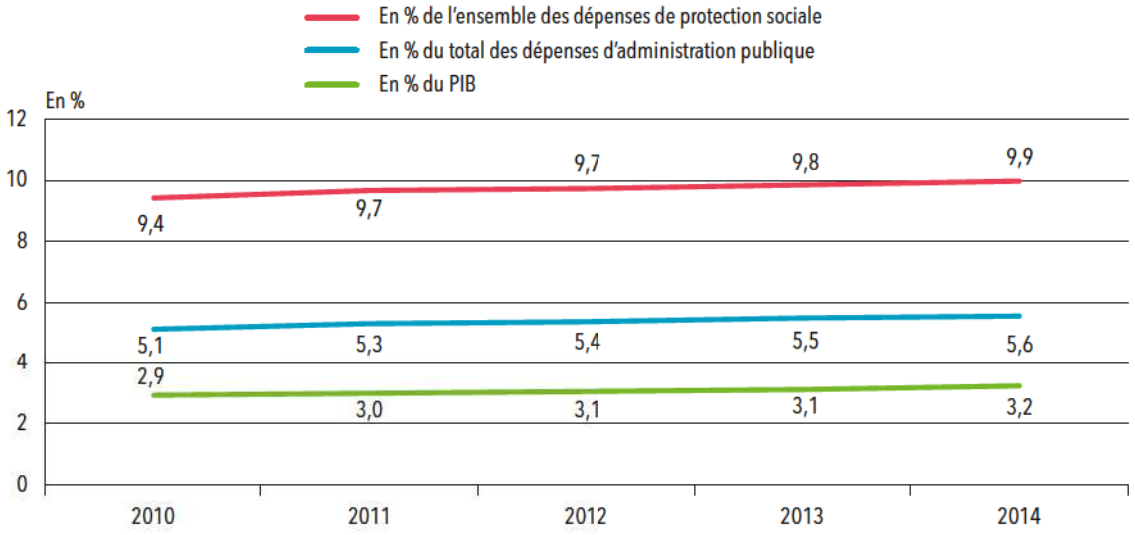
Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales[1] consacre le département comme chef de file de l'action sociale. L'article L. 121-1 du CASF dispose ainsi que « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences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

Les communes et les intercommunalités, 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 cependant, elles sont tenues à certaines obligations :

- participer à l'instruction des dossiers de demande d'aide sociale (exceptée à celle des dossiers de demande d'aide sociale à l'enfance) et les transmettre à l'organisme adéquat ;
- domicilier les demandeurs d'aide sociale ;

Graphique 2 Parts des dépenses d'aide et d'action sociales dans la protection sociale, les dépenses des administrations publiques et le PIB entre 2010 et 2014



Lecture > En 2014, les dépenses d'aide et d'action sociales représentent 9,9 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale, 5,6 % de l'ensemble des dépenses d'administration publique, et 3,2 % du produit intérieur brut (PIB).
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2010 à 2014 et Comptes de la protection sociale.

1. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

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

Ces obligations sont réalisées par le centre communal d'action sociale (CCAS) lorsqu'il existe[2].

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

Par ailleurs, dans le cadre de la constitution des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)[3], les communes membres peuvent transférer une partie de leurs compétences sociales à leur intercommunalité. Depuis la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale[4], 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 crèches.

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 service médico-social. Étant définies dans le CASF, elles sont considérées comme faisant partie du champ de l'aide et de l'action sociales.

Par ailleurs, les organismes de protection sociale – Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), 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 se diriger vers l'aide à la construction de lieux d'hébergement (création de places en résidences autonomie par exemple) ou directement auprès de leurs affiliés, dans le cadre d'actions de prévention notamment.

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

Le transfert de compétences associé aux lois de décentralisation n'a laissé à l'État qu'une partie résiduelle de l'aide sociale (9 % du total des dépenses d'aide et d'action sociales), principalement pour les personnes déracinées (sans domicile fixe, demandeurs d'asile), mais également en matière de handicap ou de dépendance, *via* les allocations simple et 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. ■

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

02 Le financement des dépenses départementales d'aide sociale

En 2015, les recettes de fonctionnement des départements atteignent 67,7 milliards d'euros. Plus d'un tiers de ces recettes sont issues d'impôts indirects, et un autre tiers d'impôts directs. Les dotations, participations et autres recettes en constituent le dernier tiers.

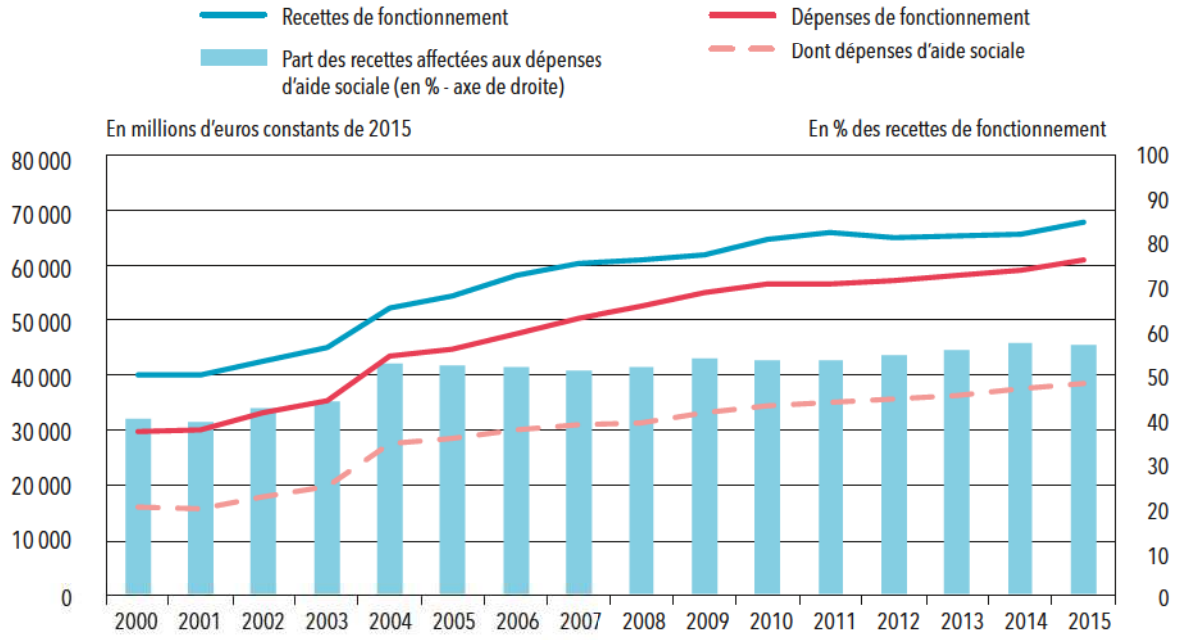
Des dépenses de fonctionnement en hausse

Les dépenses de fonctionnement des départements, qu'elles soient d'action sociale ou non, sont financées par des recettes qui atteignent 67,7 milliards d'euros[1] en 2015. Ces recettes augmentent de 3 % en euros constants[2] en un an et de 5 % en cinq ans (graphique) pour la France métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer (DROM) [hors Mayotte], à un rythme plus faible que celui des dépenses (+3 % en un an et +8 % en cinq ans).

Les impôts indirects constituent plus d'un tiers des recettes des départements

Représentant 36 % de ces recettes (tableau), les impôts indirects constituent la plus grosse composante des ressources de fonctionnement des départements (24,1 milliards d'euros). Les droits de mutation à

Graphique Évolution des recettes et des dépenses de fonctionnement des départements



Note > Les dépenses de fonctionnement sont calculées hors intérêts de la dette. Le solde des recettes diminué des dépenses de fonctionnement est affecté au remboursement de ces intérêts et aux dépenses d'investissement (en plus des recettes d'investissement propres).
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DGCL, extraits des comptes administratifs des départements ; DREES, enquêtes Aide sociale.

1. Source : Direction générale des collectivités locales (DGCL), extraits des comptes administratifs des départements.
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 2015, cet indice a augmenté de 0,04 % en moyenne annuelle.

titre onéreux (DMTO) s'établissent ainsi à 9,1 milliards d'euros en 2015. Ils progressent de 16 % en un an (en euros constants), bénéficiant à la fois de la reprise du marché de l'immobilier et de la hausse des taux plafond initiée en 2014[3]. La taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) se stabilise en 2015, pour s'établir à 6,9 milliards d'euros. Elle avait presque doublé en 2011 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 6,4 milliards en 2015.

22,5 milliards d'euros prélevés directement en 2015

Les recettes de fonctionnement des départements sont également alimentées par des impôts perçus directement auprès des contribuables. Les produits de la taxe d'habitation, du foncier bâti, ainsi que de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE), qui s'est substituée à la taxe professionnelle supprimée en 2010, constituent des contributions directes pour un montant de 22,5 milliards d'euros en 2015.

Des dotations de l'État en baisse de 4 % en un an

L'État contribue enfin à ces recettes en versant aux départements des dotations et participations : la dotation globale de fonctionnement (DGF) s'élève ainsi à 11 milliards d'euros en 2015. Elle diminue de 7 % en un an. L'État verse aussi une contribution aux départements de 2,3 milliards d'euros, *via* la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour le financement des aides aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées (allocation personnalisée d'autonomie [APA] et prestation de compensation du handicap [PCH]), ainsi qu'une dotation de 500 millions d'euros, par l'intermédiaire du Fonds de mobilisation départemental pour l'insertion (FMDI) au titre des dépenses du RSA. Il fournit en outre une dotation globale de décentralisation (DGD) ainsi que des subventions qui compensent les exonérations accordées aux contribuables locaux. Enfin, d'autres ressources du type « produits exceptionnels » ou recouvrements perçus complètent les recettes de fonctionnement des départements. ■

Tableau Recettes départementales de fonctionnement en 2015

	Recettes de fonctionnement (en milliards d'euros)		Répartition des recettes (en %)	
	2010	2015	2010	2015
Impôts directs	**23,1**	**22,5**	**38**	**33**
Impôts indirects	**17,8**	**24,1**	**29**	**36**
dont droits de mutation à titre onéreux (DMTO)	7,1	9,1	12	13
dont taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)	3,2	6,8	5	10
dont taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE)	6,2	6,4	10	9
Dotations et participations	**17,2**	**18,0**	**28**	**27**
dont dotation globale de fonctionnement (DGF)	12,1	11,0	20	16
dont dotation Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	1,9	2,3	3	3
dont fonds de mobilisation départementale pour l'insertion (FMDI)	0,5	0,5	1	1
Autres recettes	**3,0**	**3,1**	**5**	**5**
Total recettes	**61,2**	**67,7**	**100**	**100**

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DGCL, extraits des comptes administratifs des départements.

3. 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 %. Dès 2014, 90 départements ont ainsi fait ce choix, et 4 en 2015.

03 L'opinion des Français envers les politiques publiques d'aide sociale

Les Français expriment une forte solidarité envers les personnes en situation difficile. Ainsi, une majorité d'entre eux souhaitent que le revenu de solidarité active (RSA) soit augmenté. Toutefois, son financement ne fait pas consensus, tout comme celui de la prise en charge publique de la dépendance des personnes âgées. Le principe d'un minimum social plus élevé que le RSA pour les personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap est très largement approuvé.

Le Baromètre d'opinion de la DREES (encadré) permet 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.

Un soutien aux personnes en difficulté stable depuis 2013, mais moins marqué qu'avant la crise

En 2015, lorsqu'on interroge les Français sur la prestation emblématique de soutien aux personnes en grande difficulté financière, le revenu de solidarité active (RSA)[1], 62 % souhaitent l'augmentation de son montant (actuellement, celui-ci est de 525 euros par mois environ pour une personne seule[2], sans enfant, forfait logement compris). Cette proportion était de 77 % en 2009, juste après le déclenchement de la crise financière de 2008. Elle a régulièrement décru jusqu'en 2013 (60 %). À l'inverse, la part des personnes jugeant qu'il faut diminuer le RSA, quoique toujours très minoritaire (17 %), suit une tendance régulière à la hausse et a crû de plus de 10 points entre 2009 et 2015 (graphique 1).

Si la part des Français qui souhaitent une augmentation du RSA est majoritaire, un tiers seulement sont prêts à accepter une hausse de leurs impôts pour la financer. Les personnes les moins aisées et celles n'ayant pas un emploi à temps plein (chômeurs, étudiants ou occupant un poste à temps partiel) sont plus nombreuses que les autres Français à souhaiter une hausse du RSA (63 % des chômeurs et 72 % des personnes à temps partiel), mais refuseraient également en plus grande proportion de la financer par une hausse de leurs impôts.

Les personnes les plus aisées souhaitent moins souvent cette hausse du RSA. 55 % des personnes dont le niveau de vie est supérieur à 2 000 euros par mois y sont favorables. Cependant, lorsqu'elles sont favorables à l'augmentation de ce minimum social, elles seraient plus enclines à accepter une hausse de leurs impôts pour la financer : c'est le cas de près de la moitié des personnes dont le niveau de vie est d'au moins 2 000 euros, contre 37 % pour les demandeurs d'emploi ou 28 % pour les personnes employées à temps partiel.

85 % des Français favorables à une solidarité renforcée envers les personnes handicapées

Moins de la moitié des Français (44 %) pensent que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées (tableau 1). Et ils sont largement favorables à une solidarité renforcée envers ces personnes handicapées : 85 % 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 15 % jugent que les minima sociaux devraient être les mêmes pour tous, que la personne soit ou non handicapée. De fait,

1. Le RSA est accordé sous condition de ressources. Les ressources de toutes les personnes du foyer sont prises en compte. Elles correspondent à la moyenne mensuelle des ressources perçues au cours des trois derniers mois. Le RSA peut être versé à toute personne âgée d'au moins 25 ans résidant en France, ou sans condition d'âge pour les personnes assumant la charge d'au moins un enfant né ou à naître (voir fiches 20 et 21).
2. Ce montant est précisé dans la question posée aux enquêtés.

Encadré Le Baromètre d'opinion de la DREES

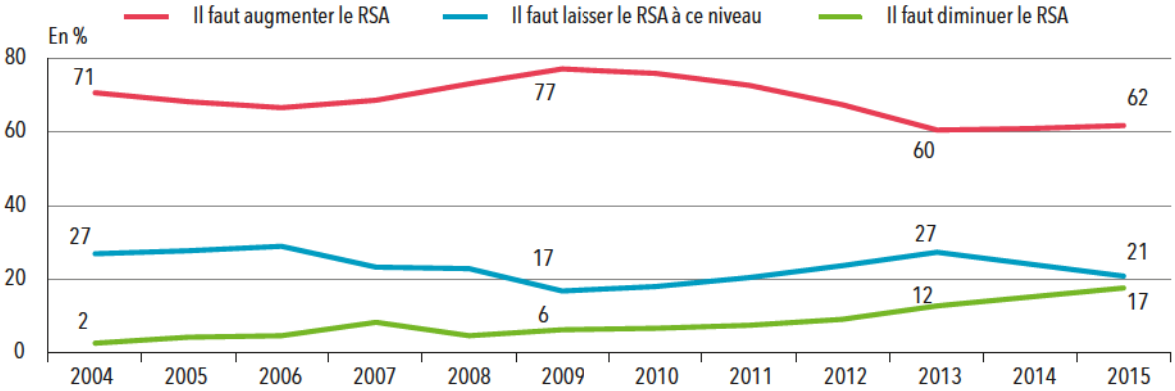
Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, les inégalités et la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion). Commandée par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), elle est réalisée par l'institut BVA depuis 2004, après l'avoir été par l'IFOP de 2000 à 2002. L'enquête est effectuée en face à face en octobre-novembre auprès d'un échantillon d'environ 3 000 personnes représentatif de la population habitant en France métropolitaine, et âgées 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-dessus. En particulier, des questions portant sur le soutien aux personnes handicapées ou âgées dépendantes, introduites en 2015 sont posées une année sur deux ; pour certaines questions, les seules données disponibles sont donc celles de 2015.

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 place de celles-ci dans le questionnaire. Les enquêtes d'opinion permettent néanmoins des comparaisons entre sous-catégories (selon le revenu, l'âge, etc.) 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 « Français ».

Graphique La position des Français sur la hausse du RSA



Note > Les données de l'année 2014 ne sont pas disponibles pour cette question.
Lecture > En 2015, 62 % 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 graphique.
Source > Baromètre d'opinion DREES 2004-2015.

il existe aujourd'hui un minimum social spécifique : l'allocation aux adultes handicapés (AAH)[3]. Son montant maximal est de 800 euros par mois environ pour une personne seule sans ressources. Il est supérieur à la plupart des minima sociaux, comme le RSA ou l'allocation de solidarité spécifique (ASS), et comparable à celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) [minimum vieillesse].

3. L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) peut aussi être servie aux personnes handicapées, lorsque celles-ci sont titulaires d'une pension d'invalidité, mais elle est beaucoup moins répandue.

Tableau 1 Les opinions sur l'intégration des personnes handicapées dans la société, en 2015

	Répartition en %
À votre avis, la société actuelle se donne-t-elle les moyens d'intégrer les personnes handicapées ?	
Oui tout à fait / Oui plutôt	44
Non plutôt pas / Non pas du tout	56
Avec laquelle des opinions êtes-vous le plus en accord ?	
Il est normal qu'une personne handicapée ait un revenu minimum supérieur à une personne non handicapée	85
Les minima sociaux devraient être les mêmes, que la personne soit handicapée ou non	15
Selon vous, une aide financière pour compenser les surcoûts liés au handicap doit-elle être accordée…	
…à toutes les personnes se trouvant dans cette situation quel que soit leur niveau de revenu	46
…uniquement aux personnes disposant de faibles revenus	54

Lecture > En 2015, 44 % des personnes interrogées 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 tableau.
Source > Baromètre d'opinion DREES 2015.

En revanche, les Français sont nettement plus partagés sur l'attribution d'aides à toutes les personnes handicapées indépendamment de leur revenu : 54 % d'entre eux estiment que les aides financières pour compenser les surcoûts liés au handicap devraient être réservées aux seules personnes disposant de faibles revenus[4].

Dans la pratique, hormis l'AAH qui est un minimum social[5], la principale prestation pour compenser les surcoûts liés au handicap est la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette prestation est versée sans condition de ressources aux personnes ayant des difficultés pour la réalisation des actes de la vie quotidienne, âgées de moins de 60 ans au moment de la première demande, résidant en France, mais dont le montant est modulé selon le revenu[6]. Si les ressources annuelles du ménage dépassent un seuil (26 500 euros, soit 2 200 euros par mois environ), une participation lui est demandée, équivalente à 20 % du montant de la prestation.

Une position nuancée sur la prise en charge de la dépendance et son financement

La dépendance d'une personne âgée est définie comme un besoin d'aide pour réaliser des actes de la vie quotidienne, en raison d'incapacités durables. Il existe différents niveaux de dépendance[7] qui conditionnent le versement d'une aide en nature aux personnes de plus de 60 ans : l'allocation personnalisée d'autonomie[8] (APA). Plus la dépendance est sévère, plus le montant de l'aide sera élevé. L'APA permet de prendre en charge une partie des frais nécessaires à l'intervention à domicile d'aidants professionnels, au portage de repas ou à l'acquisition d'aides techniques (téléalarme…). Toutefois, une participation, sous la forme d'un ticket modérateur dépendant des revenus, est demandée aux ménages disposant de ressources supérieures au montant de l'ASPA. Les garanties dépendance relevant des assurances privées et des mutuelles représentent une très faible

4. Il n'est pas précisé dans la question à partir de quel seuil cette aide devrait être réduite.
5. L'AAH est définie dans le Code de la sécurité sociale et reprise dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). N'étant pas exclusivement dans le CASF, elle n'est pas incluse dans le champ de l'aide et de l'action sociales. L'opinion vis-à-vis de cette allocation n'en reste pas moins éclairante.
6. Voir fiche 9.
7. Voir la grille Autonomie gérontologique, groupes iso-ressources (AGGIR) à ce sujet, qui définit les six niveaux de dépendance qui conditionnent l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – pour les quatre premiers d'entre eux – et le montant de l'aide versée.
8. Voir fiche 4.

part de l'activité de ce secteur (moins de 1 % des cotisations et des prestations versées). La prise en charge de la dépendance relève donc essentiellement de la puissance publique.

De fait, les Français déclarent en majorité (61 %) vouloir que l'État et les pouvoirs publics prennent en charge le financement de la dépendance (tableau 2). À l'inverse, quatre Français sur dix jugent que la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes devrait être du ressort des enfants ou des familles (27 %) ou des personnes âgées dépendantes elles-mêmes (12 %).

La moitié d'entre eux souhaitent qu'une cotisation spécifique au financement de la dépendance soit créée. Toutefois, seulement un tiers (34 %) estiment que cette cotisation devrait être obligatoire pour tous, et 17 % qu'elle devrait l'être à partir d'un certain âge. L'autre moitié des personnes interrogées préfèrerait que la prise en charge du risque dépendance pèse seulement sur les personnes qui veulent bénéficier d'une aide pour y faire face (49 %).

Moins d'un Français sur trois (29 %) souhaite que l'aide financière apportée aux personnes âgées dépendantes soit universelle, sans condition de ressources. Ce niveau est bien inférieur (-17 points) à celui des personnes se prononçant en faveur d'une aide universelle aux personnes handicapées. Une large majorité de Français préfère en effet réserver cette aide aux personnes dépendantes disposant de faibles revenus (71 %). La prestation spécifique dépendance (PSD), remplacée en 2002 par l'APA, était justement réservée aux personnes dont les revenus ne dépassaient pas un certain plafond. Elle était en outre récupérable sur succession[9]. Actuellement, l'APA peut être versée à toutes les personnes dépendantes, mais avec des montants pouvant être fortement modulés en fonction des revenus[10]. ■

Tableau 2 Les opinions vis-à-vis des modalités de la prise en charge publique de la dépendance en 2015

	Répartition en %
Qui doit principalement prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes ?	
L'État et les pouvoirs publics	61
Les enfants ou les familles des personnes âgées dépendantes	27
Les personnes âgées dépendantes elles-mêmes, en épargnant ou souscrivant une assurance privée	12
Si on devait créer une cotisation spécifique pour être couvert au cas où l'on devienne dépendant, devrait-elle être…	
Obligatoire pour tous	34
Obligatoire, à partir d'un certain âge	17
Uniquement pour ceux qui le veulent	49
Une aide financière pour compenser les surcoûts liés à la dépendance des personnes âgées doit-elle être accordée…	
…à toutes les personnes se trouvant dans cette situation, quel que soit leur niveau de revenu	29
…uniquement aux personnes disposant de faibles revenus	71

Lecture > En 2015, 61 % des personnes interrogées pensent que « l'État et les pouvoirs publics » doivent en priorité 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 tableau.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2015.

9. Les montants versés au titre de la PSD à la personne dépendante pouvaient être récupérés par les organismes de protection sociale au moment du décès de la personne. Pour ne pas pénaliser ses héritiers, une personne dépendante pouvait donc choisir de ne pas bénéficier de cette aide. Ce n'est plus le cas pour l'APA.

10. Les ménages les plus aisés voient néanmoins la moitié de leurs dépenses d'aide à domicile prises en charge par une réduction d'impôt (que ces dépenses soient couvertes ou non par l'APA) ; cette réduction est transformée en crédit d'impôt à compter de 2017, et bénéficiera donc dorénavant à l'ensemble des ménages.

L’aide sociale aux personnes agées

04 Les dispositifs d'aide sociale aux personnes âgées

L'aide sociale départementale aux personnes âgées comprend plusieurs volets : 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). En complément, les mairies et les caisses de retraite mettent en place des actions sociales à destination de certaines personnes âgées.

L'aide sociale aux personnes âgées est définie par la loi

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 placement 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. » Elle est actuellement gérée par les conseils départementaux, qui doivent à ce titre respecter un certain nombre de dispositions législatives sur les montants et les conditions d'attribution des différentes prestations[1]. Les départements ont toutefois une certaine marge de manœuvre puisque 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'aide sociale à l'hébergement (ASH), des aides ménagères et à l'accueil familial ainsi que, depuis 2002, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La prestation de compensation du handicap (PCH), mise en place en 2006 en remplacement de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), est également disponible pour les personnes âgées en perte d'autonomie, dès lors qu'elles disposaient déjà de cette prestation – ou y étaient éligibles – avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans[2].

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 (articles L. 132-6 et L. 132-8 du CASF[3]). Cette règle a cependant été assouplie, puisqu'actuellement seuls l'aide sociale à l'hébergement (ASH), 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

L'APA a été mise en place par la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie[4]. Cette loi 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 ». Les personnes

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. Voir fiche 9.
3. Ces deux articles reprenant également le décret 53-1186 du 29 novembre 1953 (articles 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.

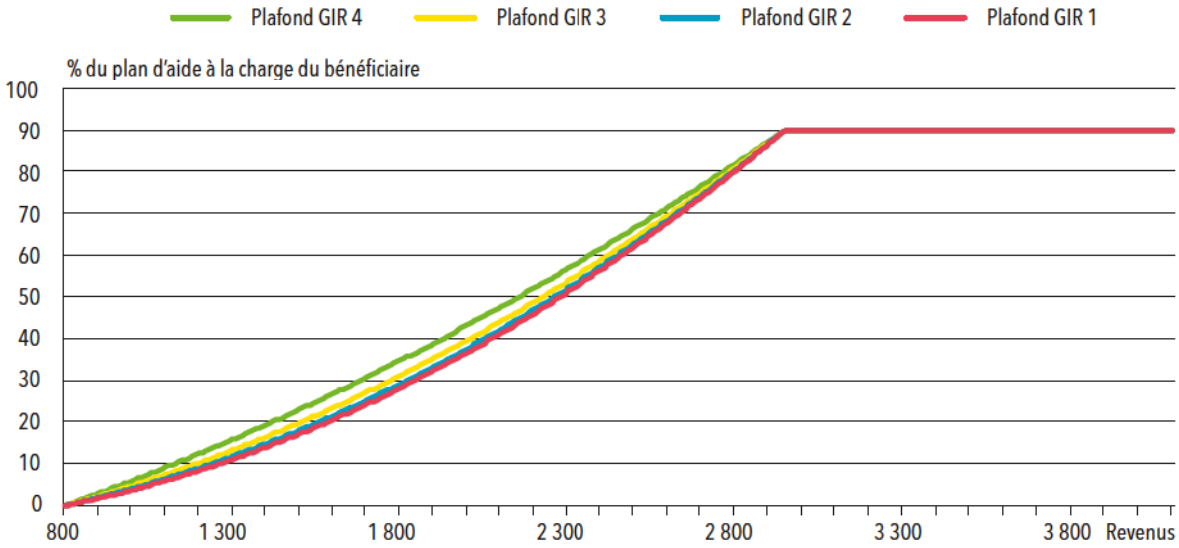
éligibles à l'APA sont celles relevant des groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4[5].

Pour les personnes résidant en logement ordinaire ou en résidence autonomie – APA dite « domicile » –, l'APA est une aide en nature permettant la prise en charge d'une partie des frais issus d'un plan d'aide établi par une équipe médico-sociale du département après évaluation de l'état de la personne bénéficiaire. Les montants des plans d'aide sont plafonnés, le plafond dépendant du GIR de la personne bénéficiaire. La majorité des versements consiste à rémunérer une aide 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. L'APA est également versée en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et sert alors à couvrir une partie du tarif « dépendance » facturé aux résidents, tarif qui est négocié entre l'établissement et le conseil départemental.

L'APA ne peut pas faire l'objet d'un recours sur succession de la part des conseils départementaux qui l'ont financée. Par ailleurs, s'il n'y a pas de conditions de ressources pour bénéficier de l'APA, le montant versé est fortement conditionné à celles-ci : ainsi un bénéficiaire ne perçoit que 10 % de l'allocation si ses revenus dépassent un certain plafond[6] (graphiques 1 et 2).

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement[7] a modifié les montants attribués pour l'APA à domicile[8]. D'une part, les plafonds des plans d'aide ont été relevés, de 100 euros à 400 euros par mois selon le GIR. D'autre part, le

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



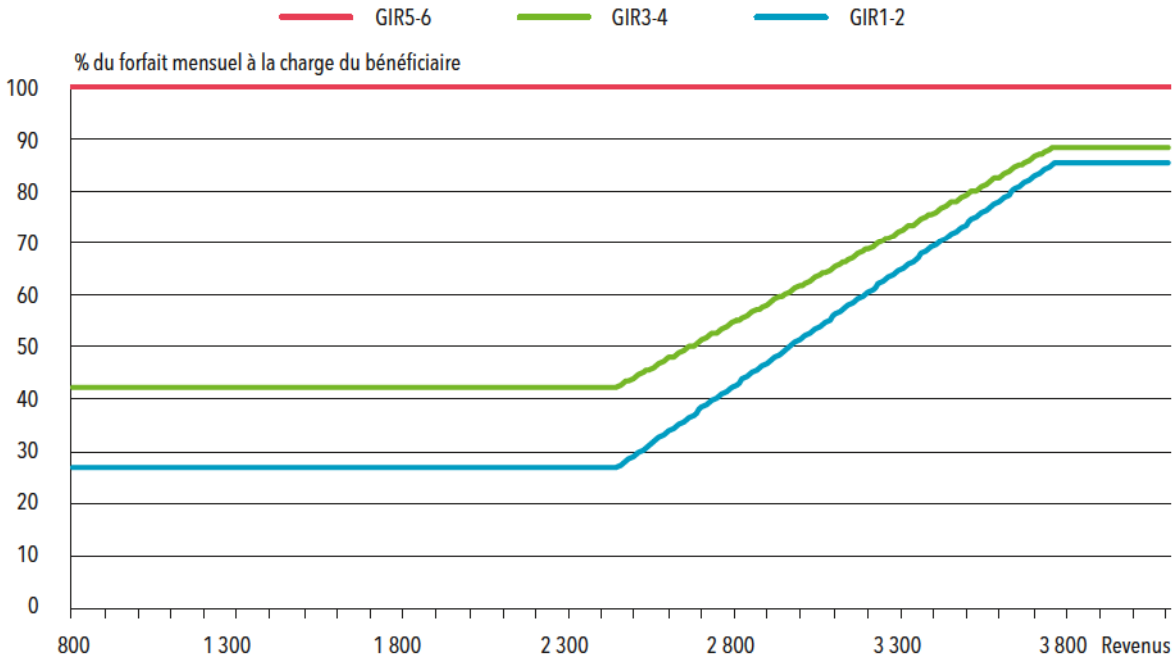
Note > Les montants mensuels des plans d'aide considérés pour l'exemple sont ceux correspondants aux différents plafonds de l'APA à domicile : 662,95 euros pour le GIR 4, 993,88 euros pour le GIR 3, 1 375,54 euros pour le GIR 2 et 1 713,09 euros pour le GIR 1 en 2016.

Lecture > Pour un plan d'aide correspondant au plafond du GIR 4, le reste à charge d'un bénéficiaire ayant des revenus mensuels de 1 500 euros correspond à 23 % du montant du plan d'aide (152,74 euros). Ce reste à charge est nul pour les bénéficiaires ayant des revenus mensuels de 800 euros.

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

5. Le groupe iso-ressources (GIR) permet de catégoriser les personnes âgées selon leur degré de dépendance, du GIR 6 (personnes autonomes) au GIR 1 (personnes les plus dépendantes).
6. Pour l'APA à domicile, le plafond est fixé à 2 945,22 euros depuis le 1er mars 2016. Les bénéficiaires disposent de la totalité de l'APA à domicile si leurs revenus se situent sous le montant de 799,73 euros.
7. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
8. La réglementation relative à l'APA en établissement reste inchangée.

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 sont les tarifs moyens observés en EHPAD au 31 décembre 2011 : 5,20 euros par jour pour les GIR 5 et 6, 12,30 euros par jour pour les GIR 3 et 4, 19,40 euros par jour pour les GIR 1 et 2 (source : DREES, enquête EHPA 2011).
Lecture > Pour un bénéficiaire de l'APA en établissement en GIR 3 et ayant un revenu de 3 000 euros mensuels, le reste à charge correspond à 62 % du montant mensuel du tarif hébergement, soit 229 euros. Une partie des départements financent l'APA en établissement sous forme de dotation globale et n'appliquent pas la dégressivité en fonction du revenu.
Source > Code de l'action sociale et des familles, article R. 232-19.

montant du ticket modérateur (c'est-à-dire la part du montant du plan d'aide que le bénéficiaire doit prendre à sa charge) ne dépend désormais plus seulement du revenu, mais également du montant du plan d'aide. Cette même loi a introduit par ailleurs un module supplémentaire à l'APA : le droit au répit des proches aidants, qui permet la majoration du plan d'aide pour le recours à un ou des dispositifs d'accueil temporaire.

L'aide ménagère

L'APA n'est pas la seule aide sociale du département pour les personnes dépendantes ou en risque de dépendance à domicile, comme les personnes relevant des GIR 5 et 6. Au titre de l'aide sociale, les personnes âgées 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 » (article 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 du minimum vieillesse[9] (allocation de solidarité aux personnes âgées [ASPA] depuis 2007), celle-ci est versée par la caisse de retraite, et non plus par le département. Cette aide ménagère ne peut pas se cumuler avec l'APA.

L'aide sociale à l'hébergement

L'aide sociale à l'hébergement 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

9. Ce plafond est fixé à 800,80 euros mensuels pour une personne seule et à 1 243,24 euros pour un couple en 2016.

accueillants familiaux. Elle peut être cumulée avec l'APA. Elle répond à la définition « stricte » de l'aide sociale : elle dépend des revenus, et est récupérable auprès d'obligés alimentaires et sur succession. Par ailleurs, elle n'intervient qu'en complément de la partie payée par le résident, dans la limite de 90 % de ses revenus propres. Un revenu minimum mensuel est toutefois garanti au bénéficiaire de l'ASH, pour son usage personnel. Son montant est égal à 1 % du montant annuel de l'ASPA[10] (article R. 231-6 du CASF).

Les autres aides aux personnes âgées

En complément des aides sociales versées par les conseils départementaux, certaines mairies apportent des aides ou réalisent des actions sociales pour les personnes âgées, sous la forme d'aides financières ou en nature. 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). ■

10. Soit 96,10 euros par mois en 2016.

05 L'aide sociale départementale aux personnes âgées

Fin 2015, 1,4 million de mesures d'aide sociale ont été allouées aux personnes âgées dépendantes par les départements, pour une dépense brute globale de 8,2 milliards d'euros. La dynamique de l'aide à domicile n'est pas la même que celle de l'aide en établissement. Entre 2005 et 2015, si l'ensemble des mesures et des masses de dépenses associées croît, la dépense moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale à domicile a tendance à diminuer tout au long de cette période, tandis que celle des bénéficiaires accueillis en établissement ou chez des particuliers reste stable. Les disparités géographiques de ces dépenses sont marquées.

Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent disposer d'une aide sociale du département, qu'elles continuent à résider à domicile ou qu'elles soient hébergées en établissement (principalement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD]). L'aide sociale départementale aux personnes âgées se compose essentiellement de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), des aides ménagères, de l'aide à l'accueil familial, ainsi que, depuis 2002, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette dernière aide peut être acquise à domicile ou en établissement.

1,4 million de mesures d'aide sociale fin 2015, pour 8,2 milliards d'euros de dépenses

Au 31 décembre 2015, les départements ont octroyé 1,4 million de mesures d'aide sociale aux personnes âgées, dont 767 000 mesures d'aide à domicile et 640 000 mesures d'aide à l'accueil[1] (tableau 1). Ces nombres d'aides sont supérieurs à ceux des personnes âgées aidées, car une même personne peut percevoir plusieurs aides.

Les dépenses brutes associées s'élèvent à 8 milliards d'euros, dont 3,3 milliards pour l'aide à domicile et 4,6 milliards pour l'aide à l'accueil. Si l'on y ajoute les participations et subventions[2], les dépenses brutes totales sont de 8,2 milliards d'euros (soit 7 milliards d'euros de dépenses nettes, une fois tenu compte des éventuelles récupérations). La dépense brute totale d'APA s'élève à 5,6 milliards d'euros. La décomposition des dépenses au sein du secteur d'intervention de l'aide aux personnes âgées est ici systématiquement fournie en données brutes, c'est-à-dire non déduites des éventuels recours en récupération, recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, remboursements de participations et de prestations, mandats annulés ou subventions. La ventilation des récupérations permettant de calculer les dépenses nettes ne peut en effet être réalisée que pour chaque grand poste de dépenses et non par poste détaillé[3].

L'aide sociale aux personnes âgées a subi des changements majeurs après l'introduction de l'APA en 2002. La montée en charge de cette allocation, qui s'est prolongée jusqu'au début des années 2010, ainsi qu'une certaine pression démographique ont occasionné une augmentation du nombre de mesures d'aide à domicile de 33 % entre 2005 et 2015, et de 26 % du nombre de mesures d'accueil des personnes âgées dépendantes. L'augmentation associée des dépenses est en revanche, au cours de cette période, très différente selon l'aide considérée : elle est de +4,8 % en euros constants pour l'aide à domicile, et de +27 % pour l'aide à l'accueil.

1. Le nombre de mesures au 31 décembre est exprimé en nombre de personnes payées au titre du mois de décembre.
2. 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).
3. Voir Vue d'ensemble.

Tableau Nombre de mesures d'aide sociale aux personnes âgées et dépenses associées entre 2005 et 2015

	2005		2015		Evolution 2015/2005	
	Nombre de mesures	Dépenses brutes	Nombre de mesures	Dépenses brutes	Nombre de mesures	Dépenses brutes
	En milliers	En millions d'euros courants	En milliers	En millions d'euros courants	En %	En % d'euros constants
Aides à domicile	**579**	**2 799**	**767**	**3 337**	**32,5**	**4,8**
dont Aides ménagères	32	129	19	74	-38,7	-49,2
dont APA*	547	2 671	748	3 263	36,6	7,4
Aides à l'accueil	**510**	**3 214**	**640**	**4 643**	**25,5**	**27,0**
dont Aide sociale à l'hébergement (ASH)	116	1 856	120	2 285	3,2	8,3
dont Accueil chez des particuliers	2	10	2	18	38,3	64,5
dont APA*	392	1 348	517	2 338	32,0	52,5
Total des aides à domicile et à l'accueil	**1 089**	**6 013**	**1 407**	**7 980**	**29,2**	**16,7**
dont APA*	939	4 019	1 265	5 601	34,7	22,5
Autres aides	**-**	**169**	**-**	**229**	**-**	**19,2**
Total	**1 089**	**6 182**	**1 407**	**8 209**	**29,2**	**16,7**

* Personnes payées au titre du mois de décembre de chaque année.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2005 et 2015.

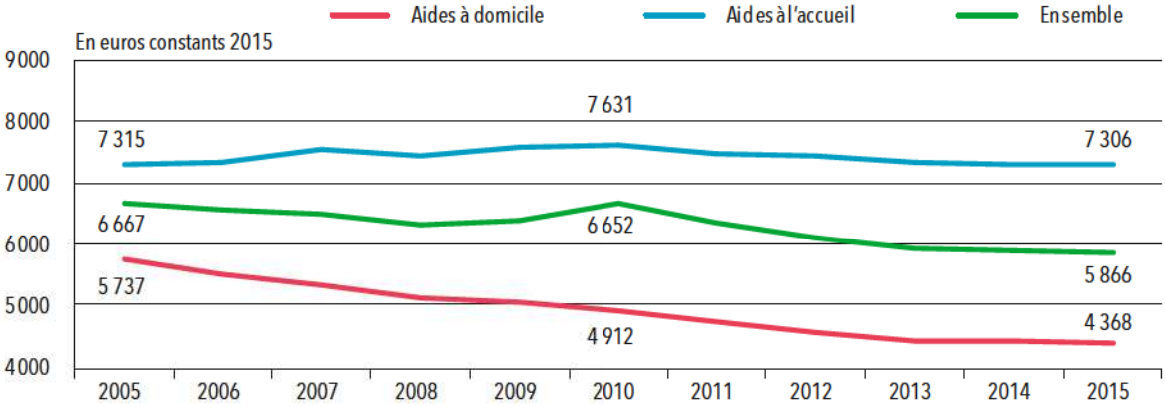
Au total, en 2015 en France, l'aide à domicile représente 55 % des mesures d'aide sociale aux personnes âgées, pour 42 % des dépenses[4] ; l'aide à l'accueil représente 45 % des mesures d'aide sociale, pour 58 % des dépenses. La structure des dépenses brutes a largement évolué en dix ans, au contraire de la structure des mesures d'aide.

Les proportions de personnes âgées bénéficiaires d'une aide sociale tendent à se stabiliser, après avoir fortement augmenté au début des années 2000 à la suite de l'introduction de l'APA. En 2015, 9 % des personnes de 60 ans ou plus sont bénéficiaires d'une aide sociale départementale[5]. Rapporté au nombre de personnes de 75 ans ou plus, qui constituent de loin la plus grande proportion de personnes bénéficiaires de l'APA, ce taux est de 23 %. Ces proportions étaient respectivement de 3 % et 7 % en 2001, juste avant l'entrée en vigueur de l'APA[6].

La dépense brute moyenne par aide[7], de 5 700 euros par an en 2005 (soit 6 700 en euros constants de 2015), diminue en euros constants au cours des dix dernières années, en raison notamment de la baisse des dépenses moyennes d'APA par bénéficiaire à domicile[8] (graphique 1). Elle s'établit à 5 900 euros en 2015 (4 400 euros à domicile et 7 300 euros en hébergement). La dépense moyenne d'aide à l'accueil (APA, ASH, aide à l'accueil par des particuliers regroupées), elle, reste stable alors même que les dépenses moyennes pour chacune de ces aides prises séparément augmentent : de +5 % pour l'ASH à +14 % pour l'APA en établissement.

4. En dehors des dépenses des « autres aides aux personnes âgées ».
5. Chiffres non corrigés des doubles comptes, donc un peu surévalués du fait du cumul possible de plusieurs aides par une personne. L'enquête Aide sociale ne recense que le nombre de mesures.
6. L'APA a remplacé la prestation spécifique dépendance (PSD) qui existait depuis 1997.
7. Pour tenir compte le plus possible des variations du nombre de bénéficiaires au cours de l'année, la dépense moyenne par bénéficiaire pour une année *n* est calculée en faisant le rapport de la dépense totale annuelle de cette année *n* divisée par la moyenne des nombres de bénéficiaires au 31 décembre des années *n-1* et *n*. Il s'agit en toute rigueur d'une dépense par aide : certaines personnes peuvent bénéficier simultanément de plusieurs aides, sans qu'il soit possible d'isoler ces doubles comptes au dénominateur du ratio.
8. Voir fiche 6.

Graphique 1 Dépenses annuelles moyennes d'aide sociale aux personnes âgées par bénéficiaire à domicile et accueillis en établissement ou chez des particuliers de 2005 à 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2015.

Ces hausses pour chaque aide prise séparément sont en effet compensées par l'augmentation du poids de l'APA, dont la dépense est en moyenne moins élevée que celle de l'ASH, parmi l'ensemble des aides à l'accueil.

L'accroissement du nombre de bénéficiaires suit la tendance démographique

Que ce soit pour l'aide à domicile ou pour l'aide à l'accueil, la croissance du nombre de bénéficiaires s'infléchit au tournant des années 2010, traduisant principalement la fin de la montée en charge de l'APA (graphique 2). À domicile, le taux de croissance du nombre des bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées est ainsi passé de 9,4 % entre 2005 et 2006, à 0,8 % entre 2014 et 2015, la diminution de ce taux étant continue tout au long de la période. En établissement, le taux de croissance était de 3,2 % entre 2005 et 2006, il est de 1,3 % entre 2014 et 2015. Le taux de croissance n'a cependant commencé à faiblir que vers 2011. Parallèlement, la croissance démographique des personnes âgées ralentit également au cours de la première moitié des années 2010 par rapport au rythme observé un peu avant 2010, et ce en cohérence avec les évolutions du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale (graphique 3). Entre 2014 et 2015, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus a augmenté de 1,8 %, celui des personnes âgées de 75 ans ou plus de 0,4 %.

Les dépenses brutes correspondantes des départements ne suivent pas la même dynamique (graphique 4). Du fait de la croissance atone du nombre de bénéficiaires d'une aide à domicile et de la baisse continue et assez forte de la dépense par bénéficiaire, la dépense globale d'aide sociale à domicile a tendance à diminuer en euros constants au cours des dernières années. À l'inverse, la dépense par bénéficiaire en établissement étant relativement stable en moyenne entre 2005 et 2015, la dépense globale correspondante a plutôt tendance à augmenter en euros constants.

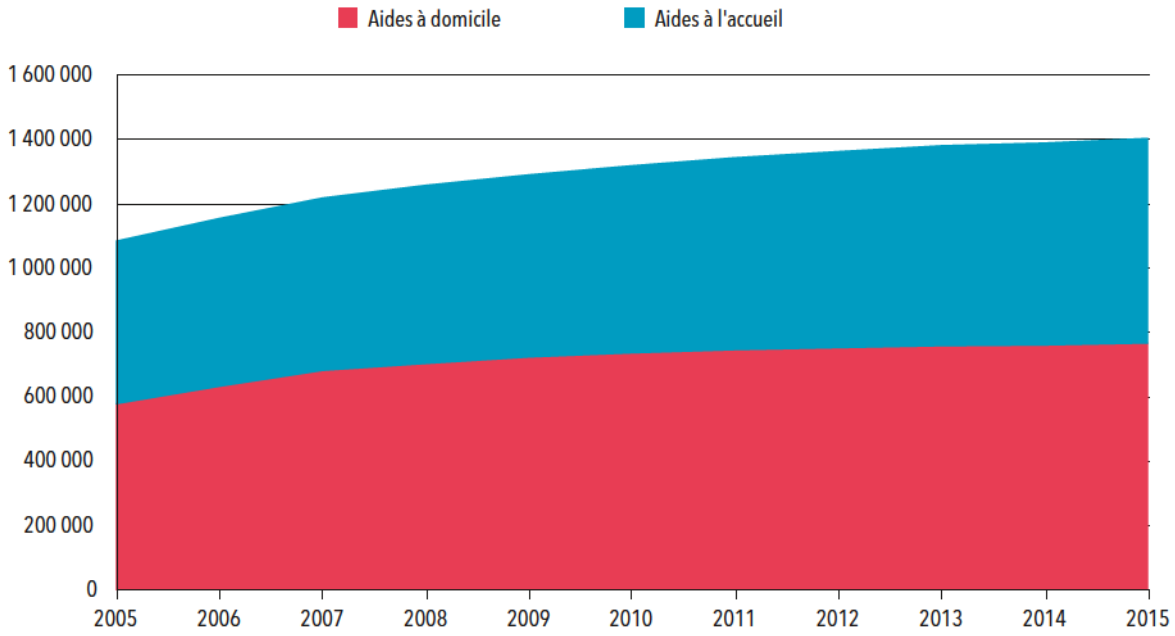
De fortes disparités départementales

Au 31 décembre 2015, le nombre de mesures d'aide sociale aux personnes âgées représente 8,6 % du nombre de personnes de 60 ans ou plus (dépendantes ou non) sur le territoire national[9]. Les personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale se répartissent de façon inégale selon les départements : si les départements de région parisienne, de l'est et de l'ouest de la France ont relativement peu de bénéficiaires, certains autres, plutôt situés aux extrêmes nord et sud, mais aussi les DROM, en ont un nombre élevé (carte 1).

Plusieurs pistes d'explications peuvent être avancées pour ces disparités :

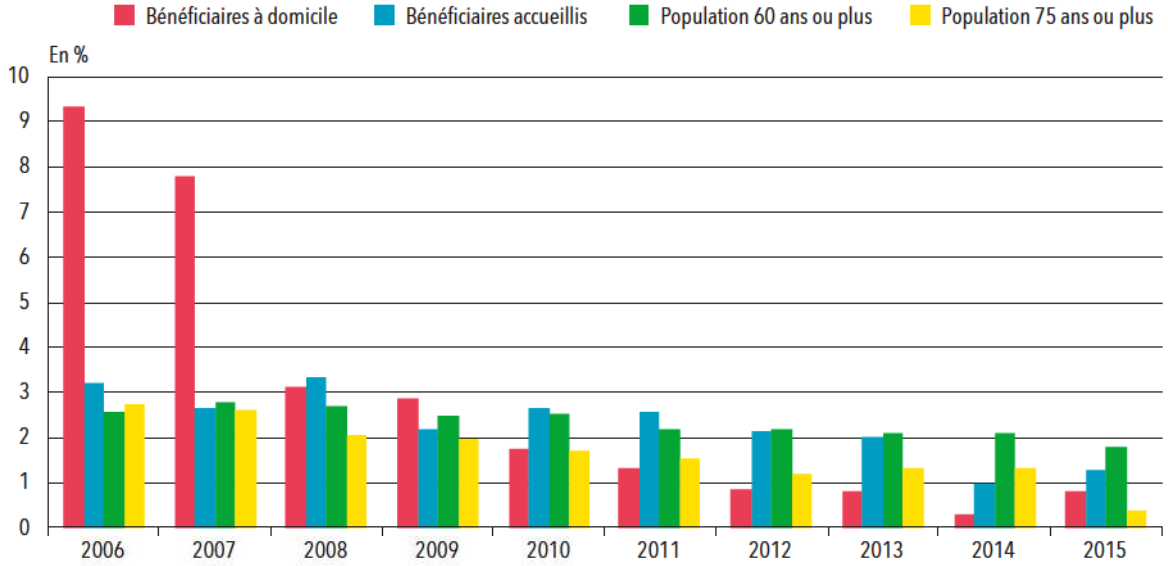
9. Ce qui ne veut pas dire que 9 personnes âgées sur 100 sont en situation de perte d'autonomie ; il s'agit ici d'une mesure administrative.

Graphique 2 Évolution du nombre de mesures d'aide sociale aux personnes âgées de 2005 à 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2005 à 2015.

Graphique 3 Taux d'évolution annuelle du nombre de bénéficiaires et de la population âgée entre 2005 et 2015

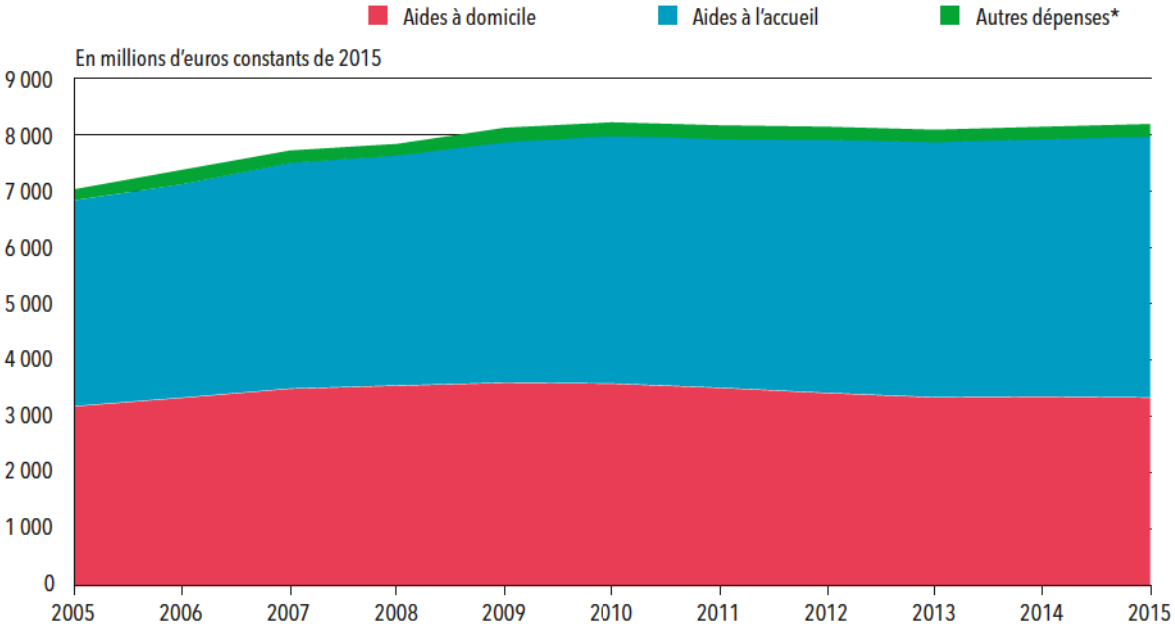


Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2006 à 2015.

- des différences territorialisées de prévalence de la dépendance[10] ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative de la perte d'autonomie (pratiques d'évaluation du GIR différentes, par exemple) ;
- le nombre de places d'hébergement, très divers selon les départements ;
- la substitution de la PCH ou de l'ACTP vers l'APA aux âges « avancés », qui peut être plus ou moins prononcée selon le territoire[11] ;

10. Voir à ce titre les résultats de l'enquête Vie Quotidienne et Santé 2014.

Graphique 4 Dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées entre 2005 et 2015



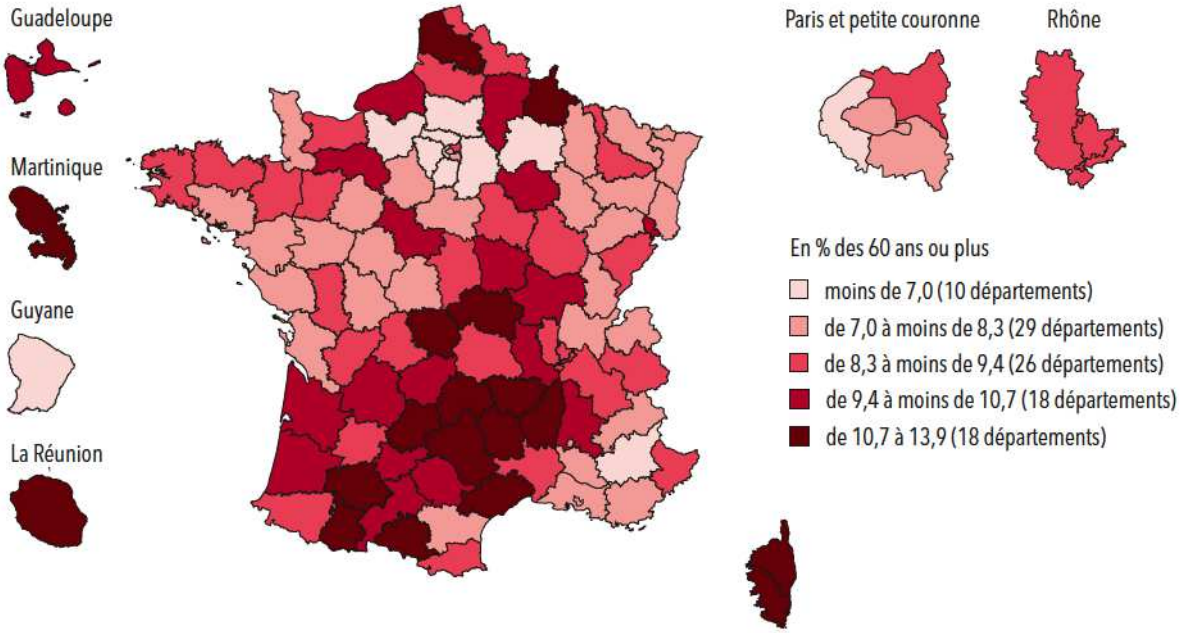
*Dont subventions et participations.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2005 à 2015.

- 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.

En matière de dépenses moyennes par bénéficiaire, les disparités sont également marquées (cartes 2 et 3). À domicile, les deux tiers des départements ont une dépense annuelle par bénéficiaire comprise entre 3 635 euros et 5 050 euros, 15 % ont une dépense annuelle par bénéficiaire supérieure à 5 050 euros. Pour les bénéficiaires accueillis en établissement médico-social ou chez des particuliers, les dépenses annuelles sont encore plus disparates[12]. Elles dépassent 10 000 euros annuels en moyenne dans les départements corses, les départements d'outre-mer, à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans l'Essonne. ■

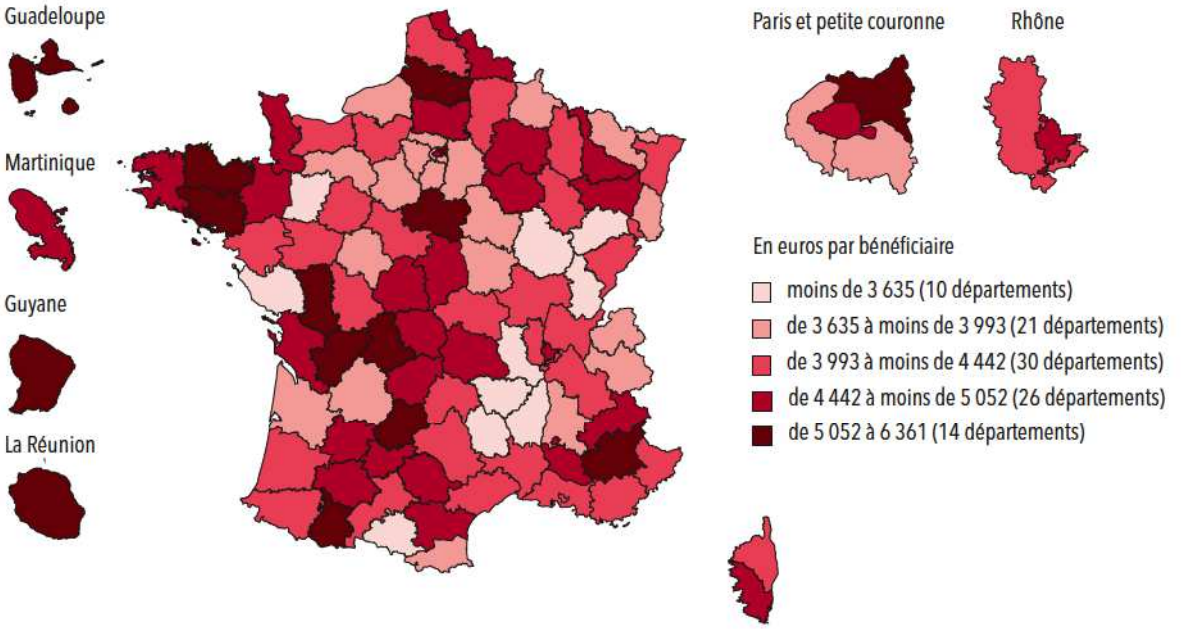
11. Voir fiche 11.
12. Ces écarts sur les dépenses d'accueil pourraient notamment s'expliquer par les différences de gestion de l'ASH d'un département à l'autre : en effet, s'agissant de dépenses brutes, elles peuvent, selon les départements, inclure ou non une avance faite par le département aux personnes bénéficiaires en établissement. Dans un cas, les bénéficiaires remboursent leur quote-part au département, sous la forme d'une récupération, dans l'autre ils la paient directement à l'établissement médico-social.

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale aux personnes âgées, fin 2015



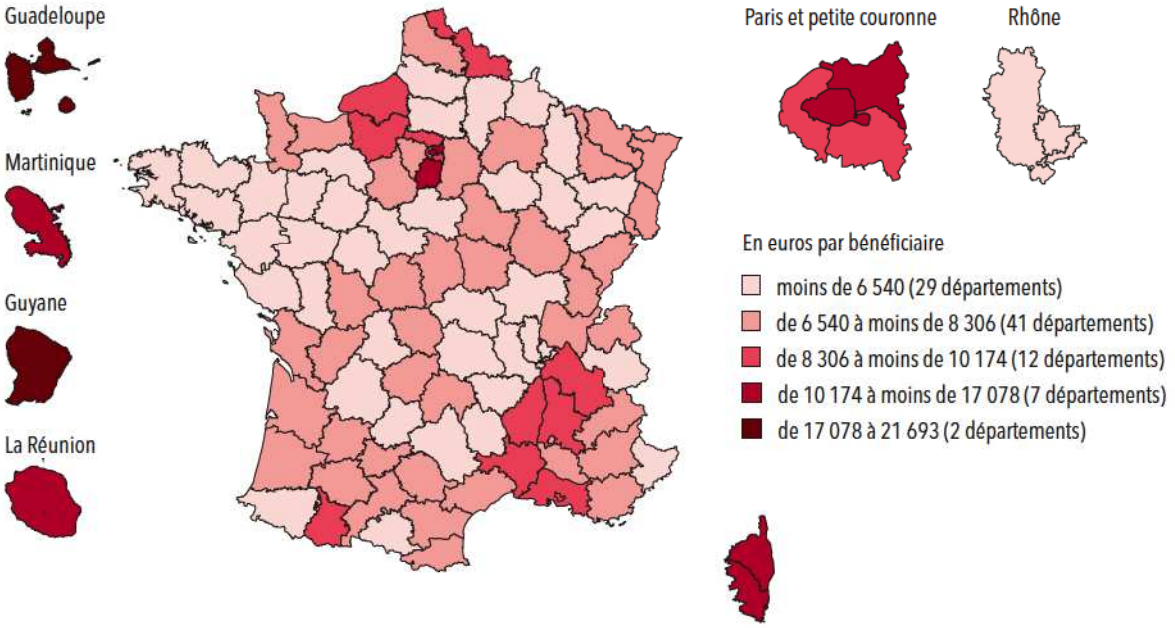
Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, la proportion de mesures d'aide sociale aux personnes âgées est de 8,6 pour 100 habitants de 60 ans ou plus.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Carte 2 Dépenses brutes moyennes par bénéficiaire de l'aide sociale aux personnes âgées à domicile selon les départements en 2015



Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, en 2015, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes âgées à domicile s'élève à 4 350 euros.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Carte 3 Dépenses brutes moyennes par bénéficiaire de l'aide sociale aux personnes âgées accueillies selon les départements en 2015



Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe)
Lecture > Au niveau national, en 2015, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes âgées accueillies s'élève à 7 260 euros.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Pour en savoir plus

> **Bérardier M.**, 2015, « Aide sociale à l'hébergement et allocation personnalisée d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement », DREES, *Études et Résultats*, n° 909, mars.
> **Brunel M., Carrère A.**, 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 – Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 », DREES, *Les Dossiers de la DREES*, n° 13, mars.
> **Darcillon T.**, 2016, « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », in *La protection sociale en France et en Europe en 2014 : Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2016*, DREES, coll. Panoramas de la DREES – social, juin.
> **Fizzala A.**, 2016, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », DREES, *Les Dossiers de la DREES*, n° 1, mars.
> **Marquier R.**, 2013 « Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010) », DREES, *Dossier Solidarité Santé*, n° 39, avril.
> **Minne M.-D., Leroux I.**, 2016, « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements », INSEE, *INSEE Focus*, n° 71, décembre.

06 Les bénéficiaires et les dépenses de l'allocation personnalisée d'autonomie

En 2015, 1,3 million de personnes de 60 ans ou plus perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dont plus de 500 000 en établissement. Les dépenses totales d'APA s'élèvent à 5,6 milliards d'euros, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire à 4 450 euros.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) représente les neuf dixièmes de l'ensemble des mesures d'aide sociale des départements en faveur des personnes âgées. Le reste des aides aux personnes âgées est consacré à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), à l'accueil chez des particuliers ou aux aides ménagères. Le nombre total de bénéficiaires de l'APA est estimé à 1 265 000 fin 2015[1].

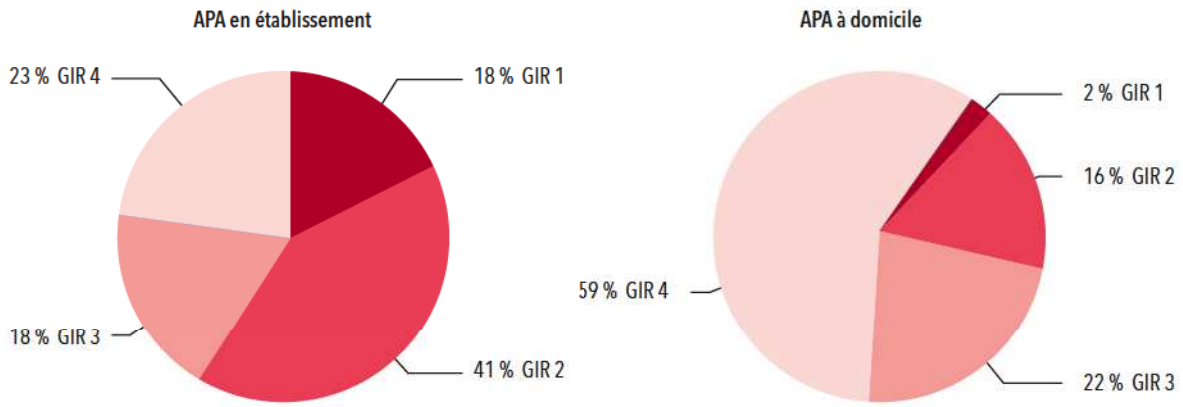
Plus de 500 000 prestations allouées aux personnes âgées vivant en établissement ou chez des particuliers…

En décembre 2015, l'APA en établissement[2] est versée à 517 000 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 dépendance 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 en établissement, 59 % sont très dépendants et classés en groupe iso-ressources (GIR) 1 ou 2, selon la grille AGGIR. Ils sont 18 % à être évalués en GIR 3 et, pour les moins dépendants, 23 % en GIR 4 (graphique 1).

Parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, la part de ceux résidant en établissement varie de 8 % à 67 % selon les départements. Cette part est plus élevée dans les départements du nord-ouest de la France (carte 1) et plus faible dans ceux du sud de la France, de la Corse ainsi que dans les départements d'outre-mer.

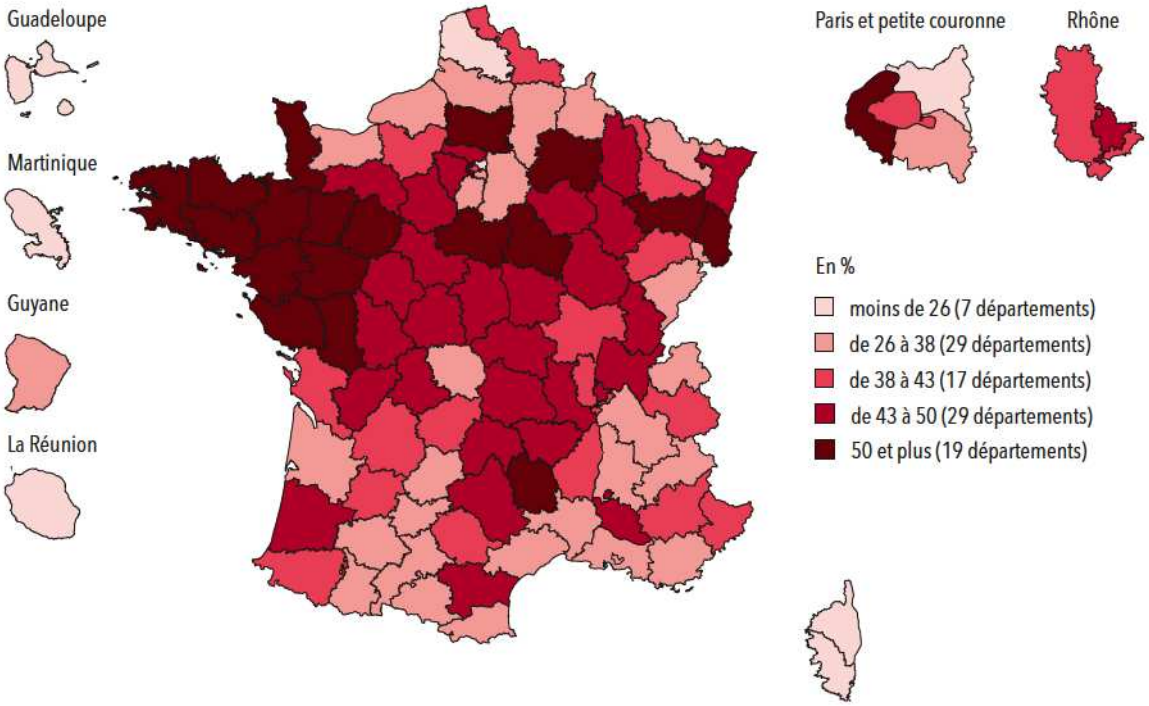
Graphique 1 Bénéficiaires de l'APA par GIR, en décembre 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

1. Les bénéficiaires de l'APA sont les bénéficiaires payés au titre du mois de décembre 2015. Le nombre de bénéficiaires ayant des droits ouverts est quasiment équivalent à celui de bénéficiaires payés (95 % des bénéficiaires ayant des droits ouverts ont été payés au titre du mois de décembre 2015).
2. 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.

Carte 1 Part des bénéficiaires de l'APA en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, fin 2015



Note > Les départements ont été classés selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > À titre d'exemple, la part des bénéficiaires d'APA en établissement est supérieure à 50 % dans le Finistère au 31 décembre 2015. La moyenne nationale est de 41 %.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

...et 748 000 prestations allouées aux personnes âgées vivant à domicile

748 000 personnes perçoivent l'APA à domicile, soit 59 % de l'ensemble des bénéficiaires de cette allocation. Leur nombre est stable entre 2014 et 2015. L'APA à domicile est affectée au paiement de dépenses préalablement identifiées dans le cadre d'un plan d'aide[3]. En moyenne, fin 2015, 93 % des montants versés d'APA à domicile sont mobilisés pour financer le recours à un intervenant à domicile[4] (tableau). 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. La personne âgée peut également recruter et employer directement un salarié qui intervient à son domicile. En moyenne, 81 % des dépenses couvertes par l'APA pour rémunérer des intervenants à domicile concernent des services prestataires, 5 % des services mandataires et 14 % des recrutements directs par les personnes âgées. La loi prévoit, en effet, un recours préférentiel aux services prestataires en cas de perte d'autonomie importante.

Les 7 % des dépenses d'APA à domicile restantes servent, aux trois quarts, à financer différentes aides à l'autonomie (aides techniques, portage de repas, téléalarme, transport, etc.). Le dernier quart finance 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.

59 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont, selon la grille AGGIR, modérément dépendants (GIR 4) [graphique 1]. Ils perçoivent 40 % des montants versés pour l'APA à domicile. Les personnes évaluées en GIR 3 représentent 22 % des bénéficiaires et 27 % des montants versés. Celles évaluées en

3. Ce plan d'aide est établi par une équipe médico-sociale après évaluation des besoins.
4. Sur la base de 72 départements ayant répondu à cette question.

Tableau Répartition des dépenses couvertes par l'APA à domicile après déduction de la participation financière des bénéficiaires en 2015

En %

	Répartition
Rémunération d'intervenants à domicile :	93
Par un service mandataire	4
Par un service prestataire sous dotation	11
Par un service prestataire hors dotation	64
En emploi direct	13
Prise en charge d'aides diverses concourant à l'autonomie	5
Règlement des frais d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire	1
Règlement de l'accueil familial à titre onéreux	1
Total des dépenses APA à domicile	**100**

Note > Sur la base de 80 départements répondants. Les pourcentages sont arrondis à l'unité ; les sommes peuvent donc différer légèrement du total.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

GIR 2 regroupent 16 % des bénéficiaires mais 28 % des montants versés. Enfin, les personnes les plus dépendantes, évaluées en GIR 1, représentent 2 % des bénéficiaires et 5 % des montants versés.
Au niveau national, près d'un bénéficiaire sur cinq de l'APA à domicile est en GIR 1 ou 2. Toutefois, cette proportion varie au niveau départemental de 9 % à 36 % (carte 2).

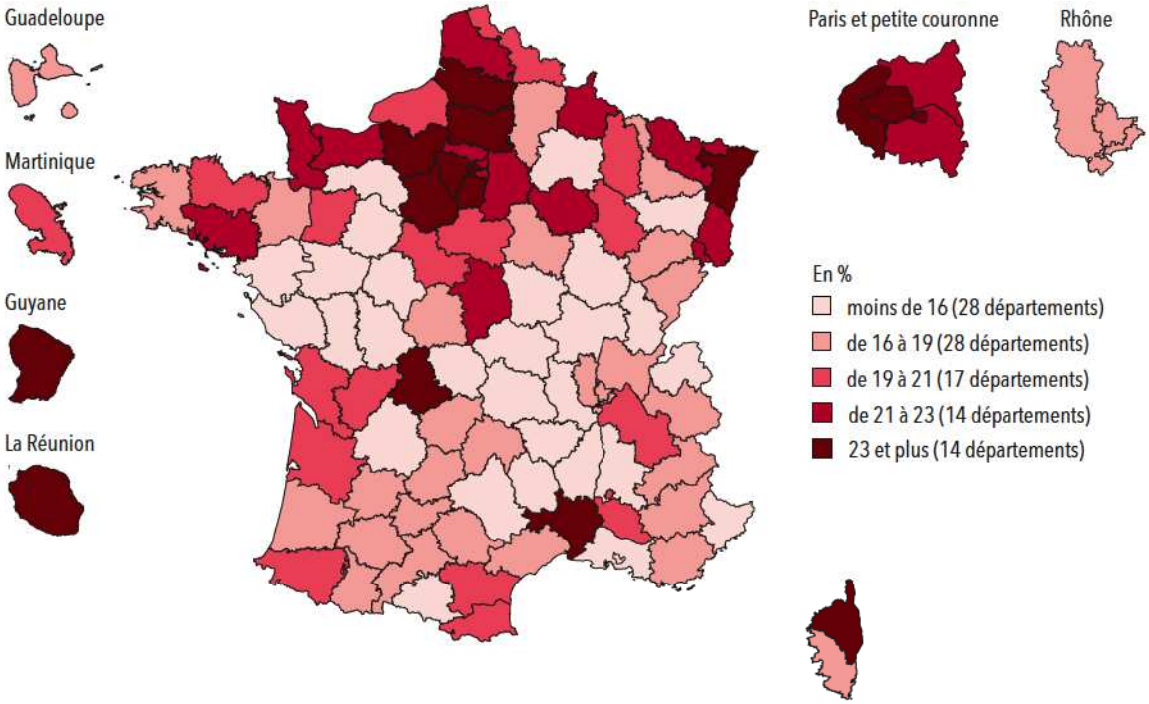
Des évolutions différenciées des dépenses à domicile et en établissement

En 2015, les dépenses brutes d'APA s'élèvent à 5,6 milliards d'euros, dont 3,3 milliards d'euros pour l'aide à domicile et à 2,3 milliards d'euros pour l'accueil en établissement. Depuis sa création en 2002, les dépenses totales d'APA ont ainsi été multipliées par 2,5 (+149 % en euros constants), le nombre de bénéficiaires ayant dans le même temps doublé.
Les dépenses d'APA à domicile et en établissement suivent toutefois des trajectoires différentes : au cours de la période 2010-2015, les dépenses en établissement progressent de 14 % (en euros constants), tandis que celles à domicile diminuent de 7 %. Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires augmentent en établissement (+12 %) comme à domicile (+5 %). Les montants des plans d'aide à domicile restent stables en moyenne, mais la part payée par les bénéficiaires (ticket modérateur) est sensiblement plus élevée en 2011 qu'en 2003[5], la part complémentaire à la charge des départements suivant donc mécaniquement une évolution contraire. Au cours de la période récente, le montant moyen des pensions des personnes retraitées augmente en euros constants, ce qui peut expliquer en partie une telle hausse du ticket modérateur. Il se peut également que certains départements ne prennent pas ou plus en charge les mêmes coûts des services d'aide à domicile qu'auparavant, par exemple la différence entre le tarif négocié pour l'APA et le surcoût du service.
En établissement, le montant dédié à l'APA par bénéficiaire a considérablement augmenté entre 2003 et 2011, probablement en raison d'une hausse des tarifs dépendance pratiqués par les établissements. En revanche, les parts à la charge respectivement des résidents et des départements sont restées, en moyenne, identiques au cours de cette période. La modulation de ces parts selon les revenus des bénéficiaires concernent des niveaux de revenu sensiblement plus élevés que dans le cas de l'APA à domicile[6].

5. Ces informations, issues de l'enquête trimestrielle de la DREES sur l'APA, ne sont disponibles que jusque fin 2011, du fait de l'arrêt de cette enquête à cette date. Celle-ci a repris en 2016, sous une forme modifiée, afin d'assurer un suivi à un rythme trimestriel de la montée en charge de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015).
6. Voir fiche 4.

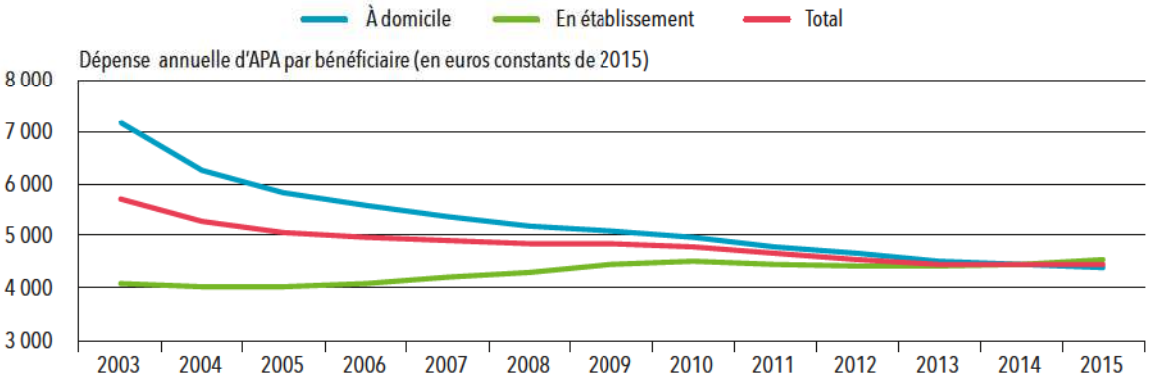
Au total, si, en 2010, la dépense par bénéficiaire est plus élevée de 10 % à domicile qu'en établissement (l'écart était de 46 % en 2005), en 2014, ces deux dépenses convergent vers une même valeur de 4 450 euros par an (graphique 2). En 2015, la dépense par bénéficiaire est désormais plus élevée en établissement qu'à domicile (respectivement 4 550 et 4 385 euros). Elle s'établit en moyenne à 371 euros par mois, pour l'ensemble des bénéficiaires. ■

Carte 2 Part de personnes âgées en GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile, fin 2015



Note > Les départements ont été classés selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > À titre d'exemple, la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 et 2 est supérieure à 23 % dans l'Oise au 31 décembre 2015. Le taux national est de 19 %.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Graphique 2 Évolution de la dépense annuelle moyenne de l'APA par bénéficiaire entre 2003 et 2015



Note > En 2015, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est de 4 385 euros à domicile, soit 365 euros par mois.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2015.

07 L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées

En 2015, 120 000 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 de 1,3 milliard d'euros. Ces cinq dernières années, le nombre de bénéficiaires est relativement stable tandis que les dépenses associées augmentent.

Les personnes âgées, lorsqu'elles ne peuvent rester à leur domicile, ont la possibilité d'accéder à l'aide sociale départementale pour être accueillies chez des particuliers (placement familial) ou dans un établissement public ou privé du secteur médico-social ou sanitaire. L'aide sociale à l'hébergement permet d'acquitter tout ou partie de ces frais de séjour.

Un nombre de bénéficiaires relativement stable

En 2015, près de 120 000 personnes âgées bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) au titre d'un hébergement en établissement[1], dont 92 000 âgées de 75 ans ou plus, soit moins de 1 % de la population âgée de 60 ans ou plus et 2 % de celle âgée de 75 ans ou plus. Elles occupent 16 % des 750 000 places d'hébergement installées au 31 décembre 2015. Parmi ces personnes, 101 300 vivent en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et bénéficient d'un entretien complet (hébergement et restauration), 10 400 séjournent en unités de soins de longue durée, 2 900 en maisons de retraites (hors EPHAD) et 5 100 bénéficient uniquement d'une prise en charge de leurs frais d'hébergement en logement-foyer (qui ne sont pas des EHPAD). Les personnes âgées peuvent également être accueillies chez des particuliers. En 2015, près de 2 300 personnes bénéficient de ce mode d'accueil.

Au cours de la période allant de 1992 à 2015, le nombre de bénéficiaires de l'ASH a atteint son plus haut niveau en 1994 avec 138 000 bénéficiaires. À partir de 1995, le nombre de bénéficiaires diminue régulièrement jusqu'en 2003 (-2 600 bénéficiaires par an en moyenne). Depuis 2004, il augmente de nouveau, pour se stabiliser autour de 119 000 bénéficiaires en 2008 (graphique 1).

Des dépenses associées en augmentation

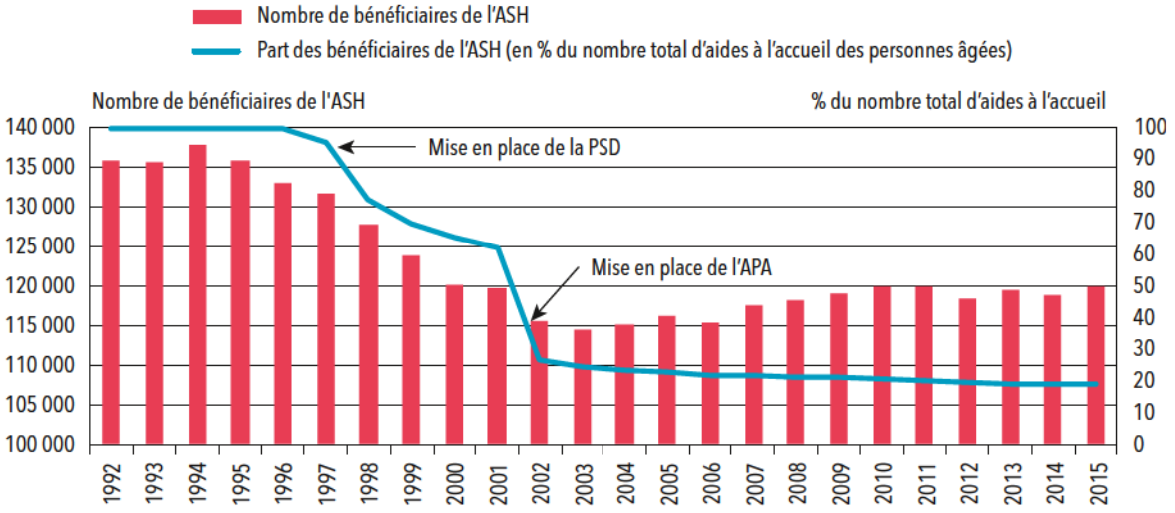
En revanche, les dépenses des départements relatives à l'aide sociale à l'hébergement ont tendance à augmenter au cours de la période 2005-2015, que ce soit en termes bruts (avant récupérations[2]) ou nets (après récupérations)[3]. Environ la moitié des sommes engagées au titre de l'ASH – une proportion stable au cours des dix dernières années – sont récupérées chaque année par les départements. Les dépenses nettes d'ASH sont ainsi passées de 940 millions d'euros en 2005 à 1,3 milliard d'euros en 2015, soit une progression annuelle moyenne de 1,4 %.

Les dépenses nettes moyennes d'ASH par bénéficiaire ont augmenté jusqu'en 2008, passant d'environ 8 100 euros par an en 2005 à 9 700 euros par an en 2008, soit une augmentation de 12 % en euros constants[4], puis elles ont progressé de manière moins soutenue (10 500 euros par an en 2015, soit 873 euros par mois).

---

1. Une même personne peut bénéficier à la fois de l'ASH et de l'APA. Selon une enquête réalisée en 2011 par la DREES auprès des résidents en établissements pour personnes âgées et de leurs proches, 77 % des bénéficiaires de l'ASH perçoivent aussi l'APA.
2. Voir fiche 1.
3. L'ASH est par ailleurs la seule aide sociale pour laquelle on peut, à partir de l'enquête annuelle Aide sociale de la DREES, reconstituer le montant total des récupérations auprès des obligés alimentaires ou par recours sur succession.
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 2015, cet indice a augmenté de 0,04 % en moyenne annuelle.

Graphique 1 Évolution du nombre de bénéficiaires de l'ASH et de leur part dans le nombre total d'aides à l'accueil



Lecture > En 2015, on dénombre 120 000 bénéficiaires de l'ASH (échelle de gauche), soit 19 % du nombre total d'aides à l'accueil des personnes âgées (échelle de droite).
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1992 à 2015.

Une gestion de l'ASH qui diffère selon le département

Le questionnaire de l'enquête Aide sociale de la DREES permet de connaître – du moins en partie – les pratiques des départements en matière de récupérations au titre de l'ASH (graphiques 2A à 2C), celles-ci pouvant varier d'un département à l'autre[5]. En effet, les modalités de paiement aux établissements, les charges prises en compte pour le montant versé de l'ASH ou les procédés en termes de récupérations ne sont pas identiques sur l'ensemble du territoire.

En 2014, près de 40 % des départements payent systématiquement aux établissements, quel que soit leur statut juridique[6], la totalité des frais d'hébergement des résidents percevant l'ASH. Ces frais comprennent la participation des bénéficiaires que les départements récupèrent par la suite. À l'inverse, un département sur cinq ne s'acquitte auprès des établissements que des frais d'hébergement résiduels, une fois déduite la participation des bénéficiaires.

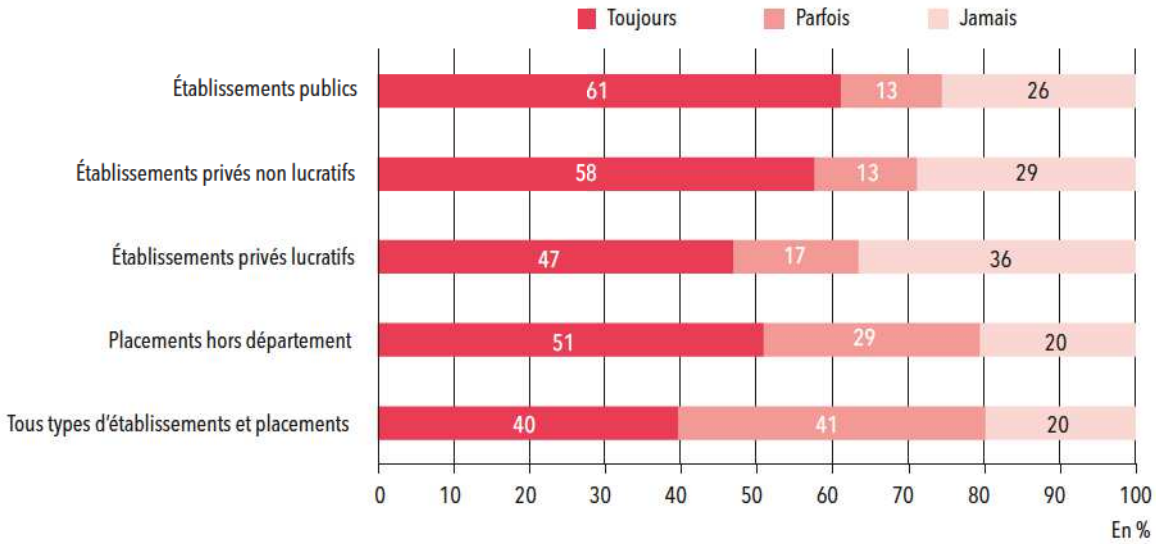
Dans le cadre de l'ASH, la participation demandée au bénéficiaire ne doit pas le priver de toute ressource. Celui-ci doit pouvoir disposer d'au moins 10 % de ses ressources initiales, comme reste à vivre, après participation. Ce reste à vivre doit en outre se situer au-dessus d'une somme plancher (96,10 euros par mois en 2016). Certains départements vont plus loin et lui ajoutent un montant permettant de couvrir certaines autres dépenses. Ainsi, 85 % des conseils départementaux tiennent systématiquement compte des frais relatifs à la dépendance en GIR 5 et 6, non pris en charge par l'APA, dans le montant de l'ASH. À l'inverse, 9 % ne le font jamais. En outre, trois quarts des départements déduisent, toujours ou occasionnellement, de la participation du bénéficiaire certaines charges du type frais de tutelle, de mutuelle ou d'assurance, par exemple. Les frais de tutelle sont les dépenses le plus souvent prises en charge (de manière systématique dans 80 % des départements), devant les frais de mutuelle (72 %), les prélèvements fiscaux (49 %) et les frais d'assurance (46 %).

Enfin, 98 % des départements ont recours systématiquement à l'obligation alimentaire[7], principalement auprès des enfants et/ou des gendres et belles-filles ; les 2 % restant le pratiquent de façon non systématique. Dans 27 % des départements, ce recours est systématique auprès des petits-enfants. Le recours sur succession est toujours mis en œuvre dans 97 % des départements et de façon non-systématique dans 3 % d'entre eux. ■

5. Ce volet de l'enquête ne fait pas l'objet d'une interrogation chaque année : la dernière disponible concerne l'année 2014.
6. Établissements publics, établissements privés à but non lucratif (gérés par des associations) ou établissements privés à but lucratif.
7. Si les ressources des personnes concernées le permettent.

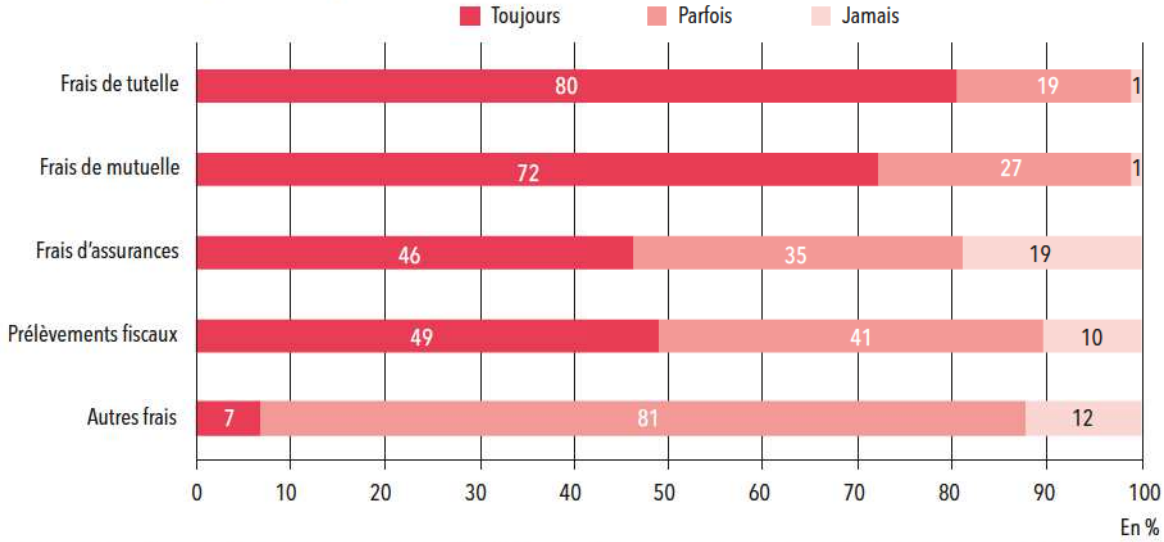
Graphique 2 Répartition des départements

2A - selon qu'ils paient ou non aux établissements la totalité des frais d'hébergement des résidents percevant l'ASH



Note > Sur la base de 96 départements répondants. Frais d'hébergement, y compris la participation du bénéficiaire que les départements récupèrent par la suite.
Lecture > 61% des départements payent systématiquement l'ensemble des frais d'hébergement des résidents percevant l'ASH dans le cas d'établissement publics, contre 47 % dans le cas d'établissements privés lucratifs.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2014.

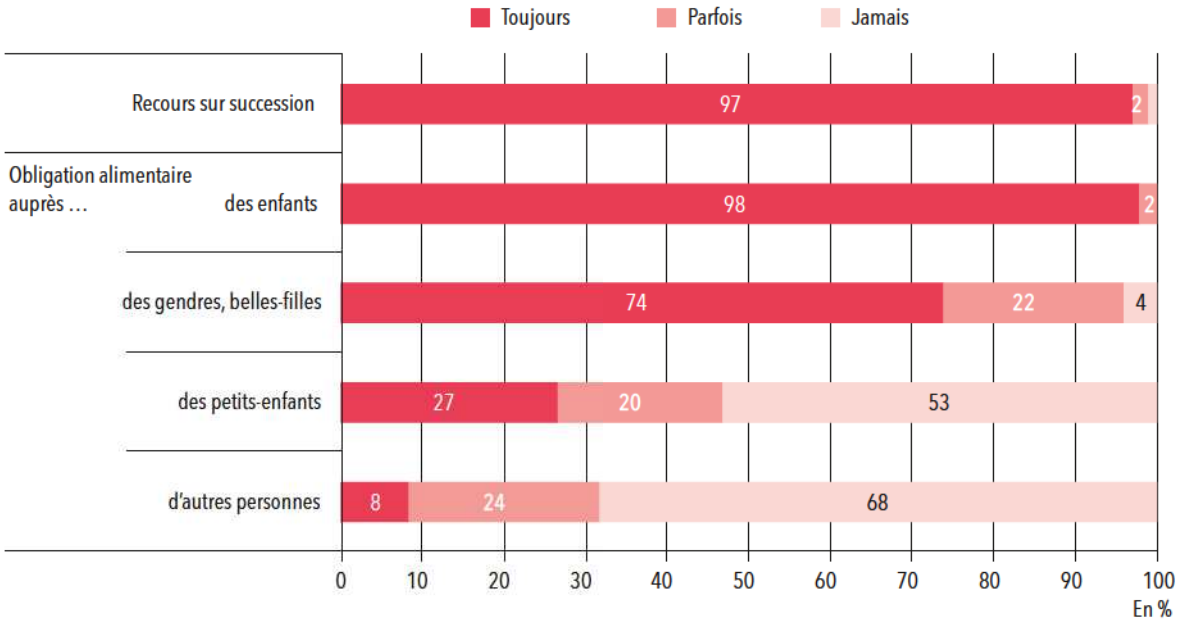
2B - selon les dépenses qu'ils prennent à leur charge



Note > Sur la base de 89 à 97 départements répondants. Les dépenses peuvent être déduites de la participation financière du bénéficiaire.
Lecture > Les frais de mutuelle sont toujours déduits de la participation financière du bénéficiaire dans 72 % des départements, les frais d'assurances dans 46 % d'entre eux. Dans 19 % des départements, les frais d'assurances ne sont jamais déduits de la participation du bénéficiaire.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2014.

Graphique 2 Répartition des départements (suite)

2C - selon leurs pratiques en matière de…



Note > Sur la base de 89 à 98 départements répondants.
Lecture > 98% des départements ont recours systématiquement à l'obligation alimentaire auprès des enfants, 27 % auprès des petits-enfants.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2014.

08 Les caractéristiques des bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées

À domicile comme en établissement, les femmes sont largement majoritaires parmi les bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont en moyenne plus âgés que les bénéficiaires d'une autre aide. La répartition par âge des bénéficiaires de l'APA est par ailleurs homogène quel que soit le degré de dépendance des personnes.

Les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier de plusieurs dispositifs d'aide sociale des conseils départementaux. Lorsqu'elles restent à leur domicile, elles peuvent solliciter l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et disposer ainsi d'heures d'aide à domicile, d'aides techniques, d'un aménagement du logement, d'un accueil de jour ou d'un hébergement temporaire dans le cadre du « droit au répit » de l'aidant. Les personnes non éligibles à l'APA à domicile sont, elles, en situation de recevoir des aides ménagères. Les résidents des établissements pour personnes âgées, parmi lesquels les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), peuvent percevoir l'APA sous forme de contribution aux tarifs de la section dépendance des établissements. Les dépenses relatives à la section hébergement peuvent être prises en charge par l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

Plus de femmes que d'hommes parmi les bénéficiaires

Les hommes sont relativement moins nombreux parmi les bénéficiaires d'une aide à domicile[1] que dans l'ensemble de la population des personnes âgées de 60 ans ou plus. Ils ne représentent en effet que 28 % des bénéficiaires d'une aide à domicile (graphique 1) alors qu'ils constituent 44 % des personnes de 60 ans ou plus[2].

En revanche, 28 % des bénéficiaires des aides à l'hébergement[3] sont des hommes, soit un ratio proche de celui observé pour l'ensemble de la population vivant en institution (31 % de la population en institution est masculine, d'après le recensement de la population en 2013[4]).

Plus de la moitié des bénéficiaires ont 85 ans ou plus

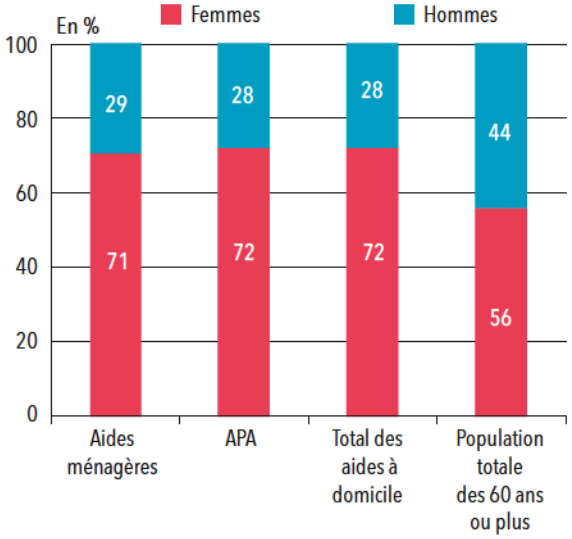
L'APA représente 90 % du nombre de prestations versées au titre de l'aide sociale aux personnes âgées. La répartition par tranche d'âge des bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées est ainsi très proche de celle des bénéficiaires de l'APA (graphique 2). La moitié des personnes âgées bénéficiaires d'une aide à domicile ont 85 ans ou plus et 23 % ont entre 80 et 84 ans. La proportion de personnes de 85 ans ou plus aidées en établissement est encore plus élevée (59 %) et celle des personnes ayant entre 80 et 84 ans est de 17 %.

Les bénéficiaires de l'aide ménagère ainsi que ceux de l'ASH sont moins âgés que les bénéficiaires de l'APA. En effet, 56 % des bénéficiaires d'une aide ménagère ont moins de 80 ans contre 25 % des bénéficiaires de l'APA à domicile. De même, 36 % des bénéficiaires de l'ASH ont moins de 80 ans

1. Bénéficiaires d'une aide ménagère ou de l'APA à domicile.
2. Source : INSEE, estimation provisoires de la population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).
3. Bénéficiaires d'une aide sociale à l'hébergement (ASH), de l'APA en établissement ou d'un accueil familial.
4. Sont ici comptabilisées les personnes de 60 ans ou plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, une maison de retraite, un foyer ou une résidence sociale. L'année 2013 est la plus récente pour laquelle les résultats du recensement sont disponibles.

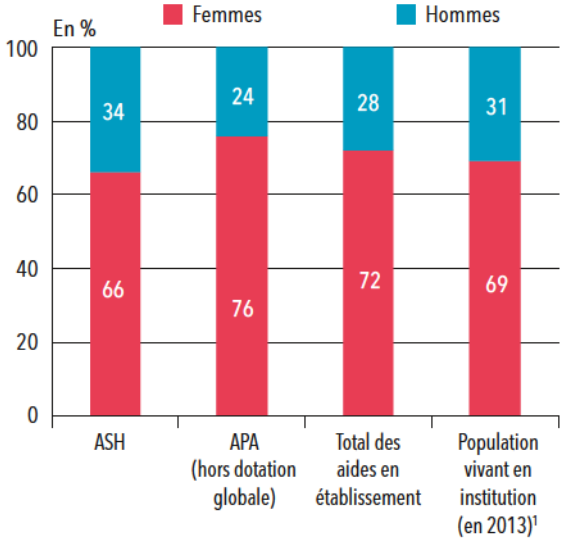
Graphique 1 Répartition par sexe des personnes âgées bénéficiaires d'une aide sociale, au 31 décembre 2015

1A-Bénéficiaires d'une aide à domicile



Note > Sur la base de 86 départements ayant renseigné la répartition par sexe.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

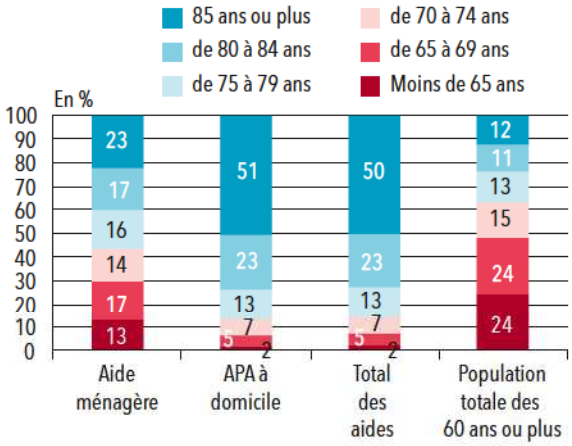
1B-Bénéficiaires d'une aide en établissement



1. Personnes de 60 ans ou plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale.
Note > Sur la base de 84 départements ayant renseigné la répartition par sexe.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, Recensement de la population 2013.

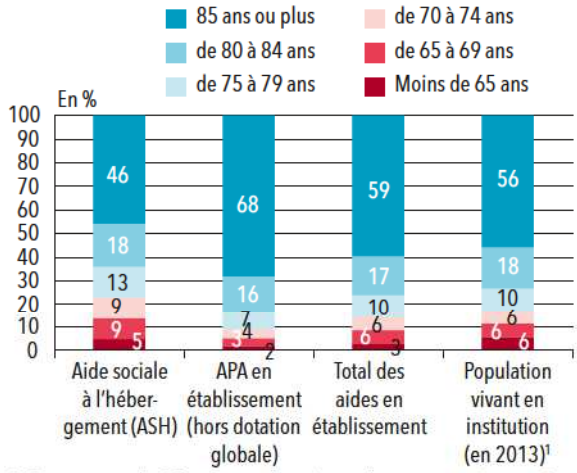
Graphique 2 Répartion par âge et par type de prestations des personnes âgées bénéficiaires d'une aide sociale à domicile, au 31 décembre 2015

2A-À domicile



Note > Sur la base de 87 départements ayant renseigné la répartition par âge. Les pourcentages sont arrondis à l'unité. La somme peut donc différer légèrement de 100 %.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

2B-En établissement



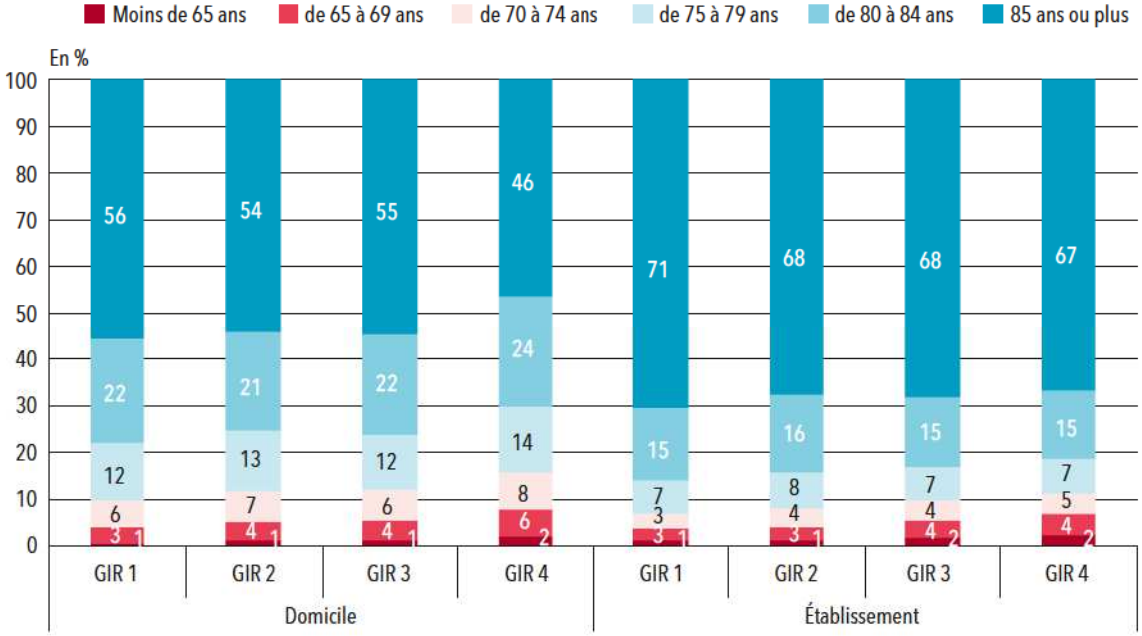
1. Personnes de 60 ans ou plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale.
Note > Sur la base de 84 départements ayant renseigné la répartition par âge.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, Recensement de la population 2013.

contre 17 % des bénéficiaires de l'APA en établissement.

Globalement, la répartition par âge des bénéficiaires de l'APA à domicile est relativement homogène pour tous les niveaux de dépendance (graphique 3). La proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile de moins de 65 ans est faible quel que soit le niveau de dépendance : 1 % pour les groupes iso-ressources GIR 1 à 3 et 2 % pour le GIR 4[5]. Les bénéficiaires de 80 ans ou plus sont en revanche majoritaires, quel que soit le niveau de dépendance. Leur proportion varie de 70 % en GIR 4 à 78 % en GIR 1 (le groupe des personnes les plus dépendantes). Les personnes de 85 ans ou plus sont toutefois un peu moins présentes en GIR 4 (46 % contre 56 % parmi les GIR 1).

La répartition par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est similaire, pour tous les niveaux de GIR. Les personnes de moins de 65 ans ne représentent que 1 % à 2 % de ces bénéficiaires tandis que celles de 85 ans ou plus sont nettement majoritaires (entre 67 % et 71 % des bénéficiaires selon le GIR). ■

Graphique 3 Répartition des bénéficaires de l'APA à domicile et en établissement par GIR et par tranche d'âge, au 31 décembre 2015



Note > Sur la base des 85 départements ayant ventilé les bénéficiaires de l'APA à domicile par GIR et par tranche d'âge et des 82 départements l'ayant fait pour l'APA en établissement.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Pour en savoir plus

> **Bérardier M.**, 2015, « Aide sociale à l'hébergement et allocation personnalisée d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement », DREES, *Études et Résultats*, n° 909, mars.
> **Bérardier M.**, 2014, « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », DREES, *Études et Résultats*, n° 876, février.

5. Voir fiche 4.

L’aide sociale aux personnes handicapées

09 Les dispositifs d'aide sociale aux personnes handicapées

L'aide sociale départementale en faveur des personnes en situation de handicap comprend plusieurs volets : 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.

Une vaste gamme de prestations pour répondre aux besoins des personnes handicapées

Les politiques d'aide aux personnes en situation de handicap recouvrent des dimensions multiples : accessibilité, insertion professionnelle, aides aux actes de la vie quotidienne, etc. Parmi les diverses prestations qui y sont associées, certaines existent depuis plus de quarante ans : l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui est un minimum social ; l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) créée par la loi du 30 juin 1975[1] et destinée à compenser financièrement les conséquences du handicap ; l'aide sociale à l'hébergement ; l'aide ménagère ; et enfin l'allocation d'éducation spéciale (AES), créée par la même loi de 1975, à destination des familles dont les enfants sont en situation de handicap. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées[2] a élargi la prise en compte des conséquences du handicap et a notamment substitué à l'ACTP la prestation de compensation du handicap (PCH). Désormais, 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 (article L. 121-1 du Code de l'action sociale et des familles [CASF]) – quelques prestations exceptées qui restent du ressort de l'État[3]. L'AAH et l'AEEH sont, elles, versées par la branche famille de la sécurité sociale, l'AAH étant financée par l'État. Les frais d'hébergement en établissement pour enfants handicapés et en maisons d'accueil spécialisé (MAS) sont couverts par l'assurance maladie ; il en va de même pour la partie relative aux soins des foyers d'accueil médicalisé (FAM). L'aide sociale départementale est donc essentiellement constituée de l'aide sociale à l'hébergement et à l'accueil de jour des adultes handicapés (ASH) – hors MAS –, de l'ACTP, de la PCH, de l'aide ménagère, et de l'aide sociale au titre des prises en charge en services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Par définition, les dépenses d'aide sociale sont récupérables par les conseils départementaux – au moins en partie – auprès des obligés alimentaires des personnes bénéficiaires et par recours sur succession (articles L. 132-6 et L. 132-8 du CASF[4]). Cette règle a

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. Les prestations qui restent du ressort de l'État sont l'allocation différentielle aux adultes handicapés, 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).
4. Ces deux articles reprenant le décret 53-1186 du 29 novembre 1953 (articles 19 et 21).

cependant plusieurs exceptions : actuellement, seuls l'aide sociale à l'hébergement et à l'accueil de jour (ASH), l'accueil par des particuliers à titre onéreux 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 délivré 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 nécessitait 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 ne peut plus être demandée depuis 2006, mais elle peut toutefois continuer à être versée pour les personnes qui en étaient déjà bénéficiaires avant cette date.

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

Le recours sur succession de l'ACTP est fortement encadré, puisqu'il ne concerne pas le « conjoint [du bénéficiaire], ses enfants ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge du handicapé » (ancien article L. 245-6 du CASF). Enfin, les sommes versées au titre de l'ACTP ne font pas l'objet de recouvrement en cas d'amélioration de la situation financière du bénéficiaire (ancien article L. 245-6 du CASF).

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] ». Il s'agit désormais d'une aide en nature, permettant de financer un ou plusieurs types de prises en charge : aides humaines, aides techniques, aménagements du logement et du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles, aides animalières. 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 (article R. 245-40 du CASF).

Contrairement à l'ACTP, la PCH n'est pas soumise à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire, ni à aucun recours en récupération sur succession (article L. 245-7 du CASF). De plus, les montants plafonds attribuables sont bien plus élevés que ceux de l'ACTP[5] et le bénéficiaire de la PCH dispose d'un taux de prise en charge compris entre 80 % et 100 %, en fonction de ses ressources[6]. Par ailleurs, les personnes hébergées en établissement médico-social – à titre permanent ou pour une partie de l'année seulement – peuvent également être bénéficiaires

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

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 2016, le montant de ressources à partir duquel le bénéficiaire n'est pris en charge qu'à 80 % est de 26 500,44 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).

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 (article 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 (articles 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. Il s'agit d'une aide délivrée aux personnes non éligibles à la PCH mais dont la situation nécessite tout de même une aide pour certaines activités qu'elles ne peuvent réaliser seules. En effet, l'article L. 241-1 du CASF indique : « Toute personne handicapée dont l'incapacité permanente est au moins égale [à 80 %] ou qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité de se procurer un emploi, peut bénéficier des prestations prévues [notamment à l'article L. 231-1 du même Code], à l'exception de l'allocation simple à domicile […] ». Cette aide est financière ou accordée en nature, sous forme de services ménagers.

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). 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 (article L. 344-1 du CASF), de même que l'hébergement des enfants et adolescents handicapés (article L. 242-10 du CASF). Les départements peuvent toutefois allouer l'aide sociale aux adultes handicapés hébergés en établissement pour enfants ou adolescents dans le cadre de l'amendement Creton[7], ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dans le cas où aucune autre offre d'accueil ne serait disponible.

Encadré Les établissements médico-sociaux d'hébergement des adultes handicapés (hors MAS)

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) ;
- enfin les foyers d'accueil médicalisé (FAM) 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 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.

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.

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 » (article 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 (article D.344-35 du CASF).

Les adultes handicapés peuvent également être accueillis par des particuliers rémunérés à cet effet (article 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 (article L. 344-5 du CASF). Ces services ont pour objectif d'assurer le maintien des personnes handicapées dans le milieu ordinaire (à leur domicile), par un soutien à la restauration des liens sociaux (familiaux, scolaires, professionnels, etc.) et en favorisant l'accès aux services offerts par la collectivité. Les SAMSAH offrent, en plus de ces prestations, une coordination des soins et un accompagnement médical et paramédical. ■

Pour en savoir plus

> **Beffy M., Roussel R., Solard J.** *et al.* (dir.), 2016, La protection sociale en France et en Europe en 2014, DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiche 11.

> **Guibert G.**, « La dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux », in Beffy M, Roussel R, Solard J. et al. (dir.), 2016, La protection sociale en France et en Europe en 2014, DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, p. 130-145.

10 L'aide sociale départementale aux personnes handicapées

Ces dix dernières années, le nombre de mesures et les dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées ont très fortement augmenté. Entre 2005 et 2015, les mesures sont passées de 258 000 à 501 000, et les dépenses de 4,9 milliards à 7,9 milliards d'euros. Les dynamiques sont toutefois différentes suivant le type de prise en charge : elles sont fortes pour l'aide à domicile du fait principalement de l'introduction de la PCH en 2006, moindres pour l'aide à l'accueil. Par ailleurs, les disparités départementales, notamment de dépenses moyennes par bénéficiaire, sont marquées.

Selon que les personnes handicapées vivent à leur domicile ou sont accueillies en établissement médico-social ou chez des particuliers, l'aide sociale à laquelle elles peuvent prétendre au titre de leur handicap n'est pas la même[1]. À domicile, les personnes handicapées peuvent bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH), qui se substitue progressivement à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). L'ACTP peut également être versée lorsque la personne bénéficiaire est hébergée en établissement médico-social, de même que la PCH ; le taux de cette dernière se trouve dans ce cas réduit à 10 % du montant du plan d'aide. Les personnes handicapées peuvent également bénéficier de l'aide ménagère.

L'aide sociale à l'accueil se décompose entre l'aide sociale à l'hébergement ou à l'accueil de jour et l'aide sociale au titre de l'accueil chez un particulier.

Enfin, les personnes en situation de handicap 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.

Plus de 500 000 mesures d'aide sociale fin 2015, pour 7,2 milliards d'euros de dépenses

Au 31 décembre 2015, les départements ont octroyé 501 000 mesures d'aide sociale aux personnes handicapées, hors bénéficiaires de SAVS et SAMSAH (tableau), dont 356 000 mesures d'aide à domicile et 145 000 mesures d'aide à l'accueil[2].

Les dépenses brutes associées s'élèvent à 7,2 milliards d'euros, dont 2,2 milliards pour l'aide à domicile et 5 milliards pour l'aide à l'accueil. Si l'on y ajoute les dépenses de services, de participations et de subventions, les dépenses brutes totales sont de 7,9 milliards d'euros. La décomposition des dépenses au sein d'un secteur d'intervention (ici le handicap) est systématiquement fournie en données brutes, c'est-à-dire non déduites des éventuels recours en récupération, recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, remboursements de participations et de prestations, mandats annulés ou subventions. La ventilation des récupérations permettant de calculer les dépenses nettes ne peut en effet être réalisée que pour chaque grand poste de dépenses et non par poste détaillé[3].

1. Voir fiche 9.
2. Le nombre de mesures au 31 décembre est exprimé en nombre de personnes ayant des droits ouverts au titre d'une aide sociale. Ce nombre peut être supérieur à celui des personnes payées au titre du mois de décembre. En particulier pour la PCH, certains éléments ne sont pas payés mensuellement (par exemple les aides techniques), introduisant une sous-estimation du nombre de bénéficiaires « personnes payées » pour les mois de non-paiement de la prestation, alors qu'ils sont bien comptabilisés en « droits ouverts ».
3. Voir la Vue d'ensemble.

Tableau Nombre de mesures d'aide sociale aux personnes handicapées et des dépenses associées en 2005 et 2015

	2005		2015		Évolution 2005/2015	
	Nombre de mesures[2]	Dépenses brutes	Nombre de mesures[2]	Dépenses brutes	Nombre de mesures[2]	Dépenses brutes
	En milliers	En millions d'euros courants	En milliers	En millions d'euros courants	En %	En % d'euros constants
Aide à domicile	**153**	**797**	**356**	**2 234**	**132,7**	**146,3**
dont PCH et ACTP	137	754	335	2 171	145,4	153,0
dont Aide ménagère	17	43	21	63	27,8	28,3
Aide à l'accueil	**108**	**3 070**	**145**	**4 975**	**34,2**	**42,4**
dont ASH et accueil de jour	104	3 033	139	4 919	33,9	42,5
dont Accueil familial	4	37	6	56	40,1	33,8
Total domicile+accueil	**261**	**3 867**	**501**	**7 209**	**92,0**	**63,9**
Autres aides	**ND**	**261**	**ND**	**695**	**-**	**134,2**
Dont SAVS-SAMSAH[1]	ND	130	ND	341	-	130,7
Total	**-**	**4 926**	**-**	**7 904**	**-**	**41,1**

1. Services d'accompagnement à la vie sociale et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
2. Nombre de mesures en droits ouverts au 31 décembre.

Notes > Pour établir les 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. L'ASH à destination des adultes hébergés en établissement pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton a été comptée dans les autres aides.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2005 et 2015.

L'aide sociale aux personnes handicapées a subi des changements majeurs au cours des dix dernières années, parmi lesquels l'introduction de la PCH en 2006. Le nombre de mesures pour les personnes à domicile a ainsi augmenté de 133 % en dix ans, et les dépenses associées de 146 % en euros constants. Pour l'accueil en dehors du domicile, les augmentations, principalement dues à l'accroissement de l'offre de places en établissements médico-sociaux, ont été respectivement de 34 % et 42 %.

Au total, en 2015 en France, l'aide à domicile représente 71 % des mesures d'aide sociale aux personnes handicapées, pour 31 % des dépenses[4] ; l'aide à l'accueil représente 29 % des mesures d'aide sociale, pour 69 % des dépenses.

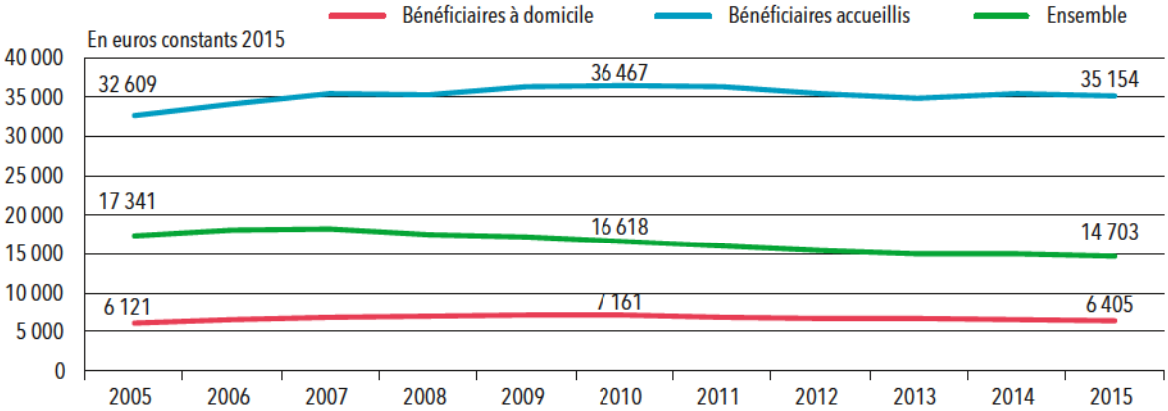
La dépense brute moyenne par bénéficiaire[5], de 15 000 euros par an en 2005 (17 300 en euros constants 2015), augmente en euros constants jusqu'en 2007, avant de diminuer régulièrement (graphique 1). Elle s'établit à 14 700 euros en 2015 (6 400 euros à domicile et 35 200 euros en hébergement), le rythme de décroissance de cette dépense moyenne tendant à s'amoindrir au cours des dernières années. Cette baisse s'explique largement par la plus forte croissance du nombre des aides à domicile, pour lesquelles la dépense moyenne par bénéficiaire est nettement plus faible que celle des aides à l'accueil.

L'aide à domicile et l'aide à l'accueil : des dynamiques différentes

Au cours des dix dernières années, aide à domicile et aide à l'accueil suivent en effet des dynamiques différentes (graphique 2). D'un côté, le taux de

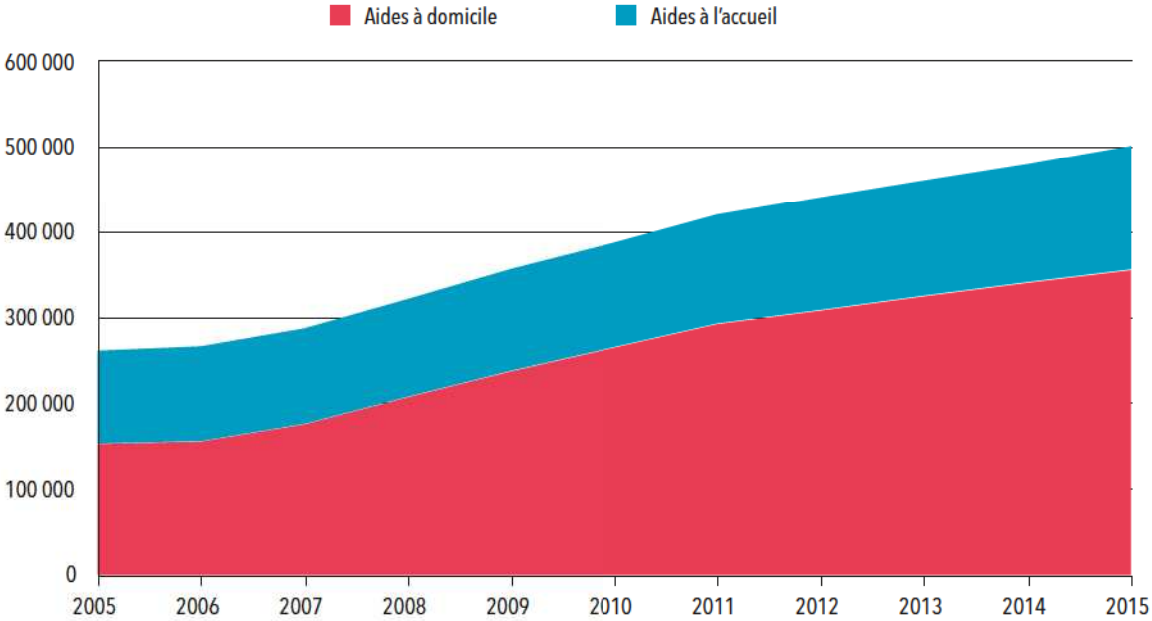
4. Non compris les dépenses des « autres aides aux personnes handicapées ».
5. Pour tenir compte le plus possible des variations du nombre de bénéficiaires au cours de l'année, la dépense moyenne par bénéficiaire pour une année *n* est calculée comme le rapport de la dépense totale annuelle de cette année *n* divisée par la moyenne du nombre de bénéficiaires au 31 décembre des années *n-1* et *n*.

Graphique 1 Dépenses par bénéficiaire d'une aide sociale aux personnes handicapées entre 2005 et 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2005 à 2015.

Graphique 2 Évolution du nombre de mesures d'aide sociale aux personnes handicapées entre 2005 et 2015



Note > Pour établir les comparaisons avec les dépenses correspondantes, les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH ont tous été comptés parmi les bénéficiaires d'une aide sociale à domicile.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2005 à 2015.

croissance annuelle du nombre de mesures d'aide à domicile est ainsi passé de 1,8 % entre 2005 et 2006 à 18 % entre 2007 et 2008, en raison de la montée en charge de la PCH. Il diminue ensuite progressivement, bien qu'il soit tout de même de 4,4 % entre 2014 et 2015. De l'autre côté, la croissance du nombre de mesures d'aide à l'accueil (hébergement en établissement principalement) est nettement plus faible : elle varie annuellement entre 0,7 % et 4,6 % au cours de la période. Cette croissance reste toutefois nettement supérieure à la croissance démographique française (entre +0,5 % et +0,7 % par an de 2005 à 2015).

À l'inverse du nombre de bénéficiaires, les dépenses brutes d'aide sociale à l'accueil sont largement supérieures à celles de l'aide sociale à domicile

(graphique 3). Elles représentent 69 % de la dépense totale en 2015, et ce malgré une augmentation des dépenses d'aide à domicile substantiellement plus élevée que celles de l'aide à l'accueil : entre 2005 et 2015, les dépenses d'aide à domicile ont augmenté de 9,4 % en moyenne annuelle en euros constants, contre 3,6 % pour les dépenses d'aide à l'accueil.

En début de période, de 2005 à 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.

À partir de 2010, l'effet du coût des prestations est contenu : la dépense moyenne par bénéficiaire diminue en euros constants (graphique 4), 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.

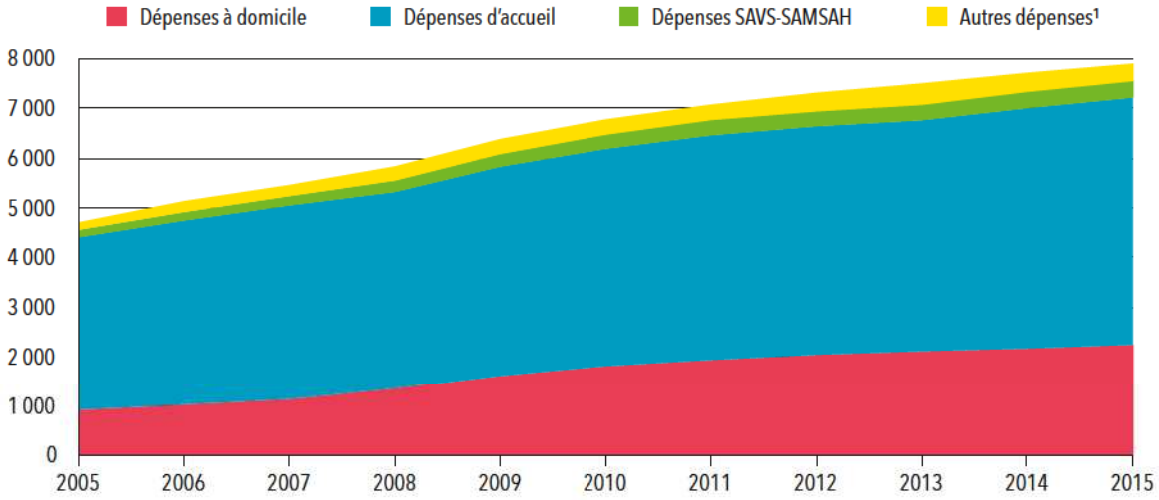
La dépense d'aide à l'accueil par bénéficiaire baisse un peu plus tardivement, à partir de 2012. Cette évolution traduit les efforts des départements pour contenir la dépense par bénéficiaire, notamment *via* des négociations de tarifs avec les établissements. En 2015, la diminution de la dépense par bénéficiaire accueilli s'établit à -0,7 %.

De fortes disparités départementales

L'aide sociale aux personnes handicapées concerne en moyenne 7,6 personnes pour 1 000 habitants sur le territoire national[6]. Les personnes handicapées bénéficiaires de l'aide sociale se répartissent de façon très inégale selon les départements. Les départements de la région parisienne et du sud-est de la France recensent relativement peu de bénéficiaires. D'autres, comme la plupart des départements de la région Bourgogne-Franche-Comté, en comptent un nombre élevé (carte 1).

En matière de dépenses moyennes par bénéficiaire, les disparités sont également marquées (cartes 2 et 3). À domicile, près des deux tiers des départements dépensent annuellement par bénéficiaire

Graphique 3 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées entre 2005 et 2015



1. Dont participations et subventions.

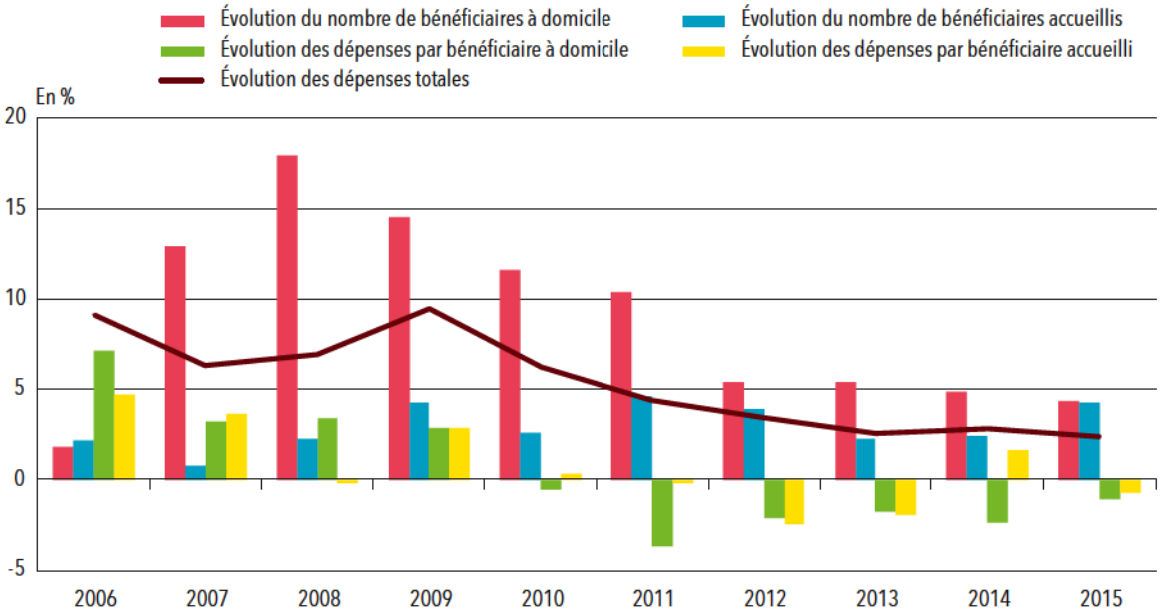
Note > L'ASH à destination des adultes hébergés en établissement pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton a été comptée dans les autres aides.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2005 à 2015.

6. Ce qui ne veut pas dire que 7,6 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.

Graphique 4 Taux d'évolution annuelle du nombre de bénéficiaires, de la dépense brute par bénéficiaire et de la dépense brute totale entre 2005 et 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2005 à 2015.

entre 4 700 euros et 7 200 euros. Pour les bénéficiaires accueillis en établissement médico-social ou chez des particuliers, les dépenses annuelles d'un peu plus des deux tiers des départements sont comprises entre 29 100 euros et 50 500 euros[7].

Plusieurs pistes peuvent être avancées pour 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[8] ;
- en corollaire, la substitution de la PCH ou de l'ACTP vers l'APA 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 à l'ASH : plus les personnes sont modestes, plus elles peuvent prétendre à l'aide sociale. ■

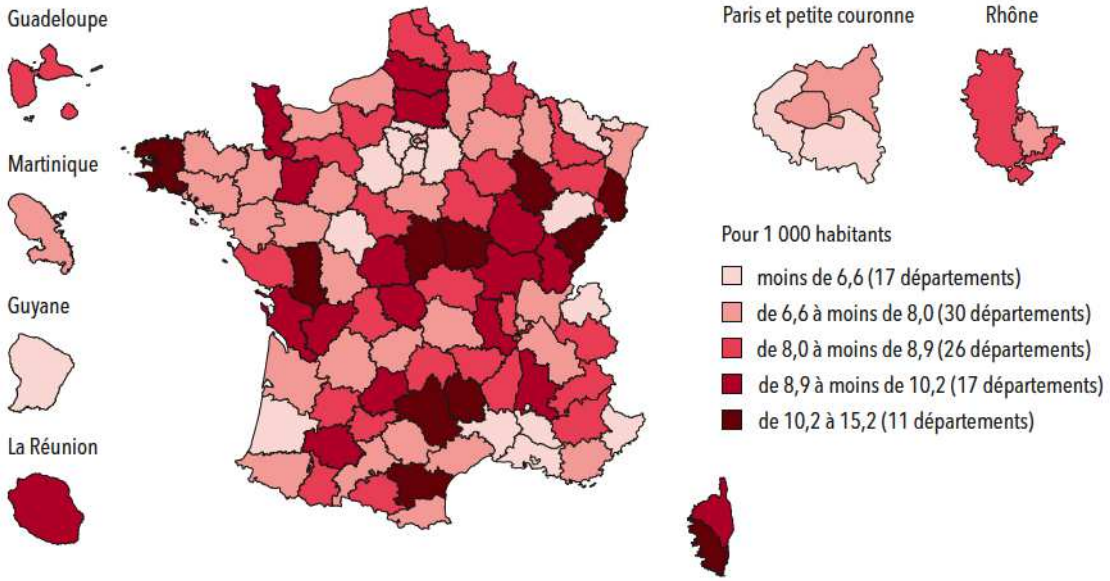
Pour en savoir plus

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

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

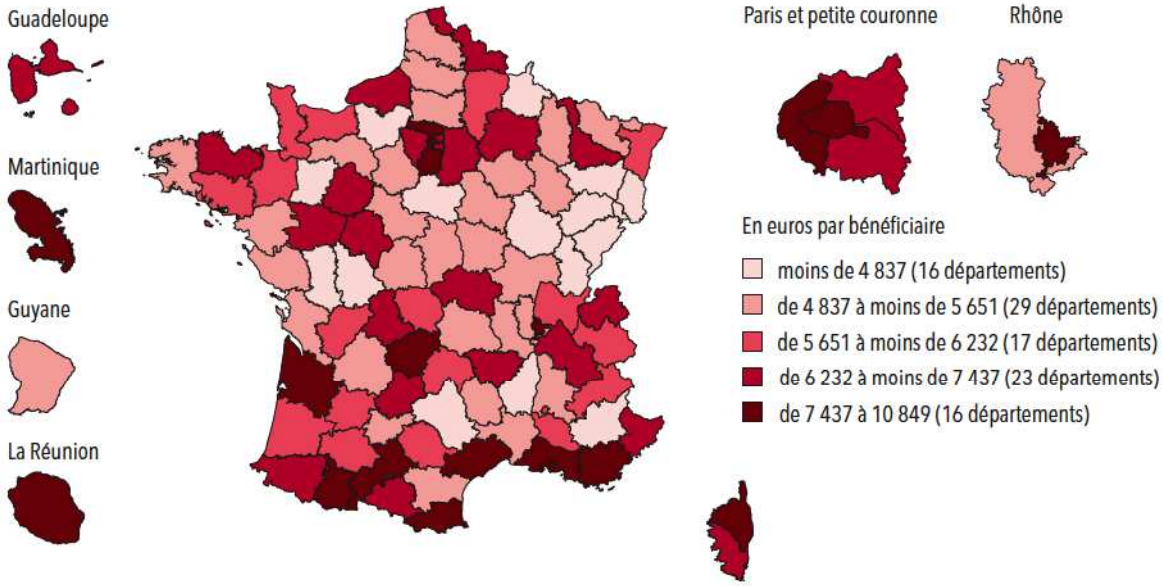
7. Ces écarts sur les dépenses d'accueil pourraient notamment s'expliquer par les différences de gestion de l'ASH. En effet, les dépenses brutes peuvent inclure l'avance faite par le département aux personnes bénéficiaires en établissement avant récupération ou non, les bénéficiaires payant dans ce dernier cas directement leur quote-part à l'établissement médico-social.
8. Voir fiche 11.

Carte 1 Proportion de bénéficiaires d'une aide sociale départementale aux personnes handicapées, selon les départements, fin 2015



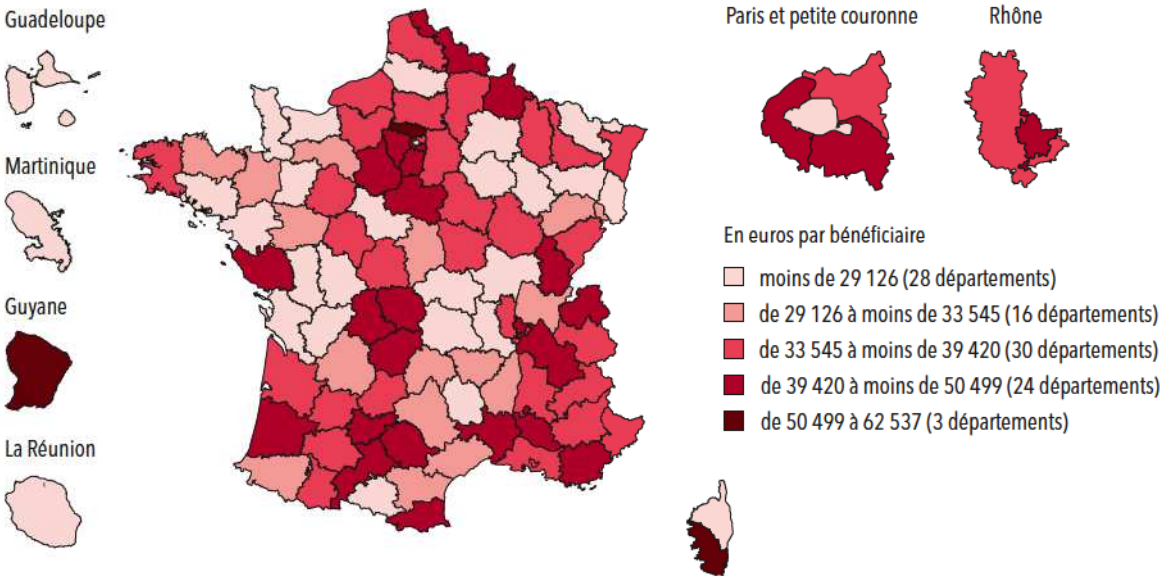
Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, la proportion de personnes handicapées bénéficiaires d'une aide sociale départementale est de 7,6 pour 1 000 habitants.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Carte 2 Dépenses moyennes brutes d'aide sociale départementale au handicap par bénéficiaire à domicile en 2015



Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, en 2015, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes handicapées à domicile s'élève à 6 405 euros.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Carte 3 Dépenses moyennes brutes d'aide sociale départementale au handicap par bénéficiaire accueilli en établissement médico-social ou chez des particuliers en 2015



Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, en 2015, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes handicapées accueillies s'élève à 35 150 euros.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

11 La prestation de compensation du handicap et l'allocation compensatrice pour tierce personne

Fin 2015, 335 000 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 2,2 milliards d'euros. La montée en charge de la PCH n'est toujours pas achevée : entre 2014 et 2015, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 7 %, et les dépenses de 4 %. Les différences départementales de taux de bénéficiaires et de dépenses relatives sont marquées.

Jusqu'en 2006, le dispositif principal d'aide humaine pour les personnes handicapées délivré par les départements était l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). La prestation de compensation du handicap (PCH), introduite en 2006, a vocation à remplacer l'ACTP. Depuis 2008, elle 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). Les anciens bénéficiaires de l'ACTP de moins de 60 ans peuvent conserver leurs droits à cette allocation ou opter pour la PCH, ce choix étant, dans ce dernier cas, définitif.

Une montée en charge de la PCH toujours pas achevée

En raison notamment de l'élargissement des conditions d'attribution de la PCH par rapport à l'ACTP[1], le recours à la PCH connaît une croissance très rapide, même au cours des années récentes. La montée en charge de la prestation n'est pas achevée en 2015. Le nombre de bénéficiaires de la PCH (encadré) dépasse les 100 000 en 2009, et devient par ailleurs au cours de cette même année plus important que celui de l'ACTP (tableau 1). En 2015, il s'établit à 267 000 : en augmentation de 7 % depuis 2014, et de 73 % en cinq ans. Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue de 4 %

Encadré Bénéficiaires, droits ouverts et personnes payées

En accord avec le guide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le nombre de bénéficiaires de la PCH s'entend dans cette fiche comme le nombre de personnes ayant des droits ouverts pour cette prestation et ayant fait valoir tout ou partie de leurs droits, à une date donnée (au 31 décembre dans les enquêtes de la DREES). Les personnes payées au titre de la PCH sont celles qui ont 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 annuelle sur l'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 %[1] des bénéficiaires ayant des droits ouverts au 31 décembre 2015 ont été payés au titre du mois de décembre 2015.

1. Sur la base de 85 % de départements répondants.

1. Voir fiche 9.

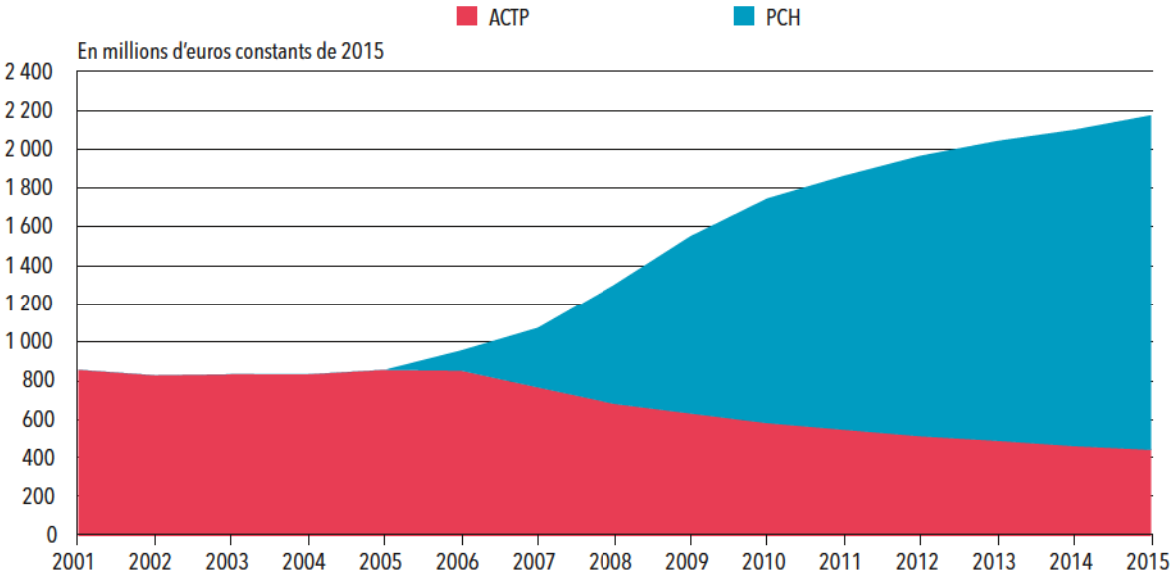
Tableau Évolution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH entre 2000 et 2015

Année	Bénéficiaires ACTP	Bénéficiaires PCH	Total	% PCH
2000	141 820	0	141 820	0,0
2001	129 340	0	129 340	0,0
2002	126 990	0	126 990	0,0
2003	128 730	0	128 730	0,0
2004	132 860	0	132 860	0,0
2005	136 520	0	136 520	0,0
2006	131 280	7 180	138 460	5,2
2007	118 330	40 780	159 110	25,6
2008	109 100	80 730	189 830	42,5
2009	98 990	119 730	218 720	54,7
2010	90 820	154 340	245 160	63,0
2011	86 330	184 920	271 250	68,2
2012	80 810	206 960	287 770	71,9
2013	75 640	229 020	304 660	75,2
2014	71 720	248 940	320 660	77,6
2015	68 570	266 510	335 080	79,5

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), situation au 31 décembre de chaque année.
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2000 à 2015.

à 10 % par an depuis 2007 et atteint 69 000 personnes en 2015.
Parallèlement au nombre de mesures, les dépenses de PCH et d'ACTP progressent de 4 % entre 2014 et 2015 en euros constants (graphique 1), la baisse de l'ACTP de 19 millions d'euros (-4 %) étant plus que compensée par la hausse de la PCH (+94 millions d'euros, soit +6 %). Les dépenses brutes relatives à la PCH et à l'ACTP s'établissent ainsi à 2,2 milliards d'euros en 2015.

Graphique 1 Évolution des dépenses brutes d'ACTP et de PCH entre 2001 et 2015



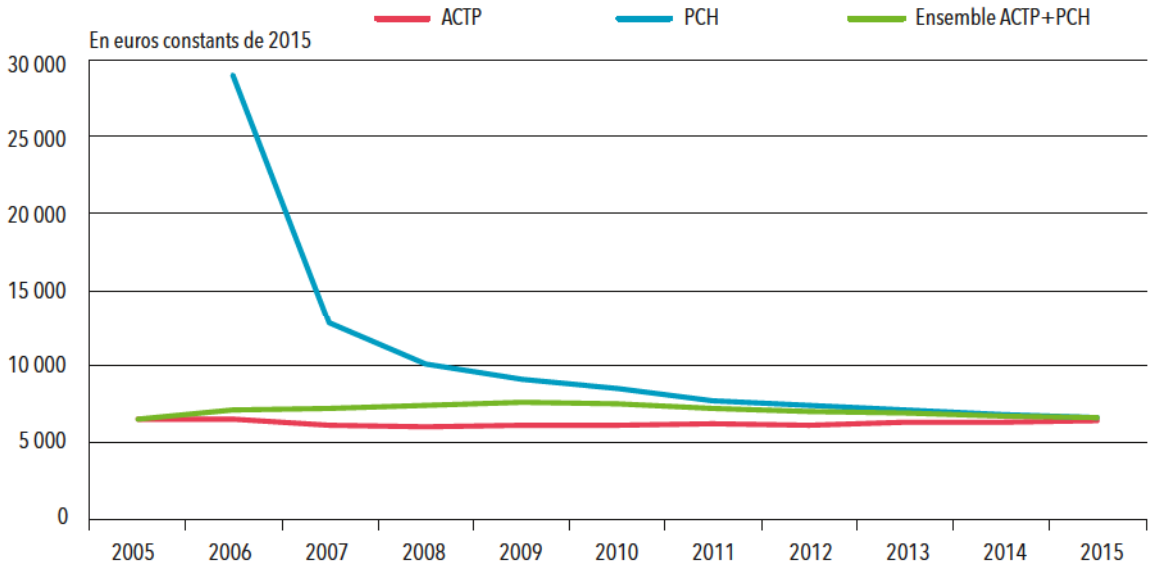
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2001 à 2015.

Les dépenses de la PCH et de l'ACTP par bénéficiaire suivent des trajectoires différentes

Rapportées aux nombres de bénéficiaires, les trajectoires des dépenses de l'ACTP et de la PCH sont radicalement différentes (graphique 2) : la PCH a été associée l'année de sa mise en œuvre à une très forte dépense par bénéficiaire (25 900 euros, soit l'équivalent de 29 000 euros de 2015 en moyenne), avant de baisser rapidement. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution : d'une part, les coûts de mise en place de la prestation peuvent être très importants pour diminuer ensuite avec les gains de gestion ; d'autre part, la prestation a peut-être d'abord bénéficié aux personnes les plus lourdement handicapées nécessitant une aide humaine importante mais dont l'accès aux aides était auparavant limité par le plafonnement de l'ACTP. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que la dépense moyenne de l'ACTP par bénéficiaire diminue entre 2006 et 2008, en euros constants. Enfin, la PCH permet de prendre en charge des aides techniques 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 la PCH par bénéficiaire est durable mais s'atténue avec le temps. Entre 2014 et 2015, cette dépense a diminué de 2,4 % en euros constants (à comparer avec les -56 % observés entre 2006 et 2007). Il n'en reste pas moins que la dépense globale continue d'augmenter assez fortement (+6 % en un an). Parallèlement, la dépense moyenne de l'ACTP par bénéficiaire croît à partir de 2009 (+0,9 % en moyenne annuelle en euros constants). Une fois que les bénéficiaires souffrant des handicaps les plus lourds ont perçu la PCH, ceux qui souhaitent conserver l'ACTP sont ceux pour lesquels la PCH n'offre pas une meilleure prise en charge. Ils reçoivent donc *a fortiori* une aide élevée, dont le coût est mécaniquement supérieur. En complément, pour les nouveaux bénéficiaires d'une aide humaine, seule la PCH est attribuable, y compris pour ceux qui ont des besoins moindres. Par ailleurs, le renchérissement de la majoration pour tierce personne (MTP), sur la base de laquelle est calculé le montant maximum de l'ACTP, peut jouer un rôle. Toutefois, il ne suffit pas à lui seul à expliquer

Graphique 2 Évolution des dépenses annuelles moyennes d'ACTP et de PCH par bénéficiaire entre 2005 et 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2005 à 2015.

l'augmentation de la dépense moyenne d'ACTP par bénéficiaire[2].

Au total, les dépenses par bénéficiaire de la PCH et de l'ACTP convergent. La dépense globale par bénéficiaire a fortement augmenté avec la création de la PCH, et est en diminution depuis 2010. En 2015, elle s'établit à 6 620 euros par an environ.

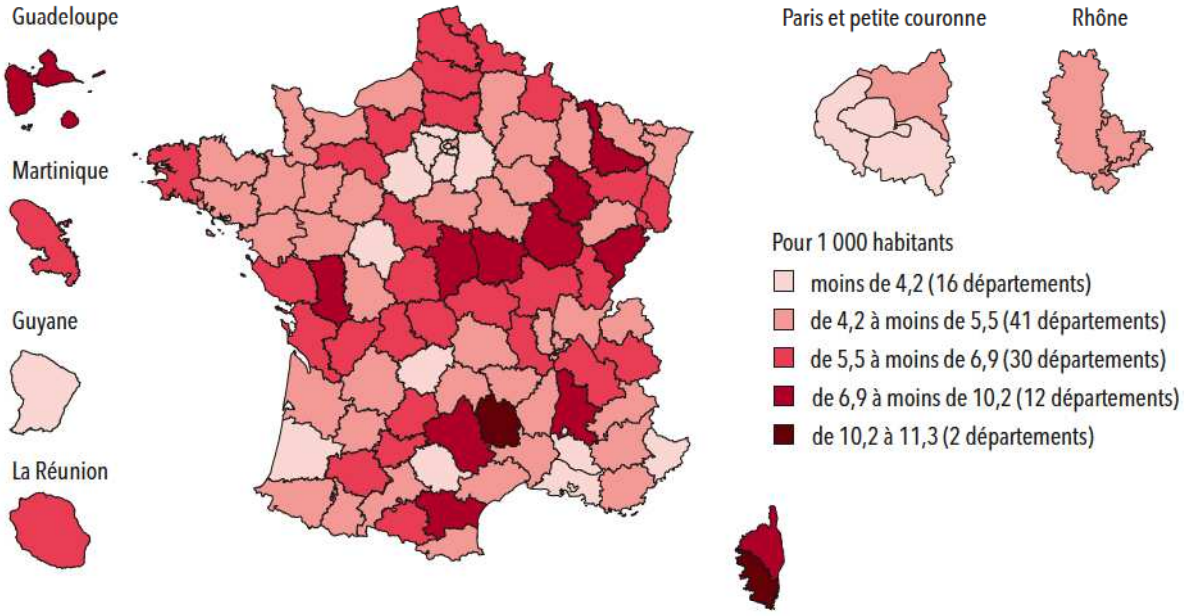
Des différences départementales de prévalence des prestations marquées

En 2015 en France, 5 personnes sur 1 000 sont bénéficiaires de l'une des deux prestations, dont 4 ‰ pour la PCH et 1 ‰ pour l'ACTP. Ces proportions sont variables d'un département à l'autre (carte 1). Les différences peuvent s'expliquer de plusieurs façons :

- des différences territorialisées de prévalence du handicap ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;
- la montée en charge de la PCH, qui n'est pas encore achevée et qui peut être plus avancée dans certains départements que dans d'autres (carte 2) ;
- en corollaire, le remplacement de la PCH ou de l'ACTP par l'APA aux âges « avancés » peut être plus ou moins prononcé selon le territoire ;
- des différences dans la répartition par âge de la population : les départements les plus « vieillissants » étant ceux pour lesquels plus de personnes substituent l'APA à la PCH, même si cette substitution est certainement marginale.

La répartition des dépenses moyennes d'ACTP et de PCH est elle aussi très hétérogène sur le territoire (carte 3). En moyenne de 6 620 euros par bénéficiaire en 2015, la dépense varie de 3 090 euros dans le Jura à 11 050 euros en Gironde.

Carte 1 Proportion de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP fin 2015



Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).

Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, le taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est de 5 ‰.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016) ; ISD n° HA06.

2. La majoration pour tierce personne permet à son bénéficiaire de percevoir une majoration de sa pension d'invalidité ou de sa rente liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT-MP). Elle est prévue sous conditions d'assistance d'une tierce personne. L'évolution annuelle de la MTP en euros constants est de -0,6 % en 2010, 0 % en 2011, +0,1 % en 2012, +0,4 % en 2013, +0,1 % en 2014. La MTP n'a pas été revalorisée en 2015.

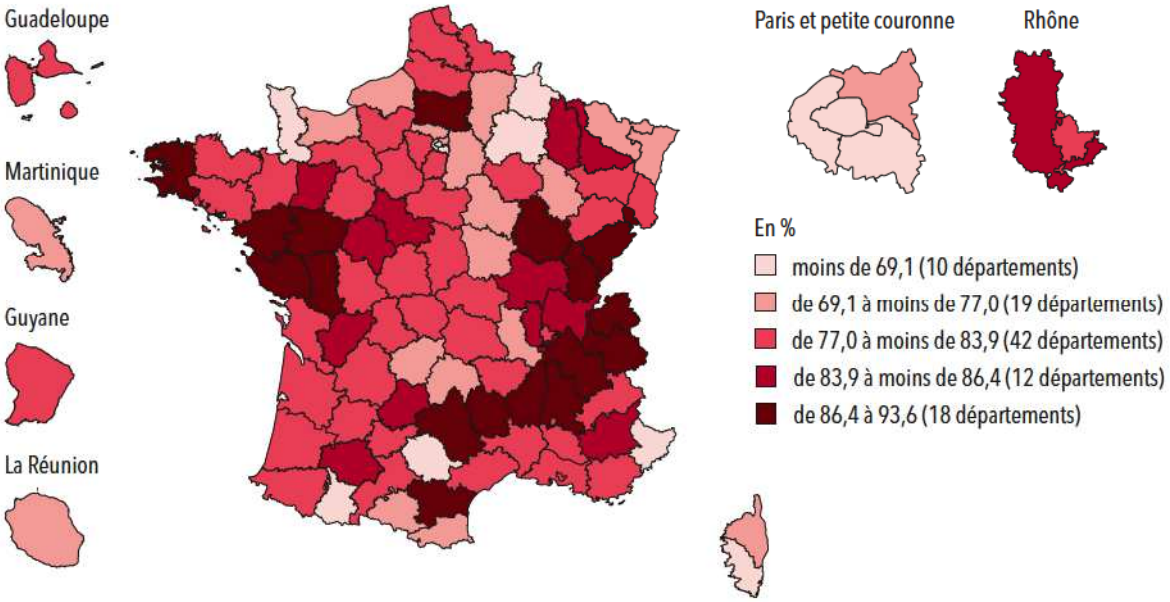
La PCH finance essentiellement l'aide humaine

La PCH est composée de cinq éléments (graphique 3) : en 2015, 90 % des dépenses sont consacrées à l'aide humaine[3], 7 % à l'aménagement du logement ou du véhicule ou correspondant à des surcoûts liés au transport, 1 % à l'aide technique[4]. Des dépenses spécifiques et exceptionnelles complètent ces dépenses à hauteur de 2 %. L'aide animalière (frais relatifs aux chiens guides d'aveugle et aux chiens d'assistance) ne représente que 0,03 % de ces dépenses.

Peu d'enfants perçoivent la PCH, mais le montant moyen est important

La PCH des moins de 20 ans ou PCH « enfant » concerne 6 % des bénéficiaires de la PCH, et s'élève à 191 millions d'euros en 2015, soit 11 % de la dépense totale de PCH des conseils départementaux. La dépense annuelle par bénéficiaire est en moyenne de 10 200 euros pour les moins de 20 ans, soit 64 % de plus que la dépense moyenne des 20 ans ou plus. ■

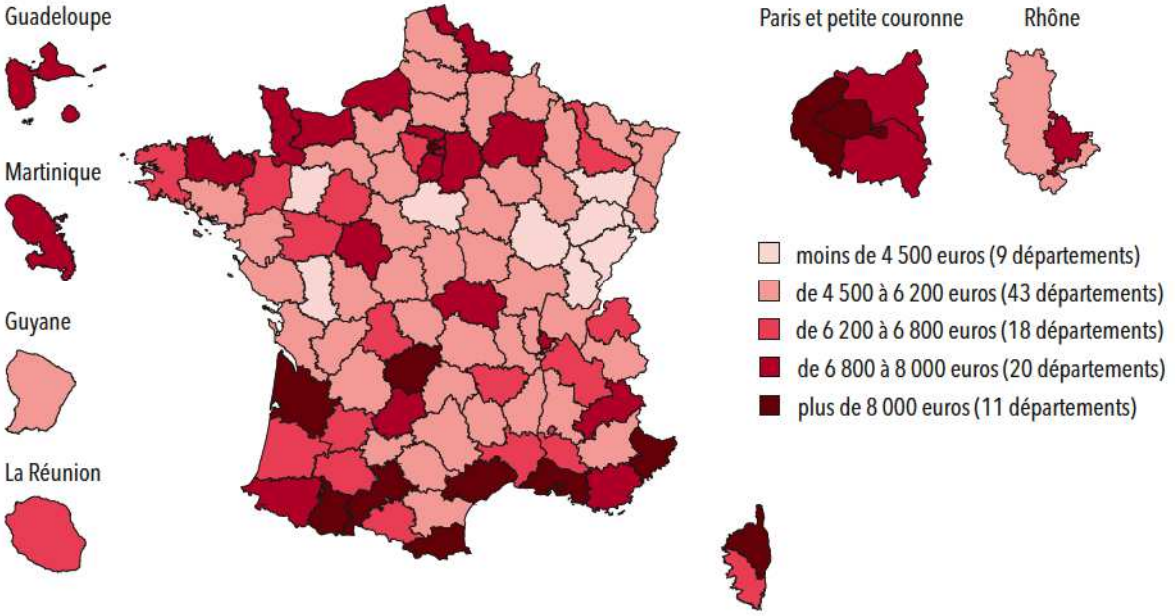
Carte 2 Proportions de bénéficiaires de la PCH parmi les bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP, fin 2015



Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, la proportion de bénéficiaires de la PCH dans le total des bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est de 79,5 %.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

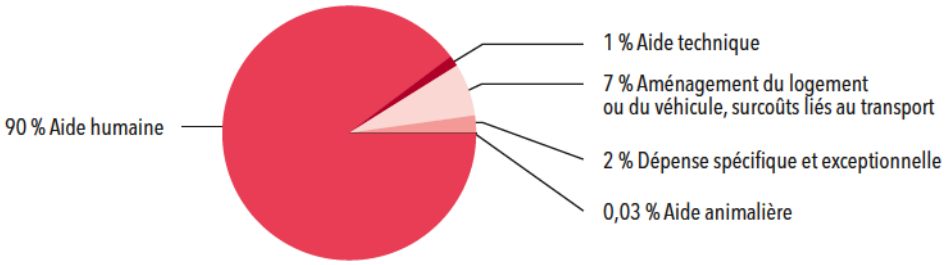
3. L'aide humaine consiste principalement en la prise en charge des actes essentiels de la vie courante (entretien personnel, déplacements et besoins éducatifs des enfants), et de la surveillance régulière. Elle peut être utilisée pour rémunérer un service d'aide à domicile ou dédommager un aidant familial.
4. L'aide technique est destinée à l'achat ou la location par la personne handicapée et pour son usage personnel d'un matériel conçu pour compenser son handicap.

Carte 3 Dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP moyennes par bénéficiaire en 2015



Note > Classes construites selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Pour le calcul de la dépense moyenne par bénéficiaire, le total des dépenses brutes sur l'année est rapporté à la demi-somme du nombre de bénéficiaires en décembre de l'année et de celui de l'année précédente. Au niveau national, la dépense de PCH et ACTP est de 6 620 euros par bénéficiaire en 2015.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015, ISD n°FI06.

Graphique 3 Répartition des dépenses de PCH par type d'aide, en 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Pour en savoir plus

> **Dos Santos S., Lo S.**, 2011, « 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*, n° 772, août.

> **Espagnacq M.**, 2013 : « Évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 », DREES, *Études et Résultats*, n° 829, janvier.

> **Espagnacq M.**, 2012, « 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*, n° 819, octobre.

> **Marquier R.**, 2016, « Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013 », DREES, *Les Dossiers de la DREES*, n°2, juin.

12 L'aide sociale à l'hébergement et à l'accueil de jour en établissement des personnes handicapées

En France, fin 2015, 139 000 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement médico-social, pour une dépense annuelle de 4,9 milliards d'euros. Le nombre de bénéficiaires d'une aide à l'accueil et les dépenses associées ont fortement augmenté au cours de la période récente, mais moins que l'aide sociale aux personnes handicapées dans son ensemble.

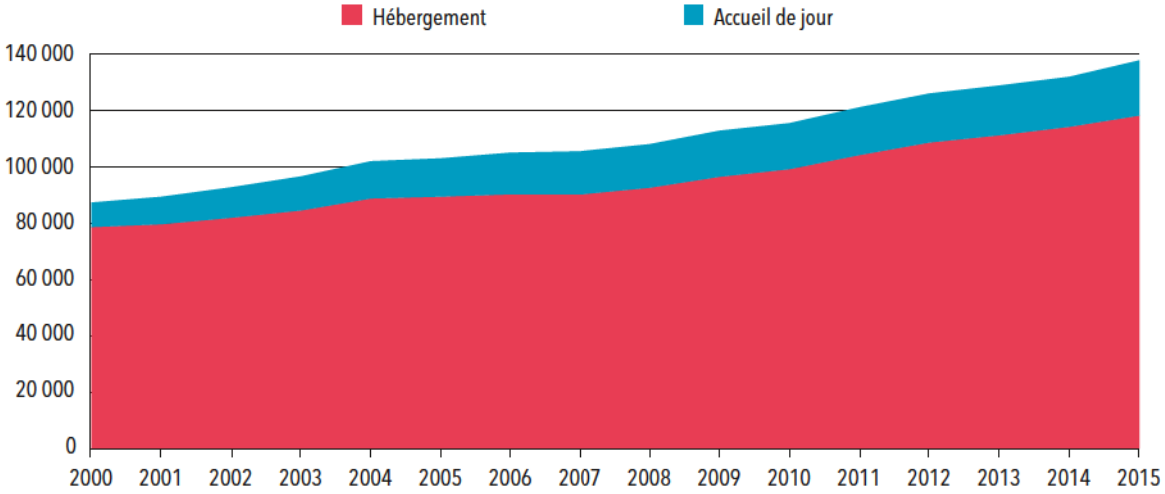
Les personnes qui ne peuvent rester en continu à leur domicile en raison de leur handicap peuvent être hébergées dans des établissements médico-sociaux. Pour financer cet hébergement, elles peuvent bénéficier, si leurs ressources personnelles ne sont pas suffisantes, d'une aide sociale à l'hébergement (ASH) procurée par les départements. Cette aide n'est toutefois pas applicable à tous les établissements médico-sociaux[1]. Les personnes handicapées peuvent également bénéficier d'un accueil de jour, pour lequel le département octroie également l'aide sociale.

D'autres types d'aide à l'accueil sont également proposés aux personnes handicapées, mais ne sont pas étudiées dans cette fiche car ne relevant pas de l'accueil en établissement et donc de l'ASH[2] : l'accueil par des particuliers à titre onéreux, et la prise en charge par un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale [SAVS] ou service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés [SAMSAH]).

Une croissance très forte du nombre de bénéficiaires de l'ASH

Le nombre de personnes handicapées hébergées en établissement ou en accueil de jour, et bénéficiant à ce titre d'une aide, augmente régulièrement. De 2005 à 2015, il est passé de 105 000 à 139 000 bénéficiaires environ, soit une augmentation de 34 % (graphique 1). Cette augmentation,

Graphique 1 Nombre de bénéficiaires d'une aide à l'hébergement ou à l'accueil de jour entre 2000 et 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2000 à 2015.

1. Voir fiche 9.
2. Voir fiche 10.

bien plus importante que la croissance démographique, est même plus rapide que les créations de places en foyers : +29 % en dix ans[3].

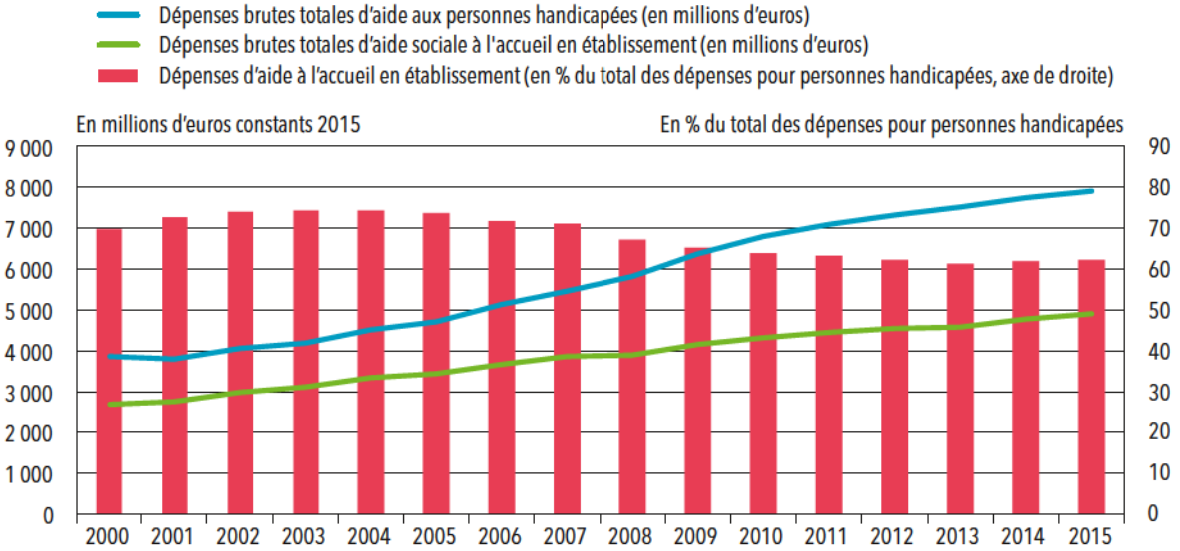
Parmi les personnes hébergées en établissement et disposant de l'ASH fin 2015 (119 300 personnes), 31 % le sont en foyer d'hébergement (37 000 personnes pour 39 100 places[4]), 36 % en foyer de vie (42 500 personnes pour 50 000 places), 20 % en foyer d'accueil médicalisé (24 300 personnes pour 26 600 places) et 13 % sont hébergées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unité de soins de longue durée (15 400 personnes).

62 % des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées concernent l'accueil en établissement

Les dépenses brutes d'hébergement et d'accueil de jour en établissement (foyer d'hébergement, foyer occupationnel/foyer de vie ou foyer d'accueil médicalisé) s'établissent à 4,9 milliards d'euros en 2015 et représentent près de 90 % des dépenses brutes totales d'accueil des personnes handicapées (c'est-à-dire les dépenses d'accueil, y compris d'accompagnement en SAVS-SAMSAH et autres aides à l'accueil). Depuis 2000, ces dépenses d'accueil en établissement ont progressé de 82 % en euros constants (graphique 2). De 2005 à 2015, elles augmentent à un rythme annuel moyen de 3,6 % en euros constants, plus faible que celui des dépenses totales d'aide aux personnes handicapées (+5,3 %). Ainsi, si elles s'élevaient à 73 % de l'ensemble de ces dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées en 2005, elles n'en représentent plus que 62 % en 2015. Cette diminution relative s'explique principalement par le dynamisme des aides à domicile, du fait de la mise en place de la prestation de compensation du handicap (PCH) à partir de 2006.

La dépense annuelle moyenne d'aide à l'accueil en établissement (y compris l'accueil de jour) est de 36 300 euros par bénéficiaire en 2015. La répartition sur le territoire de ces dépenses est inégale. En 2015, elles varient d'environ 13 000 à 63 000 euros[5] (carte). Ces dépenses sont particulièrement élevées en Île-de-France et dans le Sud-Est de la France. ■

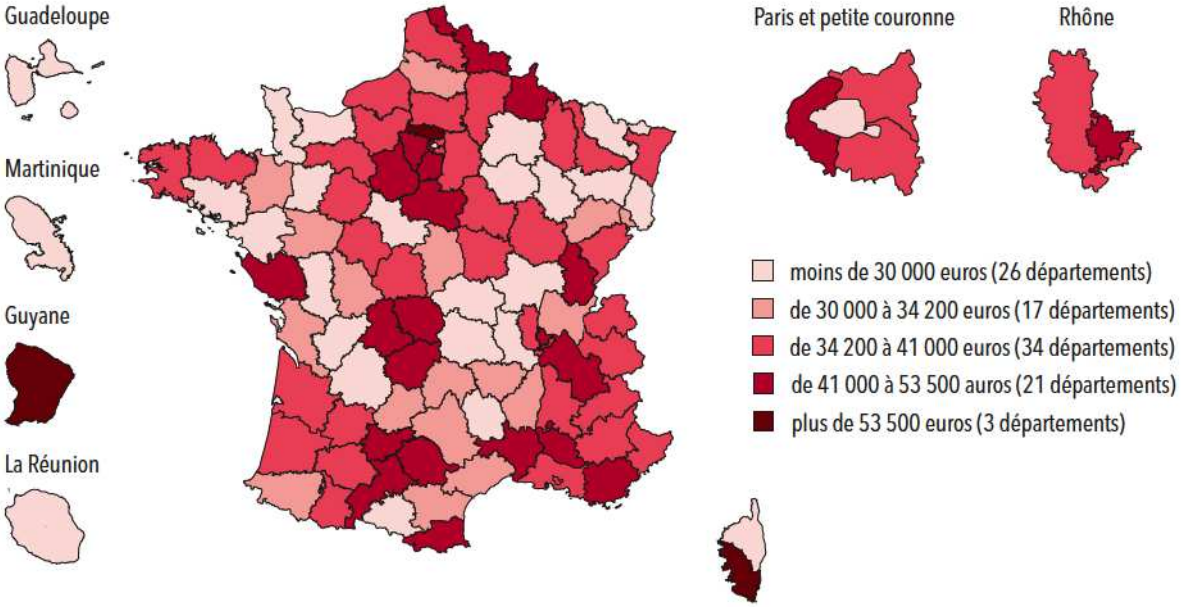
Graphique 2 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées, totales et pour l'accueil (hébergement et accueil de jour) en établissement



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2000 à 2015.

3. Y compris les places en accueil de jour.
4. Source : DREES, enquête ES handicap 2014.
5. Ces écarts sur les dépenses d'accueil pourraient notamment s'expliquer par les différences de gestion de l'ASH : en effet, s'agissant de dépenses brutes, elles peuvent inclure l'avance faite par le département aux personnes bénéficiaires en établissement avant récupération ou non, les bénéficiaires payant dans ce dernier cas directement leur quote-part à l'établissement médico-social.

Carte Dépenses annuelles brutes d'aide à l'accueil en établissement par bénéficiaire en 2015



Note > Les départements ont été classés selon leurs dépenses annuelles brutes d'aide à l'accueil (hébergement et accueil de jour) en établissement par bénéficiaire en 2015, selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > À titre d'exemple, la dépense est inférieure à 30 000 euros dans le Morbihan. La moyenne nationale est de 36 300 euros par bénéficiaire et par an.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Pour en savoir plus

> **Falinower I.**, 2016 : « L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014 », DREES, *Études et Résultats*, n° 975, septembre.

13 Les caractéristiques des bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes handicapées

Les personnes handicapées bénéficiaires d'une aide sociale départementale se répartissent à parité entre les sexes, hormis pour les aides à l'accueil pour lesquelles les hommes sont majoritaires. Les répartitions par âge sont en revanche différentes suivant les prestations, ce qui s'explique par le périmètre d'éligibilité aux diverses aides ou par la substitution progressive de la PCH à l'ACTP.

La PCH, principale aide aux personnes handicapées

En France, en 2015, parmi les diverses prestations destinées à des personnes handicapées, celles dont le handicap a été reconnu par une Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) peuvent disposer de plusieurs prestations d'aide sociale, cumulables ou non. Ainsi, le département peut octroyer aux personnes hébergées en établissement ou en accueil de jour[1] des aides sociales à l'accueil et à l'hébergement. Parmi elles, l'aide sociale à l'hébergement (ASH) dépend des ressources du bénéficiaire, tout comme l'aide sociale à l'accueil de jour. La prestation de compensation du handicap (PCH) est considérée comme une aide à domicile, même lors des séjours en établissement médico-social, où elle est alors attribuée à taux réduit (10 %)[2]. Une personne peut également être bénéficiaire d'une aide ménagère ou d'une allocation représentative de services ménagers lorsqu'elle vit à son domicile mais n'entre pas dans les critères d'attribution de la PCH. Enfin, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), progressivement remplacée par la PCH, peut être perçue à domicile comme en établissement.

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

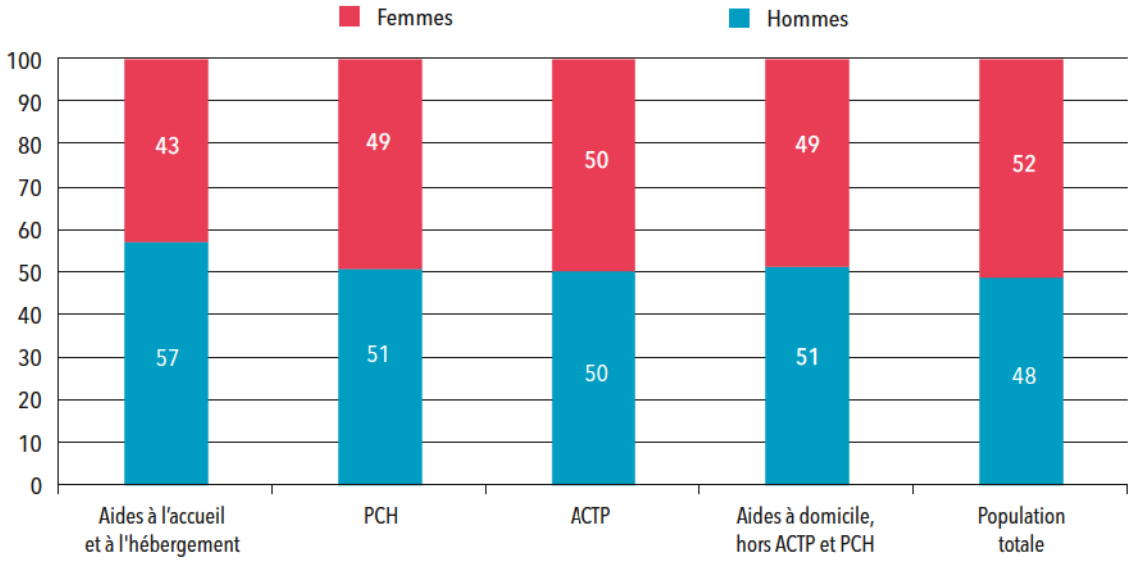
Les aides sociales à l'accueil et à l'hébergement, hors ACTP en établissement, sont accordées majoritairement à des hommes (graphique 1) alors que les aides ménagères ou auxiliaires de vie, l'ACTP (à domicile et en établissement) et la PCH se répartissent quasiment à parts égales entre femmes et hommes.

La répartition par âge des bénéficiaires[3] d'une aide sociale aux personnes handicapées varie selon la prestation (graphique 2). Les bénéficiaires d'une aide à domicile autre que l'ACTP ou la PCH, dont près de la moitié ont entre 50 et 59 ans, sont relativement âgés en comparaison des bénéficiaires d'une autre aide. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'ACTP sont plutôt plus âgés que ceux des autres aides, hors aides ménagères, puisqu'aucune nouvelle aide de ce type n'est attribuée depuis 2006.

Les bénéficiaires des aides à l'accueil et à l'hébergement sont globalement un peu plus jeunes que ceux de la PCH : la part des 60 ans ou plus n'y est que de 18 % (contre 23 % pour les bénéficiaires de la PCH) ; celle des 50 à 59 ans est de 24 % (contre 27 %). Les moins de 20 ans sont recensés presque uniquement parmi les bénéficiaires de la PCH dont ils représentent 7 %. On peut supposer que dans la plupart des cas, les parents d'enfants handicapés disposent des éléments de l'AEEH. La PCH « enfants » peut être attribuée aux parents disposant de l'AEEH de base. Si leurs droits sont ouverts pour un complément AEEH, ils peuvent bénéficier par ailleurs de tout ou partie 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 applicable si les parents perçoivent déjà un complément AEEH, ou s'ils n'ont pas de droits ouverts aux compléments AEEH. ■

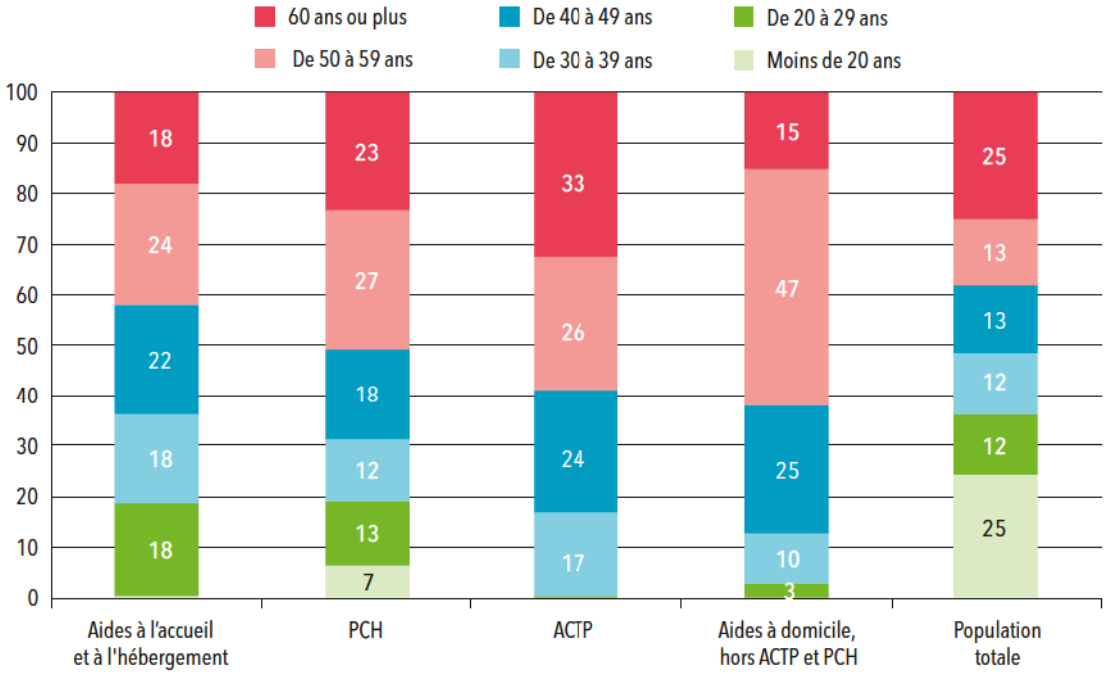
1. Bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), de l'accueil de jour et accueil chez des particuliers, à l'exclusion des enfants handicapés et des maisons d'accueil spécialisé (MAS).
2. Voir fiche 9.
3. Dans le cas d'enfants en situation de handicap, ce sont les parents qui perçoivent la prestation mais l'âge pris en compte est celui de l'enfant.

Graphique 1 Répartition par sexe des personnes handicapées selon le type d'aides, au 31 décembre 2015



Note > Sur la base des 87 départements répondant pour l'ACTP, 82 pour la PCH, 76 pour les aides à domicile et pour les aides à l'accueil.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Graphique 2 Répartition par âge des personnes handicapées selon le type d'aides, au 31 décembre 2015



Note > Sur la base de 84 départements répondant pour la PCH et pour l'ACTP, 76 pour les aides à domicile et pour les aides à l'accueil.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

L’aide sociale à l’enfance

14 Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance

Les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) mettent en œuvre diverses actions dans le cadre de la politique de protection de l'enfance, à des fins de prévention, de repérage des situations de danger ou de risque de danger, et de protection. Deux principaux modes d'intervention sont différenciés : 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 en grande partie 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 en lien 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·la président·e du conseil départemental est chargé·e 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·e technicien·ne 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

Encadré 1 L'information statistique sur les aides à domicile

Le dénombrement statistique des aides financières, des interventions d'un·e technicien·ne 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 rend impossible, à ce jour, la diffusion par la DREES de données statistiques consolidées.

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·e TISF ou d'une aide ménagère. Elle consiste en un accompagnement des parents (ou des détenteurs de l'autorité parentale) dans leurs fonctions parentales, dans des domaines aussi divers que la santé, l'hygiène, l'alimentation, la sécurité, l'éducation, la scolarisation, les loisirs… Les interventions ont lieu majoritairement au domicile des familles, dans leur cadre de vie quotidien, et doivent leur permettre de retrouver leur autonomie.

Créées par la loi du 5 mars 2007[1], des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale peuvent être proposées aux familles. Elles ont pour but d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial ayant 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·la président·e 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 éducateur·rice·s spécialisé·e·s 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 (article 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 nécessitant un accueil spécialisé peut être confié au service de l'ASE sur décision du·de la président·e 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

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 également 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 assistant·e·s familiaux·ales, hébergement en établissement d'éducation spéciale, en maison d'enfant à caractère sociale (MECS, encadré 2), en pouponnière, mais également placement auprès d'un tiers digne de confiance, hébergement en internat ou encore en foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs…

Les mesures judiciaires de placement

Les mesures judiciaires de placement sont décidées par le juge des enfants. Le mineur est alors confié au service de l'ASE qui détermine les modalités de son placement. Ces mesures recouvrent différentes situations : placement au titre de l'assistance éducative, délégation de l'autorité parentale à l'ASE, retrait partiel de l'autorité parentale, tutelle d'État déférée à l'ASE ou en application de l'ordonnance de 1945 relative à l'enfance délinquante (de manière provisoire ou pour les mineurs de 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. ■

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 éducateur·rice·s familiaux·ales qui s'occupent, chacun, en particulier d'une ou 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]…).

15 Les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale à l'enfance

En 2015, les départements ont consacré 7,7 milliards d'euros à la protection de l'enfance. Cette somme, utilisée aux trois quarts pour des mesures de placement, finance également le versement d'allocations ou encore la mise en œuvre d'actions éducatives et d'actions de prévention spécialisée. En particulier, au 31 décembre 2015, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficient de 325 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE), composées pour moitié d'actions éducatives et pour moitié de mesures de placement.

Représentant 7 % des mesures d'aide sociale des départements et 23 % des dépenses associées en 2015, l'aide sociale à l'enfance (ASE) connaît des évolutions lentes mais régulières depuis une vingtaine d'années.

Une hausse régulière des mesures d'aide sociale à l'enfance

Au 31 décembre 2015, 325 000 mesures d'ASE[1] sont en cours. Ce nombre progresse régulièrement depuis vingt ans (graphique 1). Entre 1996 et 2015, il a augmenté de 23 %, au taux de croissance annuel moyen de 1 %. En parallèle, la population de moins de 21 ans en France a crû de 4 %. Ainsi, le taux de mesures dans la population[2] augmente très légèrement mais régulièrement au cours de la période. Alors qu'il était de 1,6 % en 1996, il est de 1,9 % en 2015, un nombre stable depuis 2012.

Le taux de mesures varie de 0,9 à 4,2 selon les départements (carte 1). S'il est compris entre 1,7 et 2,3 dans la moitié des départements, il est égal ou à supérieur à 2,4 dans un tiers d'entre eux. Les taux les plus faibles sont observés dans les départements du quart sud-est, y compris la Corse, les départements d'Île-de-France et des Pays de la Loire.

Autant de mesures de placement que d'actions éducatives depuis 2007

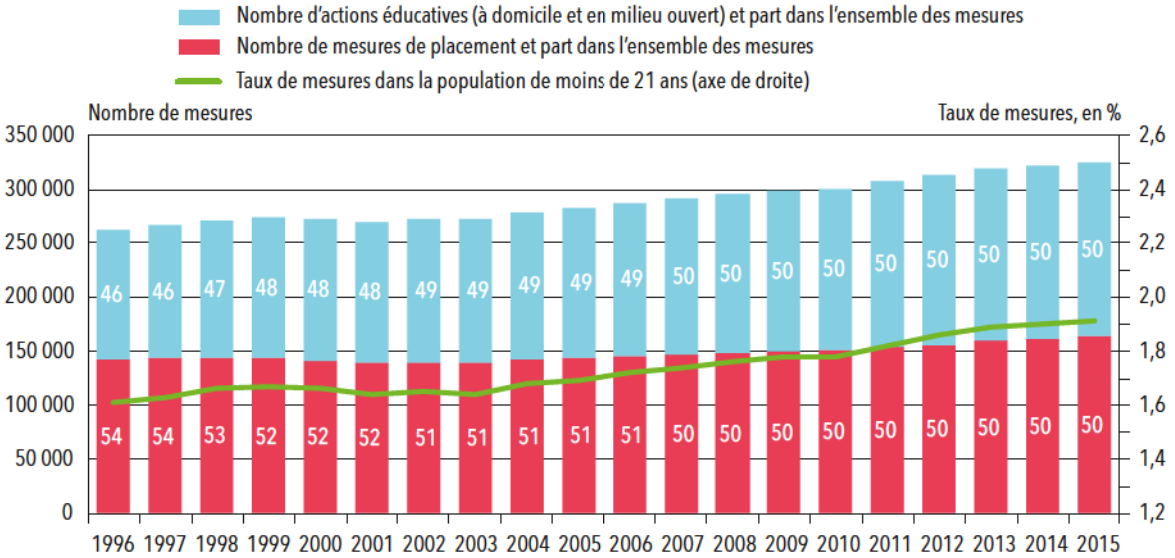
Les mesures d'ASE peuvent consister en des actions éducatives (accompagnement matériel et éducatif du mineur et de sa famille ou du jeune majeur) ou en des mesures de placement en dehors du milieu de vie habituel. Fin 2015, ces mesures d'ASE comprennent presque autant d'actions éducatives (161 000) que de mesures de placement (164 000). Cette répartition à parts égales est observée depuis 2007. En 1996, les mesures de placement étaient relativement plus nombreuses puisqu'elles représentaient 54 % des mesures d'ASE. Cette part a ensuite progressivement diminué entre 1996 et 2007.

La part des mesures de placement parmi les mesures d'ASE peut varier d'un département à l'autre (carte 2). Ainsi, des parts inférieures à 40 % ou encore supérieures à 60 % sont observées dans certains départements. Toutefois, dans trois quarts des départements, elle reste comprise entre 45 % et 56 %. Les départements ayant les parts les plus faibles sont plutôt concentrés dans la moitié sud de la France et plus particulièrement autour du Massif central.

1. 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 14). Les bénéficiaires d'une aide financière, d'un accompagnement social ou budgétaire, de même que les actions de prévention spécialisée ne sont pas prises en compte dans cette partie, car ils sont difficiles à dénombrer.

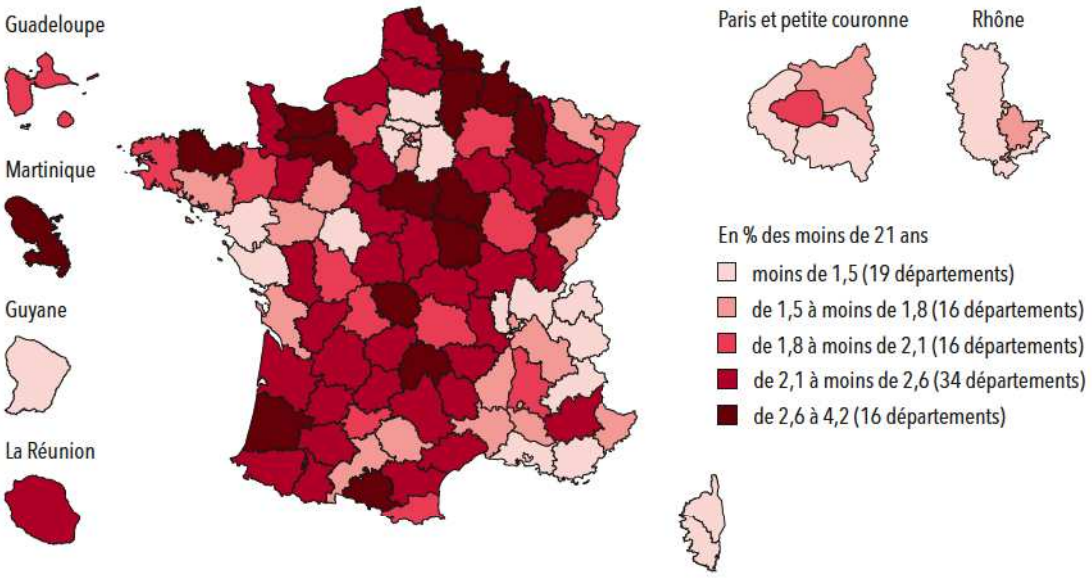
2. Une action éducative et une mesure de placement peuvent concerner, à une même date, le même bénéficiaire. Il s'agit donc bien d'un taux de mesures (non corrigé des doubles comptes) et non d'un taux de bénéficiaires.

Graphique 1 Évolution des mesures d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre, de 1996 à 2015



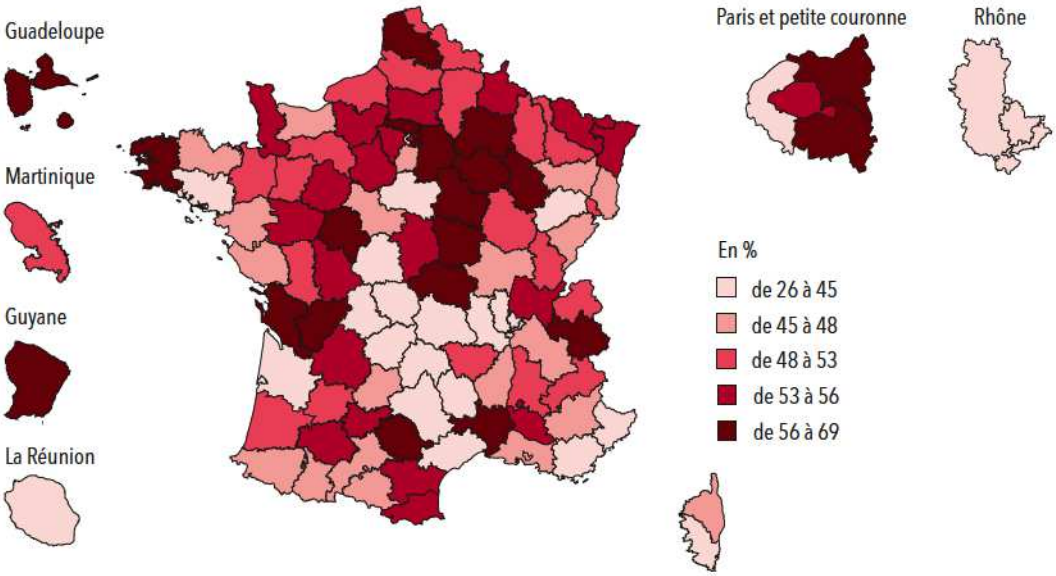
Champ • France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources • DREES, enquêtes Aide sociale 1996-2015.

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale à l'enfance, fin 2015



Note > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, le taux de mesures d'aide sociale à l'enfance est de 1,9 pour 100 habitants de moins de 21 ans.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Carte 2 Part des mesures de placement dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance, fin 2015



Note > Les départements sont répartis par quintiles selon la valeur de la part de mesures (chaque catégorie regroupe 20 % des départements).
Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, la part des mesures de placement parmi les mesures d'aide sociale à l'enfance (placements et actions éducatives) est de 50 %.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

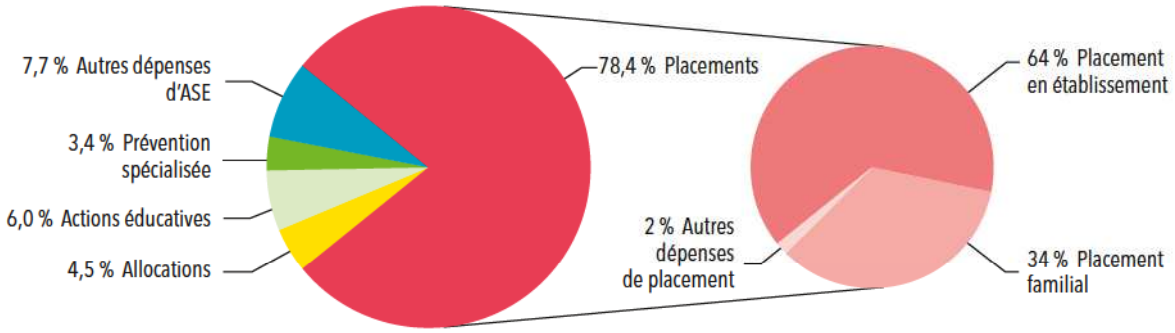
La majorité des dépenses d'aide sociale à l'enfance consacrées aux mesures de placement

En 2015, les dépenses brutes totales des conseils départementaux pour l'aide sociale à l'enfance sont de 7 741 millions d'euros. Plus de trois quart d'entre elles sont attribuées aux placements (graphique 2), et notamment aux placements en établissement[3]. Elles permettent également de financer des actions éducatives ou de la prévention spécialisée, ou encore des allocations (allocations mensuelles, secours, bourses et autres aides financières).

Entre 1998 et 2015, les dépenses totales d'ASE ont augmenté de 41 %, en euros constants[4] (graphique 3) et croissent encore de 2 % entre 2014 et 2015. La composition des dépenses est relativement stable. Toutefois, 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. ■

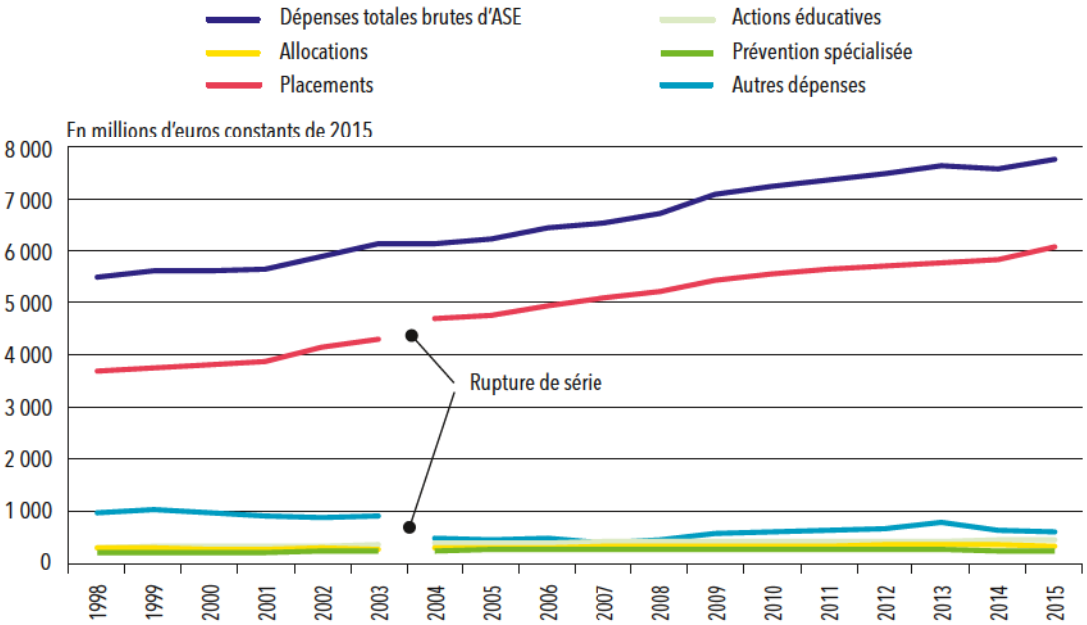
3. Voir fiche 17.
4. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2015, cet indice a augmenté de 0,04 % en moyenne annuelle.

Graphique 2 Répartition des dépenses d'aide sociale à l'enfance en 2015



Note > Les autres dépenses d'ASE correspondent aux subventions et participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance. Les autres dépenses de placement comprennent les dépenses liées aux placements chez les tiers dignes de confiance, frais liés à l'accueil de jour, à l'internat scolaire, aux frais d'hospitalisation...
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Graphique 3 Évolution des dépenses d'aide sociale à l'enfance de 1998 à 2015



Notes > Les autres dépenses d'ASE correspondent aux subventions et participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont depuis davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution induit une rupture de série statistique, hormis pour le total des dépenses d'ASE.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1998-2015.

16 Les actions éducatives

Fin 2015, 161 000 enfants ou jeunes de moins de 21 ans font l'objet d'une mesure d'action éducative. Ce nombre augmente régulièrement depuis vingt ans, et de +1% entre 2014 et 2015. Les mesures d'actions éducatives comprennent 32 % d'actions éducatives à domicile (AED) et 68 % d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO). Cette répartition varie fortement selon les départements.

Fin 2015, les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements français (hors Mayotte) mettent en œuvre 325 000 mesures d'action éducative et de placement. La moitié d'entre elles sont des actions éducatives.

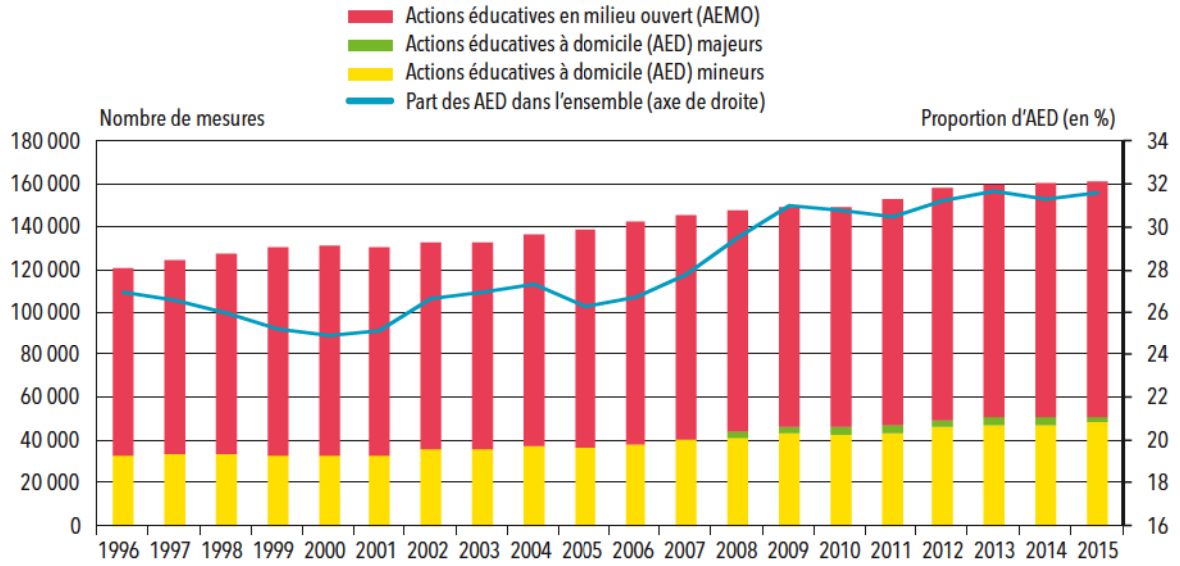
Des actions éducatives toujours plus nombreuses

Au 31 décembre 2015, 161 000 mesures d'actions éducatives sont en cours. Ce nombre n'a cessé de progresser depuis une vingtaine d'années (+33 % entre 1996 et 2015). Le taux d'évolution annuel n'excède toutefois jamais les 3 % (graphique).

Depuis 2012, l'augmentation est plus modeste. Entre 2014 et 2015, elle est de 1 %. L'augmentation 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 4 % entre 1996 et 2015 (+0,3 % entre 2014 et 2015)[1].

Fin 2015, les mesures d'actions éducatives concernent 1,0 % de la population de moins de 21 ans. Parmi les mineurs uniquement, cette proportion est de 1,1 % et varie de 0,4 % à 3,0 % selon les départements (carte 1). Dans deux tiers des départements, entre 0,9 % et 1,5 % des mineurs bénéficient d'une action éducative.

Graphique Évolution du nombre d'actions éducatives de 1996 à 2015, au 31 décembre



Note > Pour les années 1996 à 2004, les AED pour mineurs et pour majeurs ne sont pas distinguées.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1996-2015.

1. D'après les estimations de population de l'INSEE.

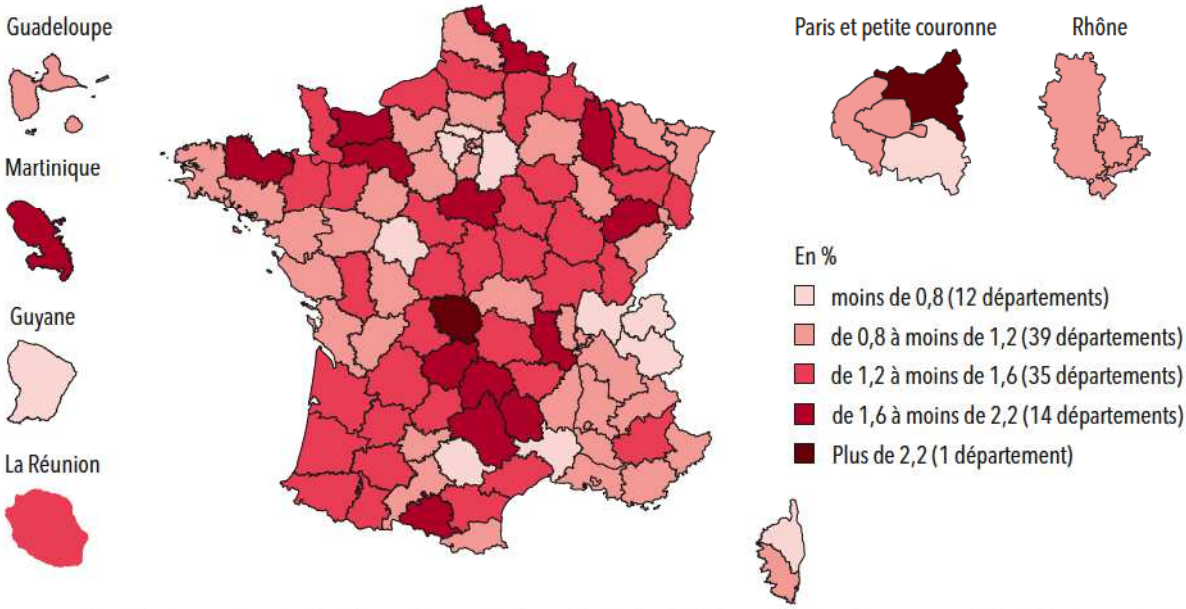
Les actions éducatives à domicile peuvent concerner des jeunes majeurs, mais ces derniers ne constituent qu'une petite part des bénéficiaires. Si leur nombre a fortement augmenté de 2008 à 2011 (+ 28 %), depuis il est en baisse (-16 % entre 2011 et 2015). Fin 2015, les jeunes majeurs sont 2 900 à bénéficier d'une action éducative à domicile, soit 2 % des bénéficiaires de ce type d'aide.

Deux actions éducatives sur trois sont des actions éducatives en milieu ouvert

Parmi les actions éducatives, sont distinguées 51 000 actions éducatives à domicile (AED) et 110 000 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 décidées par le juge[2]. La hausse du nombre d'AED ayant été plus rapide que celle du nombre d'AEMO, la part des premières dans l'ensemble a eu tendance à augmenter, notamment entre 2005 et 2009. Elle est ainsi de 32 % en 2015. Cependant, les AEMO restent largement majoritaires.

La répartition entre AED et AEMO est particulièrement hétérogène sur le territoire : la part d'AED dans l'ensemble des actions éducatives varie de moins de 10 % à plus de 60 % selon les départements (carte 2). Dans la moitié d'entre eux, cette part est inférieure à 35 %. Elle est à l'inverse égale ou supérieure à 50 % dans huit départements. ■

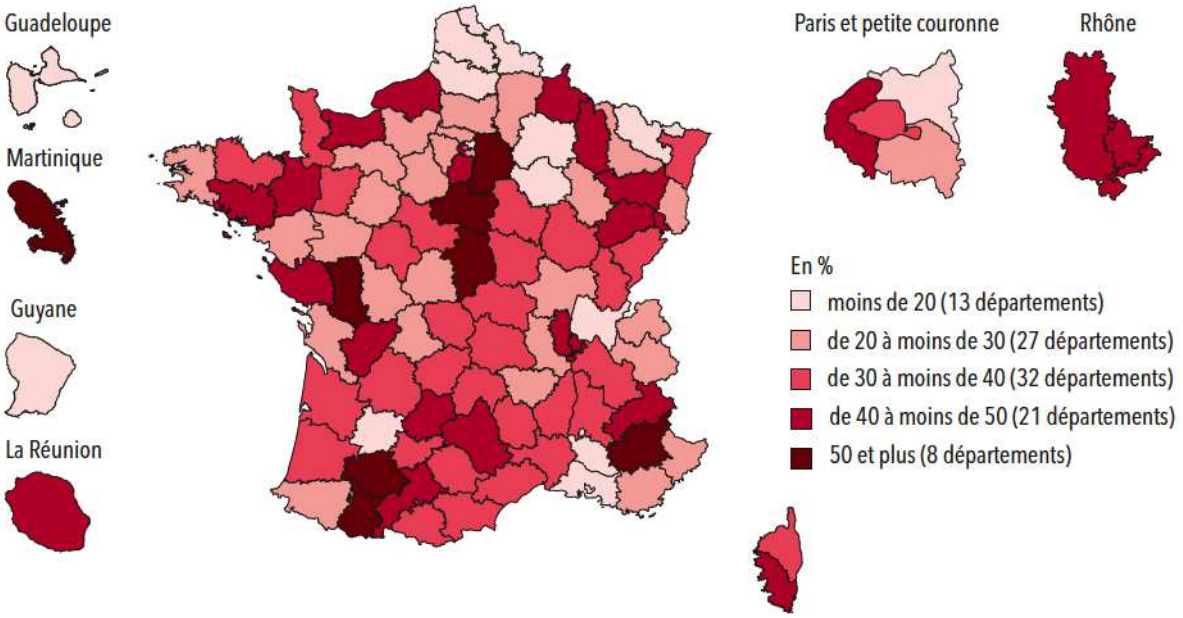
Carte 1 Nombre d'actions éducatives pour 100 jeunes de moins de 18 ans, fin 2015



Note > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Le taux d'actions éducatives pour mineurs, au niveau national, est de 1,1 % au 31 décembre 2015.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

2. Voir fiche 14.

Carte 2 Part des AED dans l'ensemble des actions éducatives, fin 2015



Note > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2015, la part d'AED dans l'ensemble des actions éducatives (AED et AEMO) est de 32 %.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

17 Les mineurs et jeunes majeurs accueillis à l'aide sociale à l'enfance

Au 31 décembre 2015, 164 000 mesures de placement sont en cours au titre de l'aide sociale à l'enfance. Ce nombre ainsi que les dépenses associées n'ont cessé d'augmenter depuis la fin des années 1990. Huit mesures sur dix font suite à une décision d'ordre judiciaire. Plus de la 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 325 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) mises en œuvre par les départements, la moitié consiste en un accueil en dehors du milieu de vie d'origine.

Les dépenses de placement augmentent davantage que le nombre de bénéficiaires

Au 31 décembre 2015, 164 000 mineurs et jeunes majeurs sont accueillis à l'ASE. Après avoir légèrement diminué entre 1998 et 2002, ce nombre a continûment augmenté : +17 % entre 2002 et 2015 (graphique 1), alors que la hausse de la population âgée de moins de 21 ans n'a été que de 4 % entre 1998 et 2015.

Parallèlement, les dépenses de placement n'ont cessé de croître et à un rythme plus dynamique que le nombre de mesures. Entre 1998 et 2015, la hausse est en effet de 65 %[1] en euros constants[2], soit un taux de croissance annuel moyen de 4 % contre 0,8 % pour le nombre de bénéficiaires. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire[3] a ainsi sensiblement augmenté, passant de 25 700 euros en 1998 (en euros constants de 2015) à 37 300 euros par an et par bénéficiaire en 2015. Entre 2014 et 2015, le nombre de bénéficiaires et les dépenses associées ont augmenté respectivement de 1 % et 4 %. En 2015, les dépenses de placement s'élèvent à 6,1 milliards d'euros, et représentent 78 % des dépenses brutes totales d'ASE des départements.

Au niveau national, 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). Si les valeurs extrêmes sont dans un rapport de 1 à 4, dans la moitié des départements, le taux reste compris entre 0,8 et 1,2 mesure pour 100 jeunes de moins de 21 ans. De même, les dépenses varient d'un département à l'autre, du fait des différences entre départements du nombre de mesures et de dépenses moyennes par bénéficiaire. En 2015, la dépense annuelle de placement, en moyenne de 37 300 euros par bénéficiaire, est très hétérogène (carte 2). Elle oscille entre 22 100 euros et 59 400 euros, soit quasiment du simple au triple.

Les mesures d'ordre judiciaire sont prédominantes

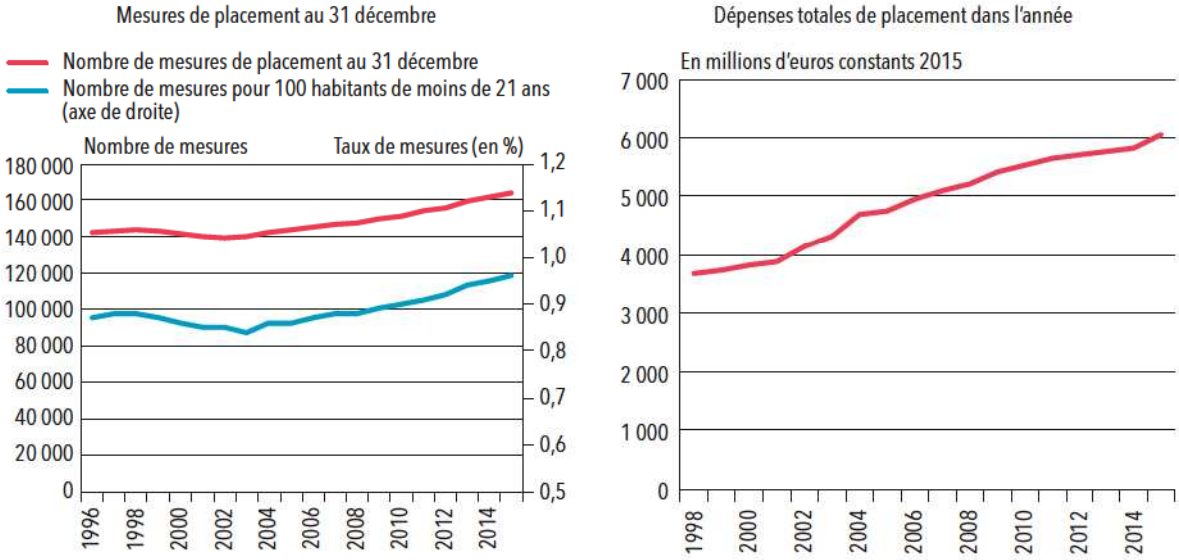
Parmi les enfants accueillis à l'ASE, sont distingués ceux qui sont placés directement par le juge, pour lesquels le département est uniquement financeur, et ceux qui sont confiés à l'ASE par une mesure administrative ou

1. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont depuis 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. Pour la même raison, le taux de croissance des dépenses entre 1998 et 2015 est lui légèrement sur-estimé.

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 2015, cet indice a augmenté de 0,04 % en moyenne annuelle.

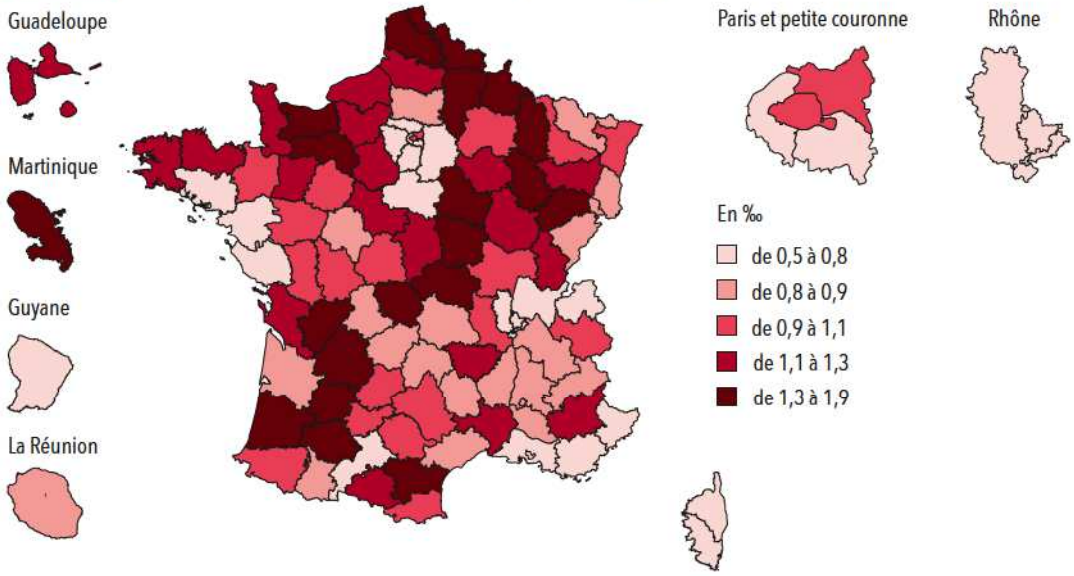
3. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n-1* et des bénéficiaires au 31 décembre *n*.

Graphique 1 Évolution du nombre de mesures et des dépenses de placement à l'aide sociale à l'enfance



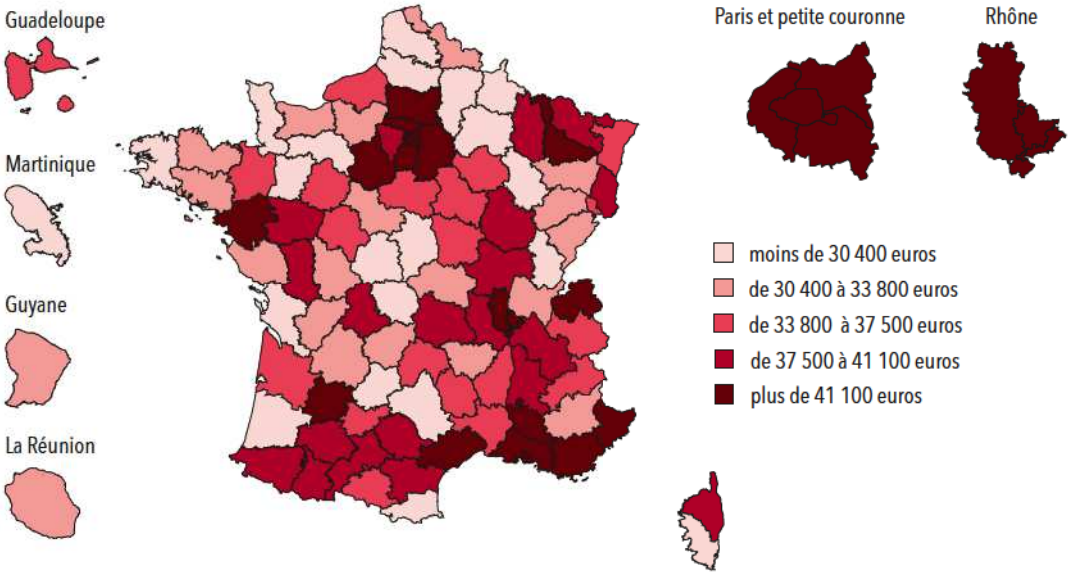
Note > Le nombre de mesures pour 100 habitants de moins de 21 ans de 2015 est égal au rapport du nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2015 et du nombre d'habitants au 1er janvier 2016. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont depuis davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution a induit une rupture de série statistique dans les dépenses de placement, légèrement sous-estimées entre 1998 et 2003.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1998-2015 ; INSEE, estimations de population (pour 2015 et 2016, les résultats sont provisoires, arrêtés fin 2016).

Carte 1 Nombre d'enfants accueillis, pour 100 jeunes de moins de 21 ans, fin 2015



Note > Les départements sont répartis par quintiles selon la valeur du taux (chaque catégorie regroupe 20 % des départements).
Lecture > Au niveau national, le taux de mesures d'accueil, est de 1,0 %, au 31 décembre 2015.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Carte 2 Dépenses totales brutes de placement par bénéficiaire en 2015



Note > Les départements sont répartis par quintiles selon la valeur du ratio (chaque catégorie regroupe 20 % des départements).
Lecture > Les dépenses par bénéficiaire sont, au niveau national, de 37 280 euros en 2015.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

judicaire. En 2015, 15 700 enfants sont placés directement par le juge et 148 000 mineurs et jeunes majeurs sont spécifiquement confiés à l'ASE. Confirmant une tendance longue (-45 % entre 1996 et 2015), le nombre d'enfants placés directement par le juge diminue encore de 2 % entre 2014 et 2015, alors même que l'ensemble des mesures de placement continuent de progresser (+2 % en un an). En 2015, ils représentent 10 % des enfants accueillis à l'ASE, contre 20 % en 1996 (graphique 2).

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. En 2015, 34 000 jeunes, soit 21 % des jeunes accueillis à l'ASE, bénéficient de l'ensemble de ces mesures. Depuis la fin des années 1990 et jusqu'en 2008, cette proportion oscillait entre 21 % et 22 %. Entre 2009 et 2011, elle était de 23 % et baisse légèrement entre 2011 et 2015. Au sein des mesures administratives, les accueils provisoires de jeunes majeurs sont les mesures les plus nombreuses, représentant plus de 50 % de mesures administratives depuis 2004, suivis des accueils provisoires de mineurs et enfin des pupilles (7 % des mesures administratives).

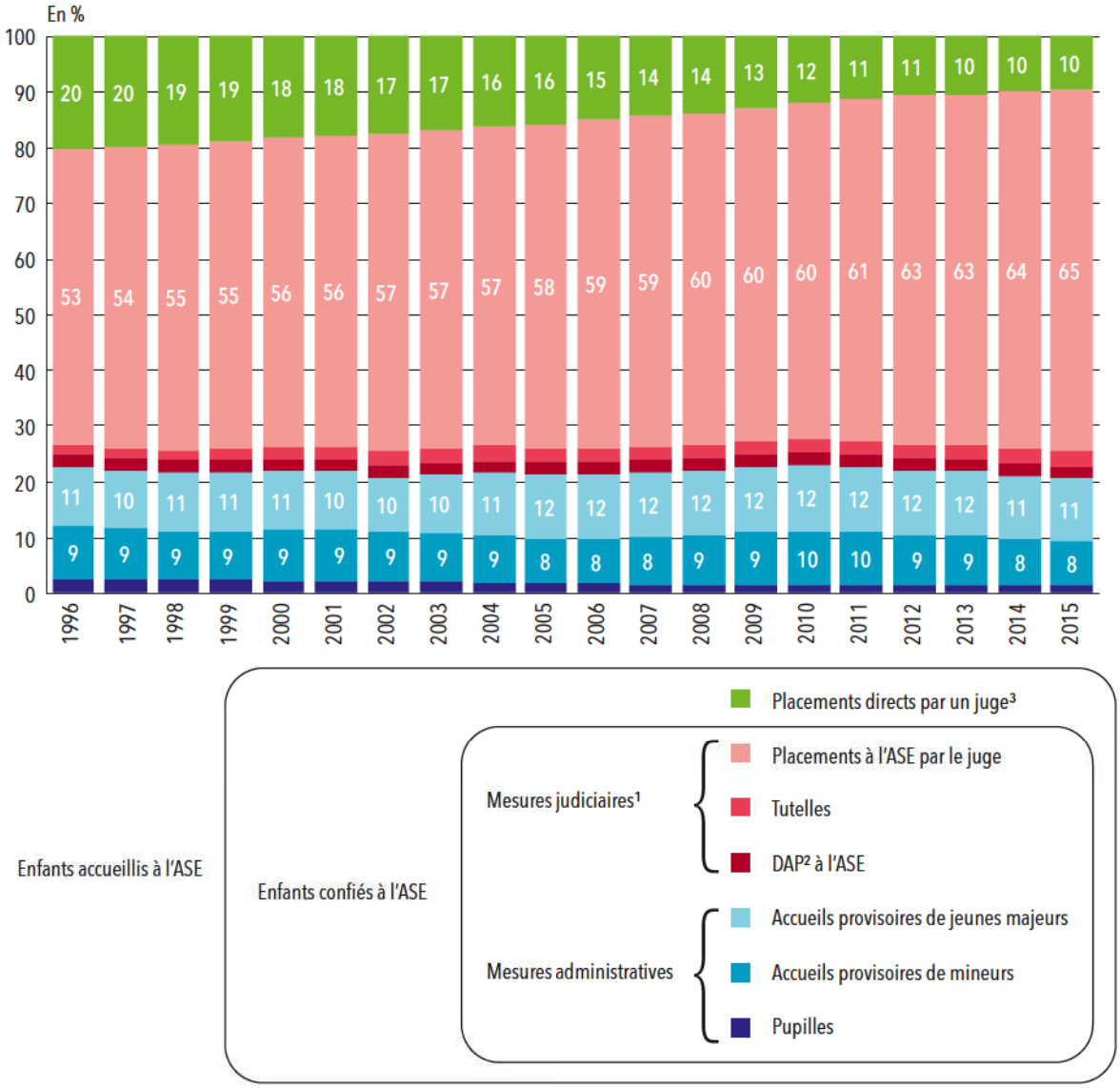
Les mesures judiciaires concernent 114 000 enfants, soit 77 % de ceux confiés à l'ASE et 70 % de ceux accueillis à l'ASE. Elles correspondent en très grande majorité à des placements à l'ASE par le juge, essentiellement au titre de l'assistance éducative : ces placements représentent 93 % des mesures judiciaires en 2015 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. Le nombre de mesures judicaires a tendance à augmenter depuis 1996 (+40 %), en même temps que celui des placements directs diminue.

Fin 2015, les 114 000 mesures judiciaires et les 16 000 placements directs par le juge concernent 130 000 enfants, soit 79 % de ceux accueillis au titre de l'ASE. Cette part varie entre 77 % et 79 % entre 1996 et 2015, et est plutôt à la hausse depuis 2011 où elle était de 77 %. Quel que soit le département, la part des accueils consécutifs à une décision judicaire est majoritaire, mais elle varie de 64 à 94 % sur le territoire (carte 3), révélant ainsi des pratiques diverses.

Un jeune confié à l'aide sociale à l'enfance sur deux est en famille d'accueil

Au 31 décembre 2015, 75 000 mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE (hors placements directs par

Graphique 2 Évolution des mesures de placement au 31 décembre, selon le type de décision, de 1996 à 2015



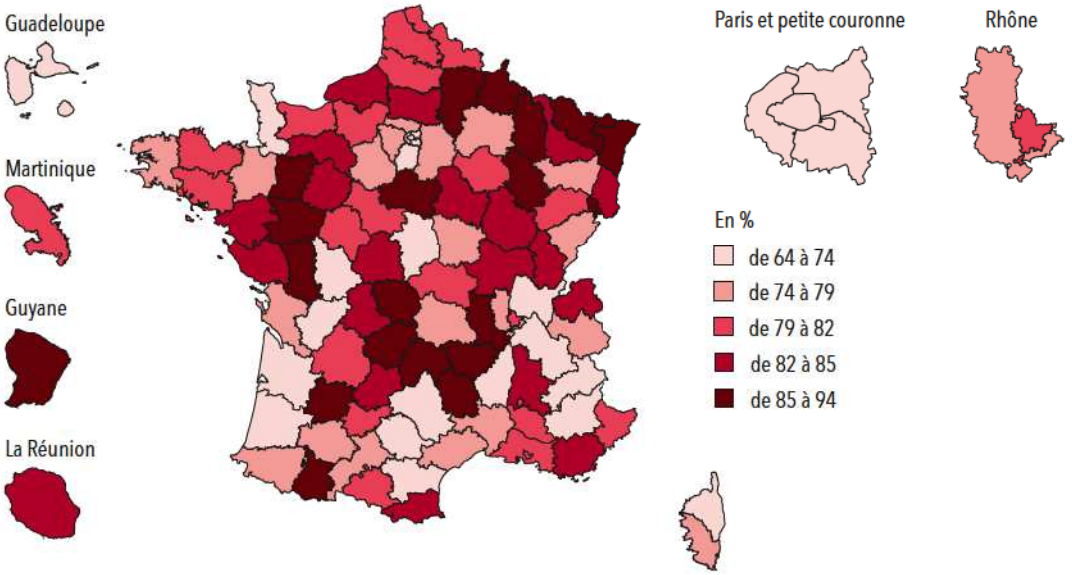
1. Y compris retraits partiels de l'autorité parentale.
2. Délégations de l'autorité parentale.
3. Mesures pour lesquelles les services de l'ASE sont uniquement financeurs.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1996-2015.

le juge[4]) sont hébergés en famille d'accueil, soit la moitié d'entre eux (graphique 3). L'accueil en établissement public relevant de l'ASE ou du secteur associatif habilité et financé par elle concerne 38 % des jeunes confiés à l'ASE.

Toujours plus nombreux, les enfants hébergés en famille d'accueil (+21 % entre 1996 et 2015) diminuent toutefois en proportion des enfants confiés depuis 2009. En effet, c'est le recours aux modes d'hébergement à destination d'adolescents et jeunes majeurs autonomes ou à d'autres modes comme, par exemple, l'internat scolaire, le placement auprès d'un tiers digne de confiance, l'accueil en village d'enfants… qui croît le plus vite durant cette dernière période : +89 % entre 2009 et 2015, contre +4 % en famille d'accueil. Le nombre d'enfants placés en établissement a augmenté

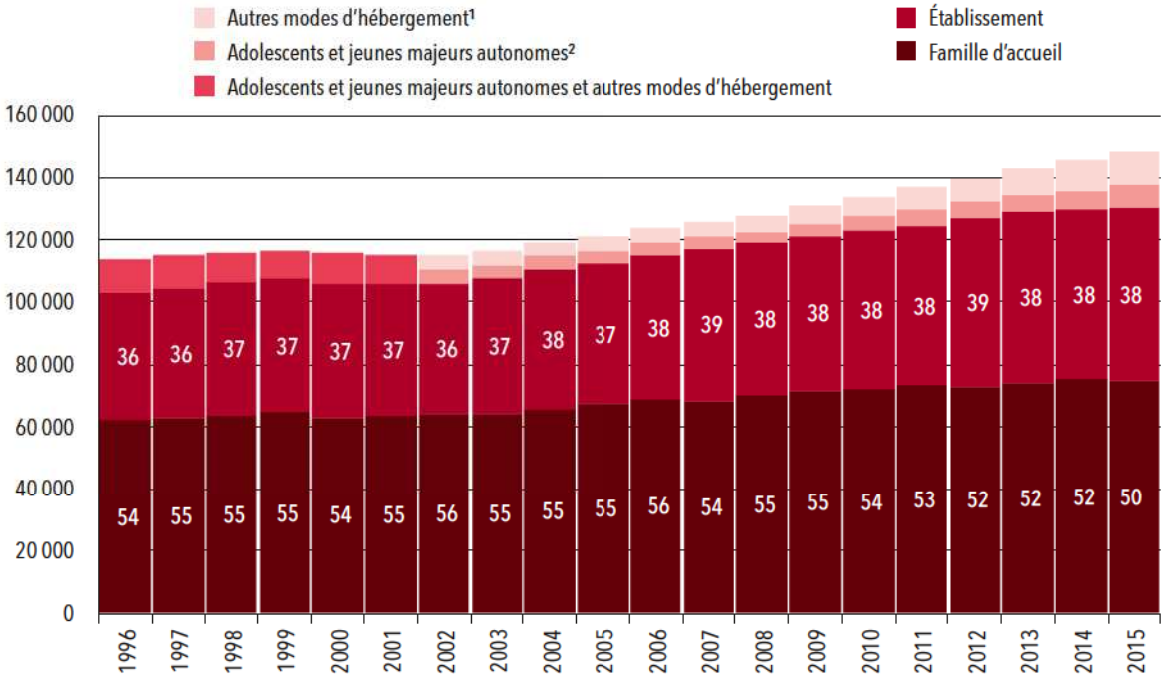
4. Le détail des modalités d'accueil dans le cas de placements directs par le juge n'est pas connu avec précision. Cette sous-partie se concentre donc sur les seuls enfants confiés à l'ASE.

Carte 3 Part de la somme des mesures judiciaires et des placements directs par le juge dans les mesures d'accueil, fin 2015



Note > Les départements sont répartis par quintiles selon la valeur de la part (chaque catégorie regroupe 20 % des départements).
Lecture > La part des mesures d'ordre judiciaire (y compris placements directs par le juge), au niveau national, est de 79 % au 31 décembre 2015.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Graphique 3 Évolution de la répartition par mode d'hébergement principal des enfants confiés à l'ASE au 31 décembre, de 1996 à 2015



1. Autres modes d'hébergement : internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, village d'enfants, placement chez la future famille adoptante…
2. Adolescents et jeunes majeurs autonomes : Foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en hôtel, en location…
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1996-2015.

de 2 % entre 2014 et 2015, de 34 % depuis 1996 et de 12 % depuis 2008, ces dernières augmentations étant elles aussi supérieures à celles du nombre d'enfants hébergés en famille d'accueil.

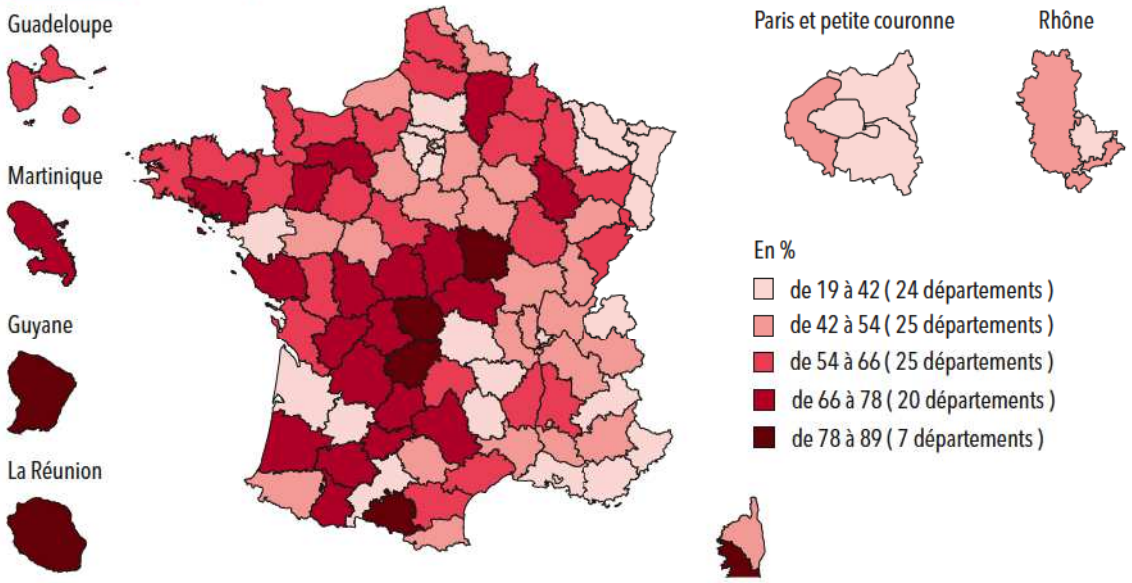
Les deux principaux modes d'hébergement, établissements et familles d'accueil, sont présents sur l'ensemble du territoire, mais le recours à ces deux modes est particulièrement variable d'un département à l'autre. En 2015, de 19 % à 89 % des placements ont lieu en famille d'accueil selon le département considéré (carte 4). Les départements recourant le moins au placement en famille d'accueil sont plus fréquents dans l'est de la France, et en particulier le sud-est, ainsi qu'en Île-de-France.

Les coûts diffèrent selon le mode d'hébergement

En 2015, les 6,1 milliards d'euros de dépenses totales de placement au titre de l'ASE se décomposent en 3,9 milliards d'euros de dépenses d'accueil en établissement (soit 64 %) et 2,1 milliards d'euros de dépenses d'accueil familial (soit 35 %). Les placements chez des tiers dignes de confiance, les frais liés à l'accueil de jour, à l'internat scolaire, mais aussi les frais d'hospitalisation représentent 1 % des dépenses totales de placement.

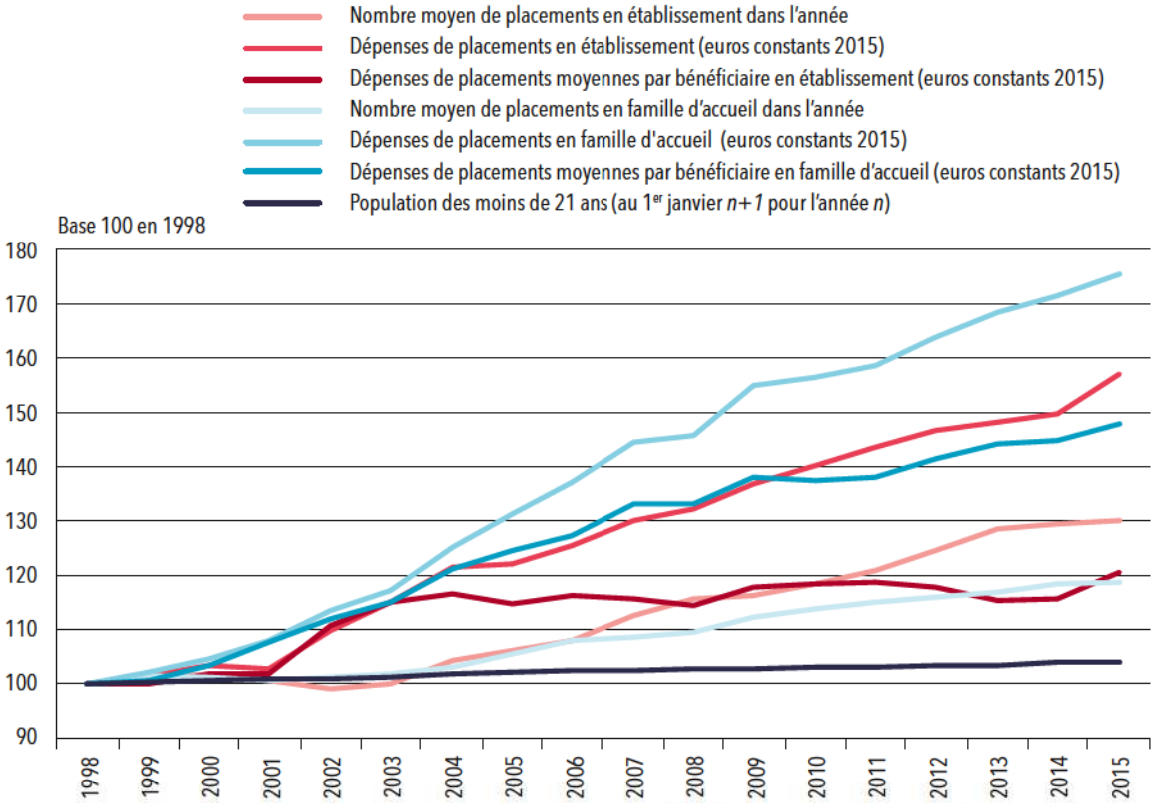
La dépense de placement moyenne par bénéficiaire est beaucoup plus élevée en établissement qu'en famille d'accueil. En 2015, elle est estimée à 70 000 euros par an en établissement contre 28 000 euros en famille d'accueil. Cela constitue un des facteurs explicatifs des disparités de dépenses départementales, globalement plus élevées dans les départements où le recours au placement en établissement est proportionnellement plus important. Entre 1998 et 2015, la dépense moyenne par bénéficiaire a davantage augmenté pour le placement familial (+50 %) que pour l'accueil en établissement (+21 %) [graphique 4]. À l'inverse, le nombre de bénéficiaires moyen dans l'année en établissement a davantage progressé que celui en famille d'accueil (respectivement +30 % et +19 % entre 1998 et 2015). Le premier effet s'avère toutefois le plus déterminant et, au total, la masse des dépenses d'accueil familial a progressé plus vite que celle des dépenses en établissement : les dépenses ont ainsi été multipliées par 1,8 en famille d'accueil contre 1,6 en établissement.

Carte 4 Part des placements en famille d'accueil parmi les enfants confiés, fin 2015



Note > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).
Lecture > La part des placements en famille d'accueil parmi les enfants confiés est, au niveau national, de 50 % au 31 décembre 2015.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Aide sociale 2015.

Graphique 4 Évolution des dépenses et des bénéficiaires de placement familial et en établissement de 1998 à 2015



Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2015. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n-1* et des bénéficiaires au 31 décembre *n*. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont depuis davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution a induit une rupture de série statistique dans les dépenses de placement, légèrement sous-estimées entre 1998 et 2003.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1998-2015 ; INSEE, estimations de population (pour 2015 et 2016, les résultats sont provisoires, arrêtés fin 2016).

8 % des placements se font en dehors du département d'origine

Pour différentes raisons fondées sur l'intérêt de l'enfant (déménagement des parents ou de la famille d'accueil, besoin d'un accueil spécifique, indication d'éloignement, échec des placements antérieurs…), celui-ci peut être placé en dehors de son département d'origine, ce dernier restant cependant responsable de la mesure. Au niveau national, 8 % des placements sont mis en œuvre en dehors du département d'origine de l'enfant. Cette part varie selon les départements. Elle est inférieure à 4 % dans un quart des 91 départements répondants, et comprise entre 4 % et 9 % pour la moitié d'entre eux. Enfin, elle peut aller jusqu'à 50 % dans certains départements, les valeurs les plus élevées étant observées dans les départements franciliens. Au niveau national, les bénéficiaires accueillis hors de leur département sont 41 % en familles d'accueil, 45 % en établissement et 14 % en autres modes d'hébergement. ■

Pour en savoir plus

> **Pliquet E.**, 2016, « Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissements », DREES, *Études et Résultats*, n° 974, septembre.

> **Pliquet E.**, 2016, « Fin 2012, les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance offrent 60 000 places d'hébergement », DREES, *Études et Résultats*, n° 955, mars.

18 Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance

Les enfants suivis par ou confiés à l'aide sociale à l'enfance sont plus souvent des garçons et sont majoritairement âgés de 11 à 17 ans. Parmi les enfants confiés, la répartition par âge varie selon le mode d'hébergement principal.

Fin 2015, les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements français (hors Mayotte) mettent en œuvre 325 000 mesures d'aide. Elles se répartissent à parts égales entre placements et actions éducatives.

Les enfants confiés à l'ASE : plus de garçons et une majorité d'adolescents

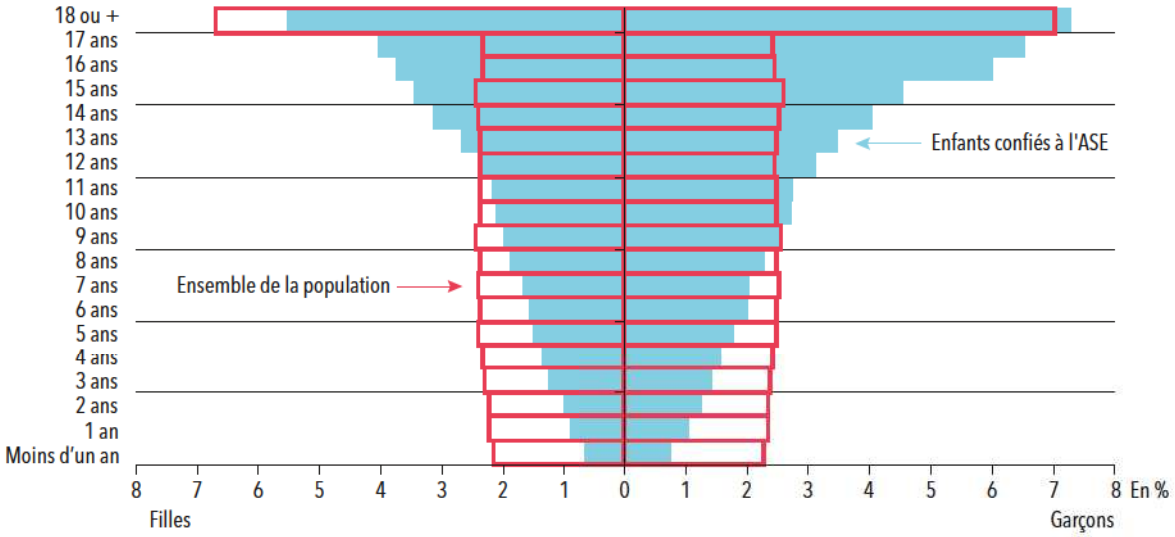
Parmi les enfants placés, 148 000 sont spécifiquement confiés à l'ASE, soit 90 %. En moyenne, ils ont 12 ans. Il s'agit souvent de préadolescents et adolescents âgés de 11 à 17 ans. En effet, ceux-ci constituent 52 % des enfants confiés alors que cette classe d'âge correspond à 34 % de la population générale des moins de 21 ans. À l'inverse, les plus jeunes, âgés de moins de 10 ans, sont plutôt sous-représentés. Les enfants de moins de 6 ans par exemple représentent 15 % des enfants confiés contre 28 % de la population générale des moins de 21 ans. Enfin, 13 % des jeunes confiés à l'ASE sont majeurs.

Les garçons sont plus nombreux que les filles. Alors qu'ils constituent 51 % en population générale, ils représentent 57 % des enfants confiés, voire plus parmi les adolescents (62 % par exemple parmi les 16-17 ans) [graphique 1].

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. Si la moitié d'entre eux sont accueillis par un·e assistant·e

Graphique 1 Répartition par sexe et âge des enfants confiés à l'ASE au 31 décembre 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), sur la base de 89 départements ayant renseigné cette partie de l'enquête, correspondant à 92 % des enfants confiés.

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

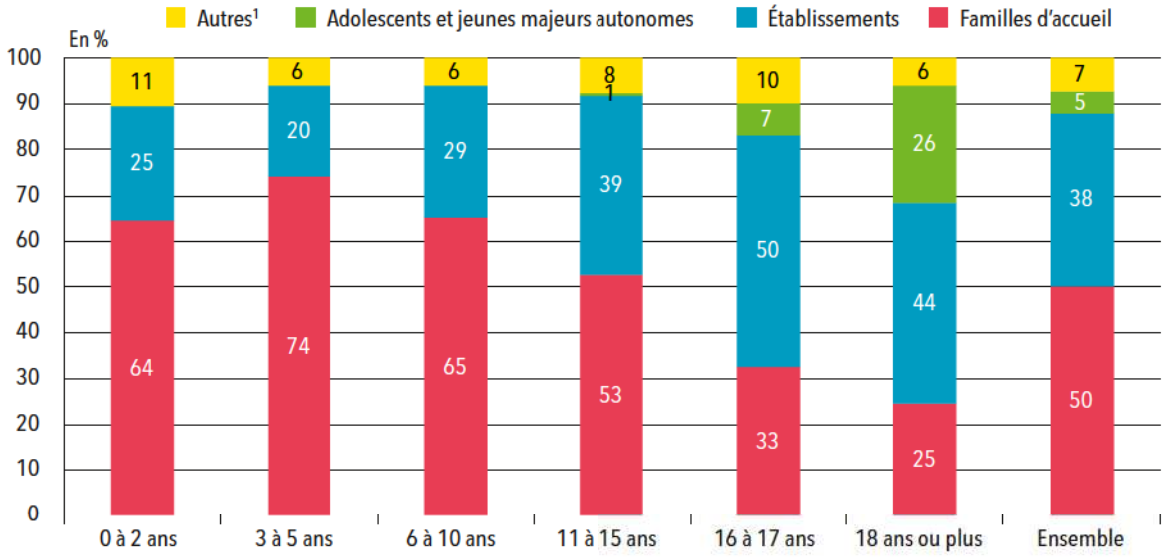
familial·e et 38 % par un établissement, les jeunes majeurs et certains adolescents autonomes peuvent être hébergés en foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en location ou encore à l'hôtel ; enfin, 7 % des placements se font dans d'autres lieux tels que l'internat scolaire, un village d'enfants, ou encore chez un tiers digne de confiance[1]. L'âge de l'enfant ou du jeune confié et son mode d'hébergement principal semblent liés (graphique 2). En effet, parmi les plus jeunes d'entre eux, l'accueil par un·e assistant·e familial·e est plus répandu que l'hébergement en établissement. À l'inverse, les adolescents sont davantage orientés vers un établissement que leurs cadets. Ainsi, l'accueil familial est le mode d'hébergement le plus fréquent jusqu'à 15 ans, et il est même supérieur à 64 % jusqu'à 10 ans alors que l'établissement est le lieu de vie de 39 % des 11-15 ans et de 50 % des 16-17 ans.

La majorité des bénéficiaires d'une action éducative ont entre 6 et 17 ans

Les enfants et jeunes faisant l'objet d'une action éducative sont plus souvent des garçons (56 %). Cela semble être davantage le cas pour les bénéficiaires d'une action éducative à domicile (AED), qui sont des garçons à 59 % alors qu'ils sont 51 % parmi les bénéficiaires d'une action éducative en milieu ouvert (AEMO).

Le public des actions éducatives est majoritairement âgé de 6 à 17 ans. Cette classe d'âge est 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 58 % (graphique 3). À l'inverse, 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. ■

Graphique 2 Répartition par mode d'hébergement principal des enfants confiés à l'ASE, selon l'âge au 31 décembre 2015



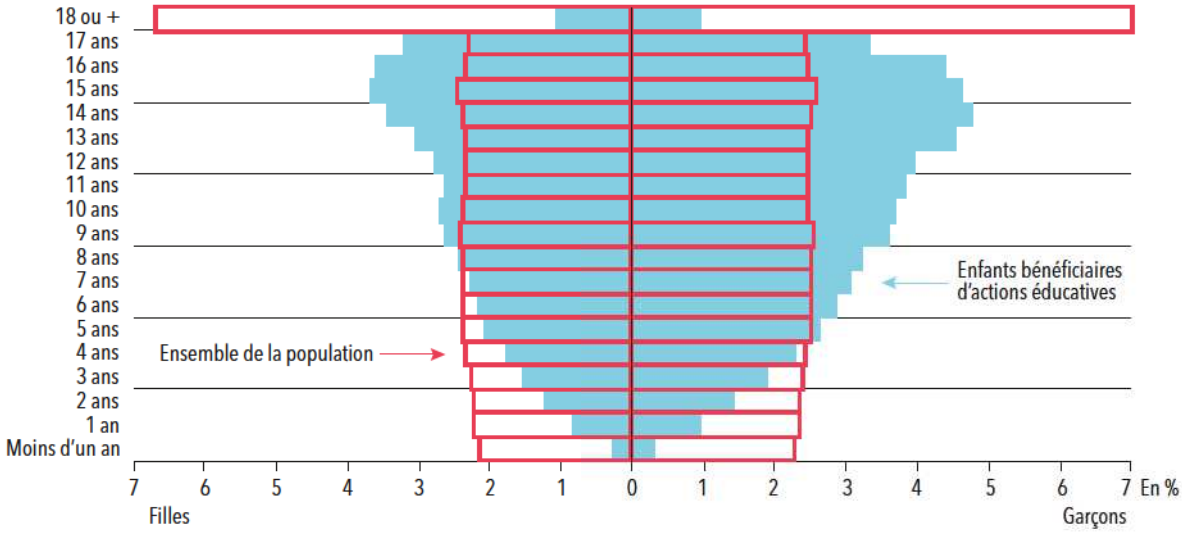
1. Internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, village d'enfants, placement chez la future famille adoptante…

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), sur la base de 83 départements (pour 86 % des enfants confiés) ayant renseigné cette partie de l'enquête.

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

1. Voir fiche 17.

Graphique 3 Répartition par sexe et âge des enfants bénéficiaires d'actions éducatives au 31 décembre 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), sur la base de 65 départements (pour 66 % des enfants confiés) ayant renseigné cette partie de l'enquête.
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

L’aide sociale à l’insertion

19 Les dispositifs départementaux pour l'insertion sociale et professionnelle

Les politiques d'insertion sont diverses et portées par plusieurs acteurs, dont les conseils départementaux. Les départements ont notamment l'obligation d'élaborer un programme départemental d'insertion et sont chargés du volet « minimum social » 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 et le fonds de solidarité pour le logement, leur sont spécifiquement confiés, de même que la mise en œuvre des mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP).

Les actions en faveur de l'insertion sociale et professionnelle sont nombreuses et mises en œuvre par de multiples acteurs. En effet, l'article L. 112-3 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 ».

Coordonner les acteurs de l'accompagnement social et professionnel : un rôle pour le 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 (article L. 263-1 du CASF). 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. De plus, il a l'obligation de gérer et de financer un fonds d'aide aux jeunes (FAJ) en difficulté et un fonds de solidarité pour le logement (FSL). Enfin, il doit assurer les mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP).

Le RSA et l'insertion sociale et professionnelle

Le RSA est à la fois une allocation visant à garantir un revenu minimum de ressources aux bénéficiaires et un dispositif d'accompagnement social et professionnel pour faciliter l'accès à l'emploi ou consolider les capacités professionnelles de ceux qui sont sans activité ou qui ne tirent de leur activité que des ressources limitées.

Que recouvre l'allocation ?

Le RSA, financé par les départements, est un revenu minimum s'adressant aux personnes dont l'ensemble des ressources est inférieur à un montant forfaitaire révisé chaque année qui dépend de la composition du ménage. Le RSA peut être majoré pour les personnes élevant seules de jeunes enfants. Jusqu'en 2015, le RSA « activité », financé par l'État, s'adressait aux foyers ayant des revenus compris entre le montant forfaitaire et un revenu garanti. Depuis le 1er janvier 2016, le RSA activité a fusionné avec la prime pour l'emploi pour devenir la prime d'activité.

Le RSA : qui peut en bénéficier ?

L'accès au RSA est soumis à conditions de ressources (articles 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 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). À cela peut s'ajouter une aide personnalisée pour le retour à l'emploi (APRE) destinée à couvrir certaines dépenses nécessaires à la (re)prise d'un emploi.

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 (articles 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 participent au financement de l'insertion par l'activité économique (IAE) lorsque celle-ci concerne les bénéficiaires du RSA. 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·de la président·e du conseil départemental (article 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. Il a également pour objet d'apporter des secours temporaires, afin de 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.

Dispositif souple, il peut être mobilisé plusieurs fois dans l'année. 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. 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 fluctue selon les départements. Si les ressources de la famille peuvent être prises en considération, les aides sont attribuées sans qu'il soit tenu compte d'une éventuelle participation des personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard du jeune. Trois critères sont généralement prioritaires pour l'attribution d'une aide : la situation sociale, la situation familiale (revenu des parents, rupture familiale) et l'inscription dans un parcours d'insertion professionnelle.

Le fonds de solidarité pour le logement

Les départements sont responsables[1] de la gestion et du financement du fonds de solidarité pour le

1. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a confié aux départements cette compétence, auparavant partagée avec l'État.

logement (FSL), créé par la loi du 31 mai 1990 visant la mise en œuvre du droit au logement. Le FSL a pour objectif d'aider à l'accès ou au maintien dans le logement des personnes n'étant pas en mesure de faire face à leurs obligations financières. Pour ce faire, le fonds peut attribuer des aides permettant de prendre en charge des dépenses liées à l'entrée dans un logement telles que le dépôt de garantie, le premier loyer, l'assurance du logement ou encore des frais de déménagement. Les aides apportées peuvent également être mobilisées pour éviter une sortie du logement : par exemple par la résorption des impayés de loyers ou encore la prise en charge de factures d'énergie, d'eau ou de téléphone.

L'octroi des aides du FSL est conditionné au niveau de ressources de l'ensemble des membres du foyer. Chaque FSL ayant son propre règlement intérieur, les aides et leurs critères d'attribution peuvent varier d'un département à l'autre.

La mesure d'accompagnement social personnalisé

Une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) doit être proposée à toute personne majeure dont la santé ou la sécurité est menacée en raison des difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources (article 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. Une contribution peut être demandée au bénéficiaire d'une MASP, en fonction de ses ressources. ■

20 Le revenu de solidarité active

Fin 2015, 1,95 million de foyers bénéficient du revenu de solidarité active (RSA) socle, soit 2,5 % de plus qu'en 2014 et 15,3 % de plus qu'en 2012. La répartition géographique des allocataires du RSA socle est hétérogène et fortement liée à celle du chômage. Parmi les allocataires du RSA socle, 12 % perçoivent le RSA socle majoré.

Le RSA socle s'adresse aux personnes dont l'ensemble des ressources est inférieur au montant forfaitaire, qu'elles aient un emploi (RSA socle + activité) ou non (RSA socle seul)[1]. Il peut être majoré pour les personnes élevant seules de jeunes enfants.

Le ralentissement de la croissance des effectifs se confirme en 2015

Au 31 décembre 2015, 1,95 million de foyers bénéficient du RSA socle en France. Avec les conjoints et les enfants à charge, 4,01 millions de personnes sont ainsi couvertes par le RSA socle, soit 6,0 % de la population française. Parmi les allocataires, 84 % sont sans emploi au cours des trois derniers mois et perçoivent le RSA socle seul. Les autres ont de faibles revenus d'activité et relèvent à la fois du RSA socle et du RSA activité.

98 % des bénéficiaires (allocataires et conjoints) du RSA socle, soit 2,19 millions de personnes, n'ont pas eu d'emploi ou ont eu des revenus d'activité inférieurs à 500 euros en moyenne mensuelle durant les trois derniers mois et sont donc soumis aux droits et devoirs[2].

Le ralentissement de la croissance des effectifs du RSA socle constaté en 2014 (+4,8 %, après +7,4 % en 2013 et +6,2 % en 2012) se confirme et s'accentue en 2015 (+2,5 %) [graphique]. Cette décélération concerne uniquement le RSA socle seul (+1,4 % en 2015 contre +7,1 % en 2013), alors que la croissance des effectifs du RSA socle + activité reste toujours très soutenue en 2015 (+8,6 % contre +9,4 % en 2013). Depuis fin 2012, le nombre d'allocataires du RSA socle a augmenté de 15,3 % (dont 2,3 points[3] de pourcentage grâce aux trois revalorisations de septembre 2013, 2014 et 2015[4]).

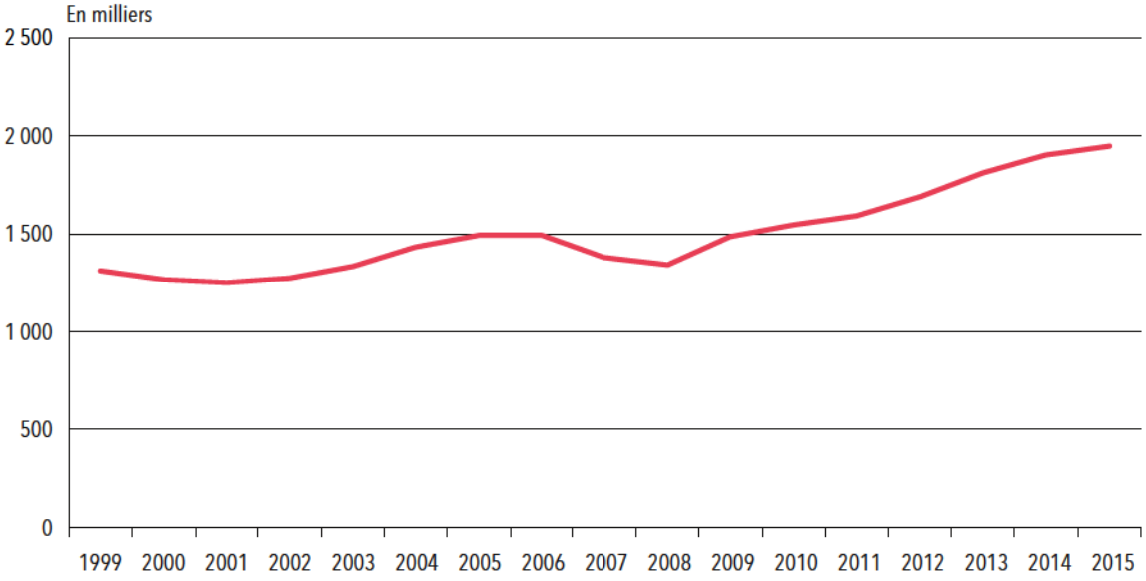
Le nombre d'allocataires (y compris de l'allocation de parent isolé –API– et du revenu minimum d'insertion –RMI–, prestations auxquelles se substituent le RSA) n'a cessé de croître depuis 2009. Son évolution est liée en partie à celle de la situation du marché du travail, parfois avec un certain retard. Les effectifs ont tout d'abord très fortement augmenté de fin 2008 à fin 2009 (+10,5 %), à cause de la sévérité de la crise économique. La nouvelle dégradation nette du marché du travail entre fin 2011 et fin 2013 (avec +459 000 demandeurs d'emploi de catégorie A en France métropolitaine) a été l'occasion d'une nouvelle phase de hausse élevée (+14,0 % en deux ans). La moindre détérioration, voire la légère amélioration, du marché du travail depuis la fin 2013 explique en partie le ralentissement de la croissance des effectifs du RSA socle.

Une répartition départementale des allocataires du RSA socle liée à celle du chômage

Au total, fin 2015, les allocataires du RSA socle représentent 4,6 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Leur répartition départementale confirme le lien étroit entre minimum d'insertion et chômage.

1. Voir fiche 19. Le RSA activité a été supprimé au 1er janvier 2016 ; le RSA socle devient donc le RSA à partir de 2016.
2. *Ibid.*
3. Données CNAF, calcul DREES.
4. La revalorisation du montant forfaitaire du RSA augmente le plafond de ressources pour bénéficier du RSA socle, ce qui accroît mécaniquement le nombre d'allocataires.

Graphique Évolution du nombre d'allocataires du RMI, de l'API et du RSA socle, depuis 1999



Champ > Effectifs en France, au 31 décembre de chaque année.
Sources > CNAF, MSA.

Le coefficient de corrélation entre la part d'allocataires du RSA socle dans un département et le taux de chômage s'établit ainsi à 0,94. Sur le territoire métropolitain, le taux d'allocataires du RSA socle est supérieur à la moyenne (4,3 %) dans quasiment tous les départements où le taux de chômage dépasse 10 %. Il est notamment supérieur à 6 % lorsque le taux de chômage dépasse 12 %. C'est le cas dans certains départements du pourtour méditerranéen (Gard, Pyrénées-Orientales, Aude, Bouches-du-Rhône, Hérault), dans plusieurs départements du Nord (Nord, Pas-de-Calais, Ardennes) et en Seine-Saint-Denis (carte).

La proportion d'allocataires est très élevée dans les DROM (hors Mayotte), où elle représente 15,6 % de la population âgée de 15 à 64 ans (encadré 1).

Le RSA socle non majoré représente 88 % des allocataires du RSA socle

Parmi les 1,95 million de foyers qui bénéficient du RSA socle en France au 31 décembre 2015, 1,70 million (88 %) perçoivent le RSA socle non majoré, soit 2,8 % de plus qu'à la fin 2014 (tableau). Parmi eux, 1,42 million (83 %) n'ont pas d'emploi et reçoivent le RSA socle seul. Les 17 % restants perçoivent, en plus, le RSA activité.

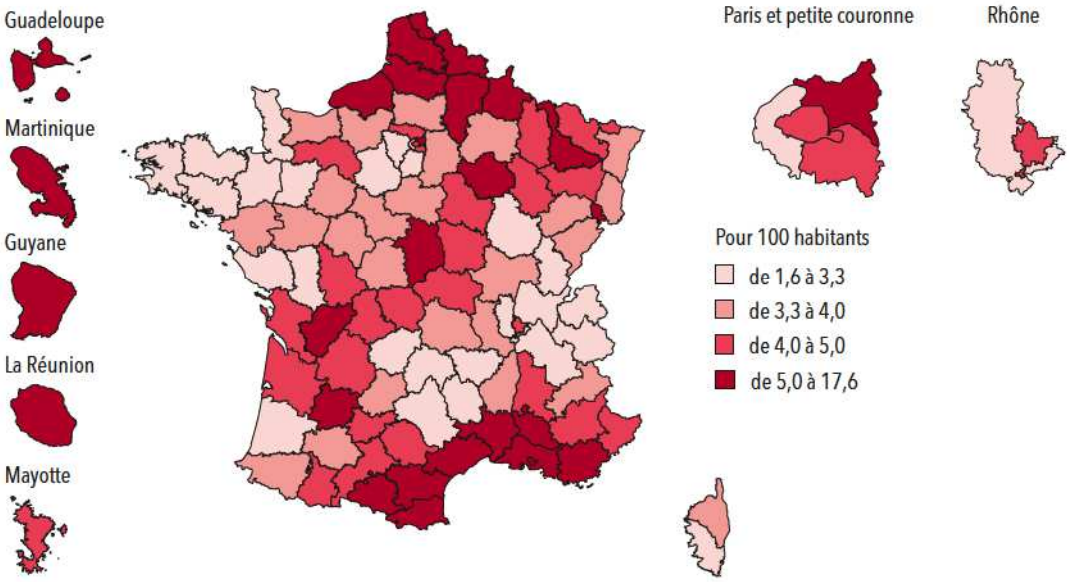
59 % des allocataires sont des personnes seules et 24 % des foyers allocataires sont des familles monoparentales. Les couples avec ou sans enfant(s) sont minoritaires. La moitié des bénéficiaires sont des femmes (49 %).

Parmi les allocataires en activité (RSA socle + activité non majoré), les personnes isolées sans enfant à charge constituent également le groupe principal, mais de manière moins marquée (44 %), et les couples sans enfant représentent 5 % des foyers. Les femmes sont plus présentes parmi les allocataires en activité (57 %).

Compte tenu de la condition d'âge minimum pour les personnes sans enfant et de la possibilité de bénéficier des prestations vieillesse dès l'âge minimal légal de départ à la retraite, la plupart des allocataires du RSA socle non majoré (91 %) ont entre 25 et 59 ans en 2015. Par rapport à la population française de cette tranche d'âge, ils sont surreprésentés parmi les 25-29 ans (20 % des allocataires de 25 à 59 ans).

Fin 2015, les allocataires du RSA socle non majoré représentent 4,1 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,26 millions de personnes sont couvertes par ce minimum social, soit 4,9 % de la population française. 66 % des allocataires du RSA socle non majoré

Carte Part d'allocataires du RSA socle fin 2015 parmi la population âgée de 15 à 64 ans



Note > Les départements sont répartis par quartiles selon la valeur de la part d'allocataires (chaque catégorie regroupe 25 % des départements).
Lecture > En France, on compte en moyenne 4,6 allocataires du RSA socle pour 100 habitants âgés de 15 à 64 ans.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).
Sources > CNAF ; MSA ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

Encadré La situation dans les DROM

Le RSA a remplacé le RMI et l'API le 1er janvier 2011 dans les DROM. Il est également en vigueur à Mayotte depuis le 1er janvier 2012. Au 31 décembre 2015, 211 300 foyers bénéficient du RSA socle dans les DROM (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), soit une augmentation de 1,6 % par rapport à fin 2014.

En prenant en compte les conjoints et les enfants à charge des allocataires, 477 900 personnes sont couvertes par le RSA socle dans les DROM, soit 22 % de la population. Cette part est inchangée depuis 2014.

perçoivent le RSA depuis plus de deux ans et 38 % depuis plus de cinq ans.

Les allocataires du RSA socle majoré sont presque exclusivement des femmes

Au 31 décembre 2015, 242 000 foyers bénéficient du RSA socle majoré. Ses effectifs restent stables par rapport à 2014 (+0,3 %). Ils représentent 12 % des allocataires du RSA en France. Parmi eux, 89 % n'ont pas d'emploi et perçoivent le RSA socle seul.
La quasi-totalité des allocataires du RSA socle majoré sont des femmes (96 %). Une femme sur deux a plus d'un enfant à charge.
En raison de sa spécificité et de l'absence de condition d'âge, le RSA socle majoré compte davantage de jeunes que le RSA non majoré : 27 % des bénéficiaires ont moins de 25 ans.
Fin 2015, les allocataires de ce minimum social représentent 0,6 % de la population âgée de 15 à 64 ans résidant en France. En tenant compte des personnes à charge, 720 700 personnes sont couvertes par le RSA socle majoré, fin 2015, soit 1,1 % de la population française.
Confrontés à certaines difficultés, notamment l'absence ou le coût élevé d'un mode de garde, les bénéficiaires du RSA socle majoré sont plus éloignés du marché du travail. Seulement 31 % d'entre eux sont inscrits à Pôle emploi, contre 44 % des bénéficiaires du RSA socle non majoré. ■

Tableau Caractéristiques des foyers allocataires du RSA socle majoré et non majoré fin 2015

En %

Caractéristiques	RSA socle non majoré	RSA socle majoré	Total RSA socle	Ensemble de la population de 15 à 64 ans
Effectifs	**1 703 900**	**242 000**	**1 945 900**	**40 934 600**
Sexe[1]				
Femmes	49	96	54	51
Hommes	51	4	46	49
Situation familiale[2]				
Isolé sans personne à charge	59	femme enceinte : 4	52	30
Isolé avec personne(s) à charge	24	femme avec un enfant : 38 femme avec plus d'un enfant : 55 homme avec un enfant : 2 homme avec plus d'un enfant : 1	33	12
Couple sans personne à charge	3		3	20
Couple avec personne(s) à charge	14		12	38
Âge				
Moins de 25 ans	3	27	6	18
25 à 29 ans	18	24	19	9
30 à 39 ans	28	33	29	20
40 à 49 ans	25	13	23	22
50 à 59 ans	20	3	17	21
60 ans ou plus	6	0	6	10
Ancienneté dans le dispositif[3]				
Moins de 6 mois	10	15	11	
6 mois à 1 an	9	14	9	
1 an à moins de 2 ans	15	17	15	
2 ans à moins de 5 ans	28	29	28	
5 ans à moins de 10 ans	24	21	24	
10 ans ou plus	14	4	13	
Inscrits à Pôle emploi[1]	**44**	**31**	**42**	

1. La répartition par sexe et la part d'inscrits à Pôle emploi sont calculées sur le champ des bénéficiaires (allocataires et éventuels conjoints).
2. En population générale, la répartition par situation familiale a été calculée au niveau du ménage, sans tenir compte des ménages complexes.
3. Selon la date d'ouverture des droits en tenant compte de l'ancienneté dans le RMI ou l'API.

Note > L'ancienneté est calculée à compter de la dernière entrée dans le RSA. En cas de suspension du dispositif inférieure à 4 mois, le dossier n'est pas clôturé et l'ancienneté est conservée.

Champ > France ; population générale : ménages ordinaires en France (hors Mayotte) dont la personne de référence est âgée de 15 à 64 ans.

Sources > CNAF et MSA pour les effectifs ; CNAF pour les répartitions (98,7 % des allocataires du RSA socle relèvent des CAF) ; DREES (ENIACRAMS) pour le taux d'inscription à Pôle emploi ; INSEE, enquête Emploi 2015, pour les caractéristiques de la population générale.

Pour en savoir plus

> **Cabannes P.-Y., Richet-Mastain L.** (dir.), 2017, Minima sociaux et prestations sociales, DREES, coll. Panoramas-social, à paraître.

> **D'Isanto A., Reduron V.**, 2016, « La croissance du nombre d'allocataires du RSA diminue mais reste élevée », DREES, *Études et Résultats*, n° 956, mars.

21 Les dépenses d'insertion et d'allocation liées au revenu de solidarité active

Les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au revenu de solidarité active (RSA) s'élèvent à 11,5 milliards en 2015 et progressent à un rythme soutenu depuis la création du dispositif en 2009. Les dépenses d'allocation représentent plus de 90 % de ces dépenses. Leur répartition est très hétérogène sur le territoire français.

En matière de revenu de solidarité active (RSA), les départements ont une double responsabilité : le versement de l'allocation RSA (socle et socle majoré) ainsi que l'organisation et le financement des actions d'insertion[1]. L'ensemble de ces dépenses constituent une part importante des dépenses sociales totales des départements : 30 % des dépenses sociales brutes.

Des dépenses d'allocation en forte en progression

En 2015, les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au RSA socle et au RSA socle majoré ainsi qu'aux anciens dispositifs liés au RMI continuent de progresser à un rythme soutenu : ces dépenses sont ainsi passées de 10,9 milliards en 2014 à 11,5 milliards d'euros en 2015. Le versement de l'allocation du RSA et du RMI représente 91 % de ces dépenses, soit 10,4 milliards d'euros. Il augmente de 7 % en un an (en euros constants[2]), un rythme annuel similaire à celui observé en moyenne entre 2009 et 2015 (tableau). Cette croissance s'explique en grande partie par la hausse du nombre d'allocataires de ces dispositifs au cours de la période (+7 % en moyenne par an).

Tableau Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RMI et au RSA

Dépenses en millions d'euros courants, évolution en euros constants

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	Évolution annuelle moyenne 2009-2015 (en %)
Total des dépenses brutes	**7 883**	**8 550**	**8 932**	**9 321**	**10 029**	**10 871**	**11 468**	**5**	**5**
Dépenses d'allocation du RSA, du RMI et du RSO	6 523	7 394	7 830	8 218	8 924	9 723	10 414	7	7
Dépenses d'insertion, dont :	1 360	1 155	1 102	1 103	1 105	1 149	1 053	-8	-5
Dépenses de contrats uniques d'insertion (CUI)	-	113	260	211	234	249	227	-9	-
Dépenses d'insertion du RSA, hors CUI	261	702	733	760	836	832	805	-3	19
Autres dépenses d'insertion (y compris anciens dispositifs liés au RMI)	1 099	340	108	132	35	68	21	-69	-49

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2009 à 2015.

1. Voir fiche 19.
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 2015, cet indice a augmenté de 0,04 % en moyenne annuelle.

Des dépenses d'insertion moins dynamiques

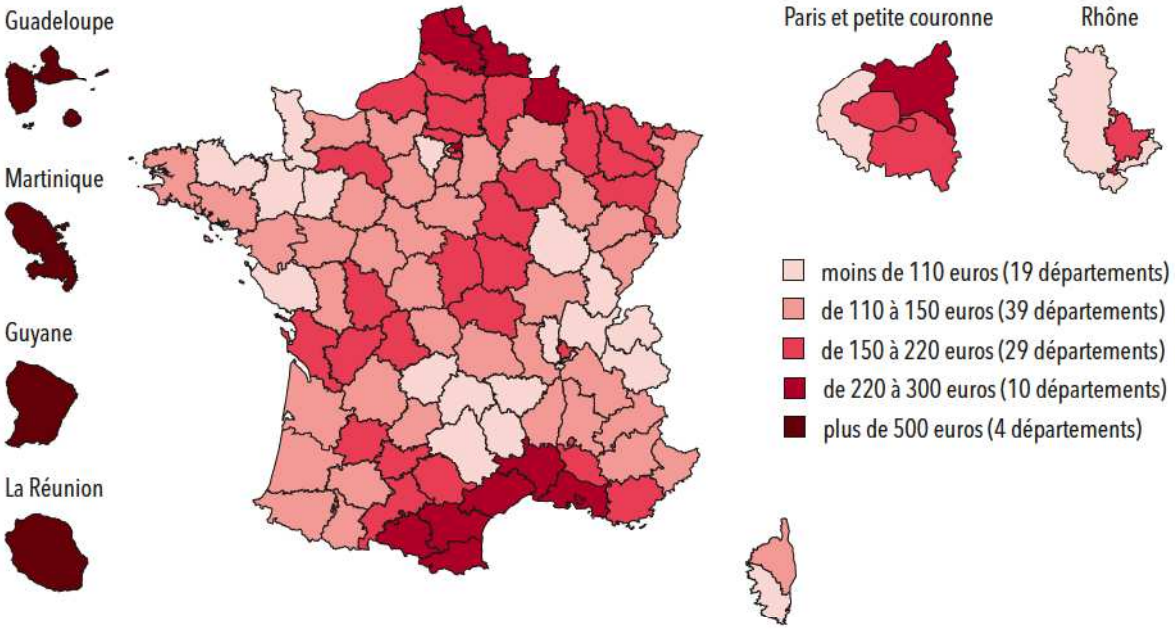
À l'inverse, depuis 2009, les dépenses d'insertion, complémentaires aux allocations du RSA, qu'elles soient liées ou non aux contrats d'insertion, ont diminué de 5 % en moyenne par an. Ces dépenses comprennent le financement partiel des contrats aidés et les subventions et participations à des structures d'insertion par l'activité économique (IAE) pour les bénéficiaires du RSA, des dépenses de personnel du département, des participations et subventions dans le cadre notamment de la mission d'accompagnement social et socioprofessionnel des personnes éloignées de l'emploi des départements.

Ces dépenses d'insertion, hors allocations, s'élèvent à 1 053 millions d'euros en 2015. Parmi elles, 227 millions d'euros sont alloués au financement des contrats uniques d'insertion (CUI) des bénéficiaires du RSA, 805 millions d'euros à l'accompagnement des bénéficiaires du RSA et enfin 21 millions à d'autres dépenses d'insertion (encore liées aux anciens dispositifs RMI, CI-RMA ou contrats d'avenir, par exemple).

Une répartition inégale sur le territoire

La répartition sur le territoire des dépenses totales liées au RSA, rapportées à la population de chaque département, est hétérogène (carte). En 2015, les dépenses brutes d'insertion et d'allocation du RSA par habitant varient ainsi du simple au triple selon les départements, allant de 60 euros par an et par habitant à 740 euros. Toutefois, la moitié des départements dépensent entre 115 et 180 euros par habitant, la dépense médiane[3] annuelle se situant autour de 140 euros par habitant. Ces disparités sont essentiellement le reflet des écarts de

Carte Les dépenses brutes d'insertion et d'allocation de RSA par habitant en 2015



Lecture > Les départements ont été classés selon leurs dépenses totales brutes d'insertion et d'allocation de RSA par habitant en 2015, selon la méthode de Jenks (voir glossaire). À titre d'exemple, cette dépense est supérieure 500 euros par habitant à La Réunion en 2015. Au niveau national, cette dépense est en moyenne de 170 euros par habitant. Aucun département ne présente une dépense par habitant comprise entre 300 et 500 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 ; INSEE, estimations de population au 1er janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2016).

3. La médiane est la valeur qui partage en deux les observations rangées en ordre croissant.

nombre d'allocataires entre les départements. En effet, la répartition des allocataires est très inégale sur le territoire, le taux d'allocataires du RSA socle au sein de la population des 15 à 64 ans variant de 1,6 % à 18,8 %, au 31 décembre 2015[4]. À l'inverse, les disparités des dépenses moyennes par bénéficiaire[5], sont moindres dans ce secteur de l'aide sociale, en raison de l'existence de barèmes nationaux fixant à la fois les montants et les conditions d'attribution. Ainsi, le rapport inderdécile[6] n'est que de 1,1 pour les dépenses par bénéficiaire, contre 2,7 pour les dépenses moyennes par habitant et 2,5 pour la proportion d'allocataires dans la population[7]. ■

Pour en savoir plus

> **D'Isanto A., Reduron V.**, 2016, « La croissance du nombre d'allocataires du RSA diminue mais reste élevée », DREES, *Études et Résultats*, n° 956, mars.

4. Voir fiche 20.
5. Les bénéficiaires comprennent les allocataires, leurs conjoints et les personnes à charge des allocataires.
6. Le 1er décile est la valeur en deçà de laquelle se situent 10 % des départements. Le 9e décile est la valeur en deçà de laquelle se situent 90 % des départements. Le rapport interdécile est le rapport entre la valeur du 9e décile à celle du 1er décile.
7. Voir la Vue d'ensemble.

22 Le fonds d'aide aux jeunes

Le principal mode d'attribution du fonds d'aide aux jeunes (FAJ) consiste en des aides financières individuelles mobilisables plusieurs fois. En 2015, 91 000 personnes ont bénéficié d'au moins une aide individuelle. 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.

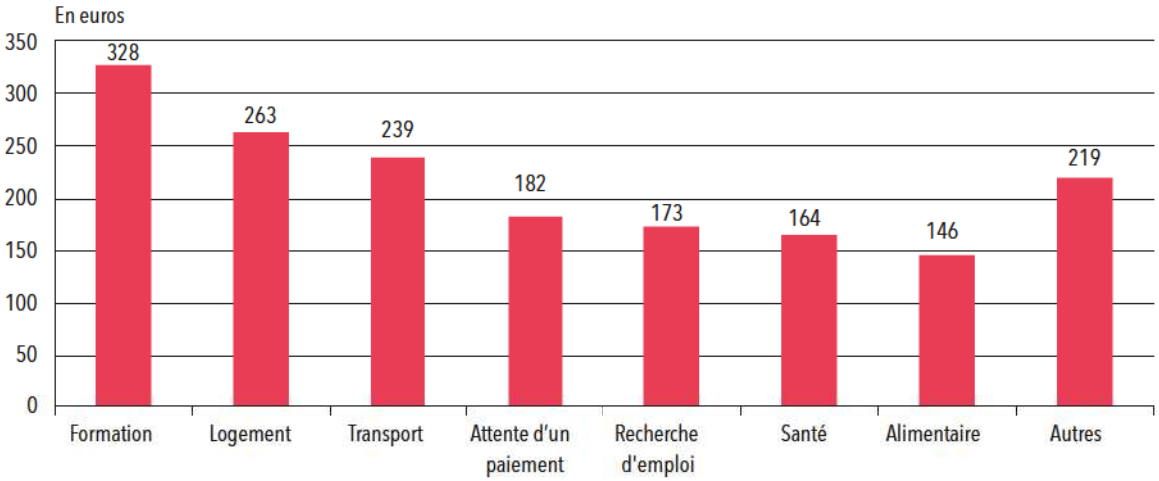
Le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) est une aide de dernier recours octroyée, par les conseils départementaux, aux jeunes de 18 à 25 ans en situation de grande difficulté sociale ou professionnelle[1].

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.

Le montant moyen des aides individuelles 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 à 328 euros en moyenne (graphique).

Graphique Montant moyen des aides financières individuelles attribuées en 2015, selon leur finalité



Note > La catégorie « Autres » désigne notamment les aides à l'achat de vêtements ou l'accès à des activités culturelles, sportives et de loisirs, en tant que facteur de socialisation.
Lecture > Le montant moyen des aides financières individuelles à finalité alimentaire est de 146 euros en 2015.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source > DREES, enquête Fonds d'aide aux jeunes en 2015.

1. Voir fiche 19.

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.

Des bénéficiaires peu diplômés, majoritairement sans emploi et précaires vis-à-vis du logement

Parmi les aides attribuées, 39 % (tableau) concernent des jeunes sans diplôme et seulement 28 % des titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme plus élevé. 67 % des aides individuelles sont allouées à des jeunes 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. Enfin, deux tiers des jeunes déclarent n'avoir aucune ressource financière.

Un dispositif mobilisé inégalement sur le territoire et peu utilisé en Île-de-France

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), on constate que 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, des départements d'Île-de-France. ■

Tableau Répartition des 137 000 aides individuelles du FAJ attribuées en 2015, en fonction des caractéristiques des bénéficiaires

En %

Caractéristiques	Répartition
Sexe	
Femmes	48
Hommes	52
Âge	
16 à 17 ans	1
18 à 20 ans	36
21 à 23 ans	44
24 à 25 ans	18
26 ans ou plus	1
Ressource principale	
Salaire	11
Aide financière parentale	4
Autre (allocation, RSA, AAH, bourses…)	19
Sans ressource	66
Diplôme	
Sans diplôme, arrêt en classe de 2de ou en 1re	39
CAP ou BEP	33
Baccalauréat	25
Études supérieures	3
Situation professionnelle	
Ni scolarisé ni en emploi	67
En formation (stage, école, alternance, apprentissage)	19
En emploi (sous contrat aidé ou de droit commun)	11
Autres (auto-entrepreneurs, saisonniers…)	3
Logement	
Logement autonome	30
Logement chez les parents	31
Hébergement chez un tiers	23
Foyers, sans abri, centres d'hébergement	17

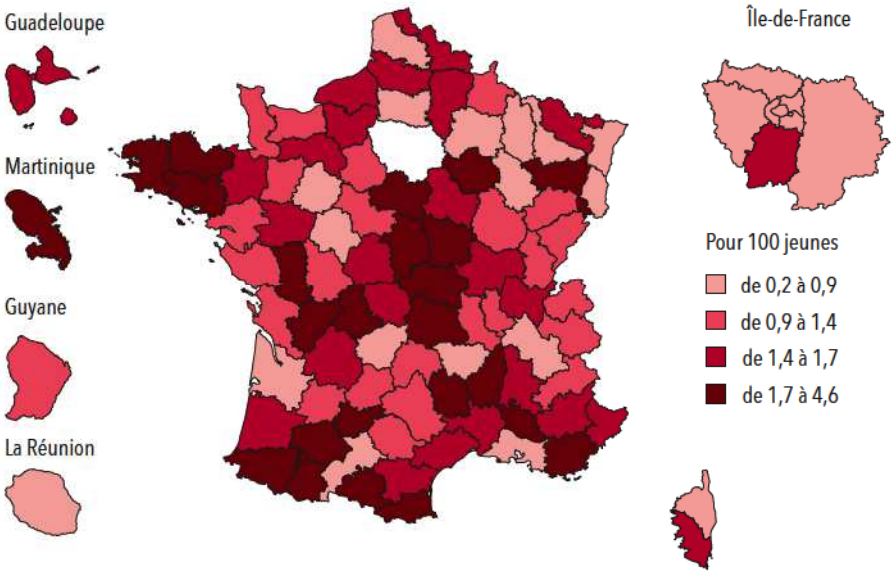
Note > Pour certaines informations, les statistiques ne sont pas calculées sur l'ensemble des 137 000 aides allouées : les départements n'ont pas nécessairement toutes les informations pour la totalité des bénéficiaires. La part de la modalité « inconnu » s'élève respectivement à 11 %, 10 %, 8 % et 8 % pour les ressources, le diplôme, la situation professionnelle et le logement.

Lecture > 67 % des aides individuelles du FAJ en 2015 ont été attribuées à des jeunes ni scolarisés ni en emploi.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Fonds d'aide aux jeunes en 2015.

Carte Part des bénéficiaires d'aides individuelles du FAJ, en 2015, parmi les 16-25 ans



Note > En France, on compte en moyenne 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, calculs DREES ; INSEE, estimations provisoires de population au 1er janvier 2015 (résultats arrêtés fin 2015).

Pour en savoir plus

> **Cabannes P.-Y., Richet-Mastain L.** (dir.), 2017, *Minima sociaux et prestations sociales*, DREES, coll. Panoramas-social, à paraître.

> **Kuhn L.**, 2017, « Le fonds d'aide aux jeunes en 2015 », DREES, *Études et Résultats*, n° 996, février.

> **Loncle P., Muniglia V., Rivard T. et Rothé C.**, 2008, « Fonds d'aide aux jeunes et inégalités territoriales : aide a minima ou politiques départementales de jeunesse ? », *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française, n° 1, janvier-mars.

> **Julienne K., Monrose M.**, 2004, « Le rôle des fonds d'aides aux jeunes dans l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en difficulté », *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française, n° 3, juillet-septembre.

3

Vue d’ensemble

Fiches thématiques

Annexes

Annexe 1
Les sources de données

Pour rendre compte de l'aide et de l'action sociales, plusieurs sources de données ont été mobilisées : deux enquêtes auprès des conseils départementaux, l'une sur l'aide sociale, l'autre sur le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) ; les comptes de la protection sociale et, enfin, les indicateurs sociaux départementaux.

L'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux

Chaque année depuis 1984, la DREES recueille auprès des conseils départementaux des informations sur les bénéficiaires des aides sociales, les personnels de ces collectivités et les dépenses relevant de l'aide sociale départementale. Deux volets de cette enquête sont utilisés :

- Les bénéficiaires de l'aide sociale : les départements renvoient un questionnaire qui leur est adressé, complété des données agrégées sur le nombre de bénéficiaires des différentes aides sociales départementales (APA, PCH, ASH…), ainsi que sur leurs caractéristiques (sexe, âge et niveau de ressources le cas échéant) ;
- Les dépenses d'aide sociale : l'information issue des comptes administratifs des départements, sur chacun des champs de l'aide sociale et pour chaque prestation, est recueillie. L'enquête se fonde sur la nomenclature comptable M52, utilisée par les départements, tout en demandant des précisions sur certains domaines (prévention spécialisée, aide sociale à l'hébergement, etc.). Elle collecte également quelques informations qualitatives sur les modalités de gestion de certaines aides.

La DREES publie les premiers résultats nationaux 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 comptes administratifs des départements étant votés jusqu'en juin *n+1* (pour les dépenses de l'année *n*), la collecte de ce volet de l'enquête est plus tardive. Les premiers résultats nationaux sont publiés en début d'année *n+2*. Cette édition se fonde sur les données définitives pour les bénéficiaires et pour les dépenses d'aide sociale. Les données détaillées par département sont disponibles dans le même temps sur le site www.data.drees.sante.gouv.fr.

L'enquête sur les dépenses d'aide sociale…

Afin d'homogénéiser les données entre départements, les rubriques du questionnaire de l'enquête annuelle sur les dépenses d'aide sociale menée par la DREES 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 opérations de ce type sont également effectuées avec les données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour ce qui concerne l'APA, la PCH (au titre desquelles la CNSA octroie une compensation aux départements) et l'ACTP, et avec celles de la DGFiP pour ce qui concerne le RSA. 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 avancée du total des dépenses d'aide sociale.

… une avancée par rapport aux systèmes d'information existants

L'apport de l'enquête Aide sociale, par rapport à une utilisation unique des comptes, tient à ce qu'elle permet de dépasser la disparité du travail comptable réalisé par les conseils départementaux. À titre d'exemple, les dépenses d'ACTP pour les personnes âgées de 60 ans ou plus peuvent être imputées dans les comptes de certains départements aux dépenses d'aide sociale aux personnes âgées et non aux personnes handicapées ; les dépenses d'aides ménagères aux personnes âgées ne sont pas toujours imputées au même endroit du plan comptable ; les dépenses liées aux salaires des assistants familiaux non plus… Le travail de retraitement des comptes demandé aux départements dans le cadre de l'enquête et les contrôles réalisés par la DREES, dans un

second temps, assurent une meilleure comparaison interdépartementale que l'utilisation de données comptables uniquement, par ailleurs non élaborées à cette fin.
Le volet consacré aux dépenses de l'enquête Aide sociale de la DREES est donc indispensable dans le dispositif statistique public sur les politiques sociales des départements. Il constitue la seule source mettant à disposition les données de l'ensemble des dépenses sociales, ventilées avec ce niveau de détail, comparables entre départements, et avec des séries chronologiques anciennes.

L'enquête sur le fonds d'aide aux jeunes (FAJ)

La DREES interroge tous les deux ans les conseils départementaux sur le fonds d'aide aux jeunes (FAJ). Il s'agit là aussi de données agrégées. Les départements communiquent l'information sur l'utilisation du fonds, par domaine d'action collective ou individuelle, ainsi que sur les caractéristiques des bénéficiaires (sexe, âge, ressources, niveau de formation, situation vis-à-vis de l'emploi, conditions de logement).

Les comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale (CPS), élaborés chaque année par la DREES, visent à décrire les prestations de protection sociale versées et les opérations qui contribuent à leur financement. Le champ des CPS comprend l'ensemble des régimes ou organismes qui ont pour mission d'assurer la protection sociale dans un cadre de solidarité sociale. Pour ces régimes et organismes, en effet, la couverture du risque ne se traduit pas, pour le bénéficiaire, par le versement d'une contrepartie équivalente au risque qu'il présente (âge, morbidité antérieure, antécédents familiaux…). Dans cette perspective, les CPS agrègent les interventions des régimes et organismes publics et certaines interventions de la sphère privée. Comptes satellites des comptes nationaux, les CPS permettent d'analyser la contribution de la protection sociale aux grands agrégats de finances publiques (déficit public, prélèvements obligatoires…) et de mesurer son importance dans la richesse nationale.
Les comptes de la protection sociale sont disponibles depuis 1959, mais à un niveau de nomenclature relativement agrégé avant 1981.
L'élaboration des comptes de la protection sociale et des comptes nationaux reposent sur des sources de données communes. La plupart des données proviennent de la DGFiP et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Les indicateurs sociaux départementaux (ISD)

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 a 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 environ 70 indicateurs, répartis en éléments de contexte (structure de la population par âge, taux de mortalité, etc.) et dans les quatre branches de l'aide sociale des départements : dépendance liée à l'âge, prise en charge du handicap, enfance en danger et insertion.
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.
Construire des indicateurs robustes (c'est-à-dire qui font sens et dont la définition est partagée par tous) est un exercice long. À ce jour, une cinquantaine d'indicateurs sont mis à jour à intervalles réguliers et disponibles sur les sites internet de l'INSEE www.insee.fr (rubrique Statistiques/Action sociale départementale) et de la DREES www.drees.social-sante.gouv.fr (rubrique Open Data/Aide et Action sociale/Données localisées). À vocation pérenne, le groupe de travail est devenu un réseau autour du socle commun des indicateurs sociaux départementaux. Le réseau des ISD permet ainsi des échanges entre producteurs et utilisateurs de données sur les statistiques mais également sur la méthodologie et sur les analyses dans le domaine des politiques sociales. ■

Annexe 2
Jalons pour une histoire de l'aide et de l'action sociales en France

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 économiquement faibles. 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. La protection de l'enfance est placée aux niveaux judiciaire et administratif, à travers le terme d'assistance éducative.

1975

• Loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des handicapés. Création de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) destinée à compenser financièrement les conséquences du handicap ; création de l'allocation d'éducation spéciale (AES) à destination des familles dont les enfants sont en situation de handicap.

1982-1983 (Décentralisation I)

• Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.

• Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.

• Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. L'exécutif départemental est transféré du préfet au président du conseil départemental, de même que l'aide sociale.

1988

• Loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion (RMI). La loi dispose dans son article premier que « ce revenu minimum d'insertion constitue l'un des éléments d'un dispositif global de lutte contre la pauvreté tendant à supprimer toute forme d'exclusion […] ».

1989

• Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Le travail des professionnels de l'enfance est redéfini et soutenu.

1997

• Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote d'une loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD). La PSD a pour but de remplacer l'ACTP pour les personnes âgées de 60 ans ou plus. Elle peut être versée aux personnes évaluées en GIR 1 à 3. Cette aide sociale reste récupérable sur succession.

2001

• Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'APA remplace la PSD et elle est étendue aux personnes évaluées en GIR 4. Elle n'est pas récupérable sur succession.

2002

• Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. La loi définit les établissements sociaux et médico-sociaux. Des précisions sont apportées sur les « schémas d'organisation sociale et médico-sociale », dont ceux qui doivent être élaborés au niveau départemental.

2003

• Loi n° 2003-1200 du 18 décembre 2003 portant décentralisation en matière de revenu minimum d'insertion et créant un revenu minimum d'activité. La gestion du RMI est transférée aux conseils départementaux.

2004

• Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. Création de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED). De nouvelles dispositions relatives au signalement des actes de maltraitance sur les enfants par les professionnels soumis au secret sont prises.

2004 (Décentralisation II)

• Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Le rôle des conseils départementaux dans la coordination de l'action sociale est précisé. Le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) est créé.

2005

• Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) peuvent opter pour la compétence d'action sociale d'intérêt communautaire.

• Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le handicap est défini par la loi en fonction des limitations fonctionnelles. La prestation de compensation du handicap (PCH) est créée et se substitue progressivement à l'ACTP.

2007

• Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. La prévention est renforcée, avec l'instauration d'un entretien au quatrième mois de grossesse et d'un suivi médical des enfants. Le conseil départemental se voit confier la responsabilité du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger. La loi institue également la gradation des réponses en fonction des situations, et la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire. Création du « projet pour l'enfant » (PPE).

• 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 difficultés socio-économiques 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 (mesures d'accompagnement social personnalisé – MASP).

2008

• Loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. Cette loi « institue un revenu de solidarité active [RSA] qui a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, afin de lutter contre la pauvreté, encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle et 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° 2015-1776 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 de l'enfant, par l'amélioration du repérage et du suivi des situations de danger, par la recherche de cohérence et de stabilité dans les parcours des enfants. Deuxièmement, elle cherche à améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance. ■

Annexe 3
Glossaire

A

AAH (allocation aux adultes handicapés) : est une aide financière qui permet d'assurer un revenu minimum aux personnes handicapées. Cette aide est attribuée sous réserve de respecter quatre critères, relatifs à l'incapacité, à l'âge, à la nationalité et au niveau de ressources.

ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) : permet d'assumer les frais occasionnés par l'emploi d'une tierce personne pour aider le bénéficiaire en situation de handicap dans les actes du quotidien. Cette allocation a été remplacée le 1er janvier 2006 par la prestation de compensation du handicap (PCH), mais les personnes disposant avant cette date de l'ACTP peuvent continuer à en bénéficier au moment du renouvellement de leurs droits.

AED (action éducative à domicile) : est une décision administrative d'aide sociale à l'enfance prise par le·la président·e 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'études pour enfants handicapés) : est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge. Elle peut être complétée, dans certains cas, d'un complément d'allocation.

AEMO (action éducative en milieu ouvert) : vise les mêmes objectifs que l'AED mais est décidée par le juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative (article 375 du Code civil), et est donc contraignante à l'égard des familles.

AGGIR (grille Autonomie gérontologique Groupe iso-ressources) : 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 besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. La grille AGGIR évalue les capacités de la personne âgée à accomplir dix activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et sept activités domestiques et sociales, dites illustratives.

AME (aide médicale d'État) : est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

AP (accueil provisoire de mineurs) : concerne les mineurs qui ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie habituel ou qui nécessitent un accueil spécialisé. L'accueil est confié au service de l'ASE sur décision du·de la président·e 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 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.

APA (allocation personnalisée d'autonomie) : se décline à domicile ou en établissement et concerne les personnes évaluées en GIR 1 à 4. Pour les personnes résidant en logement ordinaire ou en résidence autonomie – APA dite « domicile » –, l'APA est une aide en nature permettant la prise en charge d'une partie des frais issus d'un plan d'aide établi par une équipe médico-sociale du département après évaluation de l'état de la personne bénéficiaire. L'APA en établissement sert à couvrir une partie du tarif « dépendance » facturé aux résidents.

API (allocation de parent isolé) : est un minimum social à destination des personnes qui assument seules la charge d'un ou plusieurs enfants.

Depuis 2009, elle est intégrée au dispositif du RSA, dans sa partie majorée.

APJM (accueil provisoire de jeunes majeurs) : concerne les jeunes majeurs ou mineurs émancipés éprouvant des difficultés d'insertion sociale, faute de ressources ou de soutien familial suffisant, qui peuvent à ce titre bénéficier d'une prise en charge par le service de l'ASE.

ASE (aide sociale à l'enfance).

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

C

CASF (Code de l'action sociale et des familles).

CC (Code civil).

CCAS (centre communal d'action sociale) : est un établissement public communal intervenant principalement dans les domaines de l'aide sociale (instruction et orientation des bénéficiaires), de l'action sociale facultative et de l'animation des activités sociales.

CCMSA (caisse centrale de la Mutualité sociale agricole).

CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) : est chargée de répondre aux demandes formulées par les personnes handicapées concernant leurs droits en matière d'orientation ou d'attribution des aides et prestations, dans chaque Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

CER (contrat d'engagement réciproque) : s'adresse aux bénéficiaires du RSA qui n'ont pas été orientés vers Pôle emploi (auquel cas ils relèvent du projet personnalisé d'accès à l'emploi – PPAE). Le bénéficiaire conclut avec le département un contrat énumérant leurs engagements réciproques en matière d'insertion professionnelle (actes positifs et répétés de recherche d'emploi pour le bénéficiaire, action que l'organisme vers lequel il a été orienté s'engage à mettre en œuvre).

CIAS (centre intercommunal d'action sociale) : établissement public intercommunal dont les missions et le fonctionnement sont les mêmes que les CCAS, mais sur le territoire communautaire.

CNAF (Caisse nationale des allocations familiales).

CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

CRIP (cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes) : les CRIP dépendent du conseil départemental et sont chargées du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes (IP) concernant les enfants en danger ou en risque de danger.

CUI (contrat unique d'insertion) : associe formation et/ou accompagnement professionnel pour son bénéficiaire et aide financière pour l'employeur. Il vise à faciliter l'embauche des personnes ayant des difficultés à trouver un emploi. Le contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) s'adresse au secteur non marchand. Le contrat initiative emploi (CUI-CIE) concerne le secteur marchand.

CVAE (cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises) : est due par les entreprises et les travailleurs indépendants qui réalisent un chiffre d'affaires à partir d'un certain montant et est calculée en fonction de la valeur ajoutée produite par l'entreprise. Elle est affectée aux collectivités territoriales : les communes et leurs groupements, les départements et les régions.

D

DAP (délégation de l'autorité parentale) : lorsque les circonstances l'exigent, l'exercice de l'autorité parentale peut être délégué à un tiers ou à un organisme

spécialisé (membre de la famille, service de l'aide sociale à l'enfance…). La DAP a pour but d'aider les parents à élever leur enfant. Elle peut être volontaire ou forcée. Elle est prononcée par le juge aux affaires familiales. La délégation est provisoire.

DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques).

DGCL (Direction générale des collectivités locales).

DGD (dotation générale de décentralisation) : est une dotation annuelle délivrée par l'État aux collectivités territoriales visant à compenser les transferts de compétences.

DGF (dotation globale de fonctionnement) : constitue la principale dotation de fonctionnement de l'État aux collectivités territoriales. Pour chaque catégorie de collectivité, on peut la diviser en deux parts : la part forfaitaire qui correspond à un tronc commun perçu par toutes les collectivités bénéficiaires et la part péréquation dont les composantes sont reversées aux collectivités les plus défavorisées.

DMTO (droits de mutation à titre onéreux) : comprennent les droits d'enregistrement et la taxe de publicité foncière, qui sont dus à l'occasion d'une « mutation », c'est-à-dire lorsqu'un bien change de propriétaire (vente d'une maison par exemple). Les conseils départementaux bénéficient d'une part des DMTO.

DROM (départements et régions d'outre-mer) : collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. Quatre DROM sont pris en compte dans cette édition : Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion.

DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de statistiques).

E

EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) : sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. 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.

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.

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.

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.

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 une prise en charge complète par l'Assurance maladie. Leur financement relève à la fois de l'Assurance maladie et des départements.

FH (foyer d'hébergement) : sont des établissements médico-sociaux qui assurent l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée en milieu ordinaire (de droit commun), dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT), ou dans une entreprise adaptée c'est-à-dire une structure spécialisée (ex-atelier protégé).

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), 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.

FV (foyers de vie) : voir FO, foyers occupationnels.

G

GIR (groupe iso-ressources) : le GIR correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Seules les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

GMP (GIR moyen pondéré) : le GMP d'un établissement mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par cet établissement pour la prise en charge de la dépendance de l'ensemble de ses résidents ; le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille AGGIR (Autonomie gérontologique Groupes iso-ressources).

I

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 lorsque la déficience intellectuelle s'accompagne de troubles, tels que des troubles de la personnalité, des troubles comitiaux, des troubles moteurs et sensoriels et des troubles graves de la communication de toutes origines, ainsi que des 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.

ISD (indicateurs sociaux départementaux) : voir annexe I sur les sources de données.

ISBSLM (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.

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.

J

Jenks (méthode de) : méthode de discrétisation des données. Les bornes des classes (dont le nombre est préalablement choisi) sont déterminées de telle sorte que la variance intraclasses est minimale, et la variance interclasses maximale. En d'autres termes, les classes choisies sont les plus homogènes possibles du point de vue des valeurs qu'elles contiennent.

L

Logements-foyer : voir résidences autonomie.

M

MAS (maison d'accueil spécialisé) : sont des établissements médico-sociaux qui reçoivent des adultes en situation de grave dépendance du fait d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels qui rendent ces personnes incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence. Leur état de santé implique une surveillance médicale proche et individualisée ainsi que des soins constants. Leur financement relève de l'Assurance maladie.

MASP (mesure d'accompagnement social personnalisé) : la MASP 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.

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).

MDPH (maison départementale des personnes handicapées).

MECS (maison d'enfants à caractère social) : héritières des orphelinats, les MECS accueillent pour

des séjours de durée variable, des enfants et jeunes majeurs dont les familles se trouvent en difficulté momentanée ou durable et ne peuvent, seules ou avec le recours de proches, assumer la charge et l'éducation de leurs enfants.

MJAGBF (mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial) : sur le même principe que les mesures administratives (MAAESF), les MJAGBF ont pour but d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial ayant des conséquences sur les conditions de vie de l'enfant. Elles sont dans ce cas décidées par le juge des enfants.

O

ODAC (organismes divers d'administration centrale) : dans les comptes nationaux, les ODAC regroupent des organismes auxquels l'État a donné une compétence fonctionnelle spécialisée au niveau national. Contrôlés et financés majoritairement par l'État, ces organismes ont une activité principalement non marchande. Les agences régionales de santé (ARS), le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle de maladie (CMU), le fonds de solidarité, sont des ODAC. Le plus souvent, les ODAC sont des opérateurs de l'État.

P

PCH (prestation de compensation du handicap) : est une aide en nature, permettant de financer un ou plusieurs types de prises en charge pour les personnes en situation de handicap : aides humaines, aides techniques, aménagements du logement et du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles, aides animalières. Elle remplace progressivement (depuis 2006) l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP). Depuis 2008, la PCH est ouverte aux personnes de moins de 20 ans et elle peut se substituer au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

PIB (produit intérieur brut) : agrégat représentant le résultat final de l'activité de production des unités productrices résidentes d'un pays. Il peut se définir de trois manières :

- le PIB est égal à la somme des valeurs ajoutées brutes des différents secteurs institutionnels ou des différentes branches d'activité, augmentée des impôts moins les subventions sur les produits (lesquels ne sont pas affectés aux secteurs et aux branches d'activité) ;
- le PIB est égal à la somme des emplois finaux intérieurs de biens et de services (consommation finale effective, formation brute de capital fixe, variations de stocks), plus les exportations, moins les importations ;
- le PIB est égal à la somme des emplois des comptes d'exploitation des secteurs institutionnels : rémunération des salariés, impôts sur la production et les importations moins les subventions, excédent brut d'exploitation et revenu mixte.

PMI (Protection maternelle et infantile).

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, la PSD est une aide sociale destinée à prendre en charge les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées à partir de 60 ans et évaluées en GIR 1 à 3. Elle est remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis le 1er janvier 2002.

R

CI-RMA (contrat d'insertion revenu minimum d'activité) : est un contrat qui s'adresse aux allocataires de minima sociaux comme les bénéficiaires du RMI,

de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'allocation de parent isolé (API) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Il s'agit d'un contrat de travail à durée déterminée ou indéterminé 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 depuis le 1er janvier 2010.

Résidences autonomie : sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Elles étaient dénommées « logements-foyers » jusqu'à la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

RMI (revenu minimum d'insertion) : créé en 1988, il a pour objectif de garantir un niveau minimum de ressources et de faciliter l'insertion ou la réinsertion de personnes disposant de faibles revenus. Le RMI est versé à toute personne remplissant les conditions suivantes : résider en France, être âgé d'au moins 25 ans (les femmes enceintes de moins de 25 ans peuvent cependant y prétendre), disposer de ressources inférieures au montant du RMI et conclure un contrat d'insertion. Depuis le 1er juin 2009 (1er janvier 2011 dans les DROM), il a fait place au revenu de solidarité active (RSA).

RSA (revenu de solidarité active) : 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. Le RSA, dit « socle », financé par les départements, est un revenu minimum qui s'adresse aux personnes dont l'ensemble des ressources est inférieur à un montant forfaitaire révisé chaque année et dépendant de la composition du ménage. Le RSA socle peut être majoré pour les personnes élevant seules de jeunes enfants. Jusqu'en 2015, le RSA « activité », financé par l'État, s'adressait aux foyers ayant des revenus compris entre le montant forfaitaire et un revenu garanti. Depuis le 1er janvier 2016, le RSA activité a fusionné avec la prime pour l'emploi pour devenir la prime d'activité.

RSO (revenu de solidarité outre-mer) : mis en place en décembre 2001, le RSO est une prestation sous conditions de ressources, spécifique aux départements et régions d'outre-mer (ainsi que pour Saint-Pierre-et-Miquelon). Pour y avoir droit, il faut remplir plusieurs conditions : être bénéficiaire du RSA depuis plus de deux ans dans les DROM, être âgé d'au moins 55 ans et de moins de 65 ans, et être sans activité professionnelle durant la perception de cette allocation. L'ouverture de droit à ce revenu met fin au droit au RSA.

S

SAMSAH (service d'accompagnement médicalisé pour adultes handicapés) : poursuivent le même objectif que les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et offrent, en plus de ces prestations, une coordination des soins et un accompagnement médical et paramédical. Ils sont financés par le département et l'Assurance maladie.

SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) : l'objectif principal des SAVS 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.

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·ne de l'intervention sociale et familiale) : les TISF (ex-travailleuses familiales) sont des travailleurs sociaux qui effectuent 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. Ils accompagnent et soutiennent les familles, les personnes en difficulté de vie ou en difficulté sociale, les personnes âgées, malades ou handicapées. À cette fin, ils élaborent avec la personne aidée un projet d'intervention en précisant les moyens pour atteindre l'objectif fixé. Ils mettent ensuite en œuvre et évaluent 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). ■

PANORAMAS

L'aide et l'action sociales en France

ÉDITION 2017

L'aide et l'action sociales représentent 10 % des dépenses de la protection sociale et 3,2 % du produit intérieur brut. Ces aides et actions sont délivrées principalement par les départements. Fin 2015, ces derniers octroient 4,3 millions de prestations d'aide sociale, pour une dépense annuelle nette de 33 milliards d'euros. Au cours des cinq dernières années, ces dépenses augmentent de 2 % par an en moyenne.

Après un premier éclairage sur le périmètre de l'aide et de l'action sociales et sur le financement de l'aide sociale départementale, celle-ci est décrite dans le détail : pour les personnes âgées dépendantes, pour les personnes handicapées, pour la protection de l'enfance et pour l'insertion.

L'ouvrage s'attache à exposer les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale et la répartition des dépenses associées. Des rétrospectives sont proposées, et les disparités territoriales de l'aide sociale sont analysées.

Dans la même collection SOCIAL

> Minima sociaux et prestations sociales
> La protection sociale en France et en Europe en 2014
> Les retraités et les retraites

www.drees.social-sante.gouv.fr

Drees
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

ISBN : 978-2-11-151592-5 • ISSN : en cours • Éditions Dicom : 17-036 • Diffusion : S17-109 • Mai 2017