

PANORAMAS DE LA

DREES
SOCIAL

L'aide et l'action sociales en France

ÉDITION 2018



20 ans
d'expertise
au service
des solidarités
et de la santé

Drees

STATISTIQUE PUBLIQUE

PANORAMAS
WAS
RA
O
RA
A
S

L'aide et l'action sociales en France

ÉDITION 2018

FRANÇOIS PRAVAS



Mise en place par le décret du 30 novembre 1998, la **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** fait partie avec l'Insee et les autres services statistiques ministériels du service statistique public (SSP). Son rôle est de fournir des informations fiables et des analyses dans les domaines du social et de la santé.

L'action de la DREES s'appuie, depuis 20 ans, sur un engagement déontologique dont les principes, codifiés et partagés au niveau européen, sont l'indépendance professionnelle, l'engagement sur la qualité, le respect du secret statistique, l'impartialité et l'objectivité.

La DREES est aussi un service statistique ministériel dont la mission prioritaire est d'accompagner et d'évaluer les politiques publiques sociales et sanitaires. Cela se traduit par six grandes missions :

- > produire des statistiques publiques diffusées à des fins d'information générale ;
- > réaliser des analyses et des études, en particulier à partir des données produites ;
- > informer les ministères de tutelle des travaux menés et répondre à leurs besoins en information, leur apporter un éclairage statistique par des travaux sur l'impact de mesures et un appui au pilotage des politiques publiques ou des travaux de prospective ; favoriser une prise de décision publique fondée sur la donnée ;
- > animer et soutenir la recherche ;
- > administrer l'accès aux données de santé et définir les règles de leur mise à disposition à des fins de connaissance, d'étude, de recherche et d'évaluation ;
- > contribuer aux statistiques internationales.

L'aide et l'action sociales en France – édition 2018

Sous la direction d'**Isabelle Leroux**

Rédaction

Sarah Abdouni, Élise Amar, Nadia Amrous, Mahel Bazin, Mathieu Calvo, Laurence Dauphin, Cheikh-Tidiane Diallo, Aurélien D'Isanto, Louis Kuhn, Isabelle Leroux, Adrien Papuchon, Delphine Roy

Directeur de la publication

Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Suivi éditorial

Sabine Boulanger

Secrétaires de rédaction

Alexandra Fisch et Fabienne Brifault

Maquettiste

NDBD

Création graphique

Philippe Brulin

Remerciements

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

Avant-propos

L'aide et l'action sociales en France couvre l'aide à l'insertion, aux personnes âgées et handicapées et l'aide sociale à l'enfance. L'ouvrage rassemble et synthétise les statistiques disponibles et s'appuie principalement sur les résultats de l'enquête Aide sociale que la DREES collecte chaque année auprès de l'ensemble des conseils départementaux.

Le premier des six chapitres décrit le périmètre et les acteurs de l'aide et l'action sociales, le financement de l'aide sociale départementale et, pour la première fois, son personnel. Quatre chapitres présentent l'aide sociale destinée aux personnes âgées, aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'aide à l'insertion : effectifs et caractéristiques des bénéficiaires, dépenses associées. Ils analysent les tendances nationales récentes et au cours des vingt dernières années, ainsi que les disparités territoriales.

Cette édition s'enrichit, par ailleurs, de cinq autres nouvelles fiches. Trois portent sur les établissements et services accueillant les publics de l'aide et de l'action sociales. Deux fiches examinent la situation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : leur nombre, leur niveau de vie, leurs degrés d'autonomie.

Enfin, un nouveau chapitre aborde l'action sociale des communes et des intercommunalités et se fonde sur les résultats de l'enquête statistique nationale que la DREES a menée en 2015.

Sommaire

L'aide et l'action sociales en France – édition 2018

Vue d'ensemble	10
Fiches thématiques	23
Analyse transversale	25
Fiche 01 • Le périmètre et les acteurs de l'aide et de l'action sociales en France	26
Fiche 02 • Le financement des dépenses d'aide sociale des départements	30
Fiche 03 • Le personnel de l'action sociale et médico-sociale des départements	33
Fiche 04 • L'opinion des Français sur les politiques publiques d'aide sociale	37
L'action sociale des communes	43
Fiche 05 • L'action sociale des communes et intercommunalités	44
Fiche 06 • Les grands domaines de l'action sociale communale	46
Fiche 07 • Les prestations attribuées par les communes	51
Fiche 08 • L'action sociale intercommunale	54
L'aide sociale aux personnes âgées	57
Fiche 09 • Les dispositifs d'aide sociale aux personnes âgées	58
Fiche 10 • Les personnes âgées de 60 ans ou plus et leur situation d'autonomie	62
Fiche 11 • L'aide sociale départementale aux personnes âgées	70
Fiche 12 • L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	77
Fiche 13 • L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (ASH)	84
Fiche 14 • Les établissements d'hébergement pour personnes âgées	88
L'aide sociale aux personnes handicapées	95
Fiche 15 • Les dispositifs d'aide sociale aux personnes handicapées	96
Fiche 16 • Les personnes en situation de handicap et leur niveau de vie	100
Fiche 17 • L'aide sociale départementale aux personnes handicapées	105
Fiche 18 • La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	111
Fiche 19 • Les aides sociales à l'accueil des personnes handicapées	118
Fiche 20 • Les établissements et services pour personnes handicapées	121

L'aide sociale à l'enfance	129
Fiche 21 • Les dispositifs de l'aide sociale à l'enfance.....	130
Fiche 22 • Les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale à l'enfance.....	133
Fiche 23 • Les actions éducatives.....	137
Fiche 24 • Les mineurs et les jeunes majeurs accueillis à l'aide sociale à l'enfance.....	140
Fiche 25 • L'hébergement dans les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance.....	148
Fiche 26 • Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance.....	154
L'aide sociale à l'insertion	157
Fiche 27 • Les dispositifs départementaux pour l'insertion sociale et professionnelle.....	158
Fiche 28 • Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA).....	161
Fiche 29 • L'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA.....	166
Fiche 30 • Les dépenses d'insertion et d'allocation liées au RSA.....	172
Fiche 31 • Le fonds d'aide aux jeunes.....	175

Annexes

179

Annexe 1 • Sources de données.....	180
Annexe 2 • Principales lois et décrets définissant l'aide et l'action sociales en France depuis 1945.....	186
Annexe 3 • Glossaire.....	189



Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

L'aide et l'action sociales en France reposent en premier lieu sur l'aide sociale départementale, qui représente la moitié des dépenses d'aide et d'action sociales nationales et 64 % des dépenses de fonctionnement des départements en 2016. Celle-ci comprend 4,1 millions de mesures d'aide sociale à destination des personnes âgées, des personnes handicapées, des enfants ou jeunes majeurs en danger ou en risque de l'être, et pour l'insertion. Les départements ont à ce titre dépensé 37 milliards d'euros (nets des recouvrements ou remboursements). La répartition géographique des bénéficiaires et des dépenses d'aide sociale par habitant est hétérogène et diffère selon le secteur d'aide considéré. En matière de dépenses par bénéficiaire, celles liées au revenu de solidarité active (RSA) et celles liées aux personnes âgées sont moins variables d'un département à l'autre que celles liées à l'aide sociale aux personnes handicapées ou à l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Mises en œuvre par de multiples acteurs, l'aide et l'action sociales sont des composantes de la protection sociale en France. La définition précise de leur périmètre au sein de cet ensemble plus large n'est pas unique. Dans cet ouvrage, l'aide et l'action sociales sont entendues comme les composantes de la protection sociale définies dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Elles relèvent de multiples domaines de l'action publique : aide aux personnes âgées ; aide aux personnes handicapées ; enfance, jeunesse et familles ; lutte contre la pauvreté et les exclusions...

L'aide et l'action sociales représentent 10 % des dépenses de protection sociale

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 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 comprend 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.

L'aide et l'action sociales représentent globalement 10 % des dépenses totales de protection sociale, soit 70 milliards d'euros en 2015 (voir fiche 01). Elles sont principalement financées par les départements (49 %) et par les caisses d'allocations familiales et l'assurance maladie (36 %). L'État y contribue à hauteur de 10 %. Enfin, les communes et intercommunalités interviennent également, mais pour de moindres montants (3,1 %) [encadré 1].

64 % des dépenses départementales sont consacrées à l'aide sociale en 2016

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, en lien notamment avec le revenu de solidarité active (RSA), l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées et l'aide sociale à l'enfance (ASE) [voir fiches 09, 15, 21 et 27]. L'aide sociale départementale occupe une place importante dans le budget des départements¹. En 2016, les dépenses brutes d'aide sociale s'élèvent pour la France métropolitaine et les départements et régions

1. Dans cet ouvrage, par convention, les « départements » désignent les collectivités en charge des compétences départementales : les conseils départementaux, la métropole de Lyon et les collectivités territoriales uniques de la Guyane et de la Martinique.



Encadré 1 La place des communes dans l'aide et l'action sociales

Outre certaines actions sociales obligatoires, les communes et leurs établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) mettent en œuvre des actions sociales dans divers secteurs (voir fiche 05).

En 2014, plus de huit communes françaises sur dix, représentant 98 % de la population française, et plus de 80 % des intercommunalités développent au moins une forme d'action sociale. Les communes interviennent principalement dans les domaines de l'aide aux personnes âgées, de la lutte contre la pauvreté et les exclusions, de la jeunesse et la famille, de l'hébergement et du logement ou encore de la petite enfance et de l'aide aux personnes handicapées (voir fiches 06 et 08).

De plus, une commune peut exercer une partie ou la totalité des compétences sociales départementales, par convention passée avec le département. Celle-ci « précise l'étendue et les conditions financières de la délégation de compétence, ainsi que les conditions dans lesquelles les services départementaux correspondants sont mis à la disposition de la commune.¹ » C'est le cas d'une commune sur dix (soit 50 % de la population) : six fois plus dans les moyennes et grandes communes que dans les petites (32 % contre 5 %) [tableau]. Dans ce cadre, les communes gèrent le plus souvent l'aide légale à destination des personnes âgées, notamment pour instruire les demandes d'allocation personnalisée d'autonomie (APA). C'est le cas de près d'un quart des moyennes et grandes communes et de 4 % des petites communes. La gestion, le recueil et l'instruction de la demande du revenu de solidarité active (RSA) sont confiés à 6 % des communes et ceux des prestations pour les personnes handicapées (dont l'instruction des demandes de la prestation de compensation du handicap) à 4 % des communes. Enfin, très peu de communes sont impliquées dans la protection maternelle et infantile ou l'aide sociale à l'enfance (moins de 2 % des communes)

1. Articles L.121-1 et L121-6 du Code l'action sociale et des familles.

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

En %

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

Note > Les petites communes ont moins de 1 500 habitants et les moyennes et grandes communes plus de 1 500 habitants.

Lecture > 10 % des communes, représentant la moitié de la population, ont passé une convention avec le département pour au moins un des domaines d'aide légale.

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM hors Mayotte.

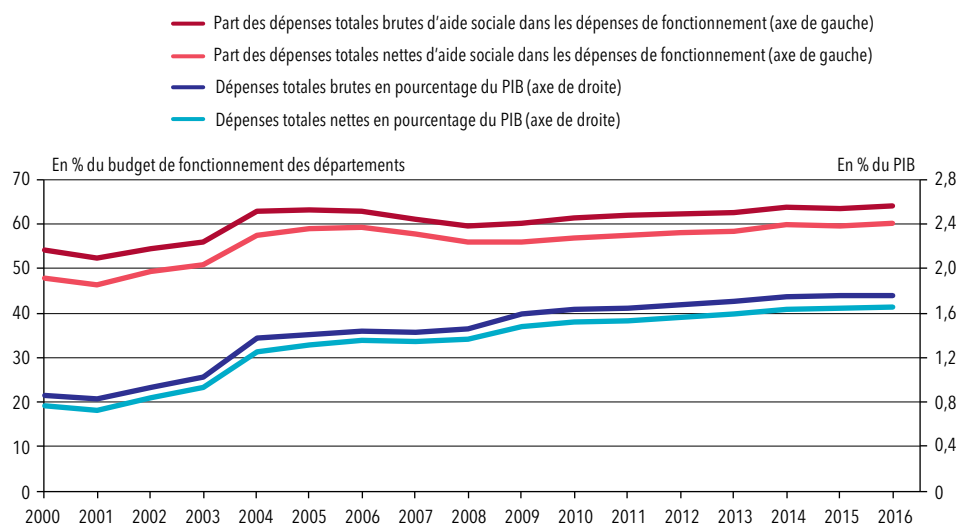
Sources > DREES, enquête ASCO, Insee, recensement de la population 2012.

d'outre-mer² (DROM), hors Mayotte, à 39,3 milliards d'euros sur un budget global de fonctionnement, hors intérêts de la dette, de 61,5 milliards d'euros³. Ce montant représente ainsi 64 % des dépenses de fonctionnement⁴ des conseils départementaux (graphique 1), comme en 2015, alors que la proportion était inférieure à 60 % au début des années 2000. Cette part varie de 38 % à 75 % selon les départements en 2016 (carte 1), et est en partie corrélée au montant global des dépenses sociales⁵. Neuf départements sur dix consacrent plus

de la moitié de leur budget à l'aide et l'action sociales et cette proportion est comprise entre 60 % et 70 % dans deux tiers des départements.

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 subventions⁶.

Graphique 1 Évolution des dépenses brutes et nettes d'aide sociale départementale, de 2000 à 2016



Note > Les dépenses d'aide sociale comprennent celles à destination des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'aide sociale à l'enfance, celles liées aux RSA et RSO et aux anciens dispositifs liés au RMI, celles des services communs, ainsi que les frais de personnels dédiés à l'aide sociale et les autres frais d'intervention sociale. Les dépenses dites « brutes » incluent les montants qui font l'objet de récupérations, recouvrements ou remboursements de la part de certains bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires, de leurs héritiers, ou encore d'autres collectivités territoriales ; les dépenses dites « nettes » excluent ces montants.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2000 à 2016 ; DGCL, extraits des comptes administratifs des départements ; Insee, comptes nationaux annuels.

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

3. Source : DGCL (direction générale des collectivités locales), extraits des comptes administratifs des départements (France entière).

4. Les dépenses de fonctionnement comprennent les charges de personnels, les achats et charges externes, les dépenses d'intervention, les charges financières et des autres charges de fonctionnement mais ne comprennent pas les dépenses d'investissement, et sont hors remboursement des emprunts, et intérêts de la dette. En dehors de l'aide sociale, ces dépenses de fonctionnement couvrent les dépenses de prévention médico-sociale, les dépenses pour les collèges, les dépenses de voirie et les contingents versés aux services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), y compris les dépenses de personnel.

5. Coefficient de corrélation de 40 %.

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 02 sur le financement de l'aide sociale départementale].

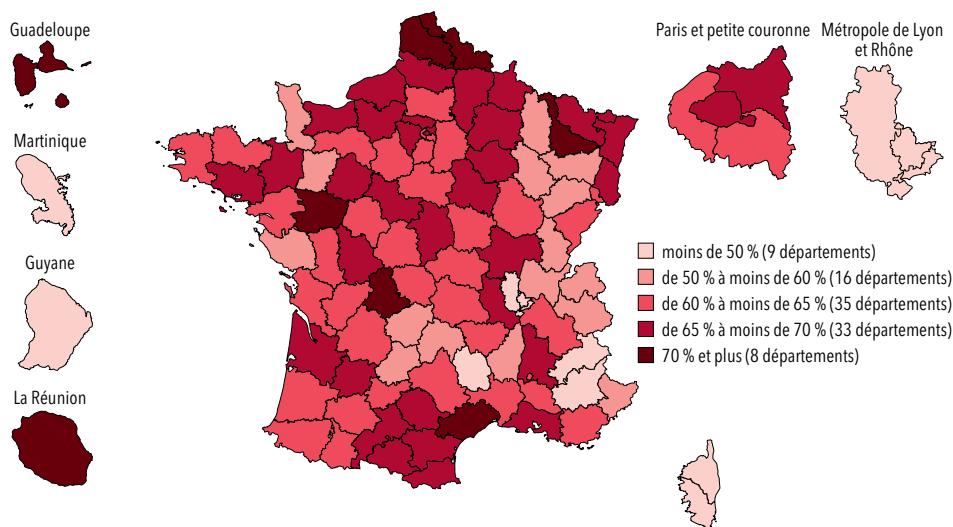


En 2016, les conseils départementaux ont ainsi récupéré ou recouvré 2,4 milliards d'euros, soit 6 % des dépenses brutes totales d'aide sociale. Après déduction de ce montant, les dépenses nettes engagées par les départements s'élèvent à 37 milliards d'euros, soit une augmentation de 2 % en euros constants⁷ en un an, de 13 % en cinq ans, et de 31 % en dix ans (graphique 2). Ces dépenses totales nettes représentent 1,7 % du produit intérieur brut (PIB) français, un rapport qui a augmenté depuis 2000 où il était de 0,8 % (graphique 1).

4,1 millions d'aides sociales départementales fin 2016

En décembre 2016, les départements sont en charge de 4,1 millions de mesures d'aide sociale départementale (tableau 1). Les aides sociales au titre de l'insertion, qui regroupent les allocations du RSA « socle »⁸ et, dans les départements d'outre-mer, du revenu de solidarité (RSO) en représentent 45 %. Les aides à destination des personnes âgées en constituent 34 %, tandis que les prestations en faveur des personnes handicapées

Carte 1 Part des dépenses d'aide sociale dans les dépenses totales de fonctionnement des départements en 2016



Note > Les dépenses d'aide sociale comprennent celles à destination des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'aide sociale à l'enfance, celles liées aux RSA et RSO et aux anciens dispositifs liés au RMI, celles des services communs, ainsi que les frais de personnels dédiés à l'aide sociale et les autres frais d'intervention sociale. Les dépenses sont ici brutes.

Lecture > Au niveau national, les dépenses totales d'aide sociale représentent 64 % des dépenses de fonctionnement des départements.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DGCL, comptes administratifs, DREES, enquête Aide sociale 2016 ; calculs DREES.

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 2016, cet indice a augmenté de 0,2 % en moyenne annuelle.

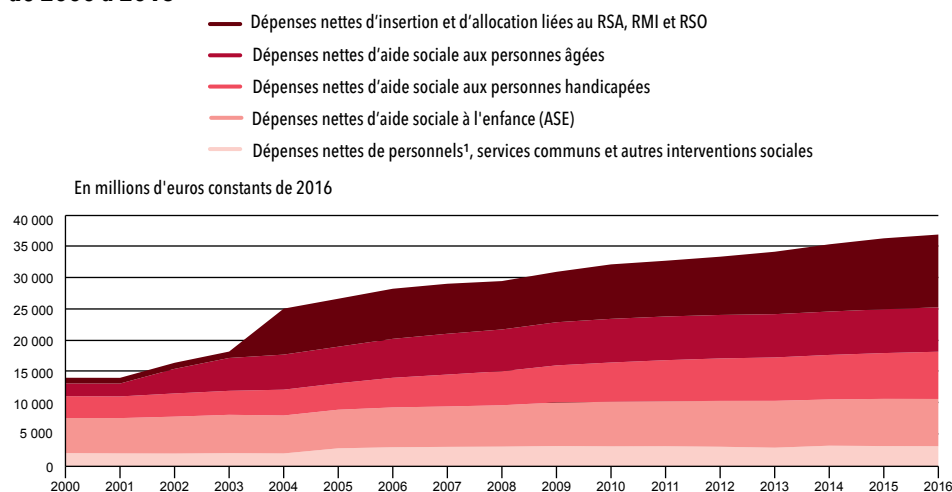
8. Pour le RSA, le nombre d'aides indiqué ici correspond au nombre de foyers allocataires du RSA, hors RSA jeunes qui n'est pas à la charge du département, soit 1,86 million fin 2016. Le nombre total de bénéficiaires du RSA, incluant aussi les conjoints et les enfants à charge des allocataires, est plus élevé : 3,81 millions de personnes.

et les mesures d'ASE représentent respectivement 12 % et 8 % des aides.

Entre 2015 et 2016, le nombre total d'aides sociales baisse de 0,9 %, en raison principalement de la première diminution du nombre d'allocataires du RSA depuis 2008 (-4,2 % d'allocataires du RSA et du RSO) [voir fiche 28]. À l'inverse, les aides sociales consacrées aux personnes handicapées continuent de progresser (+2,7 % en un an). Le nombre de mesures d'aide sociale à l'enfance augmente également, et ce plus rapidement que la population des moins de 21 ans, potentiellement concernée par ces aides (+2,5 %, contre +0,1 %). En revanche, le nombre de prestations à destination des personnes de 60 ans ou plus augmente un peu moins que la population potentiellement concernée (+1,5 %, contre +1,8 %). Selon les données provisoires⁹, le nombre total d'aides sociales au 31 décembre 2017 est très proche de celui de 2016 (+0,2 %). Cette tendance globale est le résultat de plusieurs évolutions. Le nombre d'allocataires du RSA diminue de 0,5 %, une baisse moins marquée que celle observée entre 2015 et

2016. Les nombres d'aides sociales aux personnes âgées et aux personnes handicapées augmentent légèrement en 2017. En particulier, la hausse enregistrée pour les aides aux personnes handicapées est moins forte que celle des années précédentes. Au contraire, le nombre de mesures d'ASE augmente sensiblement (+2,2 %) entre 2016 et 2017, en raison principalement de la multiplication des mesures de placement (+4,2 %). Cette dernière s'explique en grande partie par l'accroissement du nombre de mineurs non accompagnés (MNA)[voir fiche 24]. Durant les quinze dernières années, le nombre de mesures d'aide sociale ne suit pas la même évolution selon le champ considéré. Conséquence de la crise économique de la fin des années 2000, le nombre de mesures d'aide en lien avec l'insertion (RMI, RSA et RSO) a fortement augmenté à la fin de cette décennie et a poursuivi sa progression rapide au cours des années qui ont suivi avant de diminuer pour la première fois en 2016. L'augmentation du nombre de mesures d'aide aux personnes âgées et handicapées est, elle, principalement due à la montée en charge

Graphique 2 Évolution des dépenses nettes d'aide sociale des départements, de 2000 à 2016



1. 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. Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2016. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2000 à 2016 ; ISD n° ASE06.

⁹ Il s'agit d'une estimation provisoire des résultats nationaux. Les résultats définitifs et départementaux seront disponibles au premier trimestre 2019.



des deux allocations individuelles de solidarité : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées depuis 2002 et la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les personnes handicapées depuis 2006 (voir fiches 11 et 17). La croissance démographique des jeunes de moins de 21 ans contribue en partie seulement à la progression de l'aide sociale à l'enfance, qui, bien

que la moins dynamique, a été de 23 % en quinze ans (voir fiche 22).

Au total, 6,4 % de la population bénéficie d'une aide sociale des départements, en incluant les conjoints des allocataires du RSA (mais sans les enfants à charge des allocataires) [graphique 3]. La proportion des bénéficiaires est la plus élevée parmi les personnes de 60 ans ou plus (9,3 %), principalement du fait des bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes

Tableau 1 Les bénéficiaires d'une aide sociale départementale en décembre, de 2001 à 2017

	2001	2005	2010	2015	2016	2017 (p)	Évolution (en %)	
							2015-2016	2016-2017
Allocataires du RSA, RMI et RSO¹	1 078 080	1 299 500	1 524 970	1 947 120	1 865 280	1 856 610	-4,2	-0,5
Aides sociales aux personnes âgées, dont :	339 680	1 088 740	1 321 870	1 406 630	1 427 620	1 435 620	1,5	0,6
APA	-	939 210	1 175 600	1 265 040	1 285 460	1 296 230	1,6	0,8
ASH en établissement et famille d'accueil	121 030	117 800	122 450	122 120	123 310	121 180	1,0	-1,7
Aides sociales aux personnes handicapées, dont :	235 830	260 970	387 890	505 830	519 330	521 490	2,7	0,4
ACTP	129 340	136 520	91 590	68 570	65 100	61 250	-5,1	-5,9
PCH	-	-	154 470	271 030	284 090	290 400	4,8	2,2
Accueil et hébergement en établissement et famille d'accueil	93 330	107 880	121 440	144 750	148 340	149 410	2,5	0,7
Aides sociales à l'enfance (ASE), dont :	270 540	283 130	300 730	325 170	333 460	340 770	2,5	2,2
Enfants accueillis à l'ASE	140 130	144 080	151 550	163 790	169 110	176 240	3,2	4,2
Actions éducatives	130 410	139 050	149 180	161 380	164 350	164 530	1,8	0,1
Total des aides	1 924 130	2 932 340	3 535 460	4 184 740	4 145 690	4 154 480	-0,9	0,2

(p) : provisoire

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne. PCH : prestation de compensation du handicap.

APA : allocation personnalisée d'autonomie. ASH : aide sociale à l'hébergement.

1. Sont dénombrés les allocataires du RSA socle ou socle et activité (jusqu'en 2015), hors RSA jeunes. Le RSA a remplacé le RMI et l'API en 2009, mais l'API n'est pas prise en compte ici car elle n'était pas à la charge des départements.

Note > Sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personnes ayant un droit ouvert à la prestation au 31 décembre de l'année, hormis pour l'APA pour laquelle sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. Les totaux des aides comportent des doubles comptes car une même personne peut bénéficier de plusieurs aides. C'est le cas de 88 % des bénéficiaires de l'ASH en établissement d'hébergement pour personnes âgées qui sont également bénéficiaires de l'APA fin 2015, selon l'enquête EHPA de la DREES. De même, les bénéficiaires de l'ACTP en établissement peuvent aussi percevoir une aide à l'hébergement. Enfin, certains mineurs ou jeunes majeurs peuvent bénéficier d'une action éducative tout en étant accueilli à l'ASE.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale.

âgées, qui représentent 7,8 % des personnes de 60 ans et plus. Elle est également assez élevée parmi les personnes de 20 à 40 ans, plus fréquemment bénéficiaires du RSA.

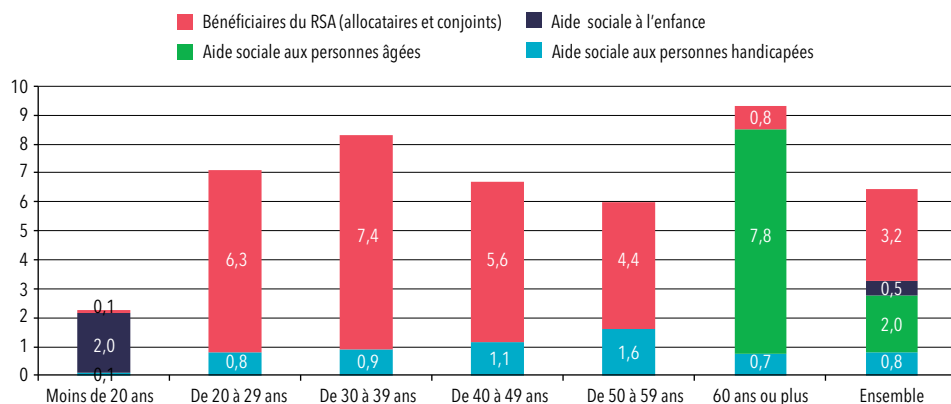
Une structure des dépenses différente de celle des aides

Depuis 2000, la structure des dépenses nettes d'aide sociale a connu de profonds bouleversements (*graphique 2*). Entre 2000 et 2016, 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 2000 en raison de nouvelles prestations prises en charge par les départements dans les autres domaines de l'aide sociale. La part des dépenses liées aux personnes âgées ou handicapées a augmenté sensiblement, du fait notamment de la création de l'APA en 2002 et de la PCH en 2006, du développement des aides à l'accueil des personnes handicapées et du vieillissement de la population.

La part liée au revenu minimum d'insertion (RMI), puis au RSA, a crû fortement en 2004 en raison du transfert aux départements du versement de l'allocation du RMI et, en 2009, de la création du RSA, y compris sa partie majorée destinée aux anciens allocataires de l'allocation de parent isolé (API).

La répartition des dépenses d'aide sociale n'est pas la même que celle du nombre de bénéficiaires. En 2016, plus d'un tiers des dépenses brutes d'aide sociale, hors dépenses de personnels et services communs et autres frais d'intervention sociale, sont consacrées au RSA et RSO (allocations et insertion), 23 % à l'aide aux personnes âgées comme à celle aux personnes handicapées, et 22 % à l'aide sociale à l'enfance (*tableau 2*). Alors que les trois allocations individuelles de solidarité (APA, PCH, RSA) constituent 83 % des mesures d'aide sociale, elles représentent 51 % des dépenses (hors personnels, services communs et autres interventions sociales). À l'inverse, les dépenses liées aux mesures de

Graphique 3 Taux de bénéficiaires de l'aide sociale des départements, en décembre 2016



Note > Ces taux peuvent être légèrement surestimés car ils ne tiennent pas compte de certains doubles comptes possibles entre mesures d'aide sociale, tels qu'une action éducative concomitante à une mesure de placement dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE), ou encore une personne bénéficiant d'une mesure d'ASE et d'une mesure d'aide sociale liée à un handicap. En revanche, les doubles comptes possibles entre aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées et allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont été corrigés ici. Sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personnes ayant un droit ouvert au 31 décembre, hormis pour l'APA pour laquelle sont identifiés les bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. Pour le RSA, sont pris en compte les allocataires au 31 décembre et leurs éventuels conjoints, mais pas les enfants à charge.

Lecture > Au 31 décembre 2016, 2,0 % des habitants de moins de 20 ans bénéficient d'une mesure d'ASE.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; CNAF ; CCMSA ; Dares ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).


Tableau 2 Les dépenses brutes d'aide sociale départementale, de 2001 à 2016

	Dépenses en millions d'euros courants, évolutions en euros constants 2016						
	2001	2005	2010	2015	2016	Évolution (en %)	
						2015-2016	2001-2016
Dépenses brutes d'insertion et d'allocation liées au RSA, RMI et RSO¹	745	6 749	8 550	11 468	11 777	2,5	1167,4
dont :							
Dépenses d'allocation	-	5 865	7 394	10 414	10 739	2,9	-
Dépenses d'insertion	745	885	1 155	1 053	1 038	-1,7	11,7
Dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées, dont :	2 625	6 182	7 804	8 209	8 316	1,1	153,9
APA	-	4 043	5 296	5 622	5 784	2,7	-
ASH en établissement et famille d'accueil	1 759	1 866	2 221	2 304	2 237	-3,1	1,9
Dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées, dont :	3 110	4 136	6 417	7 905	8 115	2,4	109,1
ACTP	697	753	559	447	429	-4,3	-50,7
PCH	-	-	1 094	1 724	1 836	6,2	-
Accueil et hébergement en établissement et famille d'accueil	2 271	3 070	4 142	4 975	5 077	1,8	79,1
Dépenses brutes d'ASE, dont :	4 591	5 459	6 841	7 741	7 779	0,3	35,8
Enfants accueillis à l'ASE ²	3 154	4 185	5 251	6 067	6 112	0,5	55,3
Actions éducatives ²	270	355	408	465	461	-1,1	36,8
Dépenses brutes de personnel, services communs et autres frais d'intervention sociale³	1 747	2 342	3 156	3 374	3 339	-1,2	53,1
Dépenses totales brutes (hors aide médicale générale)	12 817	24 869	32 767	38 696	39 326	1,4	145,8

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne. PCH : prestation de compensation du handicap.

APA : allocation personnalisée d'autonomie. ASH : aide sociale à l'hébergement.

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

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

3. 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. Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2016. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.

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

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale.

placement contribuent largement plus aux dépenses d'ASE que ce que ne représentent les mesures de placement parmi les mesures d'ASE.

Une inégale répartition géographique des aides et des dépenses

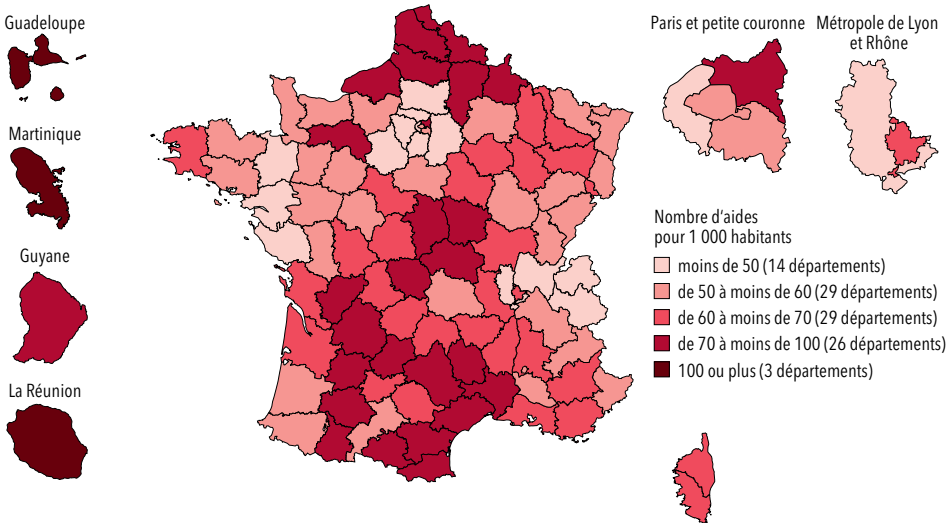
Quel que soit le champ d'aide sociale considéré, les proportions de bénéficiaires dans la population varient d'un département à l'autre. Ces disparités sont le reflet du contexte démographique et socio-économique local (répartition par âge ou par niveau de revenu, situation du marché du travail local), mais également des politiques sociales mises en place par les départements et les autres acteurs. Étant donné le poids des allocataires du RSA dans l'ensemble des mesures d'aide sociale, la répartition sur le territoire de ces premiers (voir fiche 28) influe fortement sur la distribution géographique des aides sociales (carte 2). En second lieu, la répartition hétérogène des aides sociales aux personnes âgées (voir fiche 10) joue également un rôle important dans celles de l'ensemble des mesures d'aide sociale.

Au total, le taux de mesures d'aide sociale en France métropolitaine et dans les DROM est de 62 pour 1 000 habitants en 2016. Le taux départemental varie du simple au triple, en excluant la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion, où le taux est particulièrement élevé (supérieur à 140). La répartition sur le territoire des dépenses d'aide sociale est proche de celles des mesures mais un peu moins hétérogène. En 2016, la dépense annuelle nette moyenne d'aide sociale est de 550 euros par habitant ; elle varie du simple au double selon les départements, en excluant ici aussi la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion, où la dépense nette par habitant est supérieure à 1 100 euros (carte 3). Près de la moitié des départements dépensent entre 450 et 550 euros d'aide sociale par habitant.

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

Carte 2 Taux de mesures d'aide sociale départementale, fin 2016



Note > Les mesures d'aide sociale comprennent les allocataires du RSA (hors RSA jeunes) et du RSO, les mesures d'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et d'aide sociale à l'enfance.

Lecture > Au niveau national, en décembre 2016, le taux de mesures d'aide sociale est de 62 pour 1 000 habitants.

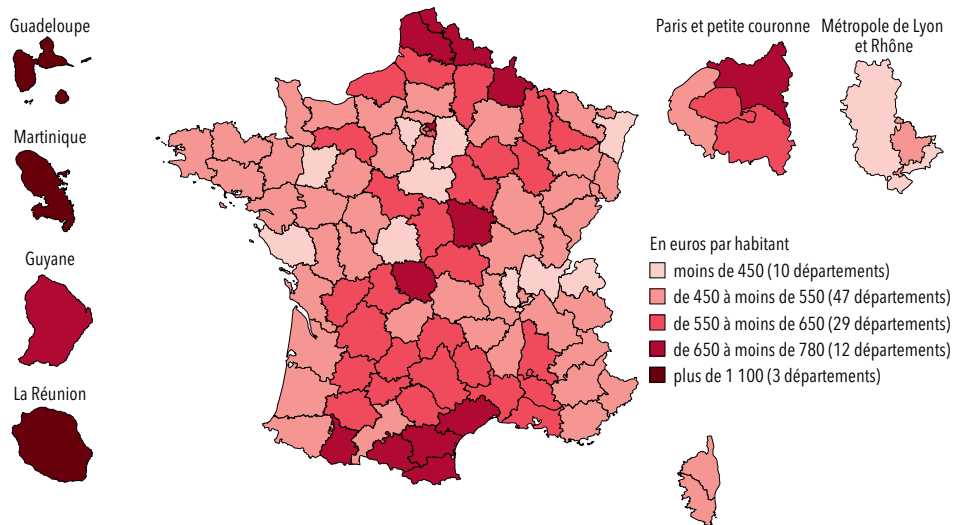
Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; CNAF ; CCMSA ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier (résultats arrêtés fin 2017).



mais aussi à la dépense moyenne consacrée à chaque bénéficiaire. Les dépenses relevant des domaines du RSA et des personnes âgées, pour lesquels les conditions d'attribution et le montant des aides sont fixés nationalement, laissent relativement moins de marge de manœuvre aux départements. Les disparités en matière de dépense annuelle moyenne par bénéficiaire sont ainsi relativement faibles pour le RSA : le rapport interdécile est de 1,1 (tableau 3). Pour les aides

aux personnes âgées, les dépenses par bénéficiaire sont un peu plus variables (rapport interdécile de 1,3) mais moins que pour le handicap ou la protection de l'enfance, pour lesquels les départements ont davantage de liberté dans le montant des aides ou dans les modalités de prise en charge. Ainsi dans ces deux domaines, les disparités en matière de dépenses par bénéficiaire sont plus prononcées, le rapport interdécile atteignant respectivement 1,6 et 1,7. ■

Carte 3 Dépenses totales nettes d'aide sociale par habitant en 2016



Note > Les dépenses nettes d'aide sociale comprennent celles à destination des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'aide sociale à l'enfance, celles liées aux RSA et RSO et aux anciens dispositifs liés au RMI, celles des services communs, ainsi que les frais de personnels dédiés à l'aide sociale et les autres frais d'intervention sociale.

Lecture > Au niveau national, la dépense totale nette d'aide sociale des départements est de 550 euros par habitant.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Tableau 3 Indicateurs de disparité de l'aide sociale des départements, en 2016

	1 ^{er} décile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	9 ^e décile	Rapport interdécile	Max/Min	
							en France métropolitaine et dans les DROM (hors Mayotte)	en France métropolitaine
Nombre de bénéficiaires moyens pour 1000 habitants								
Insertion	14,6	18,8	23,3	29,1	45,2	3,1	109,8	53,0
Aide aux personnes âgées	15,5	20,1	23,6	28,0	34,4	2,2	10,7	4,9
Aide aux personnes handicapées	6,3	7,1	8,3	9,1	10,3	1,6	5,2	3,3
Aide sociale à l'enfance	3,6	4,3	5,1	5,9	7,1	2,0	3,4	3,4
Nombre de bénéficiaires moyens pour 1000 habitants de la tranche d'âge de référence¹								
Insertion	25,5	31,9	38,1	48,2	64,0	2,5	12,2	5,0
Aide aux personnes âgées	69,7	74,6	86,5	99,2	112,3	1,6	2,7	2,7
Aide sociale à l'enfance	14,4	17,1	20,6	24,9	28,9	2,0	4,2	4,2
Dépenses annuelles nettes par bénéficiaire, en euros								
Insertion	5800	5940	6080	6220	6490	1,1	1,2	1,2
Aide aux personnes âgées	4300	4600	4860	5190	5830	1,4	2,7	2,3
Aide aux personnes handicapées	11020	12690	14060	15390	17350	1,6	2,7	2,7
Aide sociale à l'enfance	16420	18780	21410	24250	27090	1,7	3,5	3,5

1. La population de référence correspond aux personnes âgées de 15 à 64 ans pour l'insertion, de 60 ans et plus pour l'aide aux personnes âgées, et de moins de 21 ans pour l'aide sociale à l'enfance.

Note > Les nombres de bénéficiaires (ou d'habitants) moyens en 2016 sont les moyennes des nombres observés en décembre 2015 (ou au 1^{er} janvier 2016) et de ceux observés en décembre 2016 (ou au 1^{er} janvier 2017). Un bénéficiaire est une personne ayant un droit ouvert à une aide au 31 décembre, hormis pour l'APA pour laquelle sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. Pour l'insertion, sont dénombrés les foyers allocataires du RSA (hors RSA jeunes) et du RSO. Les dépenses d'insertion comprennent les dépenses d'allocations et d'insertion liées au RSA et au RSO.

Les nombres de bénéficiaires moyens rapportés à la population et les dépenses moyennes par bénéficiaire sont, en toute rigueur, des nombres moyens d'aides et des dépenses par aide : il n'est pas tenu compte des doubles comptes liés au fait que certaines personnes peuvent être bénéficiaires de plusieurs aides simultanément.

Lecture > Le 1^{er} quartile, la médiane et le 3^e quartile sont les valeurs en dessous desquelles se situent respectivement 25 %, 50 % et 75 % des départements. Le 1^{er} décile et le 9^e décile sont les valeurs en dessous desquelles se situent respectivement 10 % et 90 % des départements. Par exemple, les dépenses nettes d'aide sociale aux personnes handicapées sont inférieures à 12 690 euros par aide dans 25 % des départements. Le rapport interdécile est le rapport entre le 9^e décile et le 1^{er} décile.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2015 et 2016 ; CNAF ; CCMSA ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier (résultats arrêtés fin 2017).



Pour en savoir plus

- > Des séries historiques et des données départementales détaillées sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale ainsi que sur la population couverte par le RSA sont diffusées sur l'espace Data.Drees : www.data.drees.sante.gouv.fr
- > **Abdouni, S. (2018, octobre)**. Fin 2017, les départements ont attribué 2 millions de prestations d'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées. DREES, *Études et Résultats*, 1091.
- > **Amrous, N. (2018, octobre)**. 341 000 mesures d'aide sociale à l'enfance en cours fin 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1090.
- > **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.) (2018)**. *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.
- > **Clément, É., Mansuy, M. (2011)**. Les dépenses sociales des départements : évolutions et disparités spatiales. Dans C. Zaidman (dir.), *Les comptes de la protection sociale en 2009* (p. 17-52). Paris, France : DREES.
- > **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J. et al. (dir.) (2018)**. *La protection sociale en France et en Europe en 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques ◀
Annexes

Analyse transversale

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale. Majoritairement à la charge des départements, elles sont également mises en œuvre par les organismes de sécurité sociale, l'État, et, dans une moindre mesure, par les communes et les intercommunalités.

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

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 2015, 701 milliards d'euros, soit près d'un tiers du PIB, sont consacrés à la protection sociale (*tableau 1*). Les régimes d'assurance sociale et les organismes qui en dépendent participent à près de trois quarts de ces dépenses.

Principalement mises en œuvre par les départements, les caisses d'allocations familiales et l'assurance maladie, l'aide et l'action sociales représentent globalement 10 % des dépenses totales de protection sociale en 2015 (*graphique 1*). Cette proportion varie selon les risques. L'aide et l'action sociales aux personnes âgées ne représentent que 3 % des dépenses du risque vieillesse-survie, composées pour l'essentiel des pensions de retraite. L'aide sociale à l'insertion, dont le versement du

revenu de solidarité active (RSA), représente 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 peu plus d'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.

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

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

Entre 2010 et 2015, les dépenses totales d'aide et d'action sociales sont passées de 59 milliards à 70 milliards d'euros, soit une augmentation de 12 % en euros constants.

Tableau 1 Dépenses de protection sociale et parts de l'aide et action sociales dans ces dépenses en 2015

Champs de la protection sociale	Montant total 2015 (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	244 956	1,0	7,3 ²	3,0	-	11,4
Vieillesse-survie ³	319 667	-	0,3	2,7	-	3,0
Famille ⁴	54 182	-	12,6	14,3	-	26,9
Logement ⁵	18 134	-	1,0	0,6	-	1,6
Emploi et Pauvreté Exclusion sociale ⁶	64 272	6,6	0,9	16,2	3,4 ⁷	27,1
Total	701 211	1,0	3,8	4,9	0,3	10,0

1. Maladie, invalidité et handicap, accidents du travail et maladies professionnelles.

2. Y compris dépenses d'assurance maladie pour les personnes âgées et handicapées hébergées en établissement médico-social.

3. Retraites de droit direct et dérivé, minimum vieillesse, aide et action sociales aux personnes âgées.

4. Prestations familiales, accueil des jeunes enfants, aide sociale à l'enfance.

5. Allocations logement, fonds de solidarité pour le logement.

6. Y compris insertion et réinsertion professionnelle.

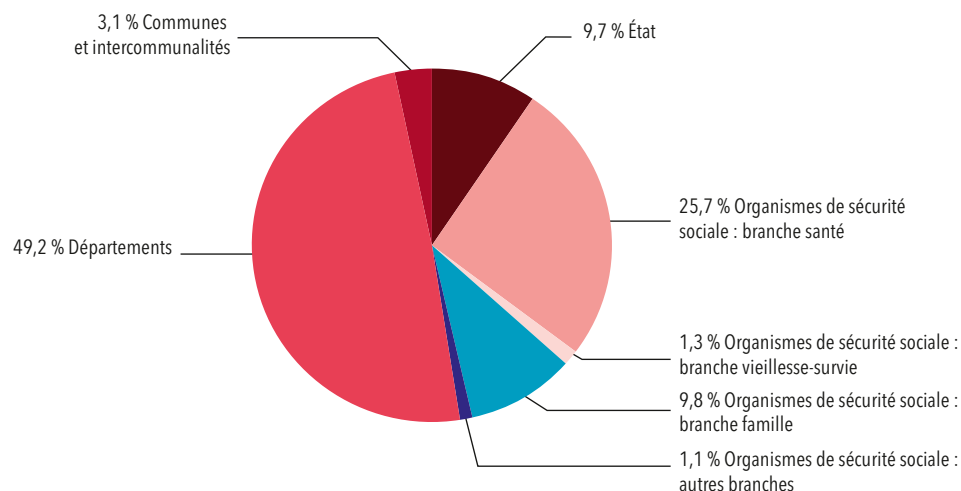
7. Dépenses des CCAS-CIAS ; il n'est pas possible en l'état actuel de ventiler ces dépenses par risque.

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 701 211 millions d'euros en 2015 ; les dépenses d'aide et d'action sociales représentent 10,0 % de ce montant, dont 4,9 % pour l'aide sociale départementale.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2015 et comptes de la protection sociale.

Graphique 1 Répartition des dépenses d'aide et d'action sociales par financeur en 2015

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 2015 et comptes de la protection sociale.

La part de ces dépenses dans le total des dépenses de protection sociale a légèrement augmenté au cours de la période (+0,6 point) [graphique 2]. La part du produit intérieur brut (PIB) consacrée à ces aides et actions a, elle, augmenté de 0,3 point.

Les départements, acteurs majeurs de l'aide sociale

Depuis les premières lois de décentralisation en 1982-1983, l'aide sociale est principalement menée par les conseils départementaux. En 2015, les dépenses des départements représentent ainsi près de la moitié des dépenses totales d'aide et d'action sociales. Les départements interviennent, au titre de l'aide sociale, auprès des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, pour l'insertion professionnelle et sociale, et pour la protection de l'enfance. Ils sont notamment responsables des trois allocations individuelles de solidarité (AIS) : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH) et le revenu de solidarité active (RSA). Ils sont également responsables de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui a pour objectif d'aider les personnes à faibles ressources à payer les frais de leur hébergement dans des établissements sociaux ou médico-sociaux.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales¹ 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, elles sont en revanche tenues à certaines obligations :

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

Ces obligations sont réalisées par le centre communal d'action sociale (CCAS) lorsqu'il existe².

Parallèlement, les communes disposent de la clause de compétence générale, leur permettant de mener des actions sociales (voir fiche 05) : 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 sociale⁴, 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.

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

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.

Les organismes de protection sociale

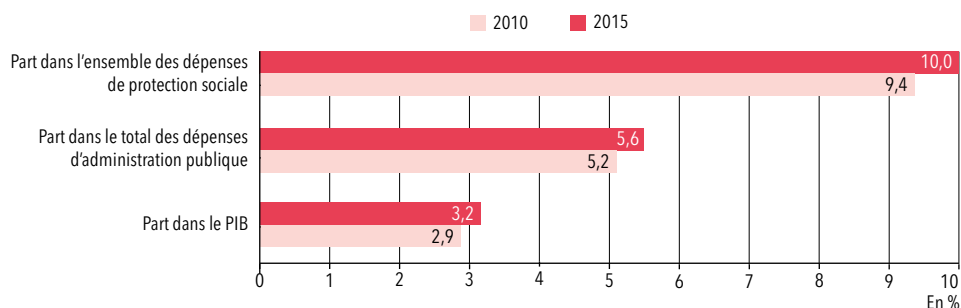
Une partie des dépenses de l'assurance maladie sont destinées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées en établissement ou service médico-social. Étant définies dans le CASF, elles sont considérées comme faisant partie du champ de l'aide et de l'action sociales. Elles constituent 26 % des dépenses totales d'aide et d'action sociales en 2015.

Par ailleurs, les organismes de protection sociale – caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), caisse nationale des allocations familiales (CNAF), caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA), Unédic, caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), etc. – peuvent également mener des actions sociales, en plus des assurances sociales. Celles-ci peuvent 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 notamment⁵.

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

Le transfert de compétences associé aux lois de décentralisation n'a laissé à l'État qu'une relative faible partie de l'aide sociale (9,7 % du total des dépenses d'aide et d'action sociales), principalement pour les personnes déracinées (sans domicile fixe, demandeurs d'asile), mais également en matière de handicap ou de 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. ■

Graphique 2 Parts des dépenses d'aide et d'action sociales dans la protection sociale, les dépenses des administrations publiques et le PIB en 2010 et 2015



Lecture > En 2015, les dépenses d'aide et d'action sociales représentent 10,0 % 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 et 2015 et comptes de la protection sociale.

Pour en savoir plus

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

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

En 2016, les recettes de fonctionnement des départements atteignent 69,5 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 30 %.

En 2016, les dépenses totales de fonctionnement des départements s'élèvent à 61,5 milliards d'euros, dont 64 % consacrées à l'aide sociale.

Des dépenses de fonctionnement en hausse

Ces dépenses de fonctionnement sont financées par des recettes qui atteignent 69,5 milliards d'euros¹ en 2016. La différence entre recettes et dépenses est affectée au remboursement des intérêts de la dette et aux dépenses d'investissement, pour lesquelles des recettes propres sont également mobilisées.

Entre 2011 et 2016, les recettes augmentent de 5,0 % en euros constants² (*graphique 1*), à un rythme plus faible que celui des dépenses (+7,9 %). Cependant, pour la première fois au cours de cette période, le taux de croissance des recettes est supérieur à celui des dépenses entre 2015 et 2016 : +2,5 % contre +1,0 %.

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

Représentant 36 % de ces recettes (*tableau 1*), les impôts indirects constituent la plus grosse composante des ressources de fonctionnement des départements (25,3 milliards d'euros). Les droits de mutation à titre onéreux (DMTO) s'établissent ainsi à 9,8 milliards d'euros en 2016. Ils progressent de 8,0 % en un an (en euros constants), bénéficiant à la fois du dynamisme du marché de l'immobilier et de la hausse des taux plafond initiée en 2014³. La taxe sur les conventions d'assurance (TSCA)

augmente légèrement en 2016 (+2,0% en euros constants), pour s'établir à 7,0 milliards d'euros. Elle avait presque doublé entre 2010 et 2011, passant de 3,2 à 6,3 milliards d'euros, en raison du transfert aux départements de la part de l'État de cette taxe. La fiscalité indirecte comprend également depuis 2004, en compensation de la charge financière du revenu minimum d'insertion (RMI) et du revenu de solidarité active (RSA), une partie de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE), soit 6,5 milliards en 2016, montant relativement stable depuis plusieurs années.

23,6 milliards d'euros prélevés directement en 2016

Les recettes de fonctionnement des départements sont également alimentées par des impôts prélevés directement auprès des contribuables. Les produits de la taxe d'habitation, du foncier bâti, ainsi que de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) constituent des contributions directes pour un montant de 23,6 milliards d'euros en 2016. C'est un des postes de recettes qui augmente le plus depuis 2011 (+21,9 % en euros constants et +4,7 % entre 2015 et 2016).

Des dotations de l'État en baisse de 3 % 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

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 2016, cet indice a augmenté de 0,21 % en moyenne annuelle.

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 %. Au 1^{er} janvier 2016, seul cinq départements ont maintenu leur taux à 3,8 %.

ainsi à 10,0 milliards d'euros en 2016. Elle diminue de 9,8 % en un an.

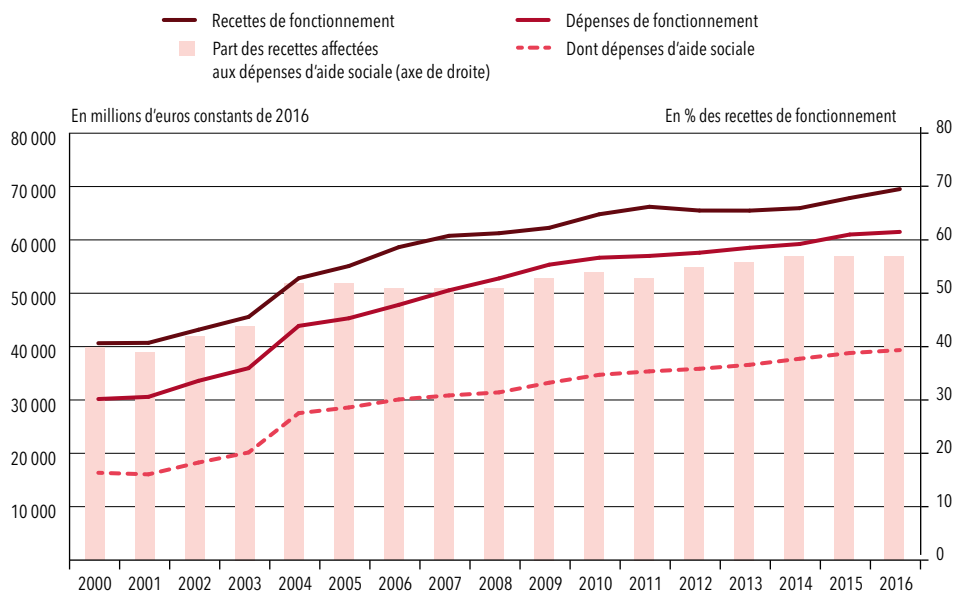
L'État verse aussi une contribution aux départements de 2,6 milliards d'euros (+11,9 % par rapport à 2015), via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁴, pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Le concours de la CNSA pour l'APA augmente de 15,2 % entre 2015 et 2016 ; cette progression est essentiellement due au versement de la seconde part du concours APA visant à compenser l'augmentation des dépenses liées à l'application de la loi d'adaptation de la société au

vieillesse (voir fiche 12). À l'inverse, le concours PCH diminue de 1,6 % par rapport à 2015.

Au titre des dépenses du RSA, une dotation de 500 millions d'euros, par l'intermédiaire du Fonds de mobilisation départemental pour l'insertion (FMDI), est attribuée aux départements. En outre, l'État fournit 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. ■

Graphique 1 Évolution des recettes et des dépenses de fonctionnement des départements entre 2000 et 2016



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

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

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

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

4. La CNSA participe au financement de l'APA et de la PCH respectivement à hauteur de 2,0 et 0,6 milliard d'euros en 2016 ; soit des taux de couverture des dépenses brutes respectifs de 35,1 % et 30,7 %. Ces taux sont légèrement inférieurs à ceux publiés dans les programmes de qualité et d'efficience (PQE) notamment, parce que sont utilisées des dépenses nettes des récupérations et remboursements fournies par la CNSA.

Tableau 1 Recettes départementales de fonctionnement en 2016

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

	Recettes de fonctionnement			Évolution (en %)		Répartition des recettes (en %)	
	2011	2015	2016	2015-2016	2011-2016	2011	2016
Impôts directs	18,6	22,5	23,6	4,7	21,9	29,2	33,9
Impôts indirects	22,8	24,1	25,3	4,8	6,9	35,8	36,4
dont droits de mutation à titre onéreux (DMTO)	8,2	9,1	9,8	8,0	16,1	12,8	14,2
dont taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)	6,3	6,8	7,0	2,0	7,2	9,8	10,0
dont taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE)	6,5	6,4	6,5	1,9	-4,2	10,2	9,4
Dotations et participations	19,0	18,0	17,4	-3,3	-11,8	29,8	25,1
dont dotation globale de fonctionnement (DGF)	12,2	11,0	10,0	-9,8	-21,5	19,2	14,3
dont dotation Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	2,0	2,3	2,6	11,7	23,4	3,2	3,7
dont Fonds de mobilisation départementale pour l'insertion (FMDI)	0,5	0,5	0,5	3,2	-3,3	0,8	0,7
Autres recettes	3,3	3,1	3,2	1,7	-7,3	5,2	4,5
Total recettes	63,8	67,7	69,5	2,5	5,0	100,0	100,0

Champ > France entière (hors Mayotte).**Sources** > DGCL, extraits des comptes administratifs des départements ; CNSA.**Pour en savoir plus**

> **Laignel, A., Guené, C.** (2017, septembre). Les finances des collectivités locales en 2017 - État des lieux. Observatoire des finances et de la gestion publique locales, Rapport.

Fin 2016, 115 000 personnes sont employées par les conseils départementaux de France métropolitaine dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, dont près de 37 000 assistants familiaux, 35 000 agents administratifs et techniques et plus de 29 000 agents sociaux et éducatifs.

Au 31 décembre 2016, les conseils départementaux de métropole¹ emploient 78 200 agents, hors contrats aidés, dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale. En y ajoutant les 36 700 assistants familiaux employés directement par les départements, l'ensemble représente 114 900 personnes, soit 40 % des effectifs totaux de personnel des départements².

Les personnels administratifs et techniques constituent les plus gros effectifs

Fin 2016, les services départementaux comptent 34 700 agents administratifs et techniques dans le domaine social et médico-social (*tableau 1*). Ils représentent 44 % de l'ensemble des effectifs de ce champ, hors assistants familiaux. La moitié d'entre eux sont des agents fonctionnaires de catégorie C et un tiers relèvent de la catégorie B³.

Le personnel social et éducatif est la deuxième catégorie la plus importante : 29 400 agents, soit 38 % des effectifs totaux. Les conseillers et assistants socio-éducatifs, qu'ils soient assistants de service social (plus connus sous le nom « d'assistants sociaux »), éducateurs spécialisés ou conseillers en économie sociale familiale, constituent 96 % de ces effectifs. Viennent ensuite les éducateurs de jeunes enfants et les moniteurs éducateurs (2 %). D'autres personnels socio-éducatifs complètent les effectifs (2 %) : il s'agit notamment des animateurs socio-éducatifs et conseillers conjugaux, ainsi que des techniciens de l'intervention sociale et familiale, des auxiliaires de vie, des auxiliaires de service social, des éducateurs techniques spécialisés, etc.

Les conseils départementaux ont également recours à certaines professions médicales et paramédicales, notamment dans les services de protection maternelle et infantile (PMI). Le personnel médical compte 3 900 personnes, soit 5 % des effectifs totaux dédiés à l'action sociale et médico-sociale. Près de 75 % sont des médecins et 25 % des sages-femmes. De plus, le personnel paramédical comprend 8 100 professionnels, dont 56 % de puéricultrices, 29 % d'infirmiers et 9 % d'auxiliaires de puériculture.

Les autres professions du secteur de l'action sociale et médico-sociale sont 1 800 psychologues, ainsi que des personnels médico-techniques (environ 300 personnes, dont des biologistes, vétérinaires, pharmaciens, assistants médico-techniques).

Par ailleurs, les conseils départementaux emploient des assistants familiaux qui accueillent à leur domicile de manière permanente des mineurs et des jeunes majeurs de moins de 21 ans. Cet accueil peut être organisé au titre de la protection de l'enfance ou d'une prise en charge médico-sociale ou thérapeutique. Fin 2016, 36 700 assistants familiaux sont ainsi employés directement par les départements.

En moyenne, une quotité de temps de travail de 94 %

Tous les agents ne travaillent pas à temps plein. Exprimés en équivalents temps plein (ETP), les effectifs des services départementaux employés dans le champ de l'action sociale et médico-sociale hors assistants familiaux sont de 73 200, soit 94 % des effectifs

1. Les résultats présentés dans cette fiche portent uniquement sur la France métropolitaine, en raison d'une qualité encore insuffisante des données collectées dans les DROM.

2. Sources : DREES, enquête Aide sociale et Insee, système d'information sur les agents des services publics (SIASP), traitements DREES.

3. Les catégories hiérarchiques de la fonction publique correspondent pour la catégorie A à des fonctions de conception, de direction et d'encadrement ; pour la catégorie B, à des fonctions d'application et de rédaction ; et pour la catégorie C, à des fonctions d'exécution.

Tableau 1 Les effectifs des personnels départementaux de l'action sociale et médico-sociale, au 31 décembre 2016

	Effectifs	Effectifs en équivalent temps plein (ETP)	Rapport ETP/ effectifs (en %)	Proportion des effectifs (en %)	Proportion des ETP (en %)
Personnels administratifs et techniques	34 730	33 120	95,4	44,4	45,2
Catégorie A	5 940	5 800	97,6	17	18
Catégorie B	11 080	10 550	95,2	32	32
Catégorie C	17 710	16 770	94,7	51	51
Personnel social et éducatif	29 410	27 490	93,5	37,6	37,5
Conseillers socio-éducatifs	1 630	1 580	96,9	6	6
Assistants socio-éducatifs	26 620	24 810	93,2	91	90
Éducateurs de jeunes enfants	360	340	94,4	1	1
Moniteurs-éducateurs	190	190	100	1	1
Agents sociaux	170	160	94,1	1	1
Autres personnels socio-éducatifs	450	410	91,1	2	2
Personnel paramédical	8 080	7 400	91,6	10,3	10,1
Rééducateurs	190	160	84,2	2	2
Puéricultrices	4 500	4 080	90,7	56	55
Infirmiers	2 310	2 120	91,8	29	29
Auxiliaires de soins	40	30	75,0	1	0
Auxiliaires de puériculture	720	690	95,8	9	9
Autres personnels paramédicaux	330	300	90,9	4	4
Personnel médical	3 880	3 290	84,8	5,0	4,5
Médecins	2 890	2 370	82,0	75	72
Sages-femmes	990	910	91,9	26	28
Psychologues	1 810	1 630	90,1	2,3	2,2
Personnels médico-techniques	320	300	93,8	0,4	0,4
Biologistes, vétérinaires et pharmaciens	30	30	100	9	10
Assistants médico-techniques	80	80	100	25	27
Autres personnels médico-techniques	210	200	95,2	66	67
Total général (hors assistants familiaux)	78 230	73 230	93,6	100	100
Assistants familiaux	36 690				
Total général (avec assistants familiaux)	114 920				

Note > Les pourcentages sont exprimés par rapport au total général (hors assistants familiaux) pour chaque catégorie et sinon par rapport au total de la catégorie. Les résultats sont arrondis à la dizaine et la somme des arrondis diffère parfois de l'arrondi de la somme. La catégorie « Assistants socio-éducatif » se divise en 76 % d'assistants de service social, 18 % d'éducateurs spécialisés et 6 % de conseillers en économie sociale familiale.

Champ > France métropolitaine.

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016.

totaux. La quotité moyenne de temps de travail est variable selon les catégories de personnel. C'est parmi les personnels administratifs et techniques qu'elle est la plus élevée (95 %), en particulier parmi ceux de catégorie A (98 %). Le ratio le plus faible est observé pour le personnel médical où il atteint 85 % par agent, et en particulier 82 % pour les médecins, pour lesquels les départements peuvent rencontrer des difficultés de recrutement⁴ et ont recours à des vacances⁵.

Un tiers du personnel mobilisé dans l'action sociale polyvalente

L'organisation des services relevant de l'action sociale et médico-sociale diffère grandement selon les départements. Certains d'entre eux sont organisés autour d'un service social polyvalent, alors que d'autres ont préféré mettre en place des services spécialisés. Dans

une dizaine de départements, l'action sociale polyvalente regroupe ainsi moins de 5 % des effectifs en ETP (hors assistants familiaux) alors qu'elle en totalise plus de 45 % dans douze autres. Dans l'ensemble des départements métropolitains, l'action sociale polyvalente regroupe en moyenne 30 % des effectifs en ETP (tableau 2). Puis les secteurs de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et de la protection maternelle et infantile (PMI) en concentrent chacun 17 %. Le secteur des personnes âgées et handicapées et celui de l'insertion regroupent respectivement 13 % et 9 % de l'ensemble des ETP. Enfin, les personnels dédiés au secteur de la prophylaxie sanitaire constituent 2 % des effectifs totaux. Ce dernier secteur mobilise la majorité des personnels médico-techniques (51 %). De la même façon, le secteur de la PMI et des centres de planification concentre le personnel médical (20 %) et paramédical (46 %).

Tableau 2 Répartition par secteur du personnel départemental de l'action sociale et médico-sociale, en ETP, au 31 décembre 2016

En %

	Prophylaxie sanitaire	PMI et centres de planification	ASE	Insertion	Personnes âgées - Personnes handicapées	Action sociale polyvalente	Activités générales et diverses	Ensemble
Personnel médical	4	76	2	1	10	3	4	100
Psychologues	1	27	47	2	4	13	8	100
Personnel paramédical	3	76	2	1	11	5	3	100
Personnel social et éducatif	1	5	27	8	7	50	4	100
Personnels médico-techniques	51	5	0	0	9	1	33	100
Personnels administratifs et techniques	1	8	13	13	20	23	23	100
Total général	1	17	17	9	13	30	13	100

PMI : protection maternelle et infantile ; ASE : aide sociale à l'enfance.

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

Lecture > 30 % des personnels (exprimés en ETP) de l'action sociale et médico-sociale des départements métropolitains au 31 décembre 2016 sont employés dans le secteur de l'action sociale polyvalente. C'est aussi le cas de 50 % du personnel social et éducatif.

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

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016.

4. Voir rapport 2013 du groupe de travail Médecins territoriaux du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale.

5. Voir sur le site Data.Drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Aide et action sociale, sous-rubrique Autres données brutes déclarées par les conseils départementaux.

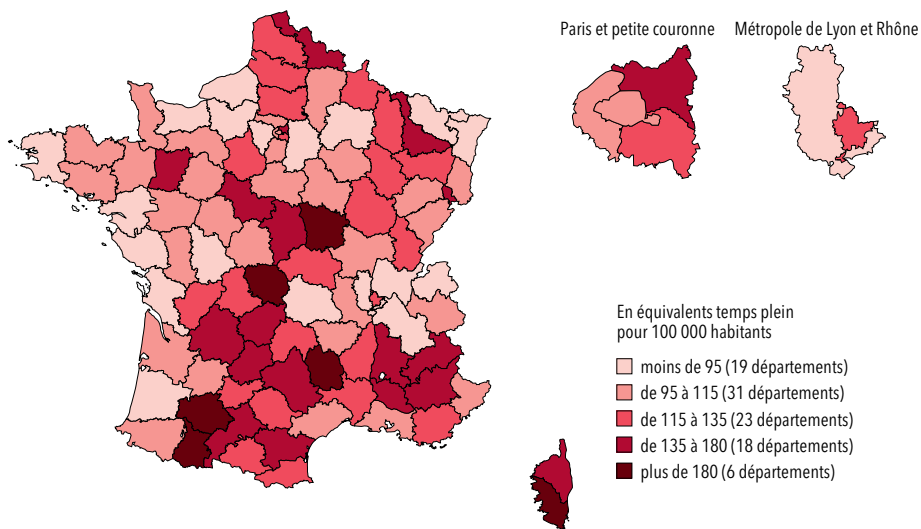
Les psychologues exercent principalement dans le secteur de l'ASE (47 %) et dans celui de la PMI (27 %). Les personnels sociaux et éducatifs interviennent majoritairement dans les services polyvalents (50 %) et dans celui de l'ASE (27 %). Enfin, les personnels administratifs et techniques sont logiquement présents dans l'ensemble des secteurs de l'aide et l'action sociales. Mais c'est dans les services en charge des personnes âgées ou handicapées que leur présence est plus marquée (69 % des effectifs). À l'inverse, c'est dans le secteur de la PMI qu'ils sont les moins présents (20 %).

De fortes disparités départementales

Le nombre moyen de personnes employées par département dans le champ de l'action sociale et médico-sociale est de 1 185 ETP. Hors assistants familiaux, ce sont en moyenne 806 personnes qui sont employées par les départements dans ce secteur, pour 755 équivalents temps plein.

Rapporté à la population au niveau national, le nombre d'ETP est de 113 pour 100 000 habitants. Cependant, ce ratio varie selon le département. Ainsi, il est inférieur à 95 dans 19 départements et supérieur à 135 dans 24 départements (carte 1). ■

Carte 1 Densité de personnels départementaux de l'action sociale et médico-sociale, au 31 décembre 2016



Note > Au niveau national, le nombre d'ETP pour 100 000 habitants est de 113.

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

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Pour en savoir plus

> **Direction générale des collectivités locales (DGCL) (2017).** *Les collectivités locales en chiffres en 2017* (chapitre 8).

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

Les Français soutiennent massivement les transferts publics en direction des personnes les plus vulnérables. Une forte majorité d'entre eux souhaitent que le revenu de solidarité active (RSA) soit augmenté. Ils approuvent aussi largement le principe d'un minimum social plus élevé que le RSA pour les personnes en situation de handicap. En revanche, le mode de financement souhaité pour ces mesures est moins consensuel : les avis divergent notamment en fonction de l'âge ou du niveau de revenu des personnes interrogées.

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

De plus en plus de personnes favorables à davantage de soutien aux personnes en difficulté

En 2017, lorsqu'on interroge les Français sur le revenu de solidarité active (RSA), qui est la prestation emblématique de soutien aux personnes en grande difficulté financière (voir fiche 27), 66 % souhaitent l'augmentation de son montant¹. Ce chiffre est en hausse de 5 points par rapport à 2016 (*graphique 1*). La part des personnes jugeant qu'il faut, au contraire, diminuer le RSA reste très minoritaire (14 %). La tendance haussière qui avait porté cette réponse de 6 % à 17 % de la population entre 2009 et 2015 s'est interrompue. D'une façon générale, 65 % des Français pensent que les pouvoirs publics ne font pas assez pour les plus démunis, soit 6 points de plus qu'en 2015.

Seulement une partie des personnes favorables à une hausse du RSA se déclarent prêtes à accepter une hausse de leurs impôts pour la financer. La part de ces personnes rejoint des niveaux proches de ceux observés avant la crise de 2008-2009 (41 %), alors que ce taux avait oscillé

entre 31 % et 34 % au cours des années 2014 à 2016². Cette proportion s'accroît sensiblement avec le revenu du foyer. Ainsi elle passe de trois sur dix quand le revenu du foyer ne dépasse pas 1 400 euros net avant impôt à plus d'un sur deux si celui-ci est compris entre 3 800 et 5 300 euros. Elle atteint deux sur trois lorsque le revenu du foyer est supérieur à 5 300 euros par mois.

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

Un peu moins de la moitié des Français (46 %) pensent que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées (*tableau 1*). Ils sont très nombreux à se prononcer en faveur d'un traitement spécifique à leur égard : 84 % jugent qu'il est normal qu'une personne handicapée ait un revenu minimum supérieur à celui d'une personne qui ne l'est pas. Seuls 16 % jugent que les minima sociaux devraient être les mêmes pour tous, que la personne soit ou non handicapée. De fait, il existe aujourd'hui un minimum social spécifique : l'allocation aux adultes handicapés (AAH)³. Son montant maximal est de 810 euros par mois environ pour une personne seule sans ressources. Il est supérieur à la plupart des minima sociaux, comme le RSA (545 euros) ou l'allocation de solidarité spécifique (ASS) [490 euros] et comparable à celui de

1. Depuis septembre 2017, son montant maximal est de 545 euros par mois pour une personne seule, sans enfant (forfait logement compris). Ce montant est précisé dans la question posée aux enquêtés.

2. Cette question n'a pas été posée entre 2009 et 2013.

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

l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), habituellement qualifiée de « minimum vieillesse ». En revanche, les Français sont plus partagés sur le fait que l'attribution des aides aux personnes handicapées dépende du revenu. La moitié des personnes interrogées estiment que les aides financières pour compenser les surcoûts liés au handicap devraient être réservées aux seules personnes disposant de faibles revenus, tandis que

l'autre moitié préféreraient qu'elles soient versées à tous les individus en situation de handicap, quel que soit leur revenu⁴.

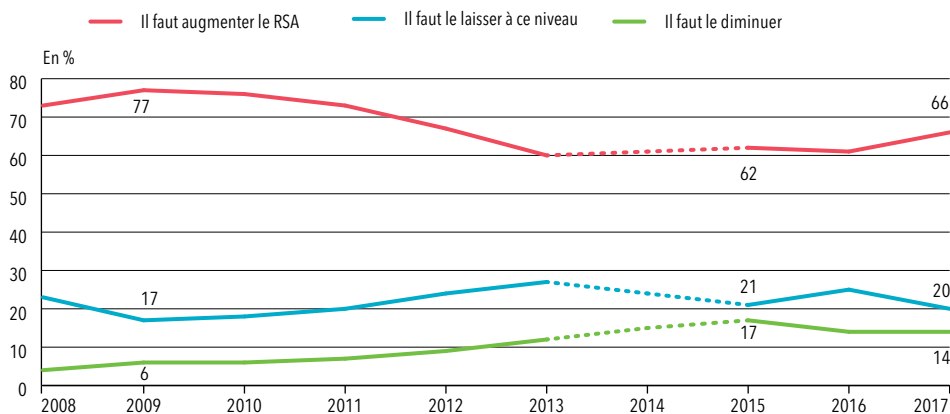
Cette dichotomie se retrouve dans l'éventail des prestations destinées aux personnes en situation de handicap. D'une part, il existe à la fois des allocations telles que l'AAH, dont l'accès est soumis à une condition de ressources et, d'autre part, la prestation de compensation du handicap (PCH), versée sans

Encadré 1 Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

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

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

Graphique 1 Les Français favorables à une hausse du RSA



Note > Les données de l'année 2014 ne sont pas disponibles pour cette question. La modalité « il faut le laisser à ce niveau » n'est pas ouvertement proposée aux enquêtés.

Lecture > En 2017, 66 % 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 2008-2017.

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

condition de ressources (voir fiche 15). Cette dernière s'adresse aux personnes qui connaissent des difficultés pour la réalisation des actes de la vie quotidienne, à condition d'être âgées de moins de 60 ans au moment de la première demande et de résider en France. Si l'accès à la PCH ne dépend pas des ressources du demandeur, le montant perçu est cependant modulé en fonction de ses revenus : si les ressources annuelles du bénéficiaire dépassent 26 580 euros (soit 2 215 euros par mois), une participation lui est demandée, à hauteur de 20 % de la prestation attendue.

Les retraités plus souvent opposés à un financement familial de la dépendance que les jeunes

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. Pour la majorité des Français, la prise en charge des coûts de la dépendance relève principalement de la puissance publique : deux tiers d'entre eux déclarent vouloir que l'État et les pouvoirs publics prennent en charge le financement de la dépendance (tableau 2). À l'inverse,

une personne sur trois juge que la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes devrait être du ressort des enfants ou des familles (24 %) ou des personnes âgées dépendantes elles-mêmes (9 %). Les jeunes adultes (35 % au sein des 18-29 ans) et les trentenaires (27 %) sont plus nombreux, par rapport à leurs aînés, à penser que la responsabilité des dépenses concernées revient à la famille. Les retraités sont, en particulier, nettement moins favorables que les jeunes adultes à ce que le poids financier de la dépendance des personnes âgées incombe à leur famille (17 %). Ils privilégient beaucoup plus souvent que les jeunes l'intervention de l'État (72 % contre 60 %, respectivement). Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'une partie d'entre eux estiment mieux les dépenses en jeu car ils y ont été eux-mêmes confrontés pour certains de leurs proches, ou que les retraités redoutent, d'une façon générale, de devenir une charge pour leur famille. Quoi qu'il en soit, on peut souligner que les retraités eux-mêmes ne comptent pas spécialement recevoir un retour de leurs descendants en contrepartie de l'appui matériel accordé à leurs enfants pendant leur jeunesse.

Tableau 1 Les opinions sur l'aide publique aux personnes handicapées dans la société en 2017

	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	46
Non plutôt pas / Non pas du tout	54
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	84
Les minima sociaux devraient être les mêmes, que la personne soit handicapée ou non	16
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	50
...uniquement aux personnes disposant de faibles revenus	50

Lecture > En 2017, 46 % 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 2017.

Environ la moitié des personnes interrogées se prononcent en faveur de la création d'une cotisation spécifique au financement de la dépendance (53 %), un chiffre relativement stable depuis 2004. Toutefois, seulement un tiers d'entre elles estiment que cette cotisation devrait être obligatoire pour tous, tandis qu'une personne sur cinq pense qu'elle ne devrait l'être qu'à partir d'un certain âge. L'autre moitié des personnes interrogées préféreraient que la prise en charge du risque dépendance pèse seulement sur les personnes qui veulent bénéficier d'une aide pour y faire face (47 %). Ces opinions ne varient pas significativement en fonction de la classe d'âge, à ceci près que les moins de 30 ans optent moins souvent que leurs aînés pour une cotisation obligatoire, qui serait acquittée quel que soit l'âge. Cette faible variabilité des résultats va plutôt à l'encontre de l'idée selon laquelle chaque classe d'âge verrait avant tout la situation à travers le prisme de ses propres intérêts financiers et à court terme.

Une large majorité de Français préfère que l'aide aux personnes dépendantes soit réservée aux personnes disposant de faibles revenus (70 %). Seules trois personnes sur dix souhaitent à l'inverse que l'aide financière apportée aux personnes âgées dépendantes soit universelle, sans condition de ressources. Ce niveau est bien inférieur (20 points d'écart) à celui des personnes en faveur d'une aide universelle aux personnes handicapées.

En pratique, la prise en charge publique de la dépendance en France passe principalement par le versement d'une aide en nature aux personnes de plus de 60 ans : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [voir fiche 09]. Plus la dépendance est sévère⁵, 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...). Cette aide n'est pas soumise à condition de ressources, mais une

Tableau 2 Les aspirations en matière de prise en charge de la dépendance en 2017

	Répartition en %
Qui doit principalement prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes ?	
L'État et les pouvoirs publics	66
Les enfants ou les familles des personnes âgées dépendantes	24
Les personnes âgées dépendantes elles-mêmes, en épargnant ou souscrivant une assurance privée	9
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	19
Uniquement pour ceux qui le veulent	47
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	30
...uniquement aux personnes disposant de faibles revenus	70

Lecture > En 2017, 66 % des personnes interrogées pensent que ce sont principalement l'État et les pouvoirs publics qui doivent prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du tableau.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2017.

5. Le niveau de dépendance est apprécié par la grille Autonomie gérontologique, groupes iso-ressources (AGGIR). Celle-ci définit les six niveaux de dépendance qui conditionnent – pour les quatre premiers d'entre eux – l'éligibilité à l'APA.

participation est demandée aux ménages disposant de ressources supérieures au montant de l'ASPA : le ticket modérateur croît avec les revenus, et peut atteindre jusqu'à 90 % de l'aide. La prise en charge publique de la dépendance passe également par des mesures fiscales, les ménages voyant la moitié des dépenses d'aide à domicile restant à leur charge (après APA, aide sociale locale ou des caisses de

retraite) compensées par une réduction d'impôt. Cette réduction a été transformée en crédit d'impôt à compter de 2017 et bénéficie donc dorénavant aussi aux ménages non imposables. Les garanties dépendance relevant des assurances privées et des mutuelles constituent quant à elles une faible part de l'activité de ce secteur (moins de 1 % des cotisations et prestations versées). ■

Pour en savoir plus

- > **Antunez, K., Papuchon, A.** (2018, mars). En 2017, des Français moins inquiets et davantage demandeurs d'intervention publique. DREES, *Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion DREES 2017*.
- > **Perron-Bailly, É.** (2017, janvier). Handicap, dépendance et pauvreté : les Français solidaires des plus vulnérables. DREES, *Études et Résultats*, 990.

**L'action sociale
des communes**

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

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

L'action sociale obligatoire et facultative des communes

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

L'association des communes en intercommunalités

Les communes peuvent s'associer pour l'exercice de leurs compétences en créant des établissements public de coopération intercommunale (EPCI). Elles ont la faculté de leur transférer tout ou partie de leur action sociale comme une « compétence optionnelle d'intérêt communautaire », comme une « compétence facultative », ou à ces deux titres à la fois. Les EPCI peuvent alors se doter d'un centre intercommunal d'action sociale (CIAS). Les communes membres doivent définir l'intérêt communautaire dans les statuts de l'EPCI pour établir quels

domaines de l'action sociale lui sont transférés et quels sont ceux qui restent au niveau communal. Les compétences non définies comme d'intérêt communautaire peuvent demeurer de la compétence des communes membres ou être transférées (tout ou partie) à l'intercommunalité : il s'agit de la « compétence facultative d'action sociale ».

Les secteurs de l'action sociale

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

Plusieurs types d'intervention

L'action sociale communale prend généralement trois grandes formes d'intervention : l'offre de prestations, la gestion d'établissements spécialisés et la gestion de services à la personne. Ces trois formes sont prises en compte pour répertorier les domaines d'action des communes et des intercommunalités. Les prestations regroupent les aides financières non remboursables (secours d'urgence, prise en charge des factures...), les aides financières remboursables (microcrédits et autres prêts ou avances),

les prestations en nature (colis de fin d'année, aides aux démarches administratives, bons alimentaires...) et les chèques d'accompagnement personnalisé (permettant d'acquiescer biens et services).

La gestion des établissements

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

- les établissements pour personnes âgées : maison de retraite et EHPAD, foyer-restaurant, centre d'accueil de jour, etc. ;
- les établissements pour personnes handicapées : institut médico-éducatif (IME), foyer d'accueil médicalisé (FAM), établissement et service d'aide par le travail (ESAT), etc. ;
- les établissements et services pour personnes en difficulté sociale : centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), foyer de jeunes travailleurs, épicerie sociale ou solidaire, etc. ;
- les établissements et services destinés à la petite enfance ou à la jeunesse : halte-garderie, jardin d'enfants, accueil de loisirs sans hébergement (ALSH),

service d'accueil périscolaire, relais assistants maternels (RAM), service de soutien scolaire, etc. ;

- les établissements pour l'accès aux soins et la prévention sanitaire : dispensaire, centre de santé, centre de dépistage anonyme et gratuit, centre médico-social, etc.

Les services à la personne

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

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

Les communes ne sont tenues qu'à peu d'obligations légales dans le domaine social, mais elles peuvent mettre en place de nombreuses actions sociales dites « facultatives », à destination de leurs administrés, dans un ou plusieurs secteurs spécifiques : accompagnement des personnes âgées, inclusion sociale, petite enfance (voir fiche 05). Cette action sociale communale peut être menée par les services communaux ou par les centres communaux d'action sociale (CCAS) et être également confiée à un établissement public de coopération intercommunale (EPCI).

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

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

En 2014, plus de huit communes sur dix mettent en place au moins une forme d'action sociale¹, par le biais de leurs services communaux ou de leur CCAS, soit une couverture quasi totale de la population (*graphique 1*). Parmi celles ne déclarant aucune action, 6 % appartiennent à une intercommunalité ayant opté pour une compétence d'action sociale. Finalement, seules 12 % des communes (représentant 2 % de la population) n'ont pas mis en œuvre d'action sociale, que ce soit par le CCAS,

les services communaux ou l'intercommunalité. L'activité sur le territoire communal ou intercommunal d'autres acteurs de l'action sociale tels que les associations, les caisses de Sécurité sociale, l'État – notamment par les dispositifs de la politique de la ville –, ou encore l'ampleur de l'action sociale départementale ont une incidence sur le rôle des communes dans ce domaine. Ainsi, même si des communes ne développent pas directement certaines actions sociales, celles-ci peuvent être tout de même accessibles à la population, si elles sont offertes par d'autres acteurs.

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

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

La diversité des actions sociales mises en place est corrélée à la taille de la commune. Ce résultat était déjà observé en 2002 (Dutheil, 2002). Les communes de moins de 500 habitants, majoritaires sur le territoire français mais ne couvrant qu'une petite partie de la population (54 % des communes, représentant 7 % de la population), développent moins souvent des actions sociales. En effet, près d'un tiers de ces communes déclarent ne mener

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

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

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

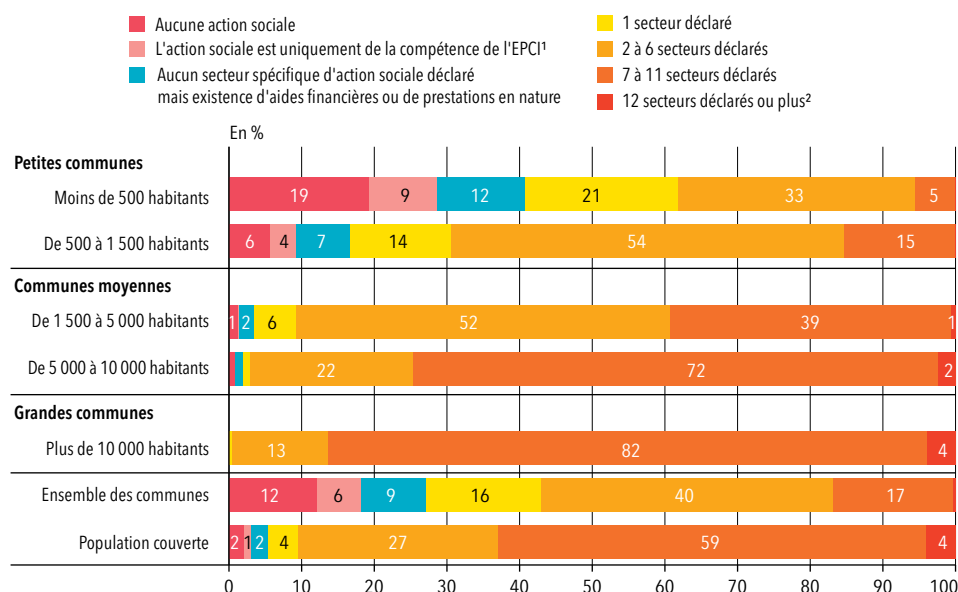
(dont la population est supérieure à 1 500 habitants) le font dans plus de sept.

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

En 2014, l'action sociale concerne, en premier lieu, les personnes âgées, et ce, quelle que soit la taille de la commune. C'est le cas pour la quasi-totalité des grandes communes (plus de 10 000 habitants) ainsi que pour plus de la moitié des communes de moins de 500 habitants. Au total, les deux tiers des communes – couvrant 90 % de la population – réalisent une action sociale spécifique en faveur des personnes âgées (*tableau 1*).

Environ 40 % des communes, représentant environ 80 % de la population, mettent en place des actions auprès des jeunes et des familles ainsi que contre la pauvreté et les exclusions. La proportion est deux fois et demie plus élevée dans les moyennes ou

Graphique 1 Les secteurs de l'action sociale des communes



1. EPCI : établissement public de coopération intercommunale.

2. En plus de 11 secteurs spécifiques listés dans l'enquête, la commune a la possibilité de déclarer un ou plusieurs autres secteurs. La culture, l'environnement ou l'éducation par exemple sont cités par les communes.

Lecture > 19 % des communes de moins de 500 habitants ne déclarent aucune action sociale, que ce soit dans un domaine précis ou par le biais de prestations et n'appartiennent pas à un EPCI ayant opté pour une compétence sociale.

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, situation au 31 décembre 2014.

Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

grandes communes que dans les petites. Un tiers des communes interviennent auprès des personnes handicapées et dans les domaines du logement et de la petite enfance. Mais 60 % des communes de plus de 1 500 habitants développent une action spécifique sur ces sujets. L'insertion professionnelle ne concerne qu'une commune sur six et seulement une petite commune sur dix. Entre 10 % et 15 % des communes mettent en œuvre des actions dans les

domaines de la prévention sanitaire, du transport, du sport et de l'urbanisme.

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

Une commune peut développer une politique d'action sociale par l'intermédiaire des services communaux ou dans le cadre d'un centre communal d'action sociale² (CCAS). En 2014, seules trois quarts

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

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

1. La catégorie « Autres » comprend d'autres secteurs cités par les communes comme la culture, l'environnement ou l'éducation.

Note > Seules les actions mises en place par les services communaux ou les centres communaux d'action sociale (CCAS), hors activité des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), sont prises en compte.

Lecture > 66 % des communes mettent en place des actions à destination des personnes âgées. Ces actions couvrent 90 % de la population française.

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM hors Mayotte, situation au 31 décembre 2014.

Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

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

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

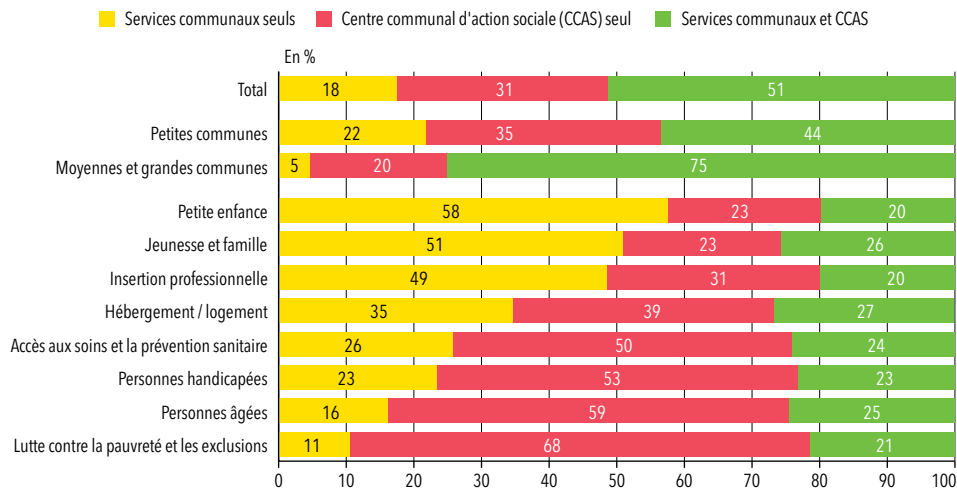
Dans une commune sur trois, la totalité de l'action sociale est assurée par le CCAS, tandis que dans une commune sur cinq, seuls les services communaux la prennent en charge. Dans la moitié des communes, la gestion de cette politique est donc assurée conjointement par les services communaux et le CCAS.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

La fréquence de la gestion mixte de l'action sociale varie peu selon le domaine d'action : quel que soit le domaine considéré, entre 20 % et 25 % des communes partagent les compétences d'action sociale entre leurs services et le CCAS. En revanche, la part de communes où la politique est portée

en exclusivité par les services communaux, ou au contraire par le CCAS, diffère fortement selon le secteur. Ainsi, le domaine de la petite enfance est géré uniquement par les services communaux dans six communes sur dix, et les politiques destinées aux familles ou pour l'insertion professionnelle le sont dans une commune sur deux. À l'inverse, la prise en charge des personnes âgées et la lutte contre la pauvreté sont, dans la majorité des communes, effectuées dans leur totalité par le CCAS.

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

Graphique 2 La répartition de l'action sociale entre les services communaux et le CCAS selon le type de communes et le secteur d'intervention



Note > Les petites communes ont moins de 1 500 habitants et les moyennes et grandes communes plus de 1 500 habitants.

Lecture > 58 % des communes gèrent le secteur de la petite enfance exclusivement par les services communaux, 23 % des communes le gèrent exclusivement par le CCAS et 20 % des communes ont une gestion conjointe de la petite enfance.

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM hors Mayotte, situation au 31 décembre 2014.

Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

Pour en savoir plus

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

- > **Abdouni, S.** (2017, février). En 2014, huit communes sur dix mènent une action sociale – Premiers résultats de l'enquête ASCO. DREES, *Études et Résultats*, 995.
- > **Abdouni, S.** (2018, septembre). Une commune sur six a réalisé une analyse des besoins sociaux sur son territoire. DREES, *Études et Résultats*, 1078.
- > **Dutheil, N.** (2004, avril). L'action sociale des communes de 5 000 à moins de 200 000 habitants. DREES, *Études et Résultats*, 307.
- > **Dutheil, N.** (2003, novembre). L'action sociale des communes de 100 à moins de 5 000 habitants. DREES, *Études et Résultats*, 271.
- > **Dutheil, N.** (2002, octobre). L'action sociale des communes – Premiers résultats. DREES, *Études et Résultats*, 195.
- > **La Gazette des communes, des départements, des régions** (2011, novembre). Action sociale des petites communes, mythe ou réalité ? Étude de l'UNCCAS.
- > **Havette, S., Molière, E., Moriceau, C.** (2014, septembre). L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités. DREES, *Dossier Solidarités et Santé*, 56.
- > **Inspection générale des affaires sociales (IGAS)**, (2006, novembre). *Contribution à la cartographie de l'action sociale*.
- > **Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)**, (2011, mai). *Panorama des domaines d'interventions des CCAS/CIAS (publication n°1)*. Enquêtes et Observations sociales.

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

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

Des prestations plus diversifiées dans les zones les plus peuplées

Plus la taille de la commune est grande, plus les prestations d'action sociale qui y sont dispensées sont nombreuses – une commune pouvant attribuer une ou plusieurs prestations pour chaque domaine d'action sociale (voir fiche 06). Les communes proposent en moyenne cinq prestations différentes : près de trois fois plus dans les communes de plus de 1 500 habitants (dix en moyenne) que dans les petites communes (quatre en moyenne). Ces diverses prestations relèvent le plus souvent de l'un des quatre grands types suivants : des chèques d'accompagnement personnalisé, des aides financières non remboursables, des aides financières remboursables et des prestations en nature. La quasi-totalité des moyennes ou grandes communes proposent au moins l'un de ces quatre types de prestation, de même que les deux tiers des petites communes (*graphique 1*). Au total, 71 % des communes, qui couvrent 94 % de la population française en 2014, attribuent au moins un type de prestations.

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

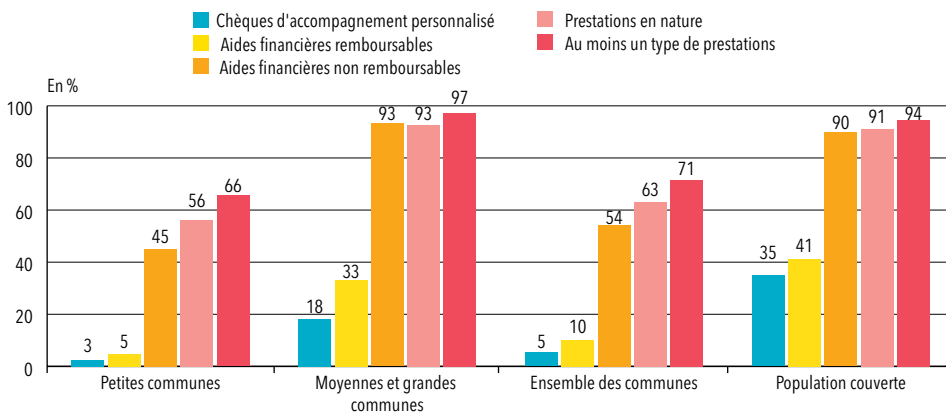
Deux tiers des communes proposent des prestations en nature : 56 % des petites communes et 93 % des moyennes ou grandes communes en proposent. Le colis de fin d'année est la prestation la plus distribuée, que ce soit dans les communes de moins de 500 habitants (34 % d'entre elles) ou dans celles de plus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

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

Les chèques d'accompagnement personnalisé¹ et les aides financières remboursables (micro-crédits, rachat

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

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



Note > Les petites communes ont moins de 1 500 habitants et les moyennes et grandes communes plus de 1 500 habitants.

Lecture > 71 % des communes, représentant 94 % de la population, proposent au moins un type de prestations.

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM hors Mayotte, situation au 31 décembre 2014.

Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

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

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

Près de la moitié des communes (43 %) mettent en place un barème formel² pour accéder à ces prestations. Seule une petite commune sur trois

en établit un, alors que c'est le cas des trois quarts des moyennes et grandes communes. La moitié des communes mettent en place un barème formel pour les aides financières remboursables ou non, et un tiers pour les prestations en nature.

Trois grandes catégories de conditions sont retenues : un barème lié au quotient familial, une ouverture de droits réservée aux bénéficiaires d'un minimum social ou aux chômeurs et une catégorie regroupant d'autres conditions comme le montant du reste à vivre³. Quelle que soit la prestation, les communes prennent en compte le plus souvent la dernière catégorie (*tableau 1*). ■

2. Un barème est dit « formel » s'il est inscrit dans un règlement interne ou s'il fait l'objet d'une délibération.

3. Le reste à vivre est la différence entre les revenus du ménage (salaires, allocations) et les charges fixes (loyer, eau, électricité, impôts...). Les modalités de calcul du reste à vivre peuvent différer selon les structures. Il est surtout utilisé par les commissions de surendettement.

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

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

Note > Les petites communes ont moins de 1 500 habitants et les moyennes et grandes communes plus de 1 500 habitants.

Lecture > 22 % des communes utilisent le quotient familial pour l'accès aux prestations en nature (quand elles en attribuent).

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM hors Mayotte, situation au 31 décembre 2014.

Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

Pour en savoir plus

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

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

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

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

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

Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de projets communs de développement. Ils interviennent dans les domaines de l'action sociale faisant l'objet d'un transfert de compétences de la part de leurs communes membres (voir fiche 05).

Plus de huit intercommunalités sur dix développent une action sociale

En 2014, 84 % des intercommunalités ont une action sociale, c'est-à-dire qu'elles développent une action dans un secteur social spécifique ou délivrent des prestations sociales.

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

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

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

Fin 2014, 83 % des intercommunalités, couvrant 84 % de la population, mettent en place des

actions dans au moins un secteur social spécifique. Les domaines d'intervention sont nombreux mais très peu d'intercommunalités en couvrent l'intégralité. En effet, 10 % des EPCI intervenant dans au moins un de ces domaines de l'action sociale le font dans un seul secteur, 74 % en couvrent de deux à six et 16 % plus de sept secteurs¹. Les EPCI interviennent le plus souvent dans le secteur de la petite enfance (66 % d'entre eux, représentant 35 % de la population) et de la jeunesse et de la famille (58 %) [graphique 1]. Près de la moitié ont des actions en faveur des personnes âgées. Le sport, l'urbanisme et les « autres » domaines tels que l'environnement, la culture ou l'éducation sont ceux où les intercommunalités interviennent le moins.

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

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

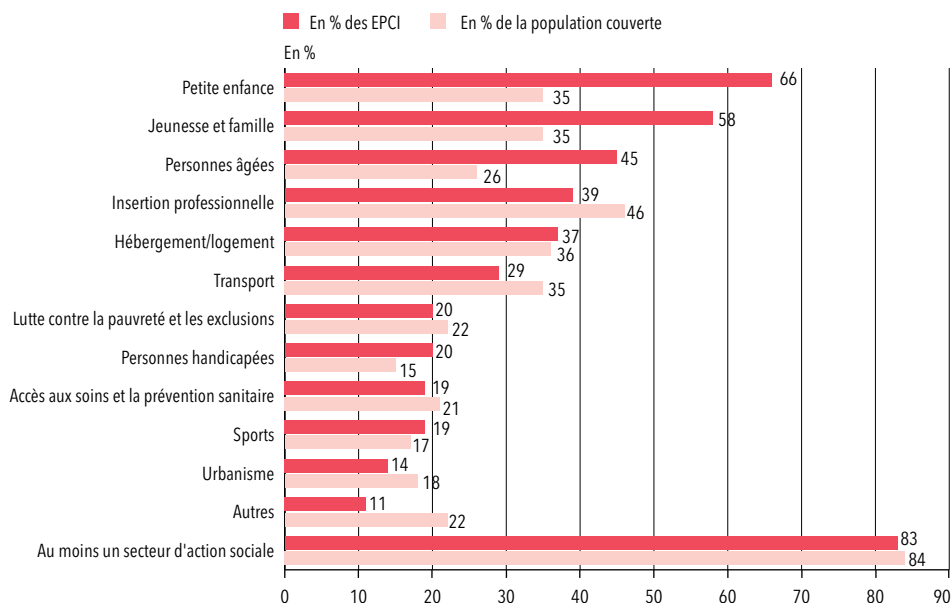
1. Le nombre de secteurs est, dans cette fiche, comptabilisé parmi les douze répertoriés dans l'enquête ASCO de la DREES (voir annexe 1).

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

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

Un barème formel peut être mis en place pour accéder à ces prestations : c'est le cas pour 70 % des EPCI en délivrant (*tableau 1*). Le quotient familial est le plus utilisé pour les prestations en nature tandis que les autres types de barèmes, comme le reste à vivre, sont plus fréquents pour les aides financières non remboursables. ■

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



EPCI : établissement public de coopération intercommunale.

Note > L'ensemble des EPCI regroupe 94 % de la population française.

Lecture > 66 % des EPCI, couvrant 35 % de la population française, mettent en place des actions dans le secteur de la petite enfance.

Champ > EPCI de France métropolitaine et DROM hors Mayotte, situation au 31 décembre 2014.

Sources > DREES, enquête ASCO ; Insee, recensement de la population 2012.

Tableau 1 L'attribution de prestations d'action sociale par les intercommunalités

En %

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

EPCI : établissement public de coopération intercommunale ; ns : non significatif statistiquement.

Note > L'ensemble des EPCI regroupe 94 % de la population française.

Lecture > 45,7 % des EPCI proposent au moins un type de prestations. Parmi ceux-ci, 70 % utilisent au moins un barème pour définir l'éligibilité à la ou aux prestations ; pour 56 % ce barème repose sur le quotient familial.

Champ > EPCI de France métropolitaine et DROM hors Mayotte, situation au 31 décembre 2014.

Source > DREES, enquête ASCO.

Pour en savoir plus

Des données complémentaires sur l'action sociale des communes et des intercommunalités sont sur l'espace Data.Drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Aide et action sociale, sousrubrique Action sociale des communes et des intercommunalités.

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

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

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

L'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). Par ailleurs, certaines communes et les caisses de retraite mettent en place des actions sociales à destination des personnes âgées.

L'aide sociale aux personnes âgées 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 accueil chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de 60 ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail. » Elle est confiée aux conseils départementaux, mais les montants et les conditions d'attribution des différentes prestations sont encadrés par la loi¹. Toutefois, l'article L. 121-4 du CASF précise que « le conseil départemental peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations [d'aide sociale]. Le département assure la charge financière de ces décisions ».

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

Par définition, les dépenses d'aide sociale sont récupérables par les conseils départementaux – au moins en partie – auprès des obligés alimentaires des personnes bénéficiaires et par recours sur succession (articles L. 132-6 et L. 132-8 du CASF²). Cette règle a cependant été assouplie, puisqu'actuellement seuls l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ou à l'accueil par des particuliers à titre onéreux et l'aide ménagère donnent lieu à ces récupérations. L'APA en est en revanche totalement exempte.

L'allocation personnalisée d'autonomie

L'APA a été mise en place par la loi du 20 juillet 2001³. 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 éligibles à l'APA

1. Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.

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

3. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

sont celles relevant des groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4⁴.

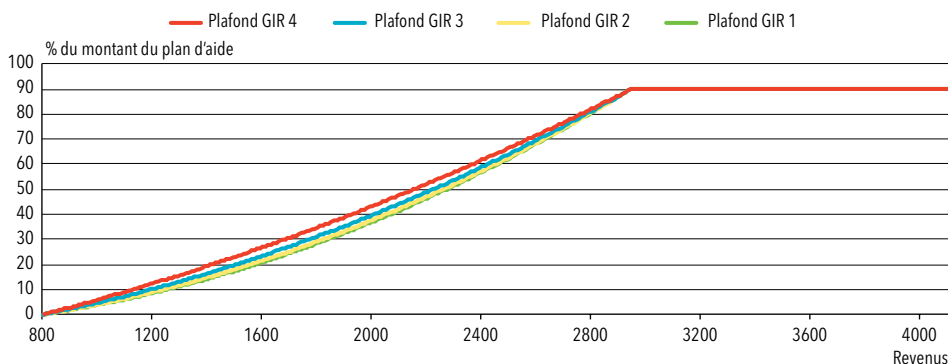
Pour les personnes résidant en logement ordinaire ou en résidence autonomie l'APA, dite « à domicile », est une aide en nature permettant la prise en charge d'une partie des frais issus d'un plan d'aide établi par une équipe médico-sociale du département après évaluation de l'état de la personne bénéficiaire. Les montants des plans d'aide sont plafonnés, le plafond dépendant du GIR de la personne bénéficiaire. La majorité des versements consiste à rémunérer un intervenant à domicile. Dans une proportion bien moindre, l'APA peut également servir à payer un hébergement temporaire ou un accueil de jour, des aides techniques ou des aménagements du logement du bénéficiaire. 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 : un bénéficiaire ne perçoit que 10 % de l'allocation si ses revenus dépassent un certain plafond⁵ (graphiques 1 et 2).

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁶ a modifié les montants attribués pour l'APA à domicile⁷. 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 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

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 : 663,61 euros pour le GIR 4, 994,87 euros pour le GIR 3, 1 376,91 euros pour le GIR 2 et 1 714,79 euros pour le GIR 1 en 2017.

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 (153,16 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.

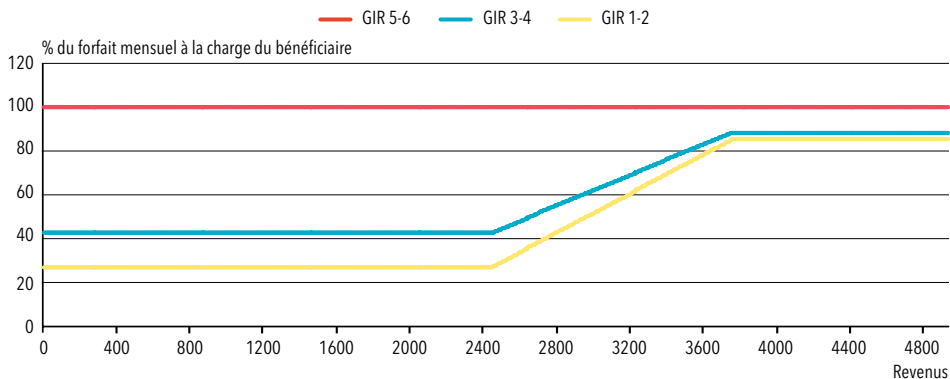
4. Le groupe iso-ressources (GIR) permet de catégoriser les personnes âgées selon leur degré de dépendance, du GIR 6 (personnes autonomes) au GIR 1 (personnes les plus dépendantes).

5. Pour l'APA à domicile, le plafond est fixé à 2 948 euros depuis le 1^{er} mars 2016. Les bénéficiaires disposent de la totalité de l'APA à domicile si leurs revenus se situent sous le montant de 800 euros.

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

7. 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 ici sont les tarifs moyens observés en EHPAD au 31 décembre 2015 : 5,50 euros par jour pour les GIR 5 et 6, 12,90 euros par jour pour les GIR 3 et 4, 20,50 euros par jour pour les GIR 1 et 2 (source : DREES, enquête EHPA 2015).

Une partie des départements financent l'APA en établissement sous forme de dotation globale et n'appliquent pas la dégressivité en fonction du revenu.

Lecture > Pour un bénéficiaire de l'APA en établissement en GIR 3 ayant un revenu de 3 000 euros mensuels, le reste à charge correspond à 62 % du montant mensuel du tarif hébergement.

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

plan d'aide. Cette même loi a introduit par ailleurs un module supplémentaire à l'APA : le droit au répit des proches aidants, qui peut être activé quand le plafond du plan d'aide APA de la personne aidée est atteint. Il permet de financer un accueil de jour ou de nuit, un hébergement temporaire ou un relais à domicile de la personne aidée.

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 vieillesse⁸ (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 (ASH) sert à acquitter tout ou partie du tarif « hébergement » des établissements pour les personnes âgées à faibles ressources. Elle peut également servir à rémunérer des accueillants familiaux. 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 %

8. Ce plafond est fixé à 803,20 euros mensuels pour une personne seule et à 1 246,98 euros pour un couple au 1^{er} janvier 2017.

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'ASPA⁹ (article R. 231-6 du CASF).

Les autres aides aux personnes âgées

Certaines communes apportent des aides ou réalisent des actions sociales pour les personnes âgées, sous la forme notamment d'aides financières ou en nature. Par ailleurs, l'action sociale des caisses de retraite,

outre l'aide ménagère qu'elles peuvent délivrer, passe par des programmes d'actions collectives de prévention, notamment du risque de perte d'autonomie des personnes âgées. Elles mettent également en place un accompagnement renforcé lorsqu'un retraité est fragilisé à l'occasion d'un événement de rupture, comme le veuvage ou le retour à domicile après hospitalisation. Enfin, l'assurance maladie prend en charge les frais afférents aux soins des personnes hébergées en établissement (type EHPAD) ou suivies par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). ■

⁹. Soit 96 euros par mois en 2017.

Un quart de la population française a plus de 60 ans, une proportion qui devrait fortement augmenter dans l'avenir. Si le niveau de vie des seniors est globalement meilleur que celui des autres personnes plus jeunes en 2015, les personnes âgées en situation de perte d'autonomie ont plus souvent un niveau de vie modeste. Entre 400 000 et 1,5 million de personnes vivant à domicile, selon la mesure utilisée, sont en situation de dépendance en 2015, et 5,8 millions sont confrontées à au moins une limitation fonctionnelle. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, où vivent 728 000 personnes fin 2015, les situations de perte d'autonomie sont nettement plus fréquentes qu'à domicile et concernent, selon la mesure, de 6 à 9 résidents sur 10.

Au 1^{er} janvier 2017, 16,9 millions de personnes sont âgées de 60 ans ou plus en France métropolitaine et dans les DROM, soit un quart de la population. Parmi elles, 36 % ont 75 ans ou plus (6,1 millions) et 12 % ont 85 ans ou plus (2,1 millions).

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

Les projections de population réalisées par l'Insee prévoient une hausse importante du nombre de personnes de plus de 60 ans. Selon le scénario central de projection, elles seraient 22,9 millions en 2040 et 26,4 millions en 2070 (+56 % entre 2017 et 2070) [graphique 1]. De plus, leur part dans l'ensemble de la population augmenterait, passant de 25 % en 2017 à 32 % en 2040, puis à 35 % en 2070. La proportion des plus âgés augmenterait encore plus. En 2070, 18 % de la population serait âgée d'au moins 75 ans (13,7 millions de personnes), contre 9 % en 2017.

Début 2017, 44 % des personnes de 60 ans ou plus sont des hommes et 56 % des femmes (graphique 2). La part des femmes augmente avec l'âge, du fait de leur espérance de vie plus élevée : elle est de 53 % parmi les personnes de 60 à 74 ans et de 62 % parmi les 75 ans ou plus.

Un niveau de vie plus élevé en moyenne, en dehors des situations de dépendance

Les personnes âgées de 60 ans ou plus ont globalement un meilleur niveau de vie que celles de moins de 60 ans. En effet, 42 % des moins de 60 ans ont un niveau de vie dit « modeste »¹, contre 34 % de leurs aînés (tableau 1). Alors que 16 % des personnes de moins de 60 ans sont pauvres au sens statistique du terme², 8 % des personnes de 60 ans ou plus le sont. Ce résultat tient notamment à la structure des ménages des personnes de 60 ans ou plus, qui est prise en compte pour le calcul du niveau de vie. En effet, celui-ci est calculé en rapportant le montant des revenus du ménage, net d'impôts, au nombre « d'unités de consommation »³ dans le ménage. Le plus faible nombre d'unités de consommation dans les ménages de personnes de 60 ans ou plus, lié notamment au fait que ces ménages ont plus rarement des enfants à charge, fait plus que compenser leur revenu disponible en moyenne plus faible.

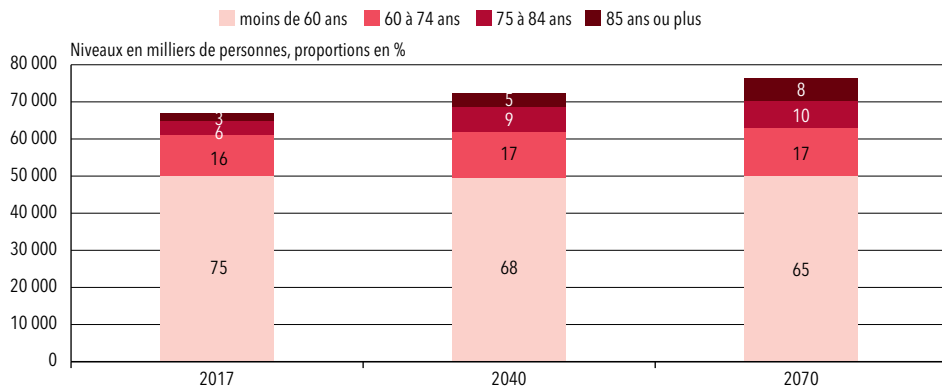
En distinguant les personnes de plus de 60 ans selon leur situation de perte d'autonomie, le constat diffère. Le niveau de vie de celles qui sont en perte d'autonomie est inférieur à celui des autres personnes du même âge : la part de personnes modestes est

1. C'est-à-dire qu'il est inférieur à celui en dessous duquel vivent les 40 % de personnes les plus modestes, soit 1 514 euros par mois en 2015.

2. C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian, soit 1 015 euros par mois en 2015.

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

Graphique 1 Répartition par âge et sexe des personnes de 60 ans ou plus, au 1^{er} janvier 2017 et au 1^{er} janvier 2070

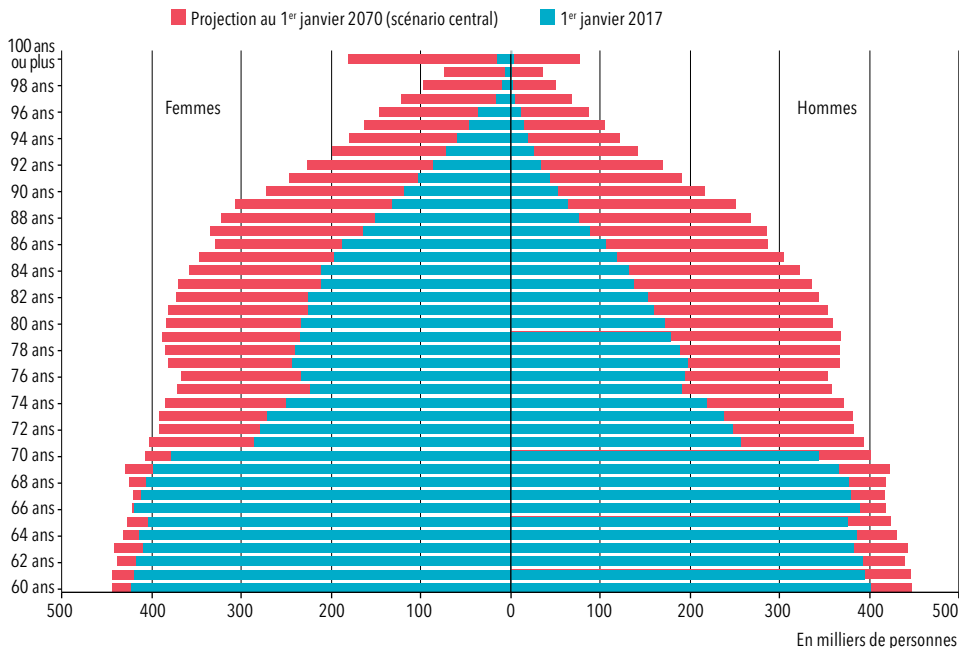


Lecture > Au 1^{er} janvier 2017, 50 millions de personnes ont moins de 60 ans, soit 75 % de la population.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017) ; Insee, projections de population 2013-2070.

Graphique 2 Pyramide des âges des personnes de 60 ans ou plus, au 1^{er} janvier 2017 et au 1^{er} janvier 2070



Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017) ; Insee, projections de population 2013-2070.

de 43 % parmi les premières contre 29 % parmi les secondes, et le taux de pauvreté respectivement de 10,4 % et 5,6 %. De plus, les personnes de 60 ans ou plus en situation de dépendance sont aussi plus fréquemment modestes que celles de moins de 60 ans. Néanmoins, elles sont moins souvent pauvres. L'écart de niveau de vie moyen selon la situation d'autonomie au sein des personnes de 60 ans ou plus est pour partie lié à l'âge. En effet, les seniors en perte d'autonomie sont en majorité les plus âgés et appartiennent aux générations plus anciennes, dont les retraites sont plus faibles.

Entre 400 000 et 1,5 million de personnes âgées dépendantes vivant à domicile

La définition de la dépendance à des fins statistiques n'est pas unique. Plusieurs approches peuvent être retenues : une approche par des indicateurs synthétiques de dépendance, qui résument les divers aspects de l'autonomie en une mesure unique comprenant différents degrés d'intensité, et une approche par les facteurs qui peuvent conduire à la dépendance, qui analyse de manière conjointe les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité.

En adoptant la première approche, les seniors dépendants ont été repérés dans le volet Ménages de l'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE-M) de la DREES, à l'aide de l'estimation du groupe iso-ressources (GIR)⁴ allant de 1 à 4 (Brunel, 2017). Cet indicateur se fonde sur les mêmes variables discriminantes que celles utilisées par des équipes médico-sociales pour évaluer l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁵, et comprend deux variantes : une définition large et une définition

restreinte, la première incluant les personnes disant éprouver quelques difficultés à réaliser des activités, la seconde ne les retenant pas. En 2015, 10,1 % des personnes âgées de 60 ans ou plus et vivant à domicile (1,46 millions d'individus) sont en perte d'autonomie en France métropolitaine, selon la définition large (tableau 2). Cette proportion est nettement plus basse (4,4 %) avec la définition restreinte.

Les indicateurs de Katz et de Colvez s'attachent à repérer les situations de dépendance sévère, et sont établis sur la base d'un nombre plus restreint d'activités de la vie quotidienne que le GIR estimé. L'indicateur de Katz évalue la capacité qu'a une personne à réaliser seule six activités de la vie quotidienne⁶. Si l'on se réfère à cette mesure, ce sont 3,3 % des individus de 60 ans ou plus vivant à domicile (477 000 personnes) qui sont incapables de réaliser seules au moins une de ces activités. L'indicateur de Colvez permet d'appréhender la dépendance (le besoin d'aide) en mesurant la perte de mobilité. Cela concerne 376 000 personnes âgées de 60 ans ou plus et vivant à domicile, soit 2,6 %.

Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées⁷ (voir fiche 14) où résident 728 000 personnes fin 2015, les situations de perte d'autonomie sont nettement plus fréquentes qu'à domicile. Ainsi, 83 % de ces résidents, soit 605 000 personnes, sont considérés comme dépendants au sens de la grille AGGIR (catégories de GIR 1 à 4), et 49 %, soit 355 000 personnes, sont très dépendants (GIR 1 et 2) (tableau 3). Hors résidences autonomes⁸, 93 % des résidents ont besoin d'aide pour réaliser leur toilette, 86 % en ont besoin pour s'habiller et 70 % pour s'alimenter.

4. La grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'APA. Elle sert à déterminer si le demandeur a droit à l'APA et, s'il y a effectivement droit, le niveau d'aides dont il a besoin. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes iso-ressources (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

5. Toutefois, comme il est estimé à partir de réponses déclaratives, il ne fournit qu'une approximation du niveau de GIR que déterminerait l'équipe médico-sociale. Les deux définitions restreinte et large fournissent à cet égard une fourchette pour ce niveau. Pour cette raison, le GIR estimé à partir de l'enquête CARE est trop imprécis pour permettre une estimation du non-recours à l'APA.

6. Faire sa toilette, s'habiller, aller aux toilettes et les utiliser, se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège, contrôler ses selles et urines, manger des aliments déjà préparés.

7. Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), maisons de retraite non EHPAD, résidences autonomie, unités de soins de longue durée, résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

8. Qui accueillent 102 000 personnes, dont 77 % sont en GIR 5 et 6, c'est-à-dire non dépendants au sens de l'APA.

5,8 millions de personnes âgées à domicile souffrent de limitations fonctionnelles

La seconde approche de la perte d'autonomie cherche à mesurer l'incapacité, en distinguant trois composantes de celle-ci (Brunel, 2018) :

- les maladies ou les problèmes de santé invalidants, qui ne sont pas directement une mesure de l'incapacité mais peuvent en être à l'origine ;
- les limitations fonctionnelles, qui représentent des altérations des fonctions physiques, sensorielles ou cognitives liées à ces maladies ou problèmes de santé et leurs symptômes ;
- les restrictions dans les activités du quotidien (soins personnels et activités en général) que les limitations fonctionnelles sont susceptibles d'engendrer.

Dans ce cadre, la mesure la plus large est celle fondée sur les maladies ou problèmes de santé chroniques ou durables, que 9,22 millions de personnes déclarent en 2015, soit 64 % de la population âgée de 60 ans ou plus et vivant à domicile (tableau 4). S'agissant du critère des limitations fonctionnelles, ce sont 40 % de cette même population qui souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle sévère. Les limitations physiques sont les plus répandues, notamment chez les plus âgés. Enfin, 31 % des seniors à domicile déclarent au moins une restriction d'activité du quotidien. Entre 2008 et 2015, les prévalences des incapacités, c'est-à-dire la proportion de personnes déclarant des difficultés au sein de la population, ont diminué pour la plupart des indicateurs⁹.

Tableau 1 Répartition des personnes selon leur niveau de vie, en 2015

	Personnes modestes : niveau de vie < D4			Personnes avec un niveau de vie >= D4	Ensemble
	Ensemble	Dont personnes pauvres	Dont personnes modestes non pauvres		
Moins de 60 ans	42,0	16,4	25,6	58,0	100
60 ans ou plus, dont :	33,8	7,5	26,3	66,2	100
non en situation de handicap ou perte d'autonomie	28,5	5,6	22,9	71,5	100
en situation de handicap ou perte d'autonomie	43,2	10,4	32,9	56,8	100
Ensemble de la population	40,0	14,2	25,8	60,0	100

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

Le 4^e décile (D4) est la valeur en dessous de laquelle se situent 40 % de l'ensemble des ménages. Une personne est dite pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.

Une personne est dite en situation de handicap si elle déclare disposer « d'une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie » ou si elle déclare à la fois « une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable » et « être limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ».

Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 59 ans, vivant dans un ménage ordinaire dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources > Insee, DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2015.

9. Cette mesure s'appuie sur la comparaison des résultats de l'enquête Handicap-santé ménages (HSM) de 2008 et de ceux de l'enquête CARE-M de 2015.

Tableau 2 Indicateurs synthétiques de dépendance des personnes vivant à domicile, selon l'âge et le sexe, en 2015

	60 ans ou plus			60-74 ans			75 ans ou plus		
	Femmes	Hommes	Tous	Femmes	Hommes	Tous	Femmes	Hommes	Tous
Effectifs (en milliers)	8 024	6 421	14 445	4 907	4 326	9 233	3 117	2 096	5 212
GIR estimé (définition large) (en %)									
1-2 : dépendants sévères	2,0	1,5	1,8	0,5	0,6	0,5	4,5	3,5	4,1
3-4 : dépendants	9,6	6,6	8,3	4,3	3,8	4,0	18,1	12,5	15,9
5 : quelques difficultés	6,8	5,5	6,2	4,2	3,8	4,0	10,9	8,8	10,1
6 : autonomes	81,5	86,4	83,7	91,1	91,9	91,5	66,5	75,2	70,0
GIR estimé (définition restreinte) (en %)									
1-2 : dépendants sévères	1,8	1,2	1,5	0,4	0,4	0,4	4,0	2,8	3,5
3-4 : dépendants	3,3	2,3	2,9	1,1	0,9	1,0	6,7	5,1	6,1
5 : quelques difficultés	4,6	2,5	3,7	2,1	1,2	1,7	8,7	5,3	7,3
6 : autonomes	90,3	94,0	91,9	96,5	97,4	96,9	80,6	86,8	83,1
Indicateur de Katz (en %)									
A : personnes pouvant réaliser seules les six activités	96,2	97,3	96,7	98,9	98,9	98,9	92,0	94,1	92,8
B-H : personnes incapables de réaliser seules au moins une des six activités	3,8	2,7	3,3	1,1	1,1	1,1	8,0	5,9	7,2
Indicateur de Colvez (en %)									
1-3 : confinement au lit ou au fauteuil ou besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ou pour sortir du domicile	3,4	1,7	2,6	0,9	0,6	0,8	7,5	3,8	6,0
4 : autonome	96,6	98,3	97,4	99,1	99,4	99,2	92,6	96,2	94,0

GIR : groupe iso-ressources.

Note > Les définitions large ou restreinte du GIR estimé se distinguent par la prise en compte ou non des personnes déclarant quelques difficultés pour les activités déterminant le GIR.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

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

Les femmes plus touchées par la perte d'autonomie

Quel que soit l'indicateur utilisé, les femmes sont globalement plus touchées par la dépendance ou la perte d'autonomie que les hommes, hormis pour les limitations sensorielles. Ces écarts, plus forts

aux grands âges, s'expliquent en partie par des différences démographiques : les femmes ont en effet une longévité plus grande que les hommes. Une baisse entre 2008 et 2015 des inégalités entre femmes et hommes a toutefois été démontrée chez les moins de 75 ans (Brunel, 2018). ■

Tableau 3 Part des résidents en EHPA confrontés à une perte d'autonomie partielle ou totale, fin 2015

	En %
	Part des résidents
Effectifs des résidents en EHPA (en milliers)	728 000
Résidents en GIR 1 à 4, dont :	83,1
GIR 1 et 2	48,8
GIR 3 et 4	34,3
Résidents en perte d'autonomie selon le type d'activité (en %) [hors résidences autonomie]	
Transferts (d'une position à une autre)	65,6
Déplacements intérieurs	75,2
Toilette	93,0
Élimination	77,8
Habillage	85,9
Alimentation	69,7
Orientation	77,3
Cohérence	82,9

GIR : groupe iso-ressources ; EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Lecture > 75,2 % des résidents en EHPA ne se déplacent pas de manière autonome dans l'établissement. Leur capacité à se déplacer a été évaluée aux niveaux B (« fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ») ou C (« ne fait pas ») [grille AGGIR, variables évaluatives du GIR].

Champ > France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Source > DREES, enquête EHPA 2015.

Tableau 4 Part des personnes vivant à domicile et ayant des difficultés par type d'incapacité, sexe et tranche d'âge, en 2015

En %

	60 ans ou plus			60-74 ans			75 ans ou plus		
	Femmes	Hommes	Tous	Femmes	Hommes	Tous	Femmes	Hommes	Tous
Effectifs (en milliers)	8 024	6 421	14 445	4 907	4 326	9 233	3 117	2 096	5 212
Santé déclarée (%)									
Mauvaise ou très mauvaise santé	12,8	12,2	12,6	8,3	9,0	8,6	20,0	19,0	19,6
Très mauvaise santé	2,1	2,0	2,1	1,3	1,5	1,4	3,4	3,0	3,2
Maladie chronique ou problème de santé	62,8	65,0	63,8	58,2	61,9	60,0	70,0	71,5	70,6
Limitations fonctionnelles¹ :									
Au moins une limitation sensorielle	17,9	19,7	18,7	9,5	13,5	11,4	31,2	32,6	31,7
Au moins une limitation physique	37,0	20,1	29,5	22,3	12,2	17,6	60,0	36,5	50,5
Au moins une limitation cognitive liée à la mémoire, à la concentration ou à l'organisation	9,4	7,1	8,4	5,1	4,6	4,9	16,2	12,4	14,7
Au moins une limitation cognitive liée aux difficultés relationnelles	5,7	4,9	5,3	3,1	3,7	3,4	9,7	7,2	8,7
Restrictions d'activité² :									
Au moins une restriction d'activité	36,1	24,8	31,1	19,6	15,9	17,8	62,0	43,3	54,5
Restrictions GALI	16,4	14,6	15,6	9,4	9,7	9,6	27,5	24,7	26,4
Au moins une restriction ADL	17,5	12,8	15,4	8,3	7,7	8,0	32,0	23,5	28,5
Au moins une restriction IADL	32,3	17,4	25,7	15,3	9,1	12,4	59,1	34,7	49,2

1. Les limitations fonctionnelles concernent ici les personnes déclarant beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas du tout faire l'activité.

2. Les restrictions d'activité concernent ici les personnes déclarant quelques difficultés, beaucoup de difficultés ou ne pouvant pas du tout faire l'activité.

GALI : Global Activity Limitation Indicator, ou « indicateur de limitation d'activité générale », c'est-à-dire se déclarer limité depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement.

ADL : Activity of daily living ou « activité de la vie quotidienne », c'est-à-dire se laver, s'habiller, couper la nourriture ou se servir à boire, manger et boire, se servir des toilettes, se coucher ou se lever du lit, s'asseoir et se lever d'un siège.

IADL : Instrumental activity of daily living ou « activité instrumentale de la vie quotidienne », c'est-à-dire faire les courses, préparer les repas, faire les tâches ménagères courantes, faire des démarches administratives, prendre les médicaments, se déplacer dans les pièces d'un étage, sortir du logement, utiliser les transports en commun, trouver son chemin, se servir du téléphone.

Lecture > 8,3 % des femmes de 60-74 ans se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé.

Champ > Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.

Source > DREES, enquête Capacités, aides et ressources des seniors, ménages - volet seniors (CARE-M) 2015.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Solard, G.,** (dir) (2018). *Les retraités et les retraites*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 06 et 10.
- > **Blanpain, N., Buisson, G.** (2016, novembre). Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. *Insee, Insee Première*, 1619.
- > **Brunel, M., Carrère, A.** (2018, juin). Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance - Résultats de l'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) « ménages ». DREES, *Les Dossiers de la Drees*, 26.
- > **Brunel, M., Carrère, A.** (2017, septembre). Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages ». DREES, *Études et Résultats*, 1029.
- > **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L.** (dir.) (2018). *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.
- > **Muller, M.** (2017, juillet). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1015.
- > **Rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites** (juin 2018). *Retraités : un état des lieux de leur situation*.
- > **Rapport du conseil de l'âge du HCFEA** (décembre 2017). *La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants*.

Fin 2016, 1,4 million de mesures d'aide sociale ont été allouées aux personnes âgées dépendantes par les départements, pour une dépense brute globale de 8,3 milliards d'euros. Entre 2002 et 2016, si l'ensemble des mesures et des dépenses associées croît, la dépense moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale à domicile a tendance à diminuer, tandis que celle des bénéficiaires accueillis en établissement ou chez des particuliers reste relativement 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 résident à domicile ou qu'elles soient hébergées en établissement. L'aide sociale départementale aux personnes âgées se compose essentiellement de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en établissement ou en accueil familial, d'aides ménagères, ainsi que, depuis 2002, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [voir fiche 09]. En parallèle, les communes peuvent également mettre en place des actions sociales en faveur des personnes âgées : c'est le cas de deux tiers des communes, couvrant 90 % de la population (voir fiche 06).

1,4 million de mesures d'aide sociale fin 2016, pour 8,3 milliards d'euros de dépenses

En décembre 2016, 1,4 million de mesures¹ d'aide sociale aux personnes âgées sont accordées par les départements, dont 776 000 mesures d'aide à domicile et 651 000 mesures d'aide à l'accueil (*tableau 1*). Les nombres d'aides sont supérieurs à ceux des personnes âgées aidées, car une même personne peut percevoir à la fois l'APA et l'ASH².

Les dépenses brutes associées s'élèvent à 8,0 milliards d'euros pour l'ensemble de l'année 2016, dont 3,4 milliards pour l'aide à domicile et 4,6 milliards pour l'aide à l'accueil. Au total, l'aide à domicile représente 54 % des mesures d'aide sociale aux personnes âgées, pour 43 % des dépenses³ et l'aide à l'accueil 46 % des mesures, pour 57 % des dépenses. En ajoutant les autres dépenses d'aide aux personnes âgées, les participations et subventions⁴, les dépenses brutes totales s'établissent à 8,3 milliards d'euros. Au total, l'APA représente 90 % des aides attribuées et 70 % des dépenses totales.

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

Entre 1999 et 2016, le nombre d'aides sociales aux personnes âgées et les dépenses correspondantes ont été respectivement multipliés par 4,7 et 2,6 (en euros constants⁵) [*graphiques 1 et 2*]. Si le nombre d'aides et les dépenses étaient croissants entre 1999 et 2001 (de respectivement +5 % et +1,0 % en moyenne annuelle), c'est surtout la mise en place de l'APA en 2002 qui a entraîné des changements majeurs dans l'aide sociale aux personnes âgées (voir fiche 12).

1. Le nombre de mesures au mois de décembre additionne le nombre de bénéficiaires (personnes ayant un droit ouvert) au 31 décembre d'une aide-ménagère, de l'ASH en établissement ou d'une aide à l'accueil familial ainsi que de bénéficiaires de l'APA payés au titre du mois de décembre.

2. Selon l'enquête EHPA (établissements d'hébergement pour personnes âgées) de la DREES, 88 % des bénéficiaires de l'ASH fin 2015 perçoivent aussi l'APA. Aussi, le nombre de bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées fin 2016 peut être estimé à 1,3 million, dont 545 000 en établissement.

3. En dehors des dépenses des « autres aides aux personnes âgées ».

4. 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).

5. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2016, cet indice a augmenté de 0,21 % en moyenne annuelle.

Tableau 1 Mesures d'aide sociale aux personnes âgées et dépenses associées, en 2002 et 2016

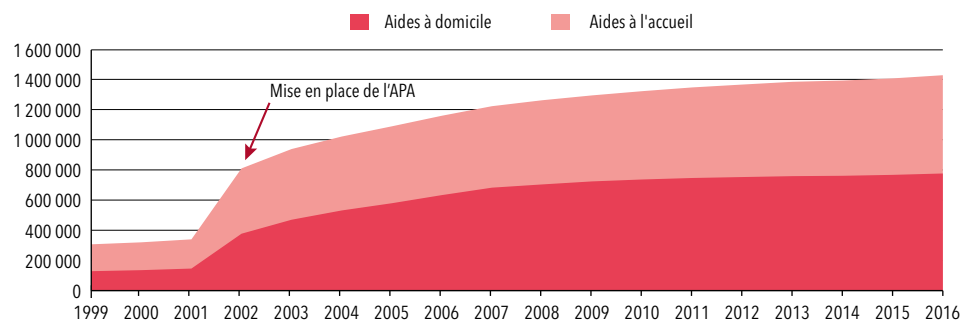
	2002		2016		Évolution 2002-2016	
	Nombre de mesures (en milliers)	Dépenses brutes (en millions d'euros courants)	Nombre de mesures (en milliers)	Dépenses brutes (en millions d'euros courants)	Nombre de mesures (en %)	Dépenses brutes (en % d'euros constants)
Aides à domicile	377	1 558	776	3 428	105,8	79,8
dont aides ménagères	50	498	19	75	-62,6	-87,6
dont APA ¹	293	1 060	757	3 353	158,5	158,5
Aides à l'accueil	433	2 508	651	4 630	50,5	50,9
dont aide sociale à l'hébergement (ASH)	116	1 596	121	2 218	4,6	13,6
dont accueil chez des particuliers	1	8	2	19	94,7	97,8
dont APA ¹	303	799	528	2 390	74,3	144,5
Total aides à domicile et à l'accueil	810	4 066	1 428	8 058	76,3	61,9
dont APA ¹	597	1 859	1 285	5 743	115,3	152,5
Autres aides	-	53	-	258	-	297,8
Total	810	4 119	1 428	8 316	76,3	65,0

1. Pour l'APA sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre de chaque année, alors que ce sont des bénéficiaires (personnes ayant un droit ouvert à la prestation) au 31 décembre pour les autres aides.

Note > D'autres dépenses d'APA non affectées à l'APA à domicile ou à l'APA en établissement sont comptabilisées dans « Autres aides » (42 millions d'euros en 2016).

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2002 et 2016.

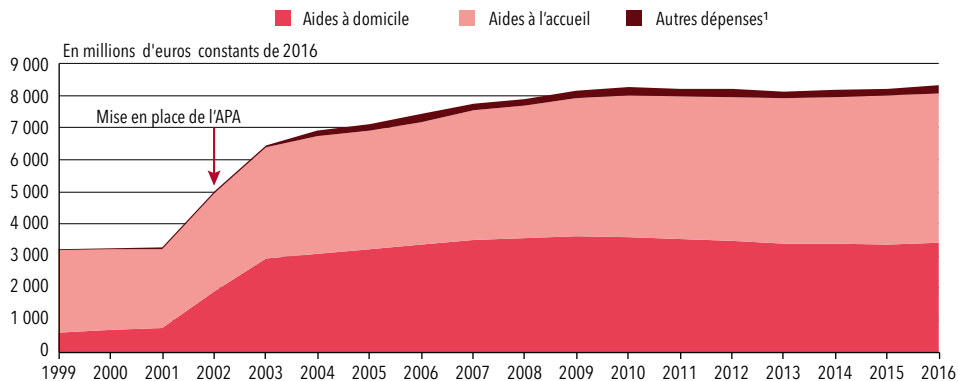
Graphique 1 Évolution du nombre d'aides sociales aux personnes âgées de 1999 à 2016

Note > Les aides à domicile comprennent la PSD à domicile (de 1999 à 2004), l'APA à domicile et les aides ménagères. Les aides à l'accueil comprennent la PSD en établissement (de 1999 à 2004), l'aide sociale à l'hébergement en établissement ou en famille d'accueil et l'APA en établissement.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1999 à 2016.

Graphique 2 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées entre 1999 et 2016



1. Dont subventions et participations.

Note > Les aides à domicile comprennent la PSD (de 1999 à 2003), l'APA à domicile et les aides ménagères. Les aides à l'accueil comprennent la PSD en établissement (de 1999 à 2003), l'aide sociale à l'hébergement en établissement ou en famille d'accueil et l'APA en établissement. Les autres dépenses comprennent notamment d'autres dépenses d'APA non affectées à domicile ou en établissement, des subventions et des participations.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1999 à 2016.

Au contraire de la prestation spécifique dépendance (PSD) à laquelle elle s'est substituée, l'APA n'est pas soumise à conditions de ressources et s'adresse également aux personnes moyennement dépendantes. La montée en charge de cette allocation, conjuguée à l'évolution démographique, a donc occasionné une augmentation considérable du nombre d'aides à domicile, de 106 % entre 2002 et 2016, et de 50 % du nombre d'aides à l'accueil des personnes âgées dépendantes. En 2016, environ 8 % des personnes de 60 ans ou plus sont bénéficiaires d'une aide sociale départementale, contre 3 % en 2001.

Les dépenses associées ont quasi doublé, au cours de cette période, passant de 5,0 milliards à 8,3 milliards d'euros. Cette évolution, d'ampleur différente selon l'aide considérée, est de +79,8 % en euros constants pour l'aide à domicile et de +50,9 % pour l'aide à l'accueil.

Les dépenses et le nombre d'aides ont surtout augmenté entre 2002 et 2009, pour se stabiliser

relativement ensuite, traduisant la fin de la montée en charge de l'APA ainsi qu'un ralentissement de la croissance démographique des personnes âgées. Ainsi, l'augmentation des dépenses et du nombre d'aides est forte jusqu'en 2009 : +6,9 % en moyenne annuelle entre 2002 et 2009. Elle connaît ensuite un infléchissement à partir de 2009 pour une progression à un rythme annuel moyen respectif de 0,3 % et 1,4 % sur la période 2009-2016. Cependant, entre 2015 et 2016, en lien avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement⁶, les dépenses à domicile augmentent de nouveau plus nettement (+2,5 % en euros constants).

La dépense brute moyenne par bénéficiaire⁷ est de 5 900 euros en 2016. Elle est plus importante pour les aides à l'accueil : 7 200 euros par bénéficiaire accueilli contre 4 400 euros par bénéficiaire à domicile. La dépense brute moyenne par aide diminue fortement depuis 2002 (-33 %), et ce d'autant plus pour les aides à domicile (-39 %) que pour les aides à l'accueil (-27 %).

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

7. La dépense moyenne par bénéficiaire pour une année n est calculée en faisant le rapport de la dépense totale annuelle de cette année n à 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.

De fortes disparités départementales

Les personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale se répartissent de façon inégale sur le territoire. En décembre 2016, le taux de mesures, rapportant le nombre d'aides à la population de 60 ans ou plus⁸, varie de 4,7 % à 13,2 % selon les départements. Huit des dix départements aux taux de mesures les plus faibles sont des départements franciliens ou limitrophes de l'Île-de-France (carte 1).

En matière de dépenses moyennes par bénéficiaire, les disparités sont également marquées : de 4 260 euros à 8 430 euros en 2016⁹ (carte 2). Quatre départements sur dix consacrent une dépense moyenne par bénéficiaire comprise entre 5 500 euros et 6 200 euros.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces disparités :

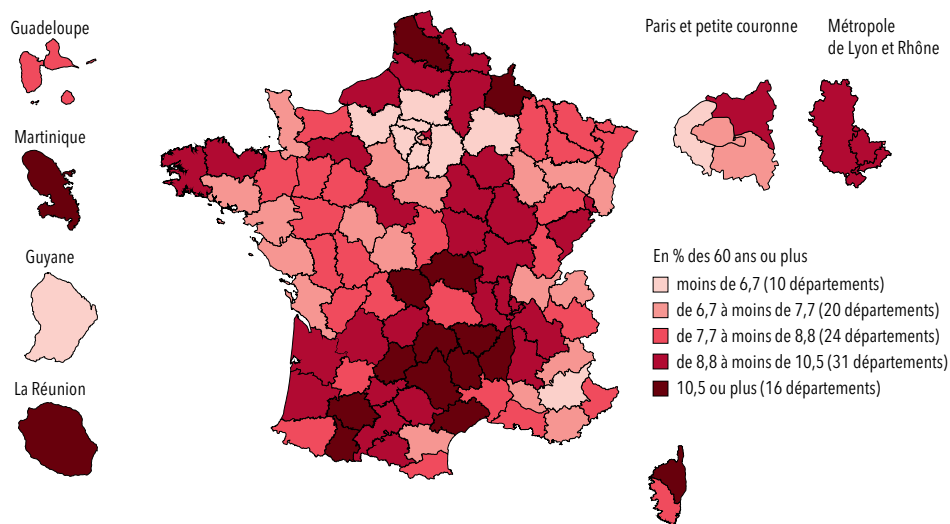
- des différences territorialisées de prévalence de la

dépendance (voir à ce titre les résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014) ;

- des différences territorialisées de reconnaissance administrative de la perte d'autonomie (pratiques différentes d'évaluation du GIR, par exemple) ;
- le nombre de places d'hébergement, très divers selon les départements ;
- la substitution de l'APA à la PCH ou l'ACTP aux âges « avancés », qui peut être plus ou moins prononcée selon le territoire (voir fiche 18) ;
- 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.

Par ailleurs, les dépenses brutes d'ASH peuvent inclure ou non la participation des bénéficiaires.

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale aux personnes âgées, en décembre 2016



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 2016, la proportion de mesures d'aide sociale aux personnes âgées est de 8,4 pour 100 habitants de 60 ans ou plus.

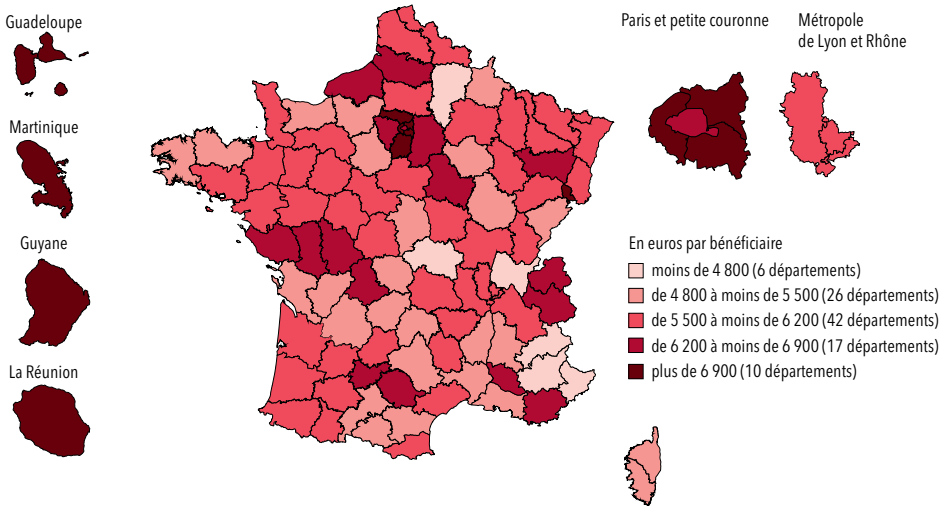
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

8. Le taux de mesures est de 8 % au niveau national, ce qui ne signifie pas que 8 personnes âgées de 60 ans ou plus sur 100 sont en situation de perte d'autonomie, car le taux n'est pas corrigé des doubles comptes. Ce ratio rapporte en effet un nombre d'aides et non de personnes à la population potentiellement concernée.

9. Excepté en Guyane où elle atteint 13 340 euros.

Carte 2 Dépenses brutes moyennes par bénéficiaire de l'aide sociale aux personnes âgées en 2016



Lecture > Au niveau national, en 2016, la dépense moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes âgées s'élève à 5 900 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016.

En effet, certains départements avancent des frais d'hébergement qu'ils récupèrent ensuite auprès des bénéficiaires, et d'autres non. Ces différences de pratiques de gestion induisent certains écarts entre départements dans les dépenses totales brutes d'aide sociale aux personnes âgées.

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

Les prestations d'aide sociale se combinent à d'autres types d'aide publique pour permettre aux personnes âgées de faire face au coût de la perte d'autonomie. Des simulations permettent de mesurer les effets globaux de ces aides. La prise en charge de la perte d'autonomie des bénéficiaires de l'APA à domicile coûterait ainsi en moyenne 556 euros par mois¹⁰. Ce besoin est couvert à 80 % par l'APA. D'autres aides sont attribuées aux personnes âgées

dépendantes : une réduction d'impôt et, depuis le 1^{er} janvier 2017, un crédit d'impôt en cas d'embauche d'un salarié à domicile. Ces aides couvrent respectivement 6 % et 5 % du besoin. Un solde de 55 euros par mois, en moyenne, reste à la charge des allocataires de l'APA. Il peut être financé directement par le bénéficiaire, mais il peut aussi donner lieu à un renoncement (partiel) à une prise en charge.

Les coûts de prise en charge de la perte d'autonomie, leur couverture par les diverses aides, le reste à charge et les taux d'effort des bénéficiaires varient sensiblement selon le niveau de dépendance (GIR) et le niveau de ressource (*graphique 3*). Les restes à charge sont plus élevés pour les personnes les plus dépendantes : 117 euros par mois en moyenne pour les personnes en GIR 1 contre 37 euros pour les personnes en GIR 4. Néanmoins, les taux d'effort restent faibles dans les deux cas (6 % et 2 % des revenus respectivement).

¹⁰. Ce montant est égal à la somme du plan d'aide notifié par l'équipe médico-sociale du département et du besoin de prise en charge au-delà du plafond de l'APA, tel que simulé par le modèle Autonomix de la DREES.

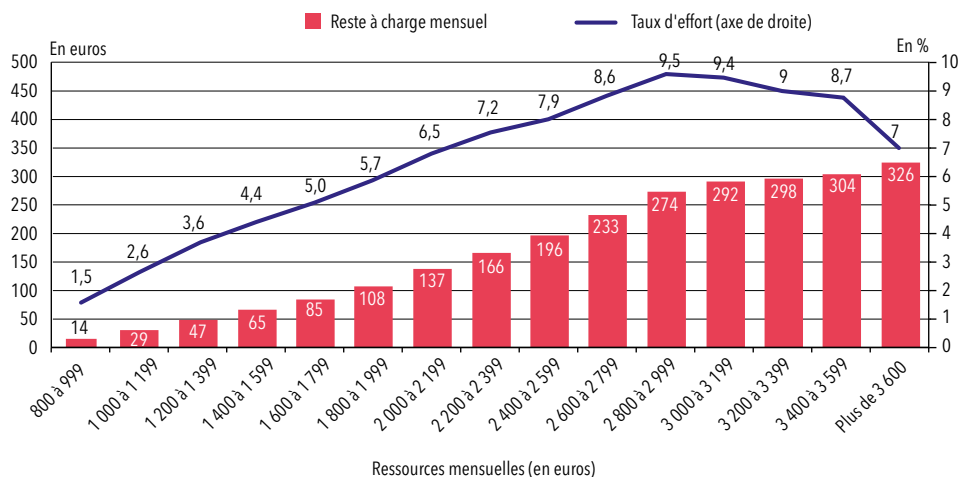
Le reste à charge et le taux d'effort sont par ailleurs croissants avec le niveau de revenu des personnes âgées dépendantes (du moins jusqu'à des revenus d'environ 3 000 euros par mois) depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement, alors que cela était moins net avant la loi et la mise en place du crédit d'impôt.

De forts restes à charge en institution

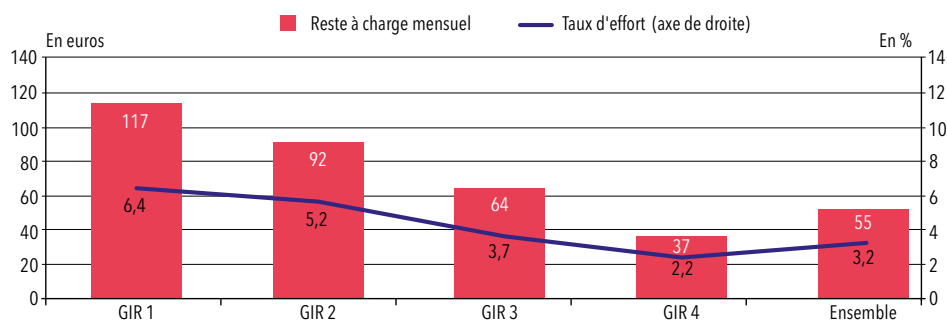
S'agissant des bénéficiaires de l'APA en établissement, leurs frais de séjour s'élèvent en moyenne à 2 171 euros par mois (en 2011¹¹) : 1 713 euros pour l'hébergement et 458 euros pour la dépendance. Les personnes âgées touchent ensuite un montant moyen d'aides (toutes aides confondues, avant prise en compte

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

3a - selon le revenu du bénéficiaire



3b - selon le GIR



GIR : groupe iso-ressources.

Note > Le reste à charge est défini ici comme la somme du ticket modérateur après crédit d'impôt et de la part du plan APA au-delà des plafonds réglementaires. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu. Ces dernières correspondent aux ressources « au sens de l'APA », telles que prises en compte par les conseils départementaux, mais redressées de manière à ne pas pouvoir être inférieures au niveau du minimum vieillesse (801 euros par mois pour une personne seule et 1 243 euros par mois pour un couple).

Champ > France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2011, ressources redressées pour tenir compte de l'évolution entre 2011 et 2016 ; simulations selon les hypothèses du cadre réglementaire en vigueur en 2017.

Sources > DREES, modèle Autonomix.

11. Année la plus récente pour laquelle des données individuelles (sur lesquelles se base le modèle Autonomix) sont disponibles.

de l'ASH) de 413 euros par mois : 292 euros d'APA, 69 euros d'aides au logement et 53 euros de réduction d'impôt. Le reste à charge moyen (avant prise en compte de l'ASH) est ainsi de 1 758 euros par mois.

En fonction des ressources des personnes, les aides perçues et leurs montants ne sont pas les mêmes : les aides au logement et l'ASH sont destinées aux personnes aux ressources les plus modestes tandis que les réductions d'impôt bénéficient aux personnes les plus aisées. Ces dernières ont en moyenne des frais d'hébergement plus élevés, car elles résident plus souvent dans des établissements aux tarifs les plus élevés (notamment des établissements privés à but lucratif). En revanche, les frais liés à la dépendance sont en moyenne relativement proches quel que soit le niveau de ressources, car la répartition des résidents par GIR ne varie pas selon ce critère.

Les taux d'effort des résidents, qui rapportent les dépenses aux ressources des personnes, sont très

élevés, même lorsque l'on tient compte de l'ensemble des dispositifs publics qui leur apportent une aide financière. En particulier, le reste à charge est en moyenne supérieur aux ressources (ce qui se traduit par un taux d'effort supérieur à 100 %) jusqu'à environ 1 800 euros de ressources mensuelles. Ainsi, avant la prise en compte de l'ASH, trois résidents sur quatre sont dans l'impossibilité de financer leurs frais de séjour à partir de leurs seules ressources « courantes ». Une partie de ces résidents recourt à l'ASH, mais relativement peu par rapport à l'ampleur du phénomène. En effet, une fois décomptés les bénéficiaires de l'ASH, il reste plus d'un résident sur deux dont le reste à charge est supérieur aux ressources « courantes ». Pour ces personnes qui n'ont pas eu recours à l'ASH, les principales options possibles pour financer ce reste à charge deviennent alors la mobilisation du patrimoine ou le financement par la famille ou des proches. ■

Pour en savoir plus

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

> **Béardier, M.** (2015, mars). Aide sociale à l'hébergement et allocation personnalisée d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement. DREES, *Études et Résultats*, 909.

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

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

> **Brunel, M., Carrère, A.** (2017, mars). 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*, 13.

> **CNSA** (2017, juillet). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2017.

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

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

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

Fin 2016, 1,3 million de personnes de 60 ans ou plus perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dont 59 % à domicile. Les dépenses associées pour l'année 2016 s'élèvent à 5,7 milliards d'euros. Le nombre de bénéficiaires et les dépenses ont très fortement augmenté depuis la création de l'APA, mais les dynamiques ont été différentes à domicile et en établissement. En décembre 2016, un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficient de l'APA.

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

Près de 1,3 million de bénéficiaires de l'APA fin 2016

Les bénéficiaires de l'APA sont 1 285 000 à avoir perçu un versement au titre du mois de décembre 2016¹. Pour l'ensemble de l'année 2016, les dépenses brutes d'APA s'élèvent à 5,7 milliards d'euros, dont 3,3 milliards d'euros pour l'aide à domicile et 2,4 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 (+152 % en euros constants²), le nombre de bénéficiaires ayant dans le même temps doublé (*tableau 1*).

En décembre 2016, l'APA en établissement³ est versée à 528 100 personnes âgées, soit 41 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'allocation (à domicile et en établissement). Cette prestation, dont le montant varie selon le degré de 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, la part de ceux résidant en établissement varie de 8 % à 71 % selon les départements. Les ratios les plus élevés sont observés dans des départements du nord-ouest de la France (*carte 1*) et les plus faibles dans ceux de la Corse et dans les départements d'outre-mer.

Des évolutions différenciées des dépenses à domicile et en établissement

Entre 2003 et 2010, les dépenses en établissement augmentent nettement plus que les dépenses à domicile (respectivement +53 % et +35 %). À l'inverse le nombre de bénéficiaires croît plus fortement à domicile (+69 %) qu'en établissement (+33 %). Entre 2010 et 2015, les dépenses d'APA à domicile diminuent tandis que celles en établissement continuent leur progression. Le nombre de bénéficiaires, à domicile comme en établissement, continue à augmenter au cours de cette période mais plus faiblement. En 2016, les dépenses à domicile repartent à la hausse (+2,5 % en un an). Cet accroissement est en partie un effet de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (*encadré 1*), qui prévoit notamment

1. Les bénéficiaires de l'APA sont les personnes ayant un droit ouvert à la prestation un jour donné. En pratique, ce sont toutefois généralement les bénéficiaires payés au titre d'un mois donné qui sont mis en avant. Par abus de langage et pour plus de facilité, ces bénéficiaires payés sont désignés dans cette fiche par le terme « bénéficiaires ». Le nombre de bénéficiaires, personnes ayant des droits ouverts au 31 décembre, est très proche de celui des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. En effet, 92 % des bénéficiaires au 31 décembre ont été payés au titre du mois de décembre 2016.

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 2016, cet indice a augmenté de 0,21 % en moyenne annuelle.

3. Les bénéficiaires de l'APA vivant dans un établissement de moins de 25 places ou dont le GIR moyen pondéré (GMP) est inférieur à 300 points (cas de la plupart des résidences-autonomie, ex-logements foyers) ne perçoivent pas l'APA en établissement mais l'APA à domicile.

une revalorisation des montants plafonds de cette allocation. Les dépenses en établissement augmentent encore de 2,0 % entre 2015 et 2016.

Au total, si en 2010, la dépense moyenne 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 4 465 euros par an (*graphique 1*). Depuis, la dépense par bénéficiaire est légèrement plus élevée en établissement qu'à domicile. En 2016, elle est respectivement de 4 570 et 4 455 euros. Elle s'établit en moyenne à 4 500 euros, soit 375 euros par mois, pour l'ensemble des bénéficiaires.

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

L'APA à domicile est affectée au paiement de dépenses préalablement identifiées dans le cadre d'un plan d'aide⁴. En moyenne, fin 2016, 92 % des montants versés d'APA à domicile sont mobilisés pour financer le recours à un intervenant à domicile (*tableau 2*). 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.

Tableau 1 Évolution des nombres de bénéficiaires et des dépenses d'APA à domicile et en établissement, de 2002 à 2016

Dépenses en millions d'euros constants de 2016

Année	Domicile		Établissement		Total	
	Bénéficiaires payés au 31 décembre	Dépenses brutes	Bénéficiaires payés au 31 décembre	Dépenses brutes	Bénéficiaires payés au 31 décembre	Dépenses brutes
2002	293 480	1 297	303 440	978	596 910	2 275
2003	422 590	2 602	349 320	1 348	771 910	3 950
2004	494 120	2 898	373 480	1 465	867 600	4 363
2005	547 250	3 068	391 950	1 549	939 210	4 617
2006	603 220	3 232	409 050	1 648	1 012 270	4 880
2007	654 480	3 392	420 670	1 755	1 075 140	5 147
2008	677 530	3 466	437 890	1 854	1 115 430	5 321
2009	699 020	3 514	449 150	1 971	1 148 170	5 485
2010	712 680	3 509	462 920	2 064	1 175 600	5 574
2011	724 220	3 440	478 210	2 105	1 202 420	5 545
2012	730 710	3 399	492 580	2 145	1 223 290	5 544
2013	737 780	3 311	503 660	2 202	1 241 430	5 513
2014	740 860	3 301	510 410	2 264	1 251 260	5 565
2015	747 650	3 270	517 380	2 343	1 265 040	5 613
2016	757 390	3 353	528 080	2 390	1 285 460	5 743

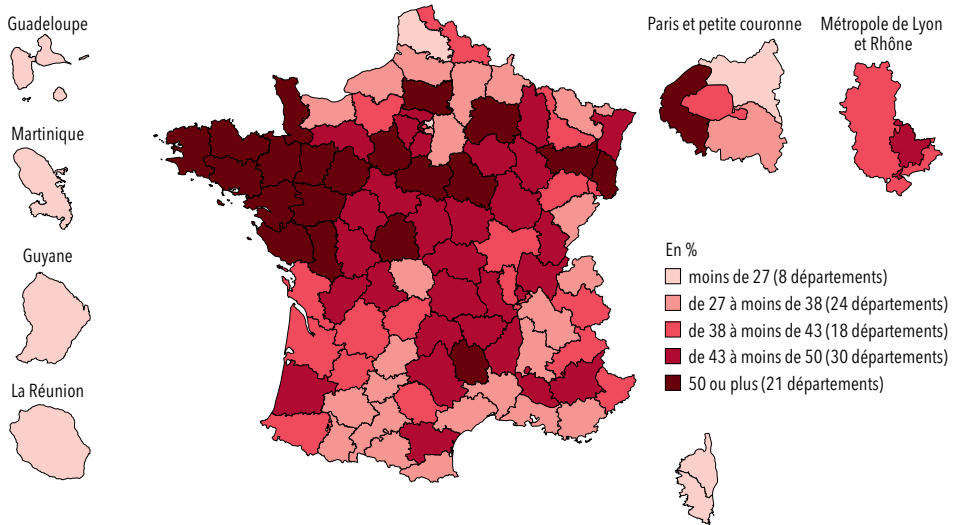
Note > Les dépenses sont indiquées en millions d'euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2016, cet indice a augmenté de 0,21 % en moyenne annuelle.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale.

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

Carte 1 Part des bénéficiaires de l'APA en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, en décembre 2016



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 51 % dans le Finistère au 31 décembre 2016. Au niveau national, cette part est de 41 %.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016.

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

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

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

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

En moyenne, 80 % des dépenses couvertes par l'APA pour rémunérer des intervenants à domicile concernent des services prestataires, 6 % 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 8 % 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.

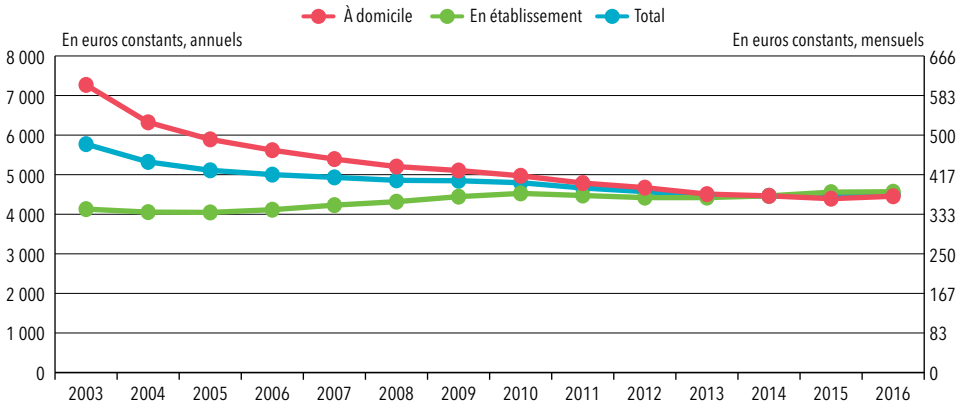
Le poids très élevé du financement d'aides humaines dans les dépenses d'APA traduit notamment le fait que la quasi-totalité des plans d'aides d'APA à domicile incluent des aides humaines. En 2011⁵, 63 % des plans d'aides prévoient exclusivement des aides humaines et 36 % prévoient des aides humaines en plus d'aides techniques ou ponctuelles – seul

1,4 % des plans prévoyant uniquement des aides techniques ou ponctuelles. Les plans notifiant, en valeur médiane, un peu moins d'une heure d'aide humaine par jour (0,9 pour l'ensemble). Ce nombre est plus élevé pour les personnes les plus dépendantes (2,1 et 1,7 heures d'aide par jour pour les personnes en groupes iso-ressources [GIR] 1 ou 2 respectivement) que pour les moins dépendantes (1,2 et 0,7 heure par jour respectivement pour les GIR 3 ou 4). Parmi les plans qui prévoient également des aides techniques et ponctuelles, la moitié environ inclut un service de téléalarme (54 %) ou des fournitures d'hygiène (41 %), tandis que le portage des repas (22 %) et les aides ponctuelles (5 %) sont plus rares.

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

Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont globalement plus dépendants que ceux à domicile. En effet, 59 % des premiers sont très dépendants et

Graphique 1 Évolution de la dépense annuelle moyenne de l'APA par bénéficiaire de 2003 à 2016



Note > En 2016, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est de 4 455 euros à domicile, soit 371 euros par mois.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale.

5. Les résultats présentés dans ce paragraphe sont issus d'une opération de remontées de données administratives individuelles sur l'APA, qui n'est réalisée que ponctuellement. Les dernières données disponibles portent sur la situation en 2011. Une nouvelle opération, portant sur la situation en 2017, est en cours de réalisation. Les chiffres présentés portent sur les aides notifiées dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale, mais certaines de ces aides peuvent ne pas avoir été mises en œuvre en pratique.

classés en GIR 1 ou 2, contre 19 % des bénéficiaires de l'APA à domicile. Les personnes évaluées en GIR 3 représentent 18 % des bénéficiaires de l'APA en établissement contre 22 % de ceux à domicile.

Enfin, la part de bénéficiaires de l'APA les moins dépendants, évalués en GIR 4, est de 23 % en établissement et 59 % à domicile. Ces répartitions sont stables depuis la création de l'APA.

Tableau 2 Répartition des dépenses couvertes par l'APA à domicile après déduction de la participation financière des bénéficiaires, en décembre 2016

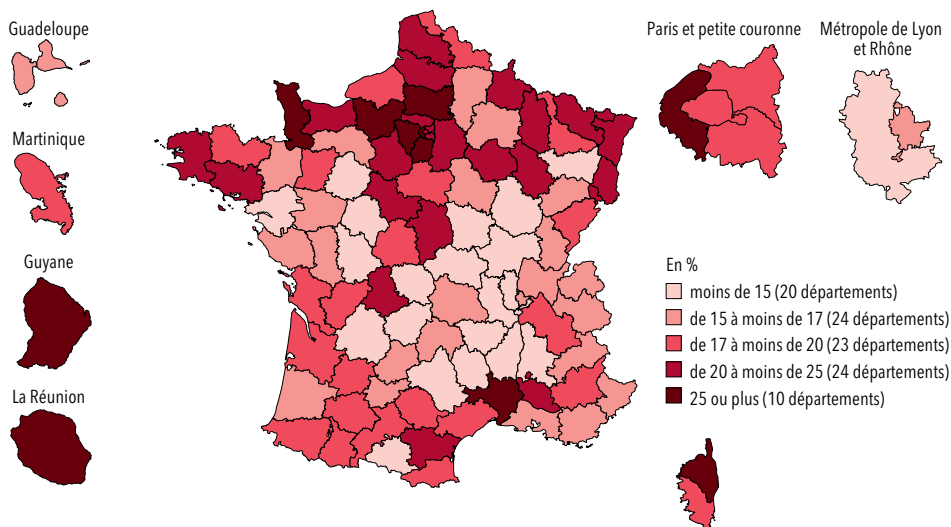
	En %
	Répartition
Rémunération d'intervenants à domicile :	92
Par un service mandataire	6
Par un service prestataire sous dotation	9
Par un service prestataire hors dotation	71
En emploi direct	13
Prise en charge d'aides diverses concourant à l'autonomie	6
Règlement des frais d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire	1
Règlement de l'accueil familial à titre onéreux	1
Total des dépenses d'APA à domicile	100

Note > 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 2016.

Carte 2 Part de personnes âgées en GIR 1 et 2 parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile, en décembre 2016



Lecture > La proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 et 2 est supérieure à 25 % dans l'Oise au 31 décembre 2016. Le taux national est de 19 %.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; ISD n° PA08.

Si près d'un bénéficiaire de l'APA à domicile sur cinq est très dépendant (classé en GIR 1 ou 2) au niveau national, cette proportion varie au niveau départemental de 9 % à 37 % (carte 2). Les départements avec les ratios les plus élevés sont plus nombreux dans la moitié nord de la France métropolitaine. Le montant moyen versé aux bénéficiaires de l'APA à domicile est d'autant plus élevé que le bénéficiaire est dépendant. La répartition des montants par GIR diffère donc de celle des bénéficiaires. Ainsi, 39 % des montants versés pour l'APA à domicile sont destinés à des bénéficiaires en GIR 4, 27 % à ceux en GIR 3, 28 % à ceux en GIR 2 et 6 % à ceux en GIR 1 (contre respectivement 58 %, 22 %, 17 % et 2 % des bénéficiaires).

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

Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 8 % bénéficient de l'APA. Les femmes sont surreprésentées parmi ces bénéficiaires. Elles sont 10 % à percevoir l'APA contre 5 % des hommes. Cette proportion est également deux fois plus importante pour l'APA à domicile (6 % des femmes contre 3 % des hommes)

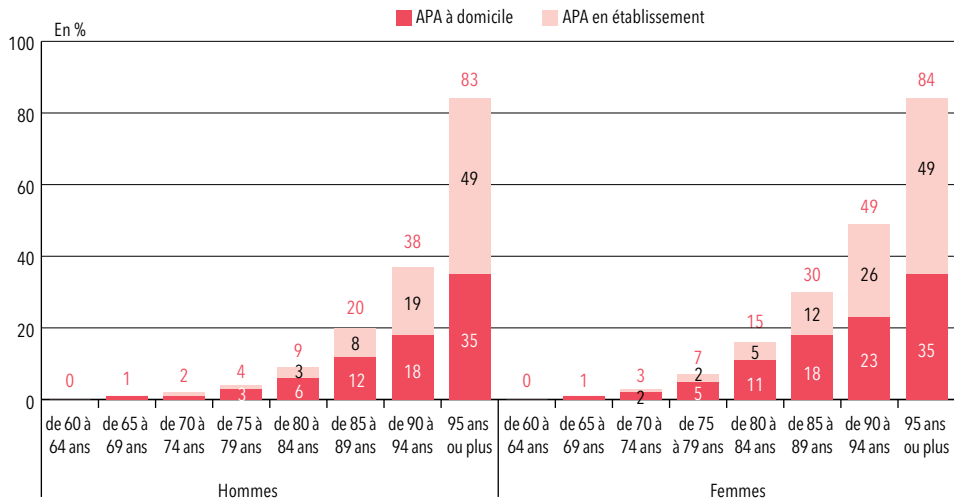
comme pour l'APA en établissement (4 % des femmes contre 2 % des hommes). Au total, les trois quarts des bénéficiaires de l'APA sont des femmes.

Jusqu'à 79 ans, la part des bénéficiaires de l'APA dans la population est faible (2 %). Entre 80 et 89 ans, près de 20 % de la population perçoit l'APA : 22 % sont des femmes et 13 % des hommes (graphique 2). À partir de 90 ans, plus de la moitié de la population en bénéficie (57 % des femmes et 45 % des hommes).

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. Les bénéficiaires de 80 ans à 89 ans représentent la moitié des bénéficiaires de l'APA à domicile, quel que soit le niveau de dépendance. La part des bénéficiaires de 90 ans ou plus est nettement plus importante en GIR 1 (34 %) qu'en GIR 4 (21 %).

La répartition par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est semblable pour tous les niveaux de GIR. Les personnes de moins de

Graphique 2 Part des bénéficiaires de l'APA dans la population par sexe et tranche d'âge, fin 2016



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

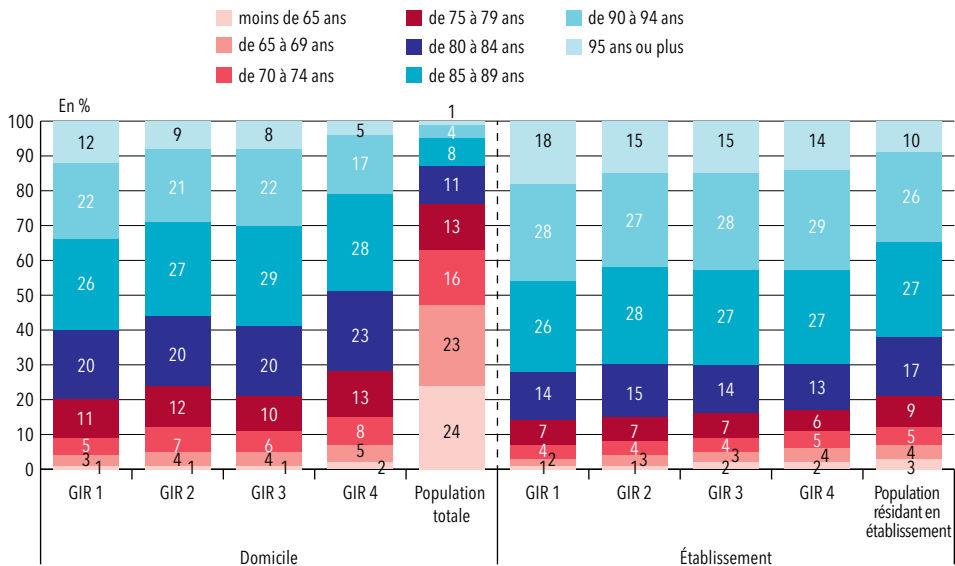
Lecture > 18 % des femmes de 85 à 89 ans perçoivent l'APA à domicile et 12 % en établissement. Au total, 30 % des femmes de cette tranche d'âge bénéficient de l'APA.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

65 ans ne représentent que 1 % à 2 % de ces bénéficiaires tandis que celles de 90 ans ou plus sont nettement majoritaires (entre 42 % et 46 % des bénéficiaires selon le GIR). ■

Graphique 3 Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement par GIR et par tranche d'âge, fin 2016



Lecture > 12 % des bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 ont 95 ans ou plus.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), personnes de 60 ans ou plus.

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; DREES, enquête EHPA 2015 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Pour en savoir plus

- > Pour consulter la page internet sur l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/handicap-et-dependance/le-handicap-et-la-dependance/article/donnees-concernant-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa>
- > Des données complémentaires détaillées nationales et départementales sur l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont disponibles sur l'espace Data.Drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique « Personnes âgées, handicap et dépendance », sous-rubrique « L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ».
- > **Bérardier, M.** (2014, février). Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011. DREES, *Études et Résultats*, 876.
- > **Boneschi, S., Zakri, M.** (2018, octobre). La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie. Des profils de bénéficiaires très différents. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 29.
- > **Boneschi, S., Zakri, M.** (2018, octobre) La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie est de 3 ans et demi en moyenne. DREES, *Études et Résultats*, 1082.
- > **Couvert, N.** (2017, octobre). Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées. DREES, *Études et Résultats*, 1033.

Fin 2016, 121 000 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 sur l'année. Depuis 2008, la croissance de la dépense moyenne par bénéficiaire est moindre. La gestion de l'ASH (modalités de paiement aux établissements, calcul du montant de l'aide, récupérations) varie d'un département à l'autre.

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 (ASH) permet d'acquitter tout ou partie de ces frais de séjour.

Un nombre de bénéficiaires relativement stable

Fin 2016, 121 000 personnes âgées bénéficient de l'ASH au titre d'un hébergement en établissement¹, soit moins de 1 % de la population âgée de 60 ans ou plus. Elles occupent 16 % des 752 000 places d'hébergement installées au 31 décembre 2015, soit 24 % des 510 000 places habilitées à l'aide sociale à cette date (voir fiche 14)². Parmi ces personnes, 101 000 vivent en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et bénéficient d'un entretien complet (hébergement et restauration), 9 900 séjournent en unités de soins de longue durée, 4 100 en maisons de retraite (hors EHPAD) et 5 500 bénéficient uniquement d'une prise en charge de leurs frais d'hébergement en résidence-autonomie (qui ne sont pas des EHPAD). L'ASH peut également être versée aux personnes

âgées accueillies chez des particuliers. Fin 2016, cela concerne plus de 2 300 personnes.

Entre 1992 à 2016, le nombre de bénéficiaires de l'ASH en établissement 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 en moins par an en moyenne). Depuis 2004, il augmente de nouveau, pour se stabiliser autour de 119 000 bénéficiaires à partir de 2009 (*graphique 1*).

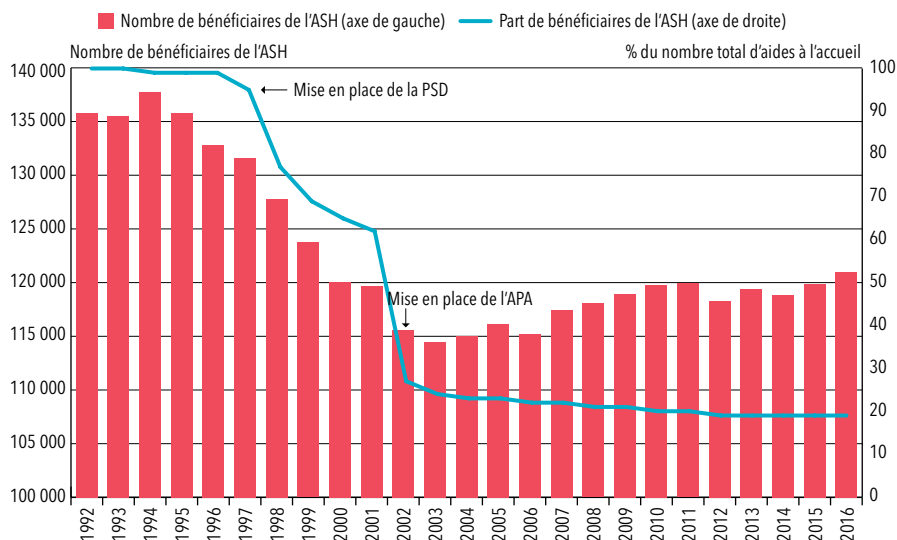
Les bénéficiaires de l'ASH en établissement relativement plus jeunes que l'ensemble des personnes âgées en institution

Les femmes sont majoritaires parmi les bénéficiaires de l'ASH en établissement (66 %) mais elles sont sous-représentées par rapport à l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans vivant en institution, où elles constituent 74 % de la population (*tableau 1*). Les bénéficiaires de l'ASH en établissement sont relativement plus jeunes que l'ensemble des personnes âgées vivant en institution. En effet, près d'un quart des bénéficiaires ont moins de 75 ans contre 12 % des personnes âgées vivant en établissement. *A contrario*, moins de la moitié des bénéficiaires de l'ASH en établissement ont 85 ans ou plus contre 62 % des personnes âgées en institution.

1. Une même personne peut bénéficier à la fois de l'ASH et de l'APA. Selon l'enquête réalisée par la DREES auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2015), 88 % des bénéficiaires de l'ASH perçoivent aussi l'APA.

2. Source : DREES, enquête EHPA 2015.

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 2016, on dénombre 121 000 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 2016.

Tableau 1 Population de 60 ans ou plus et bénéficiaires de l'ASH, répartition par sexe et par âge

	En %		
	Bénéficiaires de l'ASH en établissement	Population vivant en institution	Population de 60 ans ou plus
Hommes	34	26	44
Femmes	66	74	56
moins de 65 ans	5	3	24
de 65 à 69 ans	9	4	23
de 70 à 74 ans	10	5	16
de 75 à 79 ans	12	9	13
de 80 à 84 ans	17	17	11
de 85 à 89 ans	21	27	8
de 90 à 94 ans	17	26	4
95 ans ou plus	9	10	1

Note > Pour la population vivant en institution, la répartition présentée correspond à la situation fin 2015.

Celle des bénéficiaires de l'ASH en établissement et de la population de 60 ans ou plus correspond à la situation fin 2016.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; DREES, enquête EHPA 2015 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Des dépenses nettes moyennes par bénéficiaire quasi stables depuis 2007

Les dépenses des départements pour l'aide sociale à l'hébergement ont tendance à augmenter au cours de la période 2005-2016, que ce soit en termes bruts (avant récupérations³) ou nets (après récupérations). Environ la moitié des sommes engagées au titre de l'ASH – une proportion quasi stable au cours des dix dernières années – sont récupérées chaque année par les départements. Les dépenses nettes d'ASH sont ainsi passées de 1,1 milliard d'euros en 2005 à 1,3 milliard d'euros en 2016, soit une progression annuelle moyenne de 1,5 % en euros constants⁴.

Entre 2005 et 2007, la légère hausse du nombre de bénéficiaires (+1 %), associée à une forte évolution des dépenses nettes d'ASH (+13,4 %), se traduit par une augmentation des dépenses nettes moyennes d'ASH par bénéficiaire (+ 12,7 % en euros constants). Elles passent ainsi d'environ 9 300 euros par an en 2005 à 10 500 euros par an en 2007. Depuis 2008, les dépenses nettes moyennes d'ASH par bénéficiaire sont quasi stables compte tenu de la relative stabilité du nombre de bénéficiaires comme des dépenses nettes d'ASH. Elles s'élèvent à 10 500 euros par an en 2016, soit 875 euros par mois.

Une gestion de l'ASH différente selon le département

L'enquête Aide sociale de la DREES permet de connaître en partie les pratiques des départements en matière de récupérations au titre de l'ASH (*graphique 2*), celles-ci pouvant varier d'un département à l'autre⁵. 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 juridique⁶, 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. De plus, ce reste à vivre doit en outre se situer au-dessus d'une somme plancher (96,38 euros par mois en 2017). 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. 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 alimentaire⁷, principalement auprès des enfants 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. ■

3. Les départements peuvent engager des recours en récupération auprès des bénéficiaires de l'ASH de leurs obligés alimentaires ou de leurs héritiers (voir fiche 09).

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 2016, cet indice a augmenté de 0,21 % en moyenne annuelle.

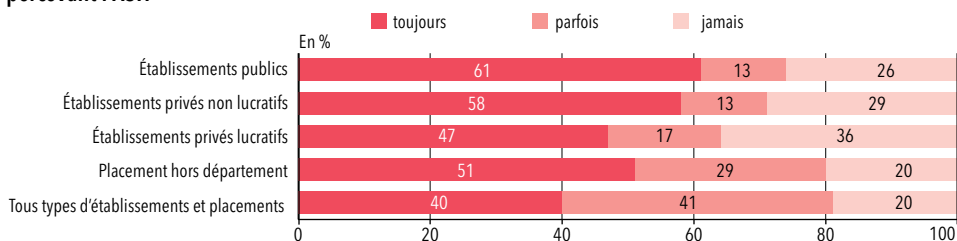
5. Ce volet de l'enquête ne fait pas l'objet d'une interrogation chaque année : la dernière disponible concerne l'année 2014.

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



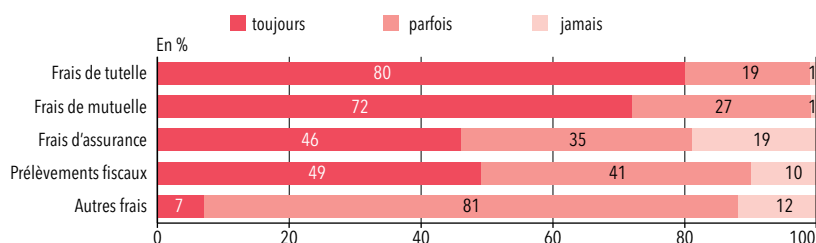
Note > Sur la base de 96 départements répondants. Frais d'hébergement, y compris la participation du bénéficiaire que les départements récupèrent par la suite.

Lecture > 61 % des départements paient 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



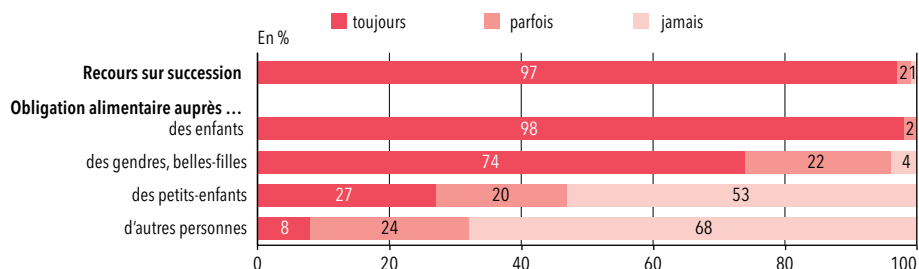
Note > Sur la base de 89 à 97 départements répondants. Les dépenses peuvent être déduites de la participation financière du bénéficiaire.

Lecture > Les frais de mutuelle sont toujours déduits de la participation financière du bénéficiaire dans 72 % des départements, les frais d'assurance dans 46 % d'entre eux. Dans 19 % des départements, les frais d'assurance ne sont jamais déduits de la participation du bénéficiaire.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2014.

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.

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

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

Une majorité de places en EHPAD

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

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

Au cours de la même période, la population âgée de 75 ans et plus s'est accrue dans les mêmes proportions,

et le taux d'équipement moyen en structure d'hébergement pour personnes âgées est ainsi resté de 123 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. En parallèle, la part de la population totale résidant en institution diminue au sein de chaque classe d'âge, hormis aux âges les plus élevés.

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

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

L'hébergement permanent reste le mode d'accueil principal : 97 % des places installées en institution pour personnes âgées lui sont destinées. Toutefois, l'hébergement temporaire et l'accueil de jour tendent à se développer. Entre 2011 et 2015, 1 830 places d'hébergement temporaire et 3 640 places d'accueil de jour (y compris dans les centres d'accueil de jour exclusifs) ont été créées. Au total, fin 2015, 12 200 places sont proposées en hébergement temporaire et 15 550 en accueil de jour.

Depuis 2011, les espaces de vie spécifiquement destinés à accueillir des résidents qui présentent des troubles du comportement se sont fortement

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

développés. Le nombre d'EHPAD disposant d'un pôle d'accueil et de soins adaptés (PASA) a quasiment quadruplé en 4 ans. En 2015, 20 % des EHPAD disposent d'un PASA, soit près de 1 520 établissements. Dans le secteur public hospitalier, 26 % des établissements comportent un PASA contre 6 % en 2011. La présence

d'unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD est moins fréquente : 3 % des structures en disposent (environ 250 structures). Par ailleurs, fin 2015, 47 % des EHPAD déclarent disposer d'une unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (hors UHR et PASA).

Encadré 1 Les structures d'hébergement pour personnes âgées

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

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

Résidences autonomie (anciennement « logements-foyers ») : groupes de logements ou de chambres autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif.

Établissements de soins de longue durée (USLD) : structures très médicalisées destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

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

Catégorie d'établissement et statut juridique	Établissements	Places installées	Personnes accueillies	Personnels	Personnels en ETP	Taux d'enca-drement (en %)
EHPAD, dont :	7 400	600 380	585 560	433 250	377 100	62,8
EHPAD privés à but lucratif	1 769	132 430	125 640	81 890	73 570	55,6
EHPAD privés à but non lucratif	2 287	171 750	169 030	119 250	101 880	59,3
EHPAD publics	3 344	296 200	290 890	232 120	201 650	68,1
Résidences autonomie, dont :	2267	109 250	101 880	18 500	14 460	13,2
résidences autonomie privées à but lucratif	92	4 040	3 790	690	500	12,5
résidences autonomie privées à but non lucratif	632	29 610	27 390	5 080	3 660	12,3
résidences autonomie publiques	1 543	75 590	70 700	12 730	10 300	13,6
EHPA non EHPAD, dont :	338	8 500	7 700	4 030	3 250	38,3
EHPA privés à but lucratif	62	1 680	1 120	690	590	35
EHPA privés à but non lucratif	205	5 010	4 790	2 430	1 910	38,2
EHPA publics	71	1 810	1 790	910	750	41,4
Unités de soins de longue durée	596	33 860	32 790	44 260	34 960	103,2
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	10 601	751 990	727 930	500 050	429 770	57,2

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

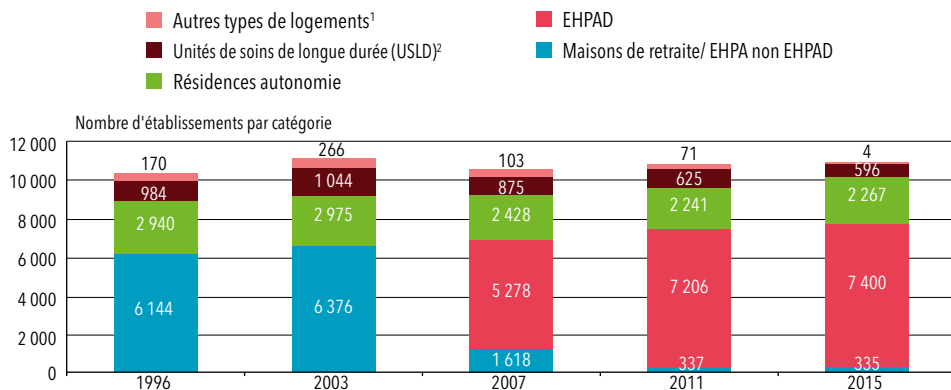
Source > DREES, enquête EHPA 2015.

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

Le fonctionnement des EHPAD, signataires d'une convention tripartite avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé, repose sur un mode de tarification ternaire composé de tarifs pour l'hébergement, la dépendance et les soins. Les deux premiers sont acquittés par le résident dans l'établissement, mais une partie peut être prise en charge par le département (par le biais de l'allocation personnalisée d'autonomie - APA - et de l'aide sociale à l'hébergement - ASH) ou par les caisses d'allocations familiales (allocation personnalisée au logement - APL - ou allocation de logement sociale - ALS). Le dernier est, lui, pris en charge par l'assurance maladie. Les personnes éligibles à l'ASH doivent, pour en bénéficier, occuper une place habilitée par le conseil départemental dans un établissement d'hébergement. Dans le secteur public, une grande majorité des EHPAD sont sous habilitation totale (93 %), alors que ce n'est le cas que de 4 % des EHPAD privés à but lucratif (graphique 2). Près de six EHPAD privés à but lucratif sur dix n'ont aucune place habilitée à l'aide sociale. Dans le privé à but non lucratif, 91 % des établissements disposent de places habilitées et trois EHPAD sur quatre sont habilités à l'aide sociale pour l'ensemble de leurs places.

En 2015, l'habilitation totale est un peu moins souvent choisie qu'en 2011 par les EHPAD (66 % contre 68 %) ; à l'inverse, la proportion d'établissements partiellement habilités a augmenté de 4 points pour atteindre 17 % des EHPAD en 2015. La hausse des habilitations partielles, au détriment des habilitations totales, est observée quel que soit le statut juridique de l'établissement. Elle reste toutefois moins marquée dans le public que dans le privé : 6 % des EHPAD publics sont en habilitation partielle en 2015, soit 2 points de plus qu'en 2011, tandis que 37 % des établissements privés lucratifs ont opté pour ce type d'habilitation, contre 30 % fin 2011. Symétriquement, le nombre d'EHPAD privés non habilités a sensiblement baissé entre 2011 et 2015. En 2011, deux tiers des EHPAD privés à but lucratif et un EHPAD privé à but non lucratif sur 10 ne disposaient d'aucune place habilitée à l'aide sociale. Quatre ans plus tard, ce n'est le cas, respectivement, que de 58 % et 9 % des structures. Au total, 510 000 places habilitées sont disponibles fin 2015 dans les divers types de structures, dont 443 000 en EHPAD (soit respectivement 68 % et 74 % du nombre total de places). Ces nombres sont sensiblement plus élevés que le nombre effectif de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement qui est de 120 000 fin 2015 (voir fiche 13).

Graphique 1 Évolution du nombre d'établissements par catégorie



1. Centres d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

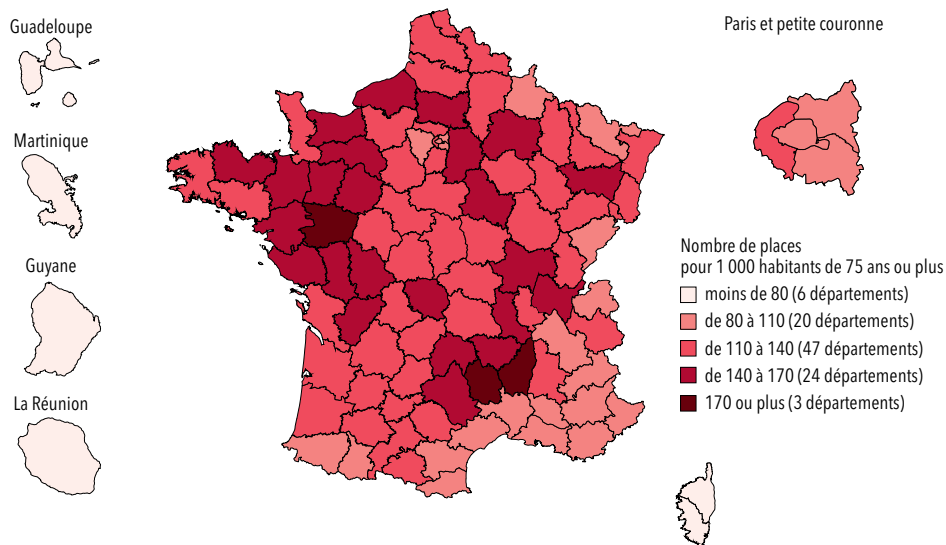
2. Établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

Note > Les USLD sont enquêtées depuis 2003. Les EHPAD sont repérés dans le questionnaire depuis 2003 mais les données sont exploitables à partir de 2007. Depuis 2015, la catégorie EHPAD est identifiable dans FINESS. Les catégories d'établissements ont été redéfinies pour les éditions 2007 et 2011 pour être comparables avec l'édition 2011. Ainsi, les USLD ayant signé une convention tripartite ne sont plus considérées comme EHPAD.

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

Sources > DREES, enquêtes EHPA, 1996, 2003, 2007, 2011 et 2015 ; SAE 1996.

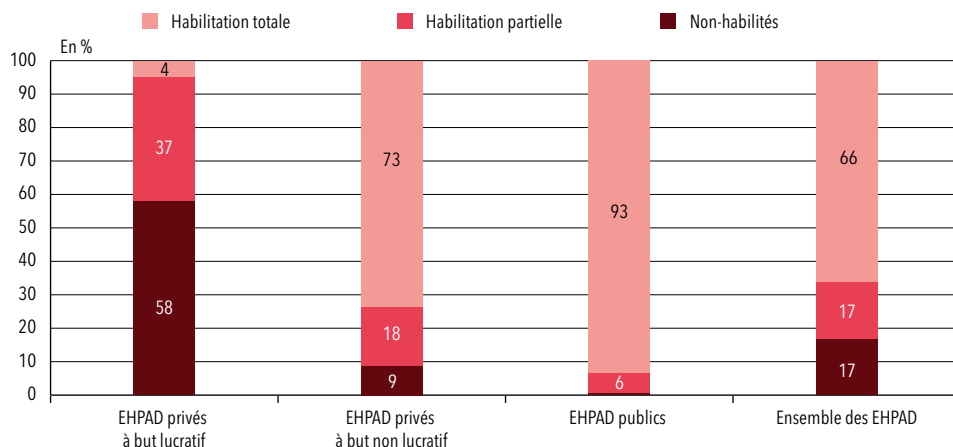
Carte 1 Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2015



Lecture > Au niveau national, le nombre de places en EHPAD, EHPA, résidences autonomie et USLD est de 123 pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus.

Sources > DREES, enquête EHPA 2015 ; répertoire FINESS 2015 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2016 (résultats arrêtés fin 2017) ; ISD n° PA05.

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



Lecture > Au 31 décembre 2015, 58 % des EHPAD privés à but lucratif n'ont pas signé de convention d'aide sociale et n'ont donc pas de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Source > DREES, enquête EHPA 2015.

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

Depuis 2011, les tarifs journaliers liés à l'hébergement ont en moyenne augmenté de 4,20 euros dans les EHPAD, passant de 55,10 à 59,30 euros TTC fin 2015, soit une augmentation de près de trois fois supérieure à celle de l'inflation observée pendant cette période (+7,6 % et +2,8 % respectivement). Les places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement sont nettement moins coûteuses que celles qui ne le sont pas (en moyenne, 55,90 euros contre 74,20 euros fin 2015). Les tarifs des places habilitées, négociés avec le conseil départemental, varient par ailleurs nettement moins d'un établissement à l'autre que ceux des autres places. Les établissements privés à but lucratif appliquent des frais d'hébergement supérieurs à ceux en cours dans le public (en moyenne, environ +10 euros pour les places habilitées à l'aide sociale, et +23 euros pour les autres).

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

Un taux d'encadrement lié au type de structure

Fin 2015, plus de 500 000 personnes travaillent dans une structure d'hébergement pour personnes âgées (tableau 1), pour un volume de travail correspondant à 429 800 personnes en équivalent temps plein (ETP). Depuis 2011, le nombre de personnes en fonction comme le nombre total d'ETP ont crû de 11 %. Les femmes représentent 87 % du personnel employé. Elles sont majoritaires dans l'ensemble des métiers hormis au sein du personnel médical (44 % des postes de médecin coordonnateur, de médecin généraliste ou de médecin spécialiste sont occupées par des femmes). Elles sont aussi sous-représentées parmi le personnel de direction (dont 63 % des postes sont occupés par des hommes). Le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le

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

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

Des résidents de plus en plus âgés

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

Les caractéristiques par âge varient d'une institution à l'autre. Les EHPAD accueillent les résidents les plus âgés. La moitié des personnes accueillies dans ces établissements ont 88 ans ou plus et seuls 18 % ont moins de 80 ans, alors que les moins de 80 ans représentent un tiers des résidents accueillis en résidence

autonomie et 30 % de ceux hébergés en unité de soins de longue durée (USLD).

Les femmes en établissement plus souvent seules que les hommes

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

Un niveau de dépendance en hausse depuis 2011

Le niveau moyen de dépendance des résidents s'accroît entre 2011 et 2015. En 2011, toutes catégories

de structure confondues, 81 % des résidents étaient en perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR² ; en 2015, ils sont 83 % (tableau 2).

Les EHPAD sont plus touchés par cette hausse : leur GMP³ (GIR moyen pondéré) passe ainsi de 689 en 2011 à 710 en 2015. Plus de la moitié des résidents (54 %) y sont très dépendants (en GIR 1 ou 2). Dans les USLD, la quasi-totalité des personnes accueillies sont dépendantes (GIR 1 à 4) et 40 % d'entre elles sont confinées au lit et souffrent d'une grave altération de leurs fonctions mentales (GIR 1).

Deux tiers des sorties définitives sont causées par le décès de la personne accueillie ; dans 75 % des cas, ce dernier survient dans l'établissement. En USLD, ces structures accueillant le public le plus dépendant, les décès représentent 80 % des sorties de l'établissement. En EHPAD, sur les 223 000 sorties enregistrées en 2015 – tous modes d'hébergement confondus (permanent ou temporaire) –, 68 % correspondent à des décès. ■

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

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

En %

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

2. La grille AGGIR (Autonomie gérontologique, groupes iso-ressources) permet de mesurer la perte d'autonomie d'une personne âgée sur une échelle allant de 1 à 6. Les personnes en perte d'autonomie classées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui prend en charge une partie du tarif dépendance facturé aux résidents en établissement.

3. Le GMP synthétise le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents d'un établissement sur une échelle allant jusqu'à 1 000. Un GMP égal à 1 000 correspond à un établissement où la totalité des résidents seraient classés en GIR 1.

Pour en savoir plus

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

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

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

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

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

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

L'aide sociale aux personnes handicapées

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

Diverses prestations pour répondre aux besoins des personnes handicapées

Les politiques d'aide aux personnes en situation de handicap recouvrent des dimensions multiples : accessibilité, insertion professionnelle, aides aux actes de la vie quotidienne, etc. Parmi les diverses prestations qui y sont associées, certaines existent depuis plus de quarante ans : l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui est un minimum social ; l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) créée par la loi du 30 juin 1975¹ et destinée à compenser financièrement les conséquences du handicap ; l'aide sociale à l'hébergement ; l'aide ménagère ; et enfin l'allocation d'éducation spéciale (AES), créée par la même loi de 1975, à destination des familles dont les enfants sont en situation de handicap. La loi du 11 février 2005² a élargi la prise en compte des conséquences du handicap et a notamment substitué à l'ACTP la prestation de compensation du handicap (PCH). 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]), à l'exception de quelques prestations qui sont du ressort de l'État : l'allocation différentielle aux adultes handicapés (versée dans certains cas pour maintenir le montant des aides au niveau qu'elles avaient avant la réforme de 1975 [art. L. 241-2 du CASF]), les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle, les frais de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT, ex-CAT). L'AAH et l'AEEH sont, elles, versées par la branche famille de la Sécurité sociale, l'AAH étant financée par l'État. Les frais d'hébergement en établissement pour enfants handicapés et en maisons d'accueil spécialisé (MAS) sont couverts par l'assurance maladie ; il en va de même pour la partie relative aux soins des foyers d'accueil médicalisé (FAM). L'aide sociale départementale est donc essentiellement constituée de l'aide sociale à l'hébergement et à l'accueil de jour des adultes handicapés (ASH) – hors MAS –, de l'ACTP, de la PCH, de l'aide ménagère, et de l'aide sociale au titre des prises en charge en services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). Par définition, les dépenses d'aide sociale sont récupérables par les conseils départementaux – au moins en partie – auprès des obligés alimentaires des personnes bénéficiaires et par recours sur succession (articles L. 132-6 et L. 132-8 du CASF³). 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. 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 a été remplacée par la PCH en 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 bien opter pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ce choix devient dans ce cas définitif. De même, une personne bénéficiaire de l'ACTP peut, à l'occasion du renouvellement de ses droits, choisir la PCH, là encore de façon définitive. L'ACTP ne constitue pas une aide en nature, c'est-à-dire qu'elle n'est pas affectée au paiement d'un service particulier. Le bénéficiaire dispose du montant financier comme bon lui semble, qu'il réside à son domicile ou dans un établissement médico-social.

Il n'est exercé aucun recours en récupération de l'ACTP ni à l'encontre de la succession du bénéficiaire décédé, ni sur le légataire ou le donataire (art. 95 de la loi du 11 février 2005). De même, aucune

récupération n'est effectuée en cas d'amélioration de la situation financière du bénéficiaire (art. 54 de la loi du 17 janvier 2002).

La prestation de compensation du handicap

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

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'ACTP⁴ et le bénéficiaire de la PCH dispose d'un taux de prise en charge compris entre 80 % et 100 %, en fonction de ses ressources⁵. Par ailleurs, les personnes hébergées en établissement médico-social – à titre permanent ou pour une partie de l'année seulement – peuvent également être bénéficiaires de la PCH, mais à taux réduit : 10 % de l'aide humaine au bout de 45 jours consécutifs de séjour ou de 60 jours lorsque la personne doit licencier ses aides à domicile, le taux revenant à 100 % lors des

4. 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.

5. Voir l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les taux de prise en charge mentionnés à l'article L. 245-6 du CASF. En 2017, le montant de ressources à partir duquel le bénéficiaire n'est pris en charge qu'à 80 % est de 26 579,92 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).

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 1*). À cet égard, l'article L. 344-5 du CASF indique que si les personnes n'ont pas de ressources suffisantes, le département doit leur procurer l'aide nécessaire pour leur permettre de financer leur hébergement. Cette aide sociale à l'hébergement (ASH) n'est toutefois pas applicable à tous les établissements médico-sociaux. Ainsi l'hébergement en maison d'accueil spécialisée (MAS) relève de l'assurance maladie (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 Creton⁶, ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dans le cas où aucune autre offre d'accueil ne serait disponible.

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

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

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

- > les **foyers d'hébergement** qui assurent l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en milieu ordinaire (de droit commun) ou dans un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ;
- > les **foyers occupationnels ou foyers de vie** qui accueillent des personnes adultes dont le handicap ne leur permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé (structure spécialisée) ;
- > 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.

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

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

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J. et al.** (dir.) (2018). *La protection sociale en France et en Europe en 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiche 12.

Selon le caractère plus ou moins restrictif de la définition du handicap retenue, le nombre de personnes concernées varie fortement, de quelques millions à plus de 11 millions. Selon leur âge, leur handicap et leur situation, les personnes en situation de handicap peuvent accéder à différentes prestations. Malgré ces aides, leur niveau de vie est globalement plus faible que celui des personnes sans handicap.

La définition du handicap n'est pas unique. Par conséquent, le dénombrement des personnes en situation de handicap et la description socio-économique de cette population est complexe. Des approches multiples permettent toutefois de fournir quelques éléments de cadrage.

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

La loi du 11 février 2005¹ précise que : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Plusieurs dénombrements peuvent être élaborés en s'appuyant sur cette définition, et en mobilisant les dernières données disponibles² permettant d'approcher ces phénomènes en population générale (les résultats des enquêtes Handicap-santé 2008-2009 de l'Institut national de la statistique et des études économiques [Insee]). Trois critères sont retenus pour définir le champ des personnes handicapées : déclarer une limitation³ dans une fonction

physique ou cognitive, ou une restriction dans les activités du quotidien⁴, ou enfin le fait d'être limité dans ses activités quotidiennes en raison d'un problème de santé durable⁵.

En 2008, 11,5 millions de personnes âgées d'au moins 16 ans vivant à domicile en France sont repérées en situation de handicap selon au moins un de ces trois critères, soit 23 % de la population de cette classe d'âge (tableau 1). Cette proportion augmente avec l'âge : elle est de 15 % pour les personnes âgées de 16 à 59 ans, représentant 5,6 millions de personnes, contre 45 % parmi les personnes de 60 ans ou plus. Le premier critère, déclarer avoir au moins une limitation fonctionnelle importante, concerne 21 % des personnes de plus de 16 ans quand le second, être restreint dans au moins une activité de la vie quotidienne, en touche 7 %. Près de 11 % de la population déclare avoir une limitation fonctionnelle, mais sans être restreint dans une activité du quotidien ni être limité depuis au moins six mois pour raison de santé. Enfin, 5 % de la population concernée, soit 2,3 millions de personnes, répond aux trois critères.

Par ailleurs, une partie de la population en situation de handicap vit en institution, dont le nombre serait à ajouter aux populations dénombrées ci-avant. Selon l'enquête ES-Handicap menée par la DREES

1. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

2. D'autres données plus récentes ont été collectées pour les personnes âgées de 60 ans ou plus (voir fiche 10).

3. Au moins une impossibilité ou beaucoup de difficultés pour une fonction physique précise (marcher, entendre, voir, se servir de ses mains, porter 5 kg sur dix m, s'agenouiller, contrôler ses urines...) ou des difficultés fréquentes pour une fonction cognitive (se souvenir à quel moment de la journée on est, se concentrer plus de dix minutes...)

4. Restriction absolue ou beaucoup de difficultés dans une liste d'activités de la vie quotidienne (manger, se laver, s'habiller, se lever du lit, préparer ses repas, sortir de son logement, se servir du téléphone...).

5. Répondre « oui, fortement » à la question « Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? ».

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

	Effectifs (en milliers)			Proportion dans la population (en %)		
	de 16 ans ou plus	de 16 à 59 ans	de 60 ans ou plus	de 16 ans ou plus	de 16 à 59 ans	de 60 ans ou plus
Ensemble de la classe d'âge	50 021	36 835	13 186	100	100	100
Personnes déclarant avoir :						
Par critère :						
une limitation fonctionnelle. Critère 1	10 242	4 811	5 431	20,5	13,1	41,2
une restriction dans les activités du quotidien. Critère 2	3 735	1 133	2 602	7,5	3,1	19,7
une limitation d'activité depuis au moins six mois pour raison de santé. Critère 3	4 810	2 114	2 696	9,6	5,7	20,4
Croisement des critères :						
une limitation fonctionnelle, une limitation d'activité depuis au moins six mois pour raison de santé et une restriction dans les activités du quotidien. Critères 1, 2 et 3	2 342	690	1 652	4,7	1,9	12,5
une limitation fonctionnelle et une restriction dans les activités du quotidien, mais pas de limitation depuis au moins six mois pour raison de santé. Critères 1 et 2 uniquement	1 089	304	785	2,2	0,8	6,0
une limitation fonctionnelle et une limitation depuis au moins six mois pour raison de santé, mais pas de restriction dans les activités du quotidien. Critères 1 et 3 uniquement	1 416	738	678	2,8	2,0	5,1
une restriction dans les activités du quotidien et une limitation depuis au moins six mois pour raison de santé, mais pas de limitation fonctionnelle. Critères 2 et 3 uniquement	75	38	37	0,1	0,1	0,3
une limitation fonctionnelle mais pas de limitation depuis au moins six mois pour raison de santé ni de restriction dans les activités du quotidien. Critère 1 uniquement	5 395	3 079	2 316	10,8	8,4	17,6
une restriction dans les activités du quotidien mais pas de limitation depuis au moins six mois pour raison de santé ni de limitation fonctionnelle. Critère 2 uniquement	229	101	128	0,5	0,3	1,0
une limitation depuis au moins six mois pour raison de santé mais pas de limitation fonctionnelle ni de restriction dans les activités du quotidien. Critère 3 uniquement	977	648	329	2,0	1,8	2,5
Ensemble des personnes appartenant à au moins un des groupes (critère 1 ou 2 ou 3)	11 523	5 598	5 925	23,0	15,2	44,9

Champ > France métropolitaine et DROM.

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

(voir fiche 20), 156 100 places d'hébergement permanent pour adultes handicapés existent au 31 décembre 2014. Les taux d'occupation étant proches de 100 %, il s'agit presque d'un nombre de personnes accueillies. De plus, 2 300 personnes de plus de 16 ans sont hébergées en internat complet dans des établissements pour enfants handicapés. Enfin, dans cette même enquête, le nombre d'enfants de moins de 16 ans accompagnés par un service ou accueillis dans un établissement est estimé à 112 000. Dans l'enquête Revenus fiscaux et sociaux de l'Insee, il est possible de repérer les personnes déclarant disposer « d'une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie » ou déclarant à la fois « une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable » et « être limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement. » Avec cette définition, 9,8 millions de personnes âgées d'au moins 15 ans et vivant en milieu ordinaire en France métropolitaine peuvent être considérées en situation de handicap en 2015, soit 19 % de la population étudiée⁶. Parmi eux, 4,6 millions de personnes ont moins de 60 ans, soit 13 % de la population concernée.

Différentes prestations à destination des personnes handicapées

Selon leur âge et leur situation, les personnes en situation de handicap ou de dépendance peuvent prétendre à différentes prestations. Administrativement, plusieurs droits s'ouvrent à l'âge de 60 ans, ancien âge minimal d'ouverture des droits à la retraite. À l'inverse, d'autres prestations à destination des personnes handicapées ne peuvent plus être demandées passés 60 ans. C'est pourquoi cette fiche se concentre sur la population âgée de moins de 60 ans, les personnes de 60 ans ou plus faisant l'objet de la fiche 10. En particulier, les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), les bénéficiaires d'une pension d'invalidité âgés de plus de 60 ans et les bénéficiaires d'une pension liée à leur ancienne situation d'invalidité ou d'inaptitude (y compris les pensions d'invalidité des fonctionnaires

ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite) ne sont pas étudiés ici.

Les personnes âgées d'au moins 20 ans (et n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite) et aux revenus modestes peuvent prétendre à l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Elles sont 1,1 million fin 2016, dont 951 000 âgées de moins de 60 ans (*graphique 1*). Certaines peuvent aussi toucher l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), en complément d'une pension d'invalidité, éventuellement cumulée avec l'AAH ; elles sont 80 300 fin 2016.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant ou un jeune de moins de 20 ans en situation de handicap et est versée à la personne qui en assume la charge. Au 31 décembre 2016, 271 000 enfants et jeunes en sont bénéficiaires.

L'ACTP et la PCH sont des prestations destinées à aider au financement d'aides humaines principalement, mais aussi techniques, et de certains aménagements, la première n'accueillant plus de nouveau bénéficiaire depuis la création de la seconde en 2006 (voir fiche 18). Au 31 décembre 2016, 65 100 et 284 100 personnes ont respectivement des droits ouverts à ces deux prestations.

Par ailleurs, les personnes handicapées n'ayant pas des ressources suffisantes peuvent accéder à une aide sociale pour leur hébergement ou leur accueil en établissement ou en famille d'accueil (148 300 personnes fin 2016).

Enfin, les personnes qui ne peuvent plus exercer d'activité professionnelle ou qui sont contraintes de la réduire ou d'en changer, à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, peuvent être reconnues comme invalides par leur régime d'affiliation. En 2016, 804 000 personnes en sont bénéficiaires, en dehors des personnes ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite. Lorsque l'invalidité est d'origine professionnelle, une rente pour incapacité permanente peut être demandée (1,3 million de personnes – y compris des personnes retraitées, puisque cette rente est conservée après l'ouverture des droits à la retraite).

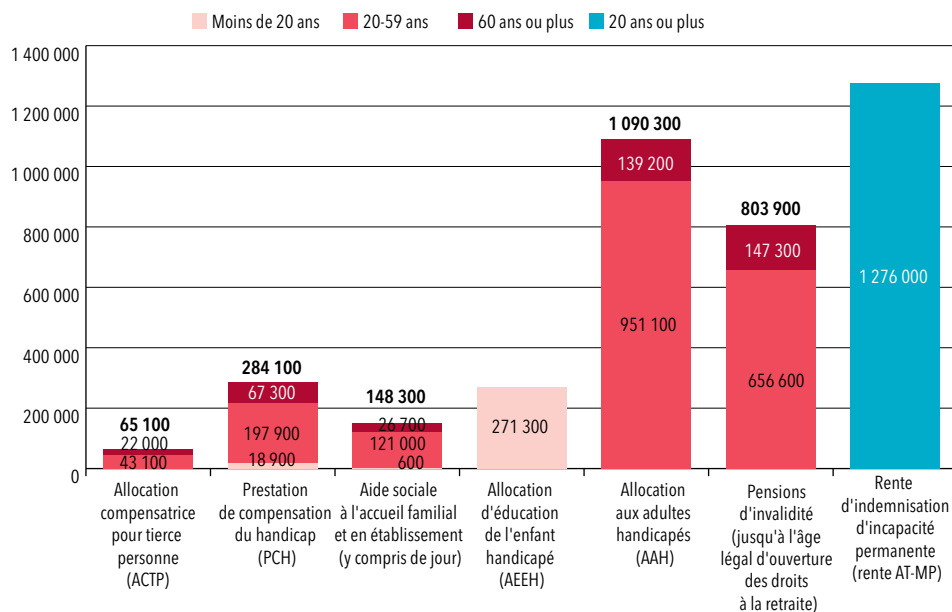
6. Personnes vivant dans un ménage ordinaire dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Au total, les prestations versées aux personnes handicapées en France, qui constituent le « risque invalidité » au sein des Comptes de la protection sociale, s'élèvent à 38,9 milliards d'euros fin 2016. Elles représentent 5,5 % du total des prestations sociales, soit 1,7 % du PIB. Ce montant inclut les prestations versées par les administrations publiques, les dépenses d'accueil et d'hébergement et les dépenses relatives aux établissements et services d'aide par le travail, ainsi que les prestations versées par des mutuelles et institutions de prévoyance au titre de contrats de prévoyance contre l'invalidité. Il n'inclut pas, en revanche, les rentes pour incapacité permanente consécutives à un accident du travail ou une maladie professionnelle⁷.

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

Les personnes en situation de handicap ont globalement un niveau de vie inférieur aux autres (tableau 2). En effet, 55 % des personnes handicapées ont un niveau de vie inférieur à celui en dessous duquel vivent les 40 % des personnes les plus modestes, contre 38 % des personnes n'étant pas en situation de handicap. Au sens statistique du terme, 22 % des personnes handicapées de 15 à 69 ans sont pauvres⁸, contre 15 % des personnes sans handicap. Une étude portant sur l'année 2010 (Levieil, 2017) a montré que l'écart entre le niveau de vie médian des personnes handicapées et celui des personnes sans

Graphique 1 Nombre de bénéficiaires des prestations dédiées au handicap, fin 2016



Note > Les anciens fonctionnaires reconnus invalides sont considérés comme bénéficiaires d'une pension d'invalidité avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite, puis d'une pension de retraite après cet âge et donc non comptés ici. À la SNCF et à la RATP, compte tenu de la part élevée des départs anticipés, l'ensemble des pensions d'invalidité sont considérées comme des pensions de retraite et donc non prises en compte ici.

Les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dénombrés ici sont des personnes ayant un droit ouvert à la prestation au 31 décembre, qu'ils aient été payés ou non.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte pour la PCH et l'ACTP).

Sources > CCMISA ; CNAF ; DREES, enquête Aide sociale ; EACR ; CNAMTS et DSS pour les rentes AT-MP.

7. Ces rentes sont comptabilisées, d'après les comptes de la protection sociale, au sein du risque « accident du travail ».

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

handicap était d'autant plus important que les limitations des personnes étaient importantes. L'impact du handicap sur le niveau de vie varie selon le type de limitation. Ainsi, une limitation mentale, visuelle ou un cumul de limitations implique un risque plus

important de faible niveau de vie qu'une limitation légère, psychique légère ou auditive. Ces écarts s'expliquent en partie par des situations familiales et professionnelles qui diffèrent fortement selon le type de handicap. ■

Tableau 2 Répartition des personnes de 15 à 59 ans selon leur niveau de vie, en 2015

En %

	Personnes modestes : niveau de vie < D4			Personnes avec un niveau de vie ≥ D4	Ensemble
	Ensemble	Dont personnes pauvres	Dont personnes modestes non pauvres		
Personnes en situation de handicap	55,0	21,8	33,1	45,0	100
Personnes sans handicap	38,4	14,9	23,5	61,7	100
Ensemble des personnes de 15 à 59 ans	39,9	15,3	24,6	60,1	100

Note > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation. Le 4^e décile (D4) est la valeur en dessous de laquelle se situent 40 % de l'ensemble des ménages. Une personne est dite pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.

Une personne est dite en situation de handicap si elle déclare disposer « d'une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie » ou si elle déclare à la fois « une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable » et « être limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ».

Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 59 ans, vivant dans un ménage ordinaire dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources > Insee, DGFIP, CNAF, CNAV, CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2015.

Pour en savoir plus

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

> **Arnaud, F., Solard, G.,** (dir.) [2018]. *Les retraités et les retraites*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 21 et 22.

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

> **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L.** (dir.) [2018]. Minima sociaux et prestations sociales. *Ménages aux revenus modestes et redistribution*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 01, 02, 27 et 28.

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam J. et al.** (dir.) [2018]. *La protection sociale en France et en Europe en 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiche 12.

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

> **Makdessi, Y., Outin, J.-L.** (coord.) [2016]. Handicap, âge, dépendance : quelles populations ? *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française, 4.

> **Roy, D.** (2016). Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement. *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française, 4.

Ces dix dernières années, le nombre de mesures et les dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées ont très fortement augmenté. Entre 2006 et 2016, les mesures sont passées de 259 000 à 519 000, et les dépenses de 4,6 milliards à 8,1 milliards d'euros. Les dynamiques diffèrent toutefois suivant le type de prise en charge : elles sont fortes pour l'aide à domicile du fait principalement de l'introduction de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006, et moindres pour l'aide à l'accueil. Par ailleurs, les disparités départementales, notamment de dépenses moyennes par bénéficiaire, sont marquées.

Les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier de différentes aides sociales du département. Ces aides comprennent la prestation de compensation du handicap (PCH), qui se substitue progressivement à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), l'aide ménagère ainsi que des aides à l'accueil (aide à l'hébergement en établissement ou chez des particuliers et accueil de jour). Les personnes en situation de handicap peuvent également recourir à un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou à un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) [voir fiche 15]. En parallèle, les communes ont aussi la possibilité de mettre en place des actions sociales en faveur des personnes handicapées : c'est le cas d'un tiers de communes (voir fiche 06).

Près de 520 000 mesures d'aide sociale fin 2016, pour 7,4 milliards d'euros de dépenses

Au 31 décembre 2016, 519 300 mesures¹ d'aide sociale aux personnes handicapées sont en cours, hors aides à l'accueil en SAVS et SAMSAH (tableau 1). Elles se répartissent en 359 500 mesures d'aide à domicile et 159 800 mesures d'aide à l'accueil. Les dépenses brutes² associées s'élèvent à 7,4 milliards

d'euros, dont 2,3 milliards pour l'aide à domicile et 5,1 milliards pour l'aide à l'accueil. Au total, en 2016 en France, l'aide à domicile représente 71 % des mesures d'aide sociale aux personnes handicapées, pour 31 % des dépenses³ et l'aide à l'accueil représente 29 % des mesures, pour 69 % des dépenses. La dépense brute moyenne par bénéficiaire est cinq fois et demi plus importante pour les aides à l'accueil : 34 800 euros en moyenne par an par bénéficiaire accueilli contre 6 400 euros par bénéficiaire à domicile en 2016.

D'autres dépenses sont engagées par les départements dont celles liées à l'accueil en SAVS et SAMSAH, ainsi que des participations et des subventions. Les dépenses brutes globales sont de 8,1 milliards d'euros.

Forte hausse de l'aide sociale aux personnes handicapées

Depuis 2000, l'aide sociale aux personnes handicapées connaît un très fort développement : le nombre de mesures a été multiplié par 3,4 et les dépenses par 2,6 (graphiques 1 et 2). Cette hausse s'explique par l'élargissement de la prise en compte des conséquences du handicap et la mise en place de la PCH en 2006 (loi du 11 février 2005), ainsi que par

1. 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 ».

2. On parle ici de dépenses brutes car le ventilatoire des récupérations permettant de calculer les dépenses nettes ne peut pas être réalisée par poste détaillé.

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

Tableau 1 Nombre de mesures d'aide sociale aux personnes handicapées et dépenses associées en 2006 et 2016

	2006		2016		Évolution 2006-2016	
	Nombre de mesures ¹	Dépenses brutes	Nombre de mesures ¹	Dépenses brutes	Nombre de mesures ¹	Dépenses brutes
	En milliers	En millions d'euros constants	En milliers	En millions d'euros constants	En %	En % d'euros constants
Aide à domicile	156	1 021	371	2 328	138,2	128,0
dont PCH et ACTP	138	964	349	2 263	152,4	134,8
dont aide ménagère	17	58	22	65	25,1	13,3
Aide à l'accueil	110	3 750	148	5 105	34,6	36,1
dont ASH et accueil de jour	105	3 695	142	5 048	34,7	36,6
dont accueil familial	5	55	6	57	32,9	3,7
Total domicile + accueil	266	4 771	519	7 433	95,3	55,8
Autres aides	ND	392	ND	704	-	79,9
Dont SAVS-SAMSAH	ND	169	ND	351	-	107,0
Total	-	5 162	-	8 137	-	57,6

ND : non disponible.

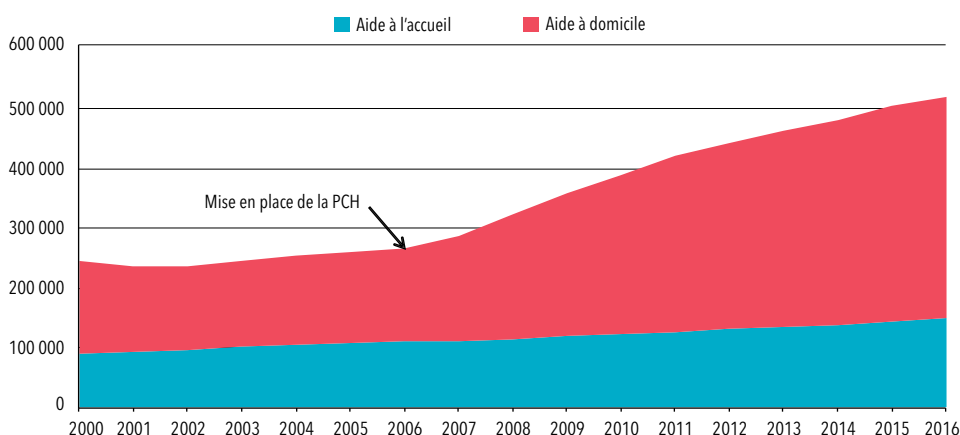
SAVS-SAMSAH : services d'accompagnement à la vie sociale et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

1. Nombre de mesures en droits ouverts au 31 décembre.

Note > Pour établir les comparaisons avec les dépenses correspondantes, les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH ont tous été comptabilisés parmi les bénéficiaires d'une aide sociale à domicile. L'ASH à destination des adultes hébergés en établissement pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton a été comptabilisée dans les autres aides.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2006 et 2016.

Graphique 1 Nombre de mesures d'aide sociale aux personnes handicapées, au 31 décembre, de 2000 à 2016

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.

l'accroissement du nombre d'aides à l'accueil, liée en partie au développement de l'offre en établissements médico-sociaux.

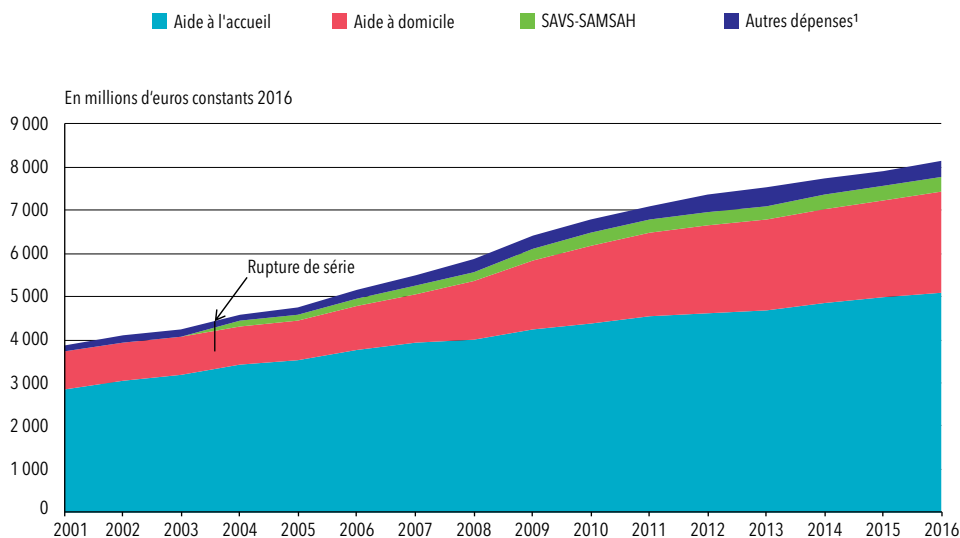
Le nombre d'aides à l'accueil augmente de manière relativement constante : entre 2 % et 5 % de croissance annuelle entre 2000 et 2016. Jusqu'en 2005, la hausse du nombre d'aides à domicile est semblable. Entre 2006 et 2011, le nombre d'aides à domicile augmente encore plus fortement en raison de la montée en charge de la PCH : entre 10 % et 18 % de croissance annuelle durant cette période. Depuis, le taux de croissance des aides à domicile diminue progressivement pour rejoindre celui des aides à l'accueil entre 2015 et 2016 (+2,7 %). Cette hausse reste toutefois nettement supérieure à la croissance démographique française (entre +0,4 % et +0,8 % par an de 2000 à 2016).

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

Elles représentent 69 % de la dépense totale en 2016, et ce malgré une augmentation des dépenses d'aide à domicile plus élevée que celles d'aide à l'accueil. Entre 2000 et 2016, les dépenses d'aide à domicile ont augmenté de 6,5 % en moyenne annuelle en euros constants, contre 4,0 % pour les dépenses d'aide à l'accueil.

Jusqu'en 2009, deux effets se cumulent pour expliquer la hausse globale des dépenses d'aide sociale à domicile : un effet démographique important, du fait de la très forte augmentation du nombre de bénéficiaires due notamment à l'introduction de la PCH ; et un effet du coût direct des prestations, qui croît également, mais à un rythme moindre. Depuis 2010, l'effet du coût des prestations est inversé : la dépense moyenne par bénéficiaire diminue en euros constants, de -1 % à -4 % selon l'année. La hausse globale des dépenses depuis cette date s'explique donc complètement par l'augmentation du nombre de bénéficiaires.

Graphique 2 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées de 2001 à 2016



1. Dont participations et subventions.

SAVS-SAMSAH : services d'accompagnement à la vie sociale et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Note > Rupture de série : jusqu'en 2003, les dépenses SAVS-SAMSAH et les autres dépenses sont regroupées dans la catégorie « Autres dépenses ». L'ASH à destination des adultes hébergés en établissement pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton a été comptabilisée dans les autres aides.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale.

La dépense d'aide à l'accueil par bénéficiaire baisse depuis 2012. Cette évolution pourrait traduire les efforts des départements pour la contenir, notamment via des négociations de tarifs avec les établissements. En 2016, la diminution de la dépense par bénéficiaire accueilli s'établit à -1,1 %.

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

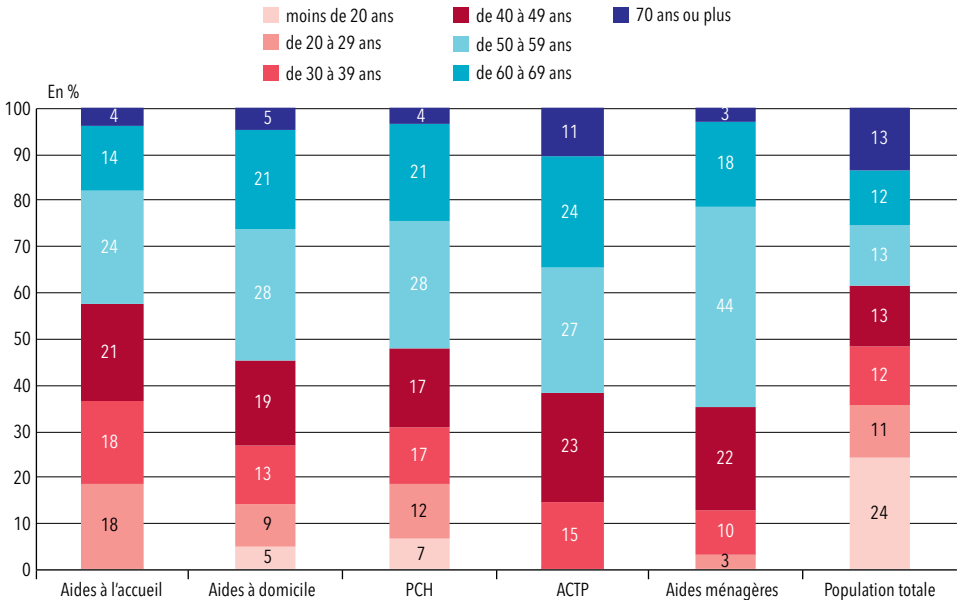
Les aides sociales à l'accueil et à l'hébergement, hors ACTP en établissement, sont accordées majoritairement à des hommes alors que les aides ménagères, l'ACTP (à domicile et en établissement) et la PCH se répartissent quasiment à parts égales entre femmes et hommes.

La répartition par âge des bénéficiaires⁴ d'une aide sociale aux personnes handicapées varie selon la

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

Les bénéficiaires des aides à l'accueil et à l'hébergement sont globalement un peu plus jeunes que ceux de la PCH. La part des 60 ans ou plus n'y est que de 18 % (contre 25 % pour les bénéficiaires de la PCH) et celle des 50 à 59 ans est de 24 % (contre 28 %). Les moins de 20 ans sont recensés presque uniquement parmi les bénéficiaires de la PCH dont ils représentent 7 %. La PCH « enfants » ne peut être attribuée qu'aux parents disposant de l'AAEH de base. Si leurs droits sont ouverts pour un complément AEEH, ils ont le choix de plutôt

Graphique 3 Répartition par âge des personnes handicapées selon le type d'aides, au 31 décembre 2016



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (arrêtées au 1^{er} janvier 2018).

4. 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.

bénéficier des éléments de la PCH. Seul l'élément 3 de la PCH « aménagement du logement et du véhicule et éventuels surcoûts résultant du transport » est cumulable avec un complément AEEH, ou accessible lorsqu'il n'y a pas de droits ouverts aux compléments AEEH. Il est donc probable que les parents d'enfants handicapés aient opté dans la plupart des cas pour des compléments de l'AEEH.

De fortes disparités départementales

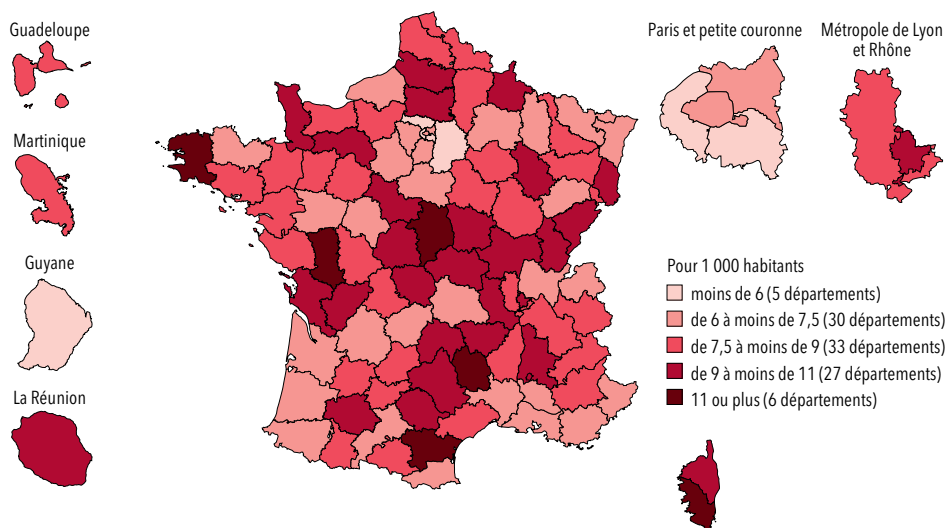
L'aide sociale aux personnes handicapées concerne en moyenne 7,8 personnes pour 1 000 habitants sur le territoire national⁵. Les personnes handicapées bénéficiaires de l'aide sociale se répartissent de façon très inégale : de 3,0 ‰ à 15,5 ‰ selon les départements en 2016 (carte 1). Les départements aux taux les plus faibles sont des départements franciliens et la Guyane.

En matière de dépenses moyennes par bénéficiaire, les disparités sont également marquées : de 9 000 à 25 000 euros en 2016 (carte 2). Près de la moitié des départements consacrent moins de 15 000 euros par an à leurs bénéficiaires et ils sont 15 à leur attribuer plus de 19 000 euros.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces disparités :

- des prévalences du handicap variables selon les territoires ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;
- le nombre de places d'hébergement, très divers selon les départements ;
- la montée en charge de la PCH, qui n'est pas encore achevée et qui peut être plus avancée dans certains départements que dans d'autres (voir fiche 18) ;

Carte 1 Proportion de bénéficiaires d'une aide sociale départementale aux personnes handicapées dans la population, au 31 décembre 2016



Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2016, la proportion de personnes handicapées bénéficiaires d'une aide sociale départementale est de 7,8 pour 1 000 habitants.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

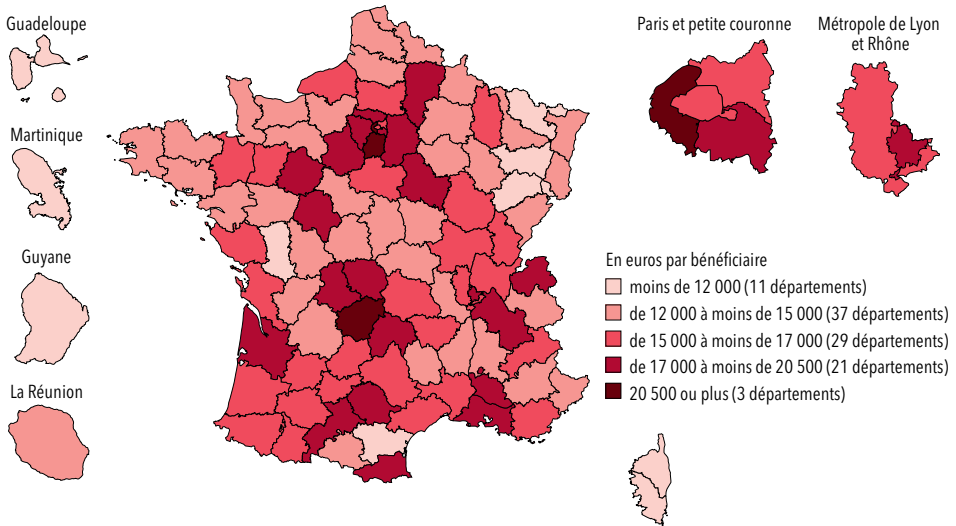
5. Ce qui ne veut pas dire que 7,8 personnes pour 1 000 sont en situation de handicap ; il s'agit ici d'une mesure administrative, qui ne concerne que les personnes handicapées qui font la demande d'une aide et dont le dossier a été accepté.

- la substitution de l'APA à la PCH ou l'ACTP aux âges « avancés » peut être plus ou moins prononcée selon le territoire ;
- des différences dans la répartition par âge de la population : les départements les plus « vieillissants » étant ceux pour lesquels plus de personnes

substituent l'APA à la PCH, même si cette substitution est certainement marginale ;

- le contexte économique local et son évolution, notamment pour le recours à l'ASH : plus les personnes sont modestes, plus elles peuvent prétendre à l'aide sociale. ■

Carte 2 Dépenses moyennes brutes d'aide sociale départementale aux personnes handicapées par bénéficiaire en 2016



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 2016, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes handicapées s'élève à 15 831 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires détaillées, nationales et départementales, sont disponibles sur l'espace Data.Drees : www.data.drees.sante.gouv.fr

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

> **CNSA** (2017, juillet). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2017.

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

Fin 2016, 349 000 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 2,3 milliards d'euros. La montée en charge de la PCH n'est toujours pas achevée : entre 2015 et 2016, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 5 %, et les dépenses de 6 %. Les différences départementales de taux de bénéficiaires et de dépenses relatives sont marquées.

Introduite en 2006, la prestation de compensation du handicap (PCH) a vocation à remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), principal dispositif d'aide humaine pour les personnes handicapées délivré par les départements. 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 ont la possibilité de conserver leurs droits à cette allocation ou d'opter pour la PCH, ce choix étant, dans ce dernier cas, définitif.

Une montée en charge de la PCH pas encore achevée

En raison notamment de l'élargissement des conditions d'attribution de la PCH par rapport à l'ACTP (voir fiche 15), le recours à la PCH connaît une forte croissance, même au cours des années récentes. La montée en charge de la prestation n'est donc pas achevée en 2016. Le nombre de bénéficiaires de la PCH (*encadré 1*) dépasse celui de l'ACTP à la fin de l'année 2009, pour atteindre 120 000 (*tableau 1*). En 2016, il s'établit à 284 000, avec une augmentation de 5 % depuis 2015, et de 54 % en cinq ans. Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue encore de 5 % et atteint

65 000 personnes en 2016. Au total, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH a été multiplié par 2 depuis 2007, passant de 160 000 en 2007 à 349 000 en 2016.

Parallèlement au nombre de mesures, les dépenses brutes de PCH et d'ACTP progressent de 4,1 % entre 2015 et 2016 en euros constants¹ (*graphique 1*) pour s'établir à 2,3 milliards d'euros en 2016. La baisse de l'ACTP de 19 millions d'euros (-4,3 %) est plus que compensée par la hausse de la PCH (+108 millions d'euros, soit +6,2 %).

Les dépenses moyennes de PCH et d'ACTP par bénéficiaire suivent des trajectoires différentes

Rapportées aux nombres de bénéficiaires, les trajectoires des dépenses d'ACTP et de PCH sont différentes (*graphique 2*) : la PCH a été associée au début de sa mise en œuvre à une forte dépense par bénéficiaire (13 000 euros en 2007), avant de baisser rapidement. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution : d'une part, les coûts de mise en place de la prestation peuvent être très importants pour diminuer ensuite avec les gains de gestion ; d'autre part, la prestation a probablement d'abord bénéficié aux personnes les plus lourdement handicapées nécessitant une aide humaine² 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

1. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2016, cet indice a augmenté de 0,21 % en moyenne annuelle.

2. L'aide humaine consiste principalement en la prise en charge des actes essentiels de la vie courante (entretien personnel, déplacements et besoins éducatifs des enfants), et de la surveillance régulière. Elle peut être utilisée pour rémunérer un service d'aide à domicile ou dédommager un aidant familial.

dépense moyenne d'ACTP par bénéficiaire diminue entre 2006 et 2008, en euros constants. Enfin, la PCH permet de prendre en charge des aides techniques³ ainsi que l'aménagement du logement, entraînant des

dépenses qui peuvent être élevées (même si elles sont plafonnées) et pouvant dépasser celles de l'ACTP. Ces aides techniques sont par ailleurs cumulables avec de l'aide humaine dans le cadre de la PCH.

Tableau 1 Évolution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH au 31 décembre, de 2000 à 2016

Année	Bénéficiaires ACTP	Bénéficiaires PCH	Total	Part de la PCH dans le total (en %)	Évolution annuelle ACTP (en %)	Évolution annuelle PCH (en %)	Évolution annuelle PCH + ACTP (en %)
2000	141 820	-	141 820	-	-	-	-
2001	129 340	-	129 340	-	-9	-	-9
2002	126 710	-	126 710	-	-2	-	-2
2003	128 270	-	128 270	-	+1	-	+1
2004	132 860	-	132 860	-	+4	-	+4
2005	136 520	-	136 520	-	+3	-	+3
2006	131 160	-	131 160	-	-4	-	-4
2007	119 520	40 230	159 750	25	-9	-	+22
2008	109 960	80 180	190 140	42	-8	+99	+19
2009	99 760	120 070	219 830	55	-9	+50	+16
2010	91 590	154 470	246 060	63	-8	+29	+12
2011	87 120	184 890	272 010	68	-5	+20	+11
2012	81 560	208 770	290 330	72	-6	+13	+7
2013	76 400	230 520	306 920	75	-6	+10	+6
2014	72 420	251 060	323 490	78	-5	+9	+5
2015	68 570	271 030	339 600	80	-5	+8	+5
2016	65 100	284 090	349 190	81	-5	+5	+3

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

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale.

Encadré 1 Bénéficiaires, droits ouverts et personnes payées

Les bénéficiaires de la PCH sont les personnes ayant des droits ouverts à cette prestation à une date donnée (au 31 décembre dans les enquêtes de la DREES). Les bénéficiaires payés au titre de la PCH sont les personnes ayant reçu un paiement du conseil départemental pour au moins un élément de la prestation, au cours d'une période donnée (au titre du mois de décembre dans l'enquête Aide sociale de la DREES).

Ces différences ne sont pas neutres du point de vue du dénombrement : ainsi, une personne ayant des droits ouverts à la PCH n'est pas forcément payée mensuellement, par exemple dans le cas d'aides techniques ou d'aménagements du véhicule ou du logement, pour lesquels les sommes peuvent être versées ponctuellement. Cet écart se retrouve moins fréquemment pour l'aide à domicile, les factures des services prestataires étant régulièrement établies. Concrètement, 72 % des bénéficiaires au 31 décembre 2016 ont été payés au titre du mois de décembre 2016. La dépense moyenne par bénéficiaire payé est alors d'environ 9 200 euros en 2016.

3. 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.

La baisse tendancielle de la dépense moyenne de PCH par bénéficiaire est durable mais s'atténue avec le temps. Pour la première fois entre 2015 et 2016, cette dépense est presque stable. La dépense totale de PCH augmente donc au même rythme que le nombre moyen de bénéficiaires (+6,2 % en un an, en euros constants). Parallèlement, la dépense moyenne d'ACTP par bénéficiaire croît légèrement à partir de 2009 (+0,7 % en moyenne annuelle en euros constants). Dans l'hypothèse où les bénéficiaires souffrant des handicaps les plus lourds ont déjà opté pour la PCH, ceux qui souhaitent encore conserver l'ACTP sont probablement ceux pour lesquels la PCH n'offre pas une meilleure prise en charge. Ils reçoivent donc *a fortiori* une aide relativement élevée par rapport à la moyenne observée jusqu'alors pour l'ACTP. En complément, pour les nouveaux bénéficiaires d'une aide humaine, seule la PCH est attribuable, y compris pour ceux qui ont des besoins moindres. 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 l'augmentation de la dépense moyenne d'ACTP par bénéficiaire⁴.

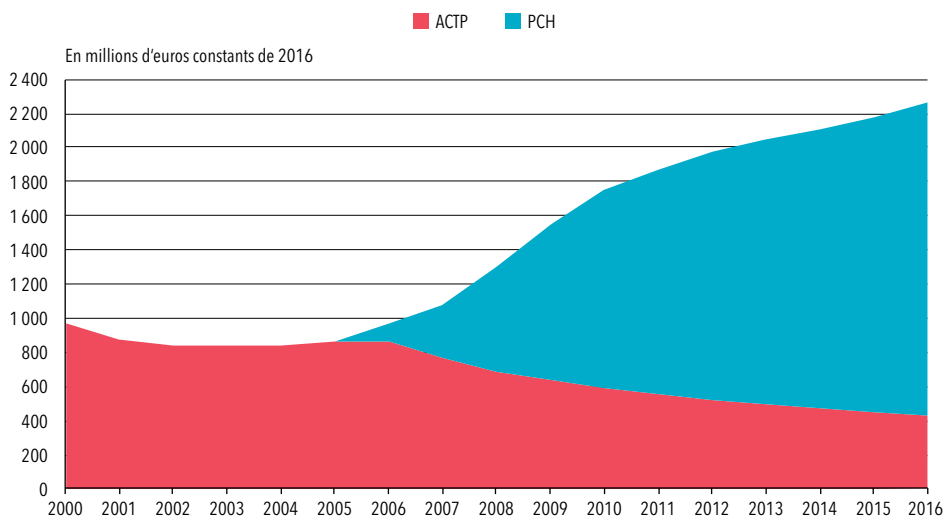
Au total, les dépenses par bénéficiaire de la PCH et de l'ACTP convergent. La dépense globale par bénéficiaire avait fortement augmenté avec la création de la PCH, et était en diminution depuis 2010. En 2016, elle s'établit à 6 575 euros par an.

Des différences départementales de prévalence des prestations marquées

En 2016 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) ;

Graphique 1 Évolution des dépenses brutes d'ACTP et de PCH entre 2000 et 2016



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale.

4. 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 condition d'assistance d'une tierce personne. Entre 1999 et 2016, la MTP a augmenté de 1,34 % en euros constants.

- 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 vieilles 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). Tandis que la dépense moyenne est inférieure à 4 900 euros dans 18 % des départements, elle est supérieure à 7 600 euros dans 17 % des départements.

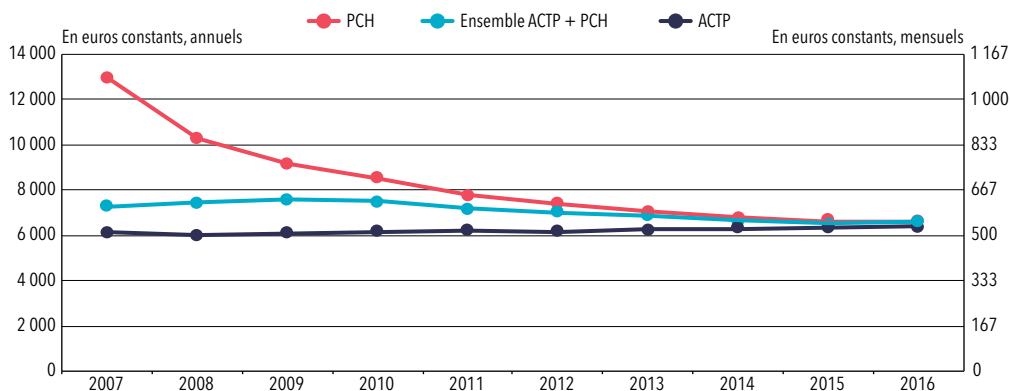
La PCH finance essentiellement l'aide humaine

La PCH est composée de cinq éléments (graphique 3). En 2016, 91,5 % des dépenses sont consacrées à l'aide

humaine, 4,0 % à l'aménagement du logement, du véhicule ou à des surcoûts liés au transport, 2,3 % à l'aide technique. Des dépenses spécifiques et exceptionnelles complètent ces dépenses à hauteur de 2,1 %. L'aide animale (frais relatifs aux chiens guides d'aveugle et aux chiens d'assistance) ne représente que 0,03 % de ces dépenses.

Parmi les bénéficiaires de la PCH payés au titre d'une aide humaine apportée au mois de décembre, une majorité recourt à des aidants familiaux (52 % des bénéficiaires payés⁵). Ils peuvent également faire intervenir des services prestataires (26 % des bénéficiaires payés). Plus rares sont ceux qui réalisent des emplois directs (10 %) ou font appel à des services mandataires (1 %). Par ailleurs, 21 % des bénéficiaires payés le sont au titre d'une aide entrant dans le cadre d'un forfait surdité ou cécité.

Graphique 2 Évolution des dépenses annuelles moyennes d'ACTP et de PCH par bénéficiaire entre 2007 et 2016

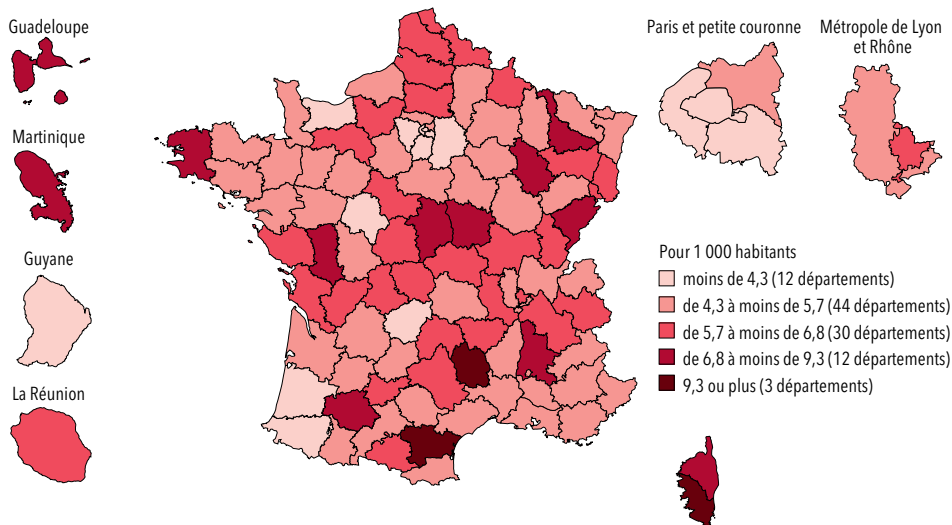


Note > La dépense annuelle moyenne est calculée en rapportant les dépenses brutes à la demi-somme du nombre de bénéficiaires en décembre de l'année et de celui de l'année précédente.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2007 à 2016.

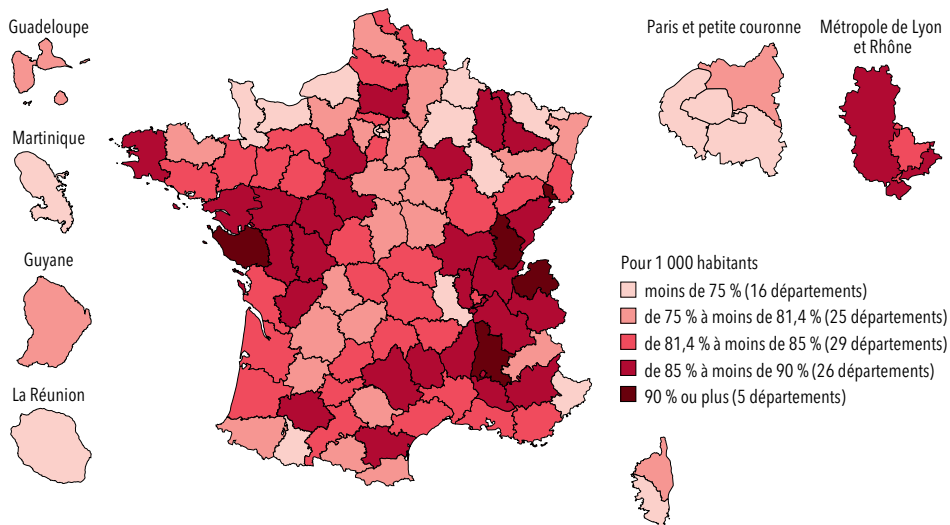
5. La somme n'est pas égale à 100 % car un même bénéficiaire peut recourir à différents types d'intervenants. Les données détaillées sont diffusées sur l'espace Data.Drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, dans la rubrique « Personnes âgées, handicap et dépendance », sous-rubrique « La prestation de compensation du handicap (PCH) ».

Carte 1 Taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP, au 31 décembre 2016

Note > Au niveau national, au 31 décembre 2016, le taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est de 5 pour 1 000 habitants.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017) ; ISD n°HA06.

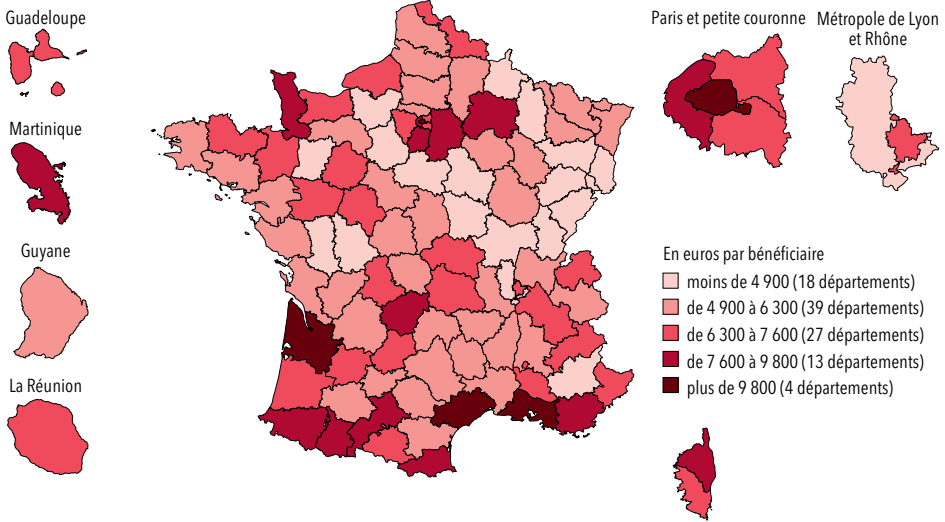
Carte 2 Proportion de bénéficiaires de la PCH parmi les bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP, au 31 décembre 2016

Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2016, la proportion de bénéficiaires de la PCH dans le total des bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est de 81,4 %.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016.

Carte 3 Dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP moyennes par bénéficiaire en 2016



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

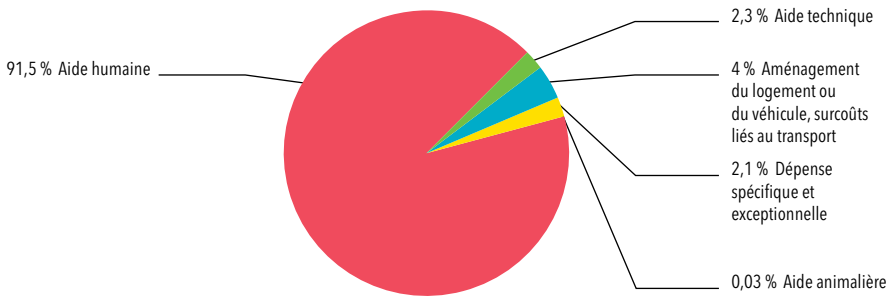
Pour le calcul de la dépense moyenne par bénéficiaire, le total des dépenses brutes sur l'année est rapporté à la demi-somme du nombre de bénéficiaires en décembre de l'année et de celui de l'année précédente.

Lecture > Au niveau national, la dépense de PCH et d'ACTP est de 6 575 euros par bénéficiaire en 2016.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016, ISD n°FI06.

Graphique 3 Répartition des dépenses de PCH par type d'aide, en 2016



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016.

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

La PCH des moins de 20 ans ou PCH « enfant » concerne 7 % des bénéficiaires de la PCH⁶, soit 1 bénéficiaire pour 1 000 personnes de moins de 20 ans en France. Elle s'élève à 202 millions

d'euros en 2016, soit 11,0 % de la dépense totale de PCH des conseils départementaux. La dépense annuelle par bénéficiaire est en moyenne de 10 300 euros pour les moins de 20 ans, soit 62,0 % de plus que la dépense moyenne des 20 ans ou plus. ■

Pour en savoir plus

- > **Dos Santos, S., Lo, S.** (2011, août). Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes. DREES, *Études et Résultats*, 772.
- > **Espagnacq, M.** (2012, octobre). Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap ayant des limitations fonctionnelles physiques. Profils, aides techniques et aménagements du logement. DREES, *Études et Résultats*, 819.
- > **Marquier, R.** (2016, juin). Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 2.

6. La répartition par âge et sexe des bénéficiaires de la PCH est présentée dans la fiche 17.

En France, fin 2016, 148 000 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement ou chez des particuliers. Cela représente une dépense annuelle de 5,1 milliards d'euros. Le nombre de bénéficiaires d'une aide à l'accueil et les dépenses associées ont fortement augmenté depuis 2000.

Les personnes ne pouvant rester en continu à leur domicile en raison de leur handicap peuvent être hébergées chez des particuliers ou dans des établissements médico-sociaux (voir fiche 20), qui proposent également des accueils de jour. Pour financer ces accueils, les personnes concernées peuvent bénéficier, si leurs ressources personnelles ne sont pas suffisantes, d'une aide sociale procurée par les départements (voir fiche 15). Afin de pouvoir rapprocher nombre d'aides et dépenses, les « aides à l'accueil » ne comprennent pas ici l'aide compensatrice tierce personne (ACTP) en établissement, ni l'accompagnement en service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou en service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH), ni l'hébergement de jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés. Avec cette définition restreinte, les aides sociales à l'accueil représentent 29 % des aides octroyées aux personnes handicapées fin 2016.

Une croissance très forte du nombre de bénéficiaires d'aides à l'accueil

Le nombre de personnes handicapées accueillies en établissement ou par des particuliers et bénéficiant à ce titre d'une aide augmente régulièrement. En dix ans, il est passé de 110 000 à 148 000 bénéficiaires environ, soit une augmentation de 34 % (*graphique 1*). Cette augmentation est bien plus importante que la croissance démographique. Fin 2016, 122 200 personnes perçoivent une aide sociale pour un hébergement en établissement, soit 82 % des bénéficiaires d'une aide à l'accueil, hors ACTP en établissement. De plus, 19 700 personnes

handicapées perçoivent une aide pour un accueil de jour en établissement. Enfin, une minorité de prestations concernent un accueil par des particuliers : 6 400 personnes fin 2016.

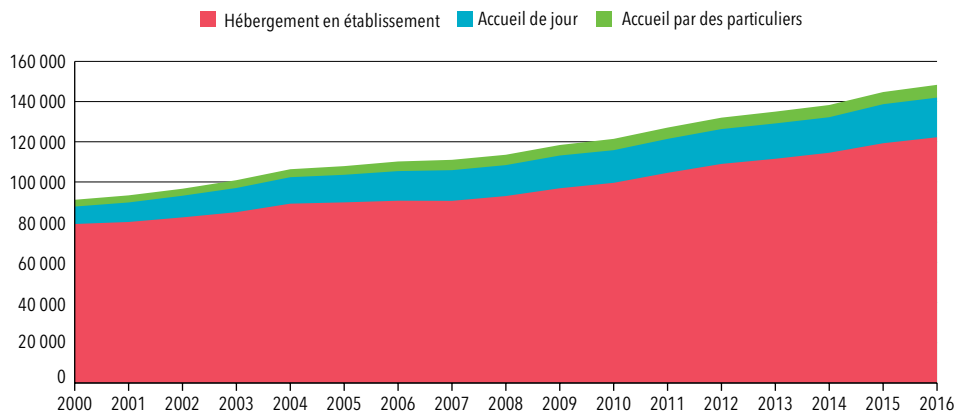
Parmi les personnes bénéficiant d'une aide pour un hébergement en établissement fin 2016, 30 % vivent en foyer d'hébergement (36 900 personnes pour 39 200 places¹), 36 % en foyer de vie (44 300 personnes pour 50 000 places), 21 % en foyer d'accueil médicalisé (25 600 personnes pour 28 900 places) et 13 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et maisons de retraite) ou en unité de soins de longue durée (15 500 personnes).

Une baisse de la dépense moyenne par bénéficiaire

Les dépenses brutes d'aide à l'accueil, comprenant l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers, s'établissent à 5,1 milliards d'euros en 2016. Depuis 2000, ces dépenses d'accueil ont progressé de 84,2 % en euros constants (*graphique 2*). Elles ont évolué à un rythme annuel moyen de 4,9 % en euros constants entre 2000 et 2009, suivi d'une phase de progression moins soutenue depuis (+2,5 % en moyenne annuelle). Par ailleurs, d'autres dépenses d'aide à l'accueil sont assumées par les départements et s'élèvent à 497 millions d'euros en 2016. Elles concernent l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), l'aide à l'accompagnement en SAVS et SAMSAH et d'autres dépenses d'accueil non ventilées par ailleurs.

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

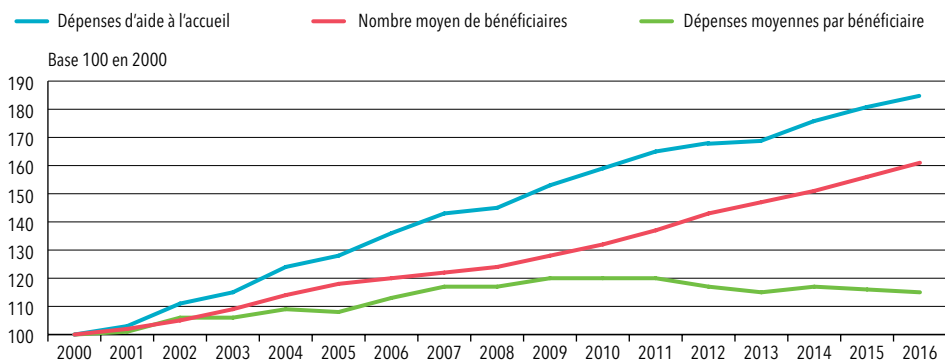
Graphique 1 Nombre de bénéficiaires d'une aide sociale à l'accueil au 31 décembre, de 2000 à 2016



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2000 à 2016.

Graphique 2 Évolution des dépenses et des bénéficiaires de l'aide sociale à l'accueil des personnes handicapées, de 2000 à 2016



Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2016. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année n au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre $n-1$ et des bénéficiaires au 31 décembre n . Les dépenses brutes d'aides à l'accueil comprennent celles liées à l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers. Les dépenses liées à l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), à l'aide à l'accompagnement en SAVS et SAMSAH et aux autres dépenses d'accueil ne sont pas prises en compte ici.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2000 à 2016.

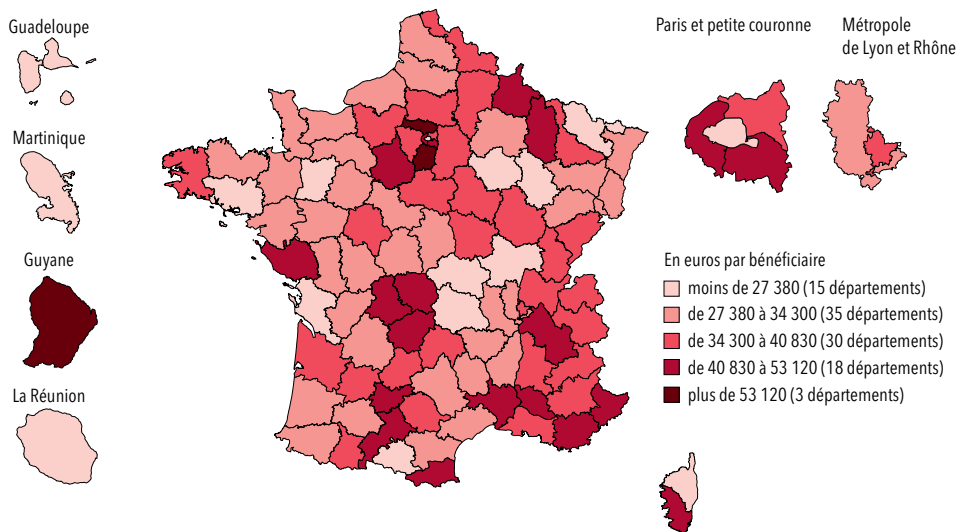
Elles sont exclues ici afin de pouvoir rapprocher la dépense du nombre de bénéficiaires.

En 2016, la dépense moyenne d'aide sociale à l'accueil est de 34 645 euros par bénéficiaire. Entre 2000 et 2010, l'évolution de la dépense moyenne par bénéficiaire a suivi, à un rythme cependant moindre, celle des dépenses totales d'aide à l'accueil. Elle est passée de 30 365 euros par an en 2000 à 36 568 euros par an en 2010, son niveau le plus élevé (+20,4 %). Depuis, la tendance est plutôt à la baisse (-5,3 % entre 2010 et 2016).

La dépense moyenne par bénéficiaire varie très fortement d'un département à l'autre : d'environ 14 000 à 66 000 euros en 2016 (carte 1). La

moitié des départements consacrent moins de 34 300 euros par an à leurs bénéficiaires alors qu'ils sont 21 à leur attribuer plus de 40 800 euros. Ces écarts sont à nuancer en raison des différences départementales de gestion de l'aide sociale à l'hébergement : les dépenses brutes d'aide à l'accueil peuvent inclure ou non des avances faites par le département aux bénéficiaires. Toutefois cela ne suffit pas à expliquer l'ensemble des disparités. D'autres facteurs explicatifs peuvent être avancés : les différences de structure démographique (population plus ou moins âgée notamment) et économique des territoires, ou encore la variation du coût à la place. ■

Carte 1 Dépenses annuelles brutes d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire en 2016



Note > Les départements ont été classés selon leurs dépenses annuelles brutes d'aide à l'accueil (hébergement et accueil de jour en établissement et accueil par des particuliers) par bénéficiaire en 2016, selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe). La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n-1* et des bénéficiaires au 31 décembre *n*.

Lecture > Au niveau national, la dépense moyenne par bénéficiaire et par an est de 34 645 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; ISD n°FI10.

Au 31 décembre 2014, la capacité d'accueil ou d'accompagnement d'adultes ou d'enfants handicapés dans des structures médico-sociales est de 489 200 places. Cette offre a augmenté de 5,6 % depuis 2010, l'évolution étant davantage portée par le développement des services que par celui des établissements. Les personnes accueillies sont plus souvent des hommes et les âges extrêmes de la vie sont peu représentés.

Les personnes en situation de handicap peuvent être orientées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de leur département vers un établissement ou un service médico-social, selon la forme d'accueil ou d'accompagnement préconisée.

Près de 500 000 places d'accueil proposées dans plus de 11 000 établissements et services

Au 31 décembre 2014, 11 250 établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées proposent 489 200 places, dont 67 % sont dédiées à l'accueil d'adultes et 33 % à celui d'enfants (*tableau 1*). Alors qu'un établissement a vocation à accueillir ou héberger, les services accompagnent les personnes sur leurs lieux de vie (domicile, lieux scolaires, loisirs, etc.). L'offre de places est plus importante dans les premiers que dans les seconds. Ainsi, près de 80 % des places installées le sont en établissement. C'est encore davantage le cas pour les adultes que pour les enfants : 85 % des places pour adultes sont en établissement contre 68 % au sein des structures pour enfants. Entre 2010 et 2014, le nombre de places a augmenté à peine plus vite que la population totale (+5,6 %). L'offre s'est davantage développée dans les services (+15,2 % dans les services pour enfants et +10,2 % dans les services pour adultes) que dans les établissements (+0,4 % pour les enfants et +5,4 % pour les adultes). En particulier, l'évolution de l'offre

d'accompagnement des enfants est portée presque exclusivement par les services.

Les 334 700 adultes handicapés accueillis dans des établissements ou accompagnés par des services¹ sont principalement en foyer (144 100 personnes) ou en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) avec 122 600 personnes (*encadré 1*). Parmi les 158 200 enfants accompagnés par des structures médico-sociales, 70 000 le sont au sein d'instituts médico-éducatifs (IME) et 51 000 par des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Dans les établissements pour enfants, l'accueil de jour sans hébergement est une modalité d'accueil plus fréquente que dans les établissements pour adultes : 61 % des capacités d'accueil contre 47 % (*graphique 1*). Pour les adultes, le mode d'accueil des établissements est très lié à la fonction de l'établissement : 91 % des places en ESAT sont proposées en accueil de jour sans hébergement contre 13 % des places en foyers.

Fin 2014, le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places offertes, est stable pour l'ensemble des structures par rapport à 2010. Le taux d'encadrement est inférieur à 0,3 ETP par place dans les services pour adultes et pour enfants et dans les établissements et service d'aide par le travail (ESAT) et supérieur à 1 ETP par place dans les structures pour enfants polyhandicapés, dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et dans les foyers d'accueil médicalisés (FAM).

1. Cet effectif est supérieur au nombre d'adultes effectivement accueillis ou accompagnés, car il contient des doubles comptes. Un même adulte handicapé peut en effet occuper simultanément deux places, par exemple dans un établissement ou un service d'aide par le travail en journée et dans un foyer d'hébergement la nuit. Pour les enfants, la prise en charge simultanée dans deux établissements est en revanche beaucoup plus rare.

Tableau 1 Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnel au 31 décembre 2014

	Situation au 31 décembre 2014					Évolution entre 2010 et 2014 (en %)		
	Nombre de structures	Nombre de places	Nombre de personnes accueillies ou accompagnées	Personnel en équivalent temps plein (ETP)	Taux d'encadrement (ETP par place, en %)	Nombre de structures	Nombre de places	Personnel en équivalent temps plein (ETP)
Ensemble des structures	11 250	489 230	493 000	245 830	50,2	6,1	5,6	6,0
Établissements pour enfants, dont :	2 190	107 310	107 200	77 490	72,2	3,5	0,4	-1,0
IME	1 220	69 230	70 000	44 790	64,7	0,4	-0,5	-1,2
ITEP	410	15 560	15 200	12 800	82,3	8,1	3,8	2,0
Établissements pour enfants polyhandicapés	200	5 650	5 700	6 520	115,3	2,0	0,2	-2,4
IEM	140	7 390	7 100	6 450	87,3	2,2	-1,6	-6,7
Établissements pour jeunes déficients sensoriels ¹	120	7 580	7 200	5 450	72,0	-0,8	-2,7	-5,8
Services pour enfants²	1 570	50 160	51 000	13 950	27,8	8,1	15,2	12,3
Établissements pour adultes, dont :	6 250	281 650	281 900	147 080	52,2	5,8	5,4	9,4
ESAT	1 420	119 360	122 600	25 490	21,4	-1,7	2,9	2,8
Centres de formation et d'orientation professionnelle ³	150	10 970	8 900	3 830	34,9	14,5	-0,4	0,3
Foyers ⁴	4 480	146 610	144 100	116 530	79,5	8,0	8,3	11,6
Services pour adultes⁵	1 240	50 100	52 800	7 310	14,6	10,4	10,2	8,6

IME : institut médico-éducatif.

ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.

IEM : institut d'éducation motrice.

ESAT : établissement et service d'aide par le travail.

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

2. Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

3. Centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS).

4. Foyers occupationnels et foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalent, maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM).

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

Note > Le nombre de personnes accueillies ou accompagnées comporte des doubles comptes, car un même adulte handicapé peut occuper simultanément deux places, l'une en journée et l'autre sur son lieu d'hébergement.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2014.

Encadré 1 Les structures dédiées à l'accueil ou l'accompagnement des enfants et adultes handicapés

Les établissements pour enfants et adolescents handicapés

- > Les **instituts médico-éducatifs** (IME) s'adressent aux enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle et proposent une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée.
- > Les **instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques** (ITEP) accueillent des enfants présentant des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle. Leur objectif est de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté.
- > Les enfants polyhandicapés, présentant un handicap grave à expressions multiples associant déficiences motrices et déficiences mentales qui entraînent une restriction de leur autonomie, nécessitent une assistance constante pour les actes de la vie quotidienne. Ils sont accueillis et suivis par les **établissements pour enfants polyhandicapés**.
- > Les **établissements pour jeunes déficients sensoriels** accompagnent des enfants présentant une déficience auditive ou visuelle incompatible avec des conditions de vie et de scolarité dans un établissement d'enseignement ordinaire ou adapté. Cet établissement leur assure par conséquent les soins et l'éducation spécialisée.
- > L'enquête interroge également les **jardins d'enfants spécialisés**, les **établissements d'accueil temporaire** ainsi que les **établissements expérimentaux** pour les enfants handicapés.
- > Les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile** (SESSAD) interviennent au sein des différents lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Ils apportent un soutien éducatif et thérapeutique individualisé.

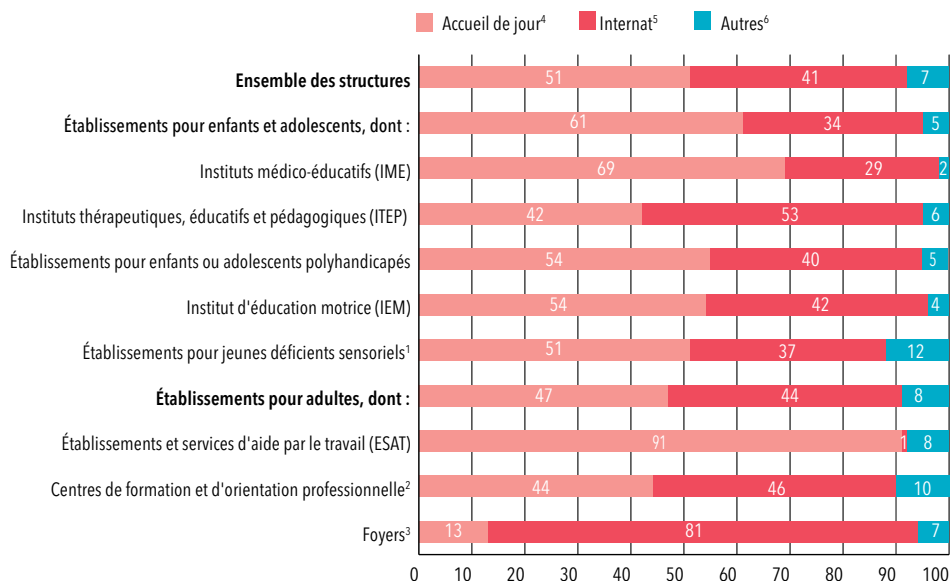
Les établissements de travail protégé et de formation professionnelle

- > Les **établissements et services d'aide par le travail** (ESAT) offrent des activités productives et une prise en charge médico-sociale aux adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide.
- > Les **centres de pré-orientation** (CPO) et les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) proposent une évaluation des capacités des travailleurs handicapés et proposent un accompagnement à l'élaboration d'un projet professionnel.
- > Les **centres de rééducation professionnelle** (CRP) ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale des travailleurs handicapés et de leur assurer une formation qualifiante.

Les établissements centrés sur l'hébergement des adultes handicapés

- > Les **foyers d'hébergement** ont pour principal but d'héberger des travailleurs handicapés en provenance d'ESAT, d'entreprises adaptées ou encore du milieu ordinaire.
- > Les **foyers occupationnels ou foyers de vie** sont destinés à des personnes handicapées ne pouvant pas travailler mais qui ont une certaine autonomie physique ou intellectuelle.
- > Les **maisons d'accueil spécialisées** (MAS) accueillent des adultes handicapés nécessitant une surveillance médicale et des soins constants, notamment avec la poursuite de traitements et de rééducation d'entretien.
- > Les **foyers d'accueil médicalisés** (FAM) ont pour vocation d'accueillir des personnes lourdement handicapées voire des polyhandicapés, qui ne peuvent exercer une activité professionnelle.
- > Les **foyers d'accueil polyvalent** ont été créés en 2005 pour répertorier les foyers d'hébergement qui proposent à la fois de l'internat, des activités occupationnelles et de la prise en charge médicalisée.
- > Des **établissements d'accueil temporaire** ainsi que des **établissements expérimentaux** accueillent également des adultes handicapés.
- > Les services d'accompagnement comprennent les **services d'accompagnement à la vie sociale** (SAVS) et les **services d'accompagnement médico-social** (SAMSAH). Ils concourent au maintien à domicile des personnes handicapées et à la préservation de leur autonomie et de leurs activités sociales.

Graphique 1 Nombre de places selon le mode d'accueil et le type d'établissement, au 31 décembre 2014



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

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

3. Foyers occupationnels et foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalent, maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM).

4. Accueil de jour/externat (sans hébergement).

5. Internat (complet, de semaine, etc.).

6. Dont hébergement éclaté, accueil familial, accueil temporaire, prestation sur le lieu de vie, etc.

Champ > Établissements pour personnes handicapées, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2014.

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

Les personnes accueillies dans les structures pour adultes ou enfants handicapés se distinguent de l'ensemble de la population par une plus forte proportion d'hommes (65 % des enfants et 59 % des adultes) [graphique 2]. Cette surreprésentation est particulièrement marquée entre 8 et 20 ans.

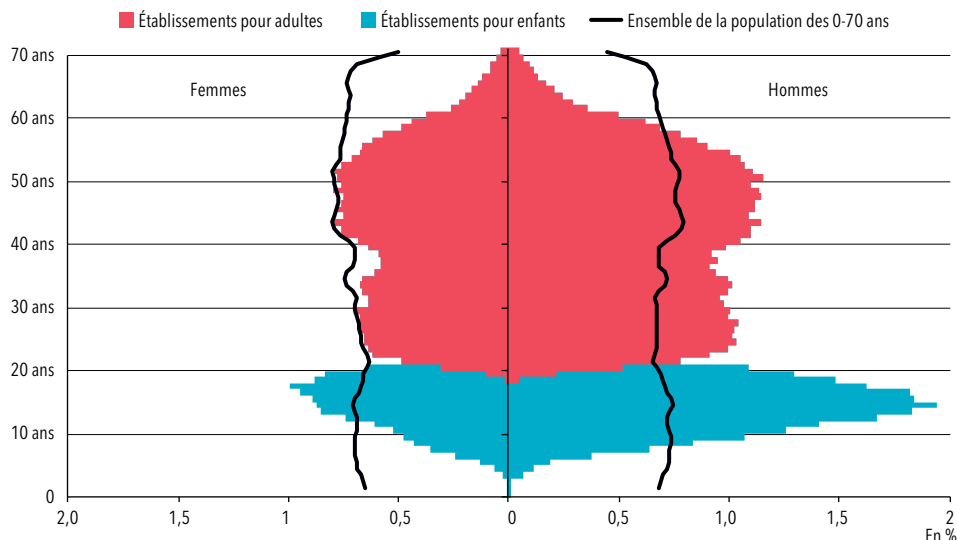
La pyramide des âges des personnes accueillies en ESMS est très concentrée sur les âges intermédiaires de la vie, et les âges extrêmes sont très peu représentés. Les jeunes enfants, d'âge préscolaire, sont en effet pris en charge par leur famille ou par des modes d'accueil non spécifiques aux enfants

handicapés. Très peu d'enfants de moins de 6 ans sont donc accueillis en établissements médico-sociaux. Ils représentent 1 % des personnes accueillies, contre 4 % de l'ensemble de la population des 0-70 ans. À l'autre extrême de la pyramide des âges, les plus de 60 ans sont proportionnellement moins nombreux dans les établissements médico-sociaux. Une partie d'entre eux est accueillie dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Le lien entre déficience principale et type d'établissement plus fort pour les enfants que pour les adultes

Les établissements et services médico-sociaux sont pour la plupart organisés en fonction du

Graphique 2 Pyramide des âges des personnes accueillies en établissements pour adultes et enfants, au 31 décembre 2014



Note > Le total établissements pour adultes est calculé hors foyers d'hébergement pour limiter le nombre de personnes accueillies comptées deux fois. La quasi totalité des personnes accueillies en foyer d'hébergement sont en parallèle accueillies par un ESAT, un foyer occupationnel/de vie ou d'accueil polyvalent. Les doubles comptes entre établissements pour enfants sont négligeables.

Lecture > Au 31 décembre 2014, les garçons de 10 ans représentent 1,3 % des personnes accueillies dans une structure pour adultes ou enfants handicapés.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > DREES, Enquête ES-Handicap 2014 ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2015.

type de handicap présenté par leurs bénéficiaires. Beaucoup de structures disposent ainsi d'un agrément pour accueillir une catégorie particulière de personnes, même si certaines peuvent avoir des agréments plus larges. Aussi, le lien entre déficience principale et type d'établissement est fort, et ce davantage pour les enfants que pour les adultes (*tableau 2*).

La majorité des personnes accueillies au sein des ESAT, des foyers occupationnels, des foyers d'hébergement ou encore des foyers d'accueil polyvalent ont une déficience intellectuelle ou des troubles du psychisme. D'autres établissements accueillent majoritairement des personnes ayant une déficience principale motrice, comme les centres de rééducation professionnelle (CRP) ou les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation (UEROS).

Les personnes accompagnées par des services

Les services destinés aux adultes (SAVS/SAMSAH) accompagnent principalement des personnes en âge de travailler : les effectifs de personnes accompagnées croissent jusqu'à l'âge de 40 ans, et les classes d'âges les plus représentées sont celles de 40 à 55 ans (*tableau 3*). Après 55 ans, leur nombre diminue fortement. Les services pour adultes handicapés accompagnent massivement des personnes qui travaillent en milieu protégé (ESAT : 38 %), ou qui n'ont pas d'activité professionnelle ni d'accueil en journée (40 %).

La plupart des enfants accompagnés par les SESSAD ont entre 8 et 14 ans inclus (*tableau 4*). Il y a moins d'enfants accompagnés par ce type de structure après 14 ans. La part des enfants non scolarisés est

Tableau 2 Répartition des personnes accueillies ou accompagnées par déficience principale selon le type de structure, au 31 décembre 2014

Type de structure / Déficience principale (en %)	Déficiences intellectuelles	Troubles du psychisme	Déficiences sensorielles	Déficiences motrices	Polyhandicap	Autres	Total	Effectifs
Adultes								
Ensemble des établissements pour adultes (hors foyer d'hébergement)	60	21	2	7	4	6	100	244 700
ESAT	69	23	2	3	< 1	4	100	122 600
CRP ou UEROS	2	10	10	42	1	36	100	8 900
Foyer occupationnel/ de vie/d'accueil polyvalent	71	19	2	5	1	3	100	53 800
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	74	19	1	3	< 1	3	100	37 200
MAS	41	13	1	10	27	7	100	27 200
FAM	47	24	3	13	7	6	100	25 800
Autres	42	32	1	11	1	14	100	6 400
SAVS/SAMSAH	43	28	6	14	< 1	8	100	52 800
Enfants								
Ensemble des établissements pour enfants et adolescents	52	26	8	5	6	3	100	107 200
IME	76	18	< 1	< 1	2	3	100	70 000
ITEP	3	94	< 1	< 1	< 1	3	100	15 200
Établissement pour jeunes déficients sensoriels	1	1	77	2	< 1	18	100	7 100
IEM	5	3	1	72	9	11	100	7 000
Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés	15	6	1	4	70	4	100	5 700
Autres types d'établissements	44	24	8	2	8	14	100	2 200
SESSAD	34	24	18	11	2	12	100	51 000

Note > Voir *tableau 1* pour les acronymes. Les « autres types d'établissements » regroupent, chez les enfants, les établissements d'accueil temporaire, les jardins d'enfants spécialisés et les établissements expérimentaux. S'agissant des adultes, cette catégorie regroupe les établissements expérimentaux et les établissements d'accueil temporaire.

Le nombre de personnes accueillies ou accompagnées comporte des doubles comptes, car un même adulte handicapé peut occuper simultanément deux places, l'une en journée et l'autre sur son lieu d'hébergement.

Lecture > Au 31 décembre 2014, 69 % des adultes handicapés accueillis en ESAT ont pour déficience principale une déficience intellectuelle.

Champ > Personnes accueillies dans une structure pour enfants ou adultes handicapés, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2014.

relativement faible, notamment entre 4 et 16 ans, ce qui est conforme aux objectifs des SESSAD : accompagner les enfants pour qu'ils restent en milieu ordinaire et soient scolarisés. Le type de scolarisation évolue avec l'âge : la scolarisation en classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) augmente rapidement à partir de 6 ans et devient le type de scolarisation majoritaire de 10 à 11 ans.

Après 11 ans, ce type de scolarisation s'efface au profit d'une scolarisation en unité localisée pour l'intégration scolaire (ULIS) ou en section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), ce qui correspond au passage du primaire au collège. Cependant, la scolarisation dans un établissement scolaire à temps complet est elle aussi significative, dès 4 ans. ■

Tableau 3 Répartition des adultes accompagnés par un SAVS ou SAMSAH par âge selon l'activité ou l'accueil en journée, au 31 décembre 2014

	Répartition (en %)									Total	Effectifs
	Travail en ESAT à temps plein ou partiel	Travail dans une entreprise adaptée	Travail en milieu ordinaire	En formation ou en stage	Demandeur d'emploi en milieu ordinaire	Accueil en foyer occupationnel, foyer de vie ou accueil de jour	Accueil en MAS ou en FAM	Autre activité ou accueil en journée	Sans activité professionnelle ou accueil médico-social en journée		
18-24 ans	29	1	7	9	8	3	1	8	35	100	3 900
25-34 ans	44	3	6	2	4	2	1	6	31	100	10 400
35-44 ans	45	3	6	1	3	2	1	7	32	100	12 400
45-54 ans	42	3	5	0	2	3	1	7	38	100	14 700
55-70 ans	22	1	3	0	1	3	1	10	59	100	10 700
Ensemble	38	3	5	1	3	3	1	8	40	100	52 800

Lecture > 3 900 adultes de moins de 25 ans sont accompagnés par un SAVS ou un SAMSAH au 31 décembre 2014, dont 29 % travaillent en ESAT à temps plein ou partiel.

Champ > Adultes accompagnés par un SAVS ou un SAMSAH au 31 décembre 2014, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2014.

Tableau 4 Répartition des enfants accompagnés par un SESSAD par âge selon le type de scolarisation, au 31 décembre 2014

	Répartition (en %)								Effectifs	
	Non scolarisé	Établissement scolaire temps complet	Établissement scolaire temps partiel	Classe pour l'inclusion scolaire (CLIS)	Unité localisée pour l'intégration scolaire (ULIS)	Section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA)	Établissement régional d'enseignement adapté (EREA)	Autre		Total
Moins de 3 ans	81	6	3	4	3	2	0	1	100	900
3	30	28	26	4	1	1	0	9	100	900
4	10	47	30	3	1	0	0	9	100	1200
5	6	57	24	5	0	0	0	7	100	1600
6	3	65	14	11	0	0	0	7	100	2400
7	2	54	8	32	0	0	1	4	100	3200
8	2	45	5	44	0	0	0	3	100	3800
9	1	42	4	50	1	0	0	2	100	4200
10	1	39	3	53	1	0	0	3	100	4800
11	1	37	3	51	4	1	1	3	100	4900
12	1	32	3	9	34	17	2	3	100	4600
13	1	30	3	2	41	19	2	3	100	4300
14	1	30	2	1	41	20	2	4	100	4100
15	2	30	3	1	38	20	3	4	100	3300
16	5	43	4	1	25	5	4	13	100	2300
17	8	46	2	1	20	1	6	16	100	1800
18	17	41	3	1	18	1	3	17	100	1300
19-20 ans	26	35	4	1	10	0	3	21	100	1200
Ensemble	5	39	6	21	15	7	1	5	100	51000

Lecture > 4 800 enfants de 10 ans sont accompagnés par un SESSAD au 31 décembre 2014, dont 53 % scolarisés en CLIS.

Champ > Enfants accompagnés par un SESSAD au 31 décembre 2014, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2014.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires issues de l'enquête ES-Handicap sont disponibles sur l'espace Data.Drees : www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, enquête auprès des établissements et services pour adultes et enfants handicapés

> **Bergeron, T., Eideliman, J.-S.** (2018, juillet). Les personnes accueillies dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants ou adultes handicapés en 2014 - Résultats de l'enquête ES-Handicap 2014. Paris, France : DREES, *Les Dossiers de la Drees*, 28.

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

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 principalement confiée aux conseils départementaux, dont les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) sont chargés de trois grandes catégories de missions (art L. 221-1 du CASF), en partie 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 président du conseil départemental est chargé de la centralisation de toutes les informations préoccupantes relatives à la situation d'un mineur au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP). L'information transmise doit permettre l'évaluation de la situation du mineur, la mise en œuvre d'éventuelles actions de protection dont lui et sa famille

pourraient bénéficier, voire le signalement à l'autorité judiciaire. Ensuite, les services de l'ASE développent des missions à portée préventive auprès des mineurs et de leurs familles, soit individuelles, soit collectives (prévention spécialisée). Enfin, ils doivent pourvoir aux besoins des mineurs qui leur sont confiés, sur décision administrative ou judiciaire ou en tant que pupilles de l'État. À des fins de prévention individuelle et de protection, différentes prestations d'aide sociale à l'enfance sont précisément définies aux articles L. 222-1 à L. 222-7 du CASF.

Les aides à domicile

Lorsque la santé de l'enfant, sa sécurité, son entretien ou son éducation l'exigent, une aide à domicile peut être décidée. Elle vise à maintenir l'enfant dans son milieu habituel ou à faciliter le retour à domicile après une prise en charge en dehors du milieu familial. L'aide à domicile recouvre diverses actions telles que l'octroi d'aides financières, l'appui d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF), un accompagnement en économie sociale et familiale, ou l'intervention d'un service d'action éducative à domicile (*encadré 1*).

Les aides financières et l'accompagnement social et familial

Les départements peuvent verser des aides financières aux familles ne disposant pas de ressources suffisantes, sous forme d'allocations mensuelles ou de secours exceptionnels. Elles sont attribuées à un des parents ou à la personne qui assume la charge

Encadré 1 L'information statistique sur les aides à domicile

Le dénombrement statistique des aides financières, des interventions d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) et des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale est relativement difficile. En effet, les pratiques des départements sont particulièrement diverses dans ce domaine, rendant malaisée l'élaboration d'une définition et d'une unité de décompte homogènes (famille ou individu, urgence ou versements réguliers, non-enregistrement au niveau local de ces aides parfois ponctuelles...). Ces difficultés expliquent que, dans l'enquête Aide sociale de la DREES, les informations relatives à ces items ne sont pas fournies par un nombre significatif de départements. Cette situation rend impossible, à ce jour, la diffusion par la DREES de données statistiques consolidées.

effective de l'enfant et peuvent l'être sous condition de remboursement.

Les familles rencontrant des difficultés éducatives et sociales perturbant leur vie quotidienne peuvent bénéficier de l'action d'un TISF ou d'une aide ménagère. Elles consistent en un accompagnement des parents (ou des détenteurs de l'autorité parentale) dans leurs fonctions parentales, dans des domaines aussi divers que la santé, l'hygiène, l'alimentation, la sécurité, l'éducation, la scolarisation, les loisirs... Les interventions ont lieu majoritairement au domicile des familles, dans leur cadre de vie quotidien, et doivent leur permettre de retrouver leur autonomie.

Créées par la loi du 5 mars 2007¹, des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale peuvent être proposées aux familles. Elles ont pour but d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial 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 président du conseil départemental, à la demande ou en accord avec les parents. Elle apporte un soutien matériel et éducatif à la famille, lorsque les parents sont confrontés à d'importantes difficultés sur le plan éducatif. L'AED

doit permettre d'accompagner les familles, d'élaborer ou d'améliorer les liens entre parents et enfants et de favoriser l'insertion sociale des jeunes, notamment en soutenant le rapport aux institutions et en particulier à l'école. Elle conduit parfois à assurer une prise en charge partielle ou totale des mineurs, selon les besoins identifiés. Elle s'inscrit dans le cadre d'une relation formalisée avec les services de l'ASE, et repose sur une démarche concertée entre les parents, le service de l'ASE et le professionnel intervenant. L'AED est exercée par des éducateurs spécialisés ou des psychologues, appartenant aux services départementaux de l'ASE ou à un service public ou privé habilité. Comme les autres aides à domicile, elle peut également être mise en œuvre pour des jeunes majeurs de moins de 21 ans.

L'action éducative en milieu ouvert (AEMO) vise les mêmes objectifs que l'AED mais elle est décidée par le juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative (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 qui nécessite un accueil spécialisé peut être confié au service de l'ASE sur décision du président du conseil départemental, à la demande ou en accord avec la famille. Le service de l'ASE ou un service habilité accueille alors le mineur pendant 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

1. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

sont des accueils provisoires de mineurs. Les jeunes majeurs ou mineurs émancipés éprouvant des difficultés d'insertion sociale, faute de ressources ou de soutien familial suffisant, peuvent également bénéficier d'une prise en charge par le service de l'ASE, appelée accueil provisoire de jeune majeur. Enfin, les pupilles de l'État sont aussi confiés au service de l'ASE. L'ensemble de ces situations sont regroupées sous le terme de mesures administratives de placement. Plusieurs modes d'accueil des mineurs et des jeunes majeurs existent : accueil par des assistants familiaux, hébergement en établissement d'éducation spéciale, en maison d'enfant à caractère social (MECS) [encadré 2], en pouponnière, ou encore en placement auprès d'un tiers digne de confiance, hébergement en internat ou en 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 déferée à

l'ASE ou en application de l'ordonnance de 1945 relative à l'enfance délinquante (de manière provisoire ou pour les mineurs de moins de 13 ans).

Les placements directs

Les placements directs sont effectués par le juge des enfants. Le service de l'ASE doit alors financer l'accueil du mineur mais ne décide pas des modalités de placement. Il peut s'agir d'un placement auprès d'un établissement ou auprès d'un tiers digne de confiance, ou encore d'une délégation de l'autorité parentale à un particulier ou à un établissement.

Les mineurs non accompagnés

Les mineurs non accompagnés (MNA)² désignent la population des mineurs de nationalité étrangère se trouvant sur le territoire français sans adulte responsable et dont la situation a fait l'objet d'une évaluation conduite par le conseil départemental concluant à l'âge du jeune et à l'isolement familial (décret 2016-840 du 24 juin 2016). Les articles L. 112-3 et L. 221-2-2 du CASF font référence à la notion de « mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de sa famille » et précisent qu'ils entrent dans le droit commun de la protection de l'enfance et relèvent donc à ce titre de la compétence des départements. ■

Encadré 2 Les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance

Les **maisons d'enfants à caractère social (MECS)** sont les héritières des orphelinats. Elles accueillent des enfants et des adolescents dont les familles ne peuvent assumer la charge et l'éducation à la suite de difficultés momentanées ou durables.

Les **foyers de l'enfance** hébergent, à tout moment, tout mineur en situation difficile nécessitant une aide d'urgence. Ces lieux d'observation et d'évaluation permettent de préparer une orientation du mineur (retour à la famille, placement en famille d'accueil, placement en établissement, adoption).

Les **pouponnières à caractère social** reçoivent des enfants de la naissance à 3 ans, qui ne peuvent rester au sein de leur famille ou bénéficier d'un placement familial surveillé.

Les **villages d'enfants** prennent en charge des frères et sœurs dans un cadre de type familial avec des éducateurs familiaux qui s'occupent, chacun, en particulier d'une ou 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 médicosocial d'éducation spéciale** (institut médico-éducatif [IME] ; institut thérapeutique, éducatif et pédagogique [ITEP]...).

2. Également désignés comme « mineurs isolés étrangers (MIE) » avant 2016.

En 2016, les départements ont consacré 7,8 milliards d'euros à la protection de l'enfance. Ce montant, utilisé pour plus des 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. Au 31 décembre 2016, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficient de 333 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE), composées pour moitié d'actions éducatives et pour moitié de mesures de placement.

Représentant 8 % des mesures d'aide sociale des départements et 22 % des dépenses associées en 2016, l'aide sociale à l'enfance (ASE) connaît des évolutions lentes mais régulières depuis vingt ans.

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

Au 31 décembre 2016, 333 000 mesures d'ASE¹ sont en cours. Ce nombre progresse régulièrement depuis 1996 (*graphique 1*). Entre 1996 et 2016, il a augmenté de 27 %, avec un taux de croissance annuel moyen de 1,1 %. En parallèle, la population de moins de 21 ans en France a crû de seulement 4 %. Ainsi, le taux de mesures dans cette population² 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 2016, un nombre stable depuis 2012.

Le taux de mesures varie de 1,0 à 3,9 selon les départements (*carte 1*). S'il est compris entre 1,7 et 2,4 dans la moitié des départements, il est égal ou supérieur à 2,5 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 2016, ces mesures d'ASE comprennent légèrement plus de mesures de placement (169 000) que d'actions éducatives (164 000). Cette répartition à parts quasi 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 jusqu'en 2007. La part des mesures de placement parmi les mesures d'ASE varie d'un département à l'autre (*carte 2*). Ainsi, des parts inférieures à 40 % ou, à l'inverse, supérieures à 60 % sont observées dans certains territoires. Toutefois, dans plus de la moitié des départements, cette proportion reste comprise entre 47 % et 57 %.

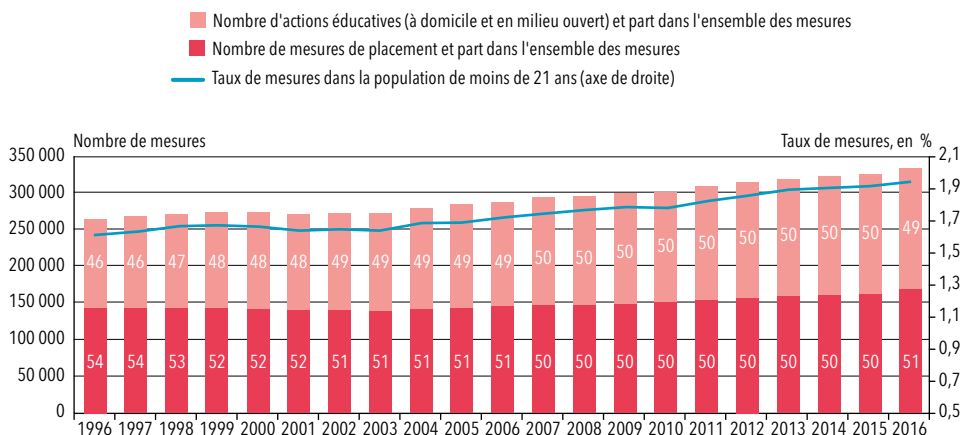
Une majorité de décisions judiciaires à l'origine des mesures

Les actions éducatives comme les placements peuvent être mis en œuvre à la suite d'une décision administrative ou d'une décision judiciaire (voir fiche 21).

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 21). 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 (manque d'homogénéité des réponses, données manquantes, non-réponse de la part de certains départements...).

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.

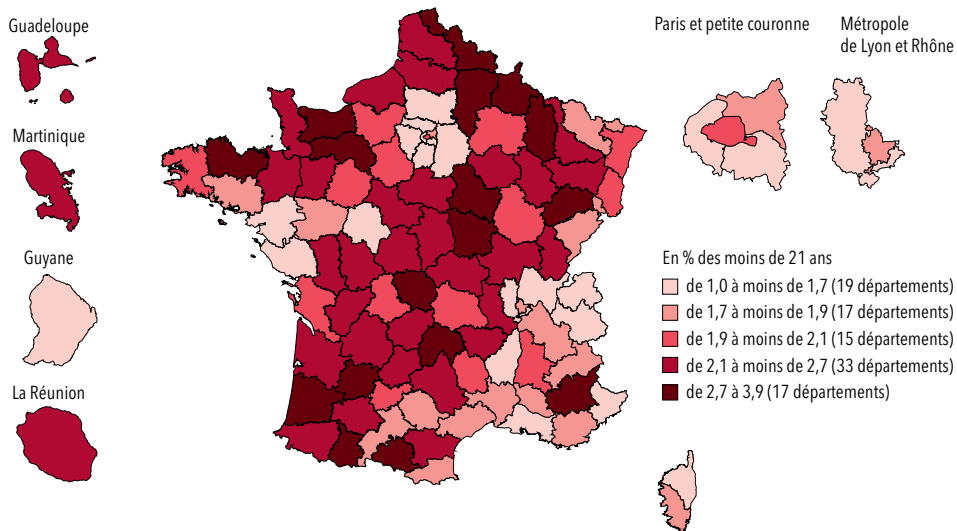
Graphique 1 Évolution des mesures d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre, de 1996 à 2016



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1996-2016.

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2016



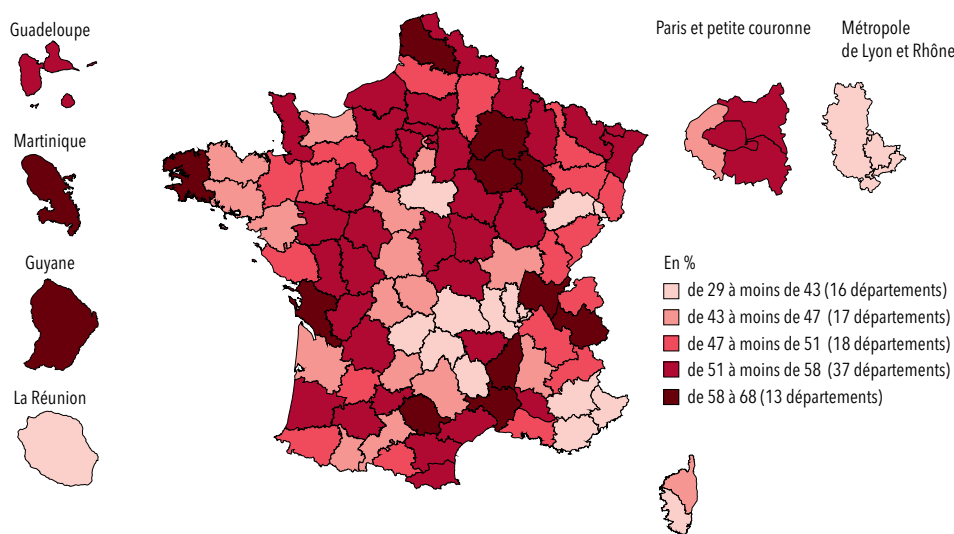
Note > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).

Lecture > Au niveau national, au 31 décembre 2016, 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 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017) ; ISD n° ASE06.

Carte 2 Part des mesures de placement dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2016



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 2016, la part des mesures de placement parmi les mesures d'aide sociale à l'enfance (placements et actions éducatives) est de 51 %.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; ISD n° ASE06.

Dans l'ensemble, les mesures relèvent majoritairement de décisions judiciaires. Ainsi, en 2016, les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) représentent plus des deux tiers des mesures d'actions éducatives, même si des disparités départementales existent (voir fiche 23). Concernant les placements, près de 9 mesures sur 10, y compris les placements directs par le juge, sont judiciaires (voir fiche 24).

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

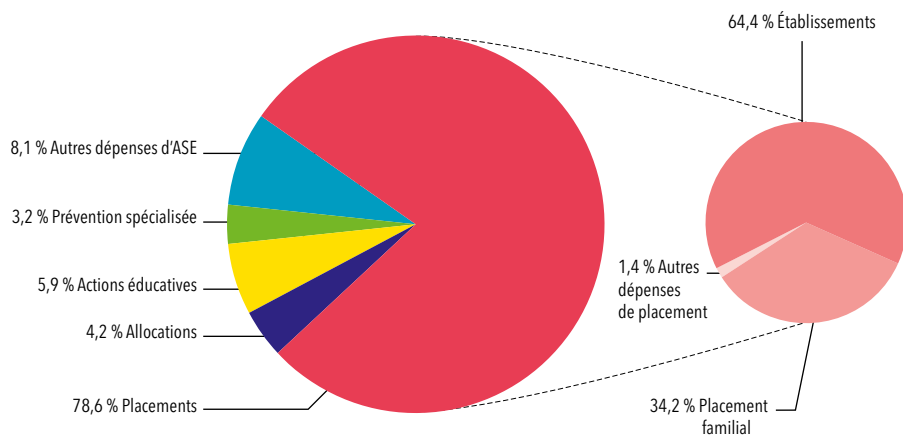
En 2016, les dépenses brutes totales des conseils départementaux pour l'aide sociale à l'enfance s'élèvent à 7 779 millions d'euros, hors dépenses de personnels, à l'exception de la rémunération

des assistants familiaux. Près de 80 % d'entre elles sont attribuées aux placements (*graphique 2*), et notamment aux placements en établissement (voir fiche 24). Elles permettent également de financer des actions éducatives, de la prévention spécialisée, ou encore des allocations (allocations mensuelles, secours, bourses et autres aides financières).

Entre 1998 et 2016, les dépenses totales d'ASE ont augmenté de 39,9 %, en euros constants³ (*graphique 3*) et croissent encore de 0,3 % entre 2015 et 2016. 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 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 2016, cet indice a augmenté de 0,21 % en moyenne annuelle.

Graphique 2 Répartition des dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance en 2016

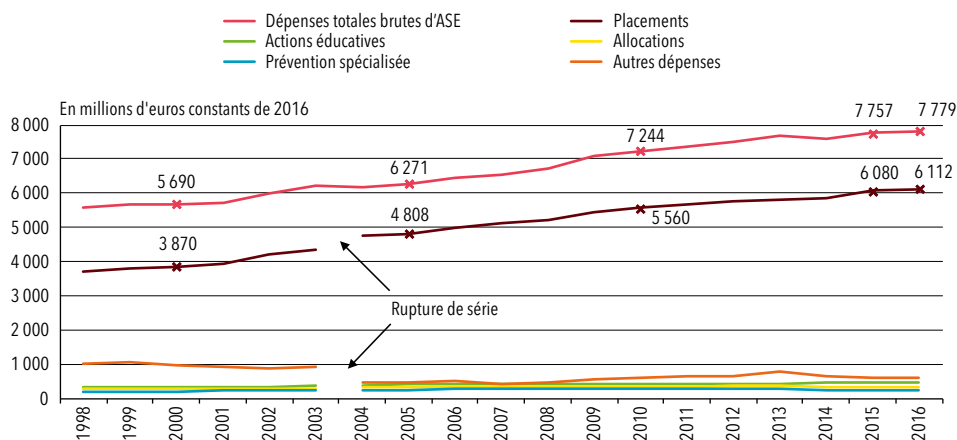


Note > Les autres dépenses d'ASE correspondent aux subventions et participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance. Les autres dépenses de placement comprennent les dépenses liées aux placements chez les tiers dignes de confiance, frais liés à l'accueil de jour, à l'internat scolaire, aux frais d'hospitalisation...

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016.

Graphique 3 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance, de 1998 à 2016



Notes > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2016. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. Les autres dépenses d'ASE correspondent aux subventions et participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont depuis cette date davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution 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 1998-2016.

Fin 2016, 164 000 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 près de 2 % entre 2015 et 2016. Les mesures d'actions éducatives comprennent 31 % d'actions éducatives à domicile (AED) et 69 % d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO). Cette répartition varie fortement selon les départements.

À la fin de l'année 2016, les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements français (hors Mayotte) mettent en œuvre près de 333 000 mesures. La moitié d'entre elles sont des actions éducatives.

Des actions éducatives toujours plus nombreuses

Au 31 décembre 2016, 164 000 mesures d'action éducative sont en cours. Ce nombre a progressé de 36 % en vingt ans. Le taux d'évolution annuel n'excède toutefois jamais les 3 % (*graphique 1*). Entre 2015 et 2016, l'augmentation est de 2 %. 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 2016 (+0,1 % entre 2015 et 2016)¹.

Ces mesures d'actions éducatives concernent 1,0 % de la population de moins de 21 ans, fin 2016. Parmi les mineurs, 1,1 % bénéficie d'une action éducative. Cette proportion varie de 0,5 % à 2,4 % selon les départements (*carte 1*), mais elle est comprise entre 0,9 % et 1,5 % dans deux tiers des départements.

Les actions éducatives 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 %), il est depuis en baisse (-20 % entre 2011 et 2016). Fin

2016, les jeunes majeurs sont 2 800 à bénéficier d'une action éducative, soit 5 % des bénéficiaires de ce type d'aide.

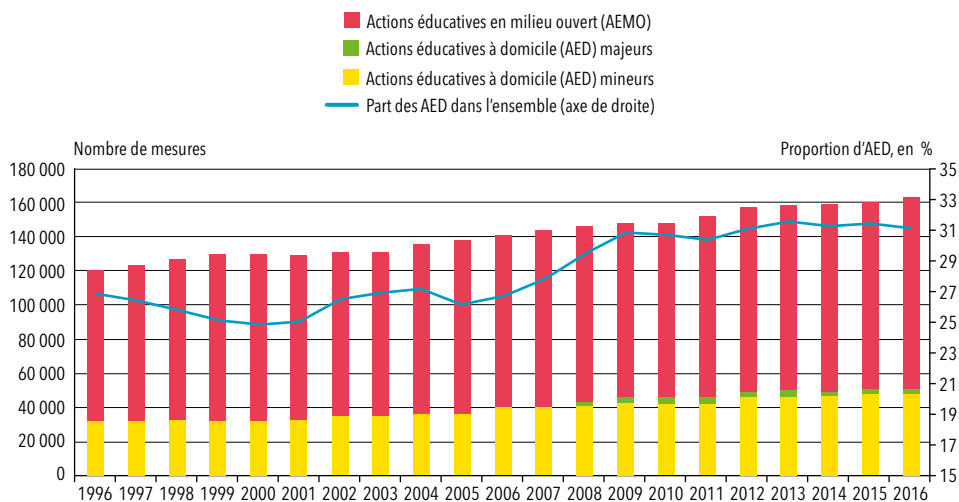
Plus de deux actions éducatives sur trois en milieu ouvert

Parmi les actions éducatives, 51 000 actions éducatives à domicile (AED) et 113 000 actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) sont distinguées. Alors que les premières sont décidées en accord avec les familles, les secondes sont contraignantes à leur égard et ordonnées par le juge (voir fiche 21). La hausse du nombre d'AED ayant été plus rapide que celle du nombre d'AEMO, la part des premières dans l'ensemble a augmenté au cours de la première décennie des années 2000. Elle atteint ainsi 31 % en 2009, contre 25 % dix ans plus tôt. Cependant, cette proportion est relativement stable depuis et les AEMO restent largement majoritaires (69 %).

La répartition entre AED et AEMO est 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 proportion est inférieure à 32 %. À l'inverse, elle est égale ou supérieure à 50 % dans sept départements. ■

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

Graphique 1 Évolution du nombre d'actions éducatives de 1996 à 2016, au 31 décembre

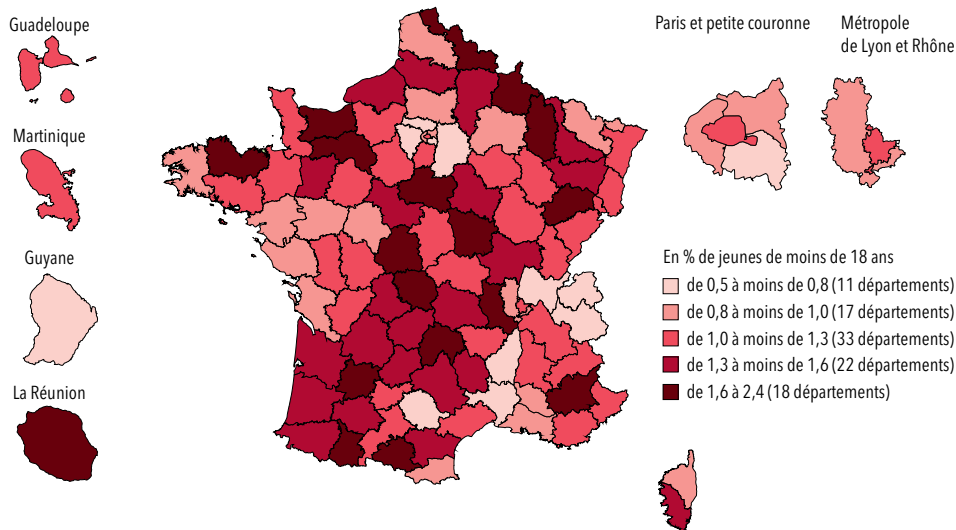


Note > Pour les années 1996 à 2004, les AED pour majeurs ne peuvent pas être distinguées de celles pour mineurs.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1996-2016.

Carte 1 Nombre d'actions éducatives pour 100 jeunes de moins de 18 ans, au 31 décembre 2016

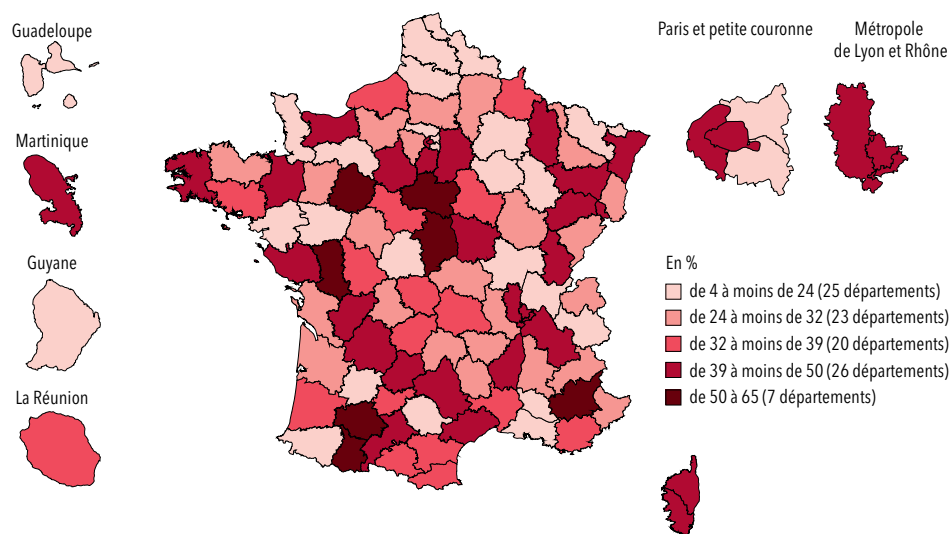


Note > Les départements sont répartis par classe selon la méthode de Jenks (« seuils naturels », au sens où les départements de valeurs proches sont regroupés dans la même classe).

Lecture > Le taux d'actions éducatives pour mineurs, au niveau national, est de 1,1 % au 31 décembre 2016.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Carte 2 Part des AED dans l'ensemble des actions éducatives, au 31 décembre 2016

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 2016, la part d'AED dans l'ensemble des actions éducatives (AED et AEMO) est de 31 %.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; ISD n° ASE06.

Au 31 décembre 2016, 169 000 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. 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 333 000 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 2016, 169 000 mineurs et jeunes majeurs sont accueillis à l'ASE. Après avoir légèrement diminué entre 1998 et 2002, ce nombre a continûment augmenté : +21 % entre 2002 et 2016 (*graphique 1*), alors que la hausse de la population âgée de moins de 21 ans n'a été que de 3 % au cours de cette période. La hausse annuelle de 3 % entre 2015 et 2016 est la plus forte observée depuis 2002. L'importante augmentation constatée du nombre de mineurs non accompagnés (MNA) semble être la principale cause de cet accroissement, même si leurs effectifs représentent une faible part de l'ensemble des enfants accueillis à l'ASE¹ (*encadré 1*).

Parallèlement, les dépenses de placement n'ont cessé de croître et ce, à un rythme plus dynamique que le nombre de mesures. Entre 1998 et 2016, la hausse est en effet de 63,9 %² en euros constants³, soit un

taux de croissance annuel moyen de 2,8 % contre 0,9 % pour le nombre de bénéficiaires. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire⁴ a ainsi sensiblement augmenté, passant de 26 000 euros en 1998 (en euros constants de 2016) à 36 700 euros par an et par bénéficiaire en 2016. Entre 2015 et 2016, le nombre de bénéficiaires et les dépenses associées ont augmenté respectivement de 3 % et 0,5 %. En 2016, les dépenses de placement s'élèvent à 6,1 milliards d'euros, et représentent 79 % des dépenses brutes totales d'ASE des départements.

Au niveau national, 1,0 % 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, le taux reste compris entre 0,8 et 1,3 mesure pour 100 jeunes de moins de 21 ans dans deux tiers des départements. De même, les dépenses diffèrent d'un département à l'autre, du fait des disparités de taux de bénéficiaires et de dépenses moyennes par bénéficiaire. En 2016, la dépense annuelle de placement par bénéficiaire, de 36 700 euros en moyenne, est très hétérogène (*carte 2*). Elle varie de 21 900 euros à 65 900 euros, soit du simple au triple.

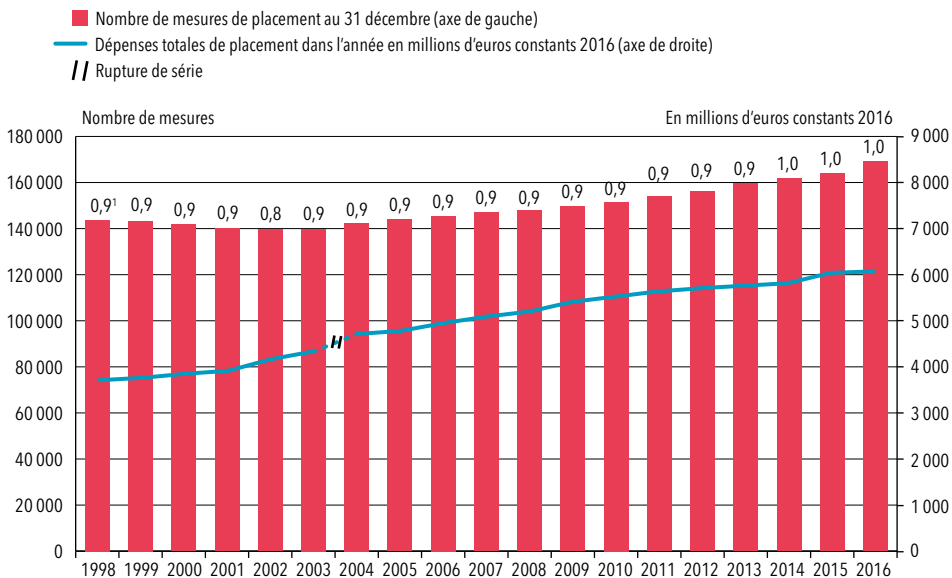
1. Sur le champ des 93 départements ayant fourni les informations en 2015 et 2016, et en faisant l'hypothèse que l'ensemble des MNA sont bien dénombrés parmi les mesures d'accueil, le taux de croissance du nombre de MNA atteint 26 % entre ces deux années et celui des enfants et jeunes de moins de 21 ans accueillis, hors MNA, 0,2 %.

2. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont depuis cette date davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution a induit une rupture de série statistique dans les dépenses de placement, lesquelles sont légèrement sous-estimées entre 1998 et 2003. Pour la même raison, le taux de croissance des dépenses entre 1998 et 2016 est lui légèrement surestimé.

3. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2016, cet indice a augmenté de 0,21 % en moyenne annuelle.

4. 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, de 1998 à 2016



1. Nombre de mesures pour 100 habitants de moins de 21 ans.

Note > Le nombre de mesures pour 100 habitants de moins de 21 ans de 2016 est égal au rapport du nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2016 et du nombre d'habitants au 1^{er} janvier 2017. Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2016. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont depuis davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses de placement. Cette évolution a induit une rupture de série statistique dans les dépenses de placement, légèrement sous-estimées entre 1998 et 2003.

Lecture > Au 31 décembre 2016, le nombre de mesures de placement est de 169 000, soit 1 mesure de placement pour 100 habitants de moins de 21 ans et le montant total des dépenses de placement s'élève à 6,1 milliards d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

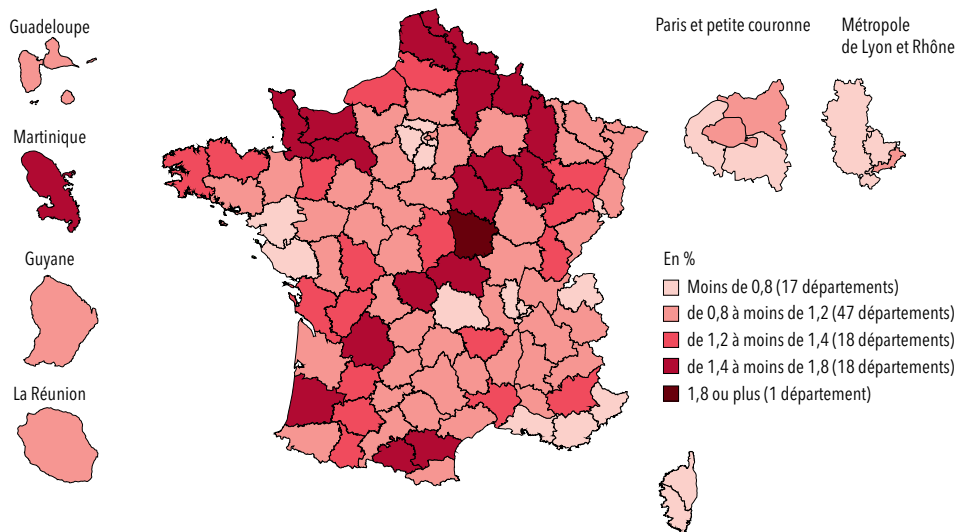
Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1998-2016 ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier (pour 2015 et 2016, les résultats sont provisoires, arrêtés fin 2017).

Encadré 1 Les mineurs non accompagnés pris en charge par l'ASE

L'enquête Aide sociale de la DREES interroge depuis 2013 les conseils départementaux sur le nombre de mineurs isolés étrangers (MIE), puis de mineurs non accompagnés (MNA) pris en charge par le service ASE de leur département (voir fiche 21). Fin 2013, sur la France entière (hors Mayotte), l'effectif des MNA pris en charge par les services de l'ASE est estimé à environ 10 000 et fin 2016, à environ 18 000. Sur le champ des départements ayant fourni des données en 2013 et en 2016, le taux de croissance est de 86 % entre ces deux années. Entre fin 2015 et fin 2016, ce taux est de 26 %.

La qualité des données remontées ne permet néanmoins pas de savoir si tous les départements comptabilisent bien cette population parmi les enfants accueillis à l'ASE. Si on fait l'hypothèse que la population des MNA est bien dénombrée parmi l'ensemble des enfants et jeunes majeurs accueillis à l'ASE, la proportion de MNA représente alors, en 2016, 11 % de cette dernière, parmi les départements répondants, soit un enfant ou jeune de moins de 21 ans accueillis sur dix. Sur le champ des départements ayant fourni les informations à la fois en 2013 et en 2016, cette part de 7 % en 2013 atteint 12 % en 2016.

Carte 1 Nombre d'enfants accueillis, pour 100 jeunes de moins de 21 ans, au 31 décembre 2016

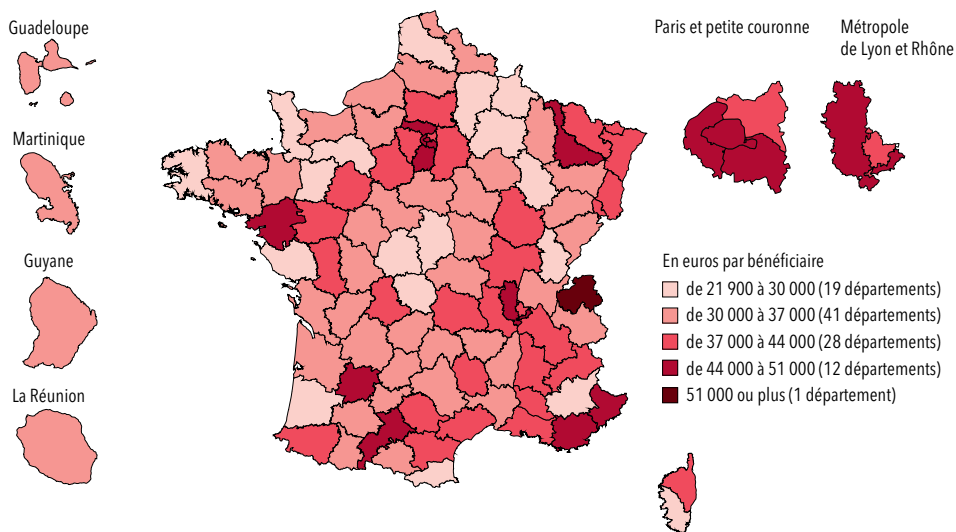


Lecture > Au niveau national, le taux de mesures d'accueil est de 1,0 %, au 31 décembre 2016.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Carte 2 Dépenses totales annuelles brutes de placement par bénéficiaire en 2016



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

Lecture > Les dépenses par bénéficiaire sont, au niveau national, de 36 700 euros en 2016. Les départements sont répartis par intervalle d'égale étendue.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; ISD n°FI08.

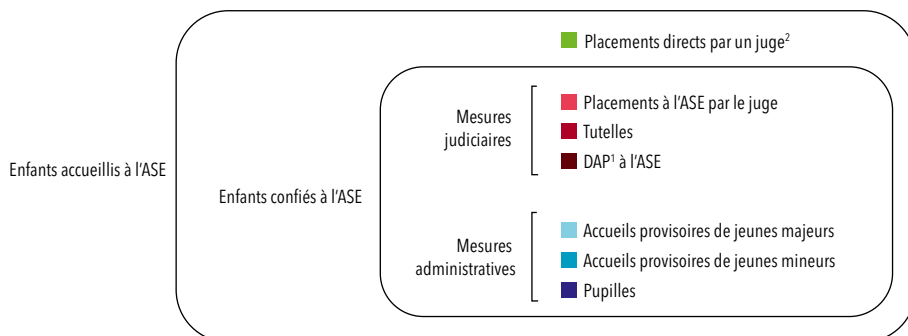
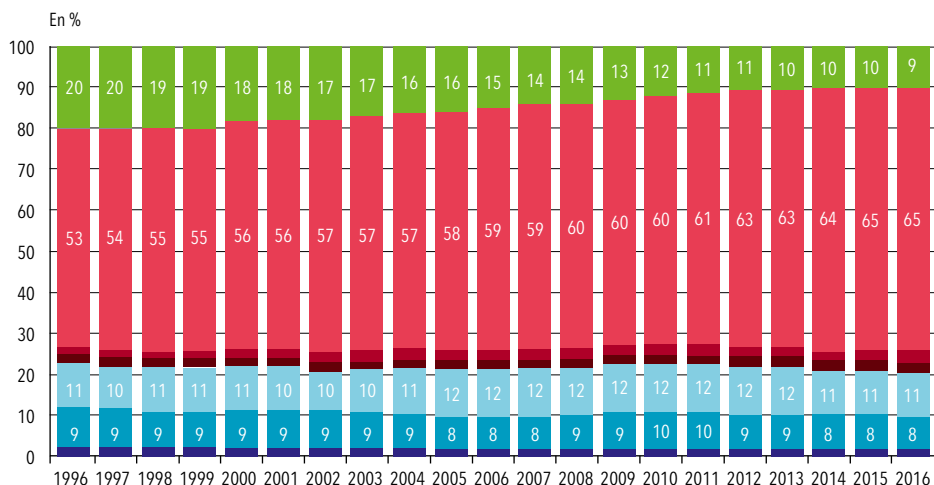
Les mesures d'ordre judiciaire sont prédominantes

Parmi les enfants accueillis à l'ASE, sont distingués ceux qui sont placés directement par le juge, qui définit alors les modalités de placement et pour lesquels le département est uniquement financeur, et ceux qui sont confiés à l'ASE par une mesure administrative ou judiciaire. Fin 2016, 16 000 enfants sont placés directement par le juge et 153 000 mineurs et jeunes majeurs sont spécifiquement confiés à l'ASE. Si le nombre d'enfants placés directement a très

légèrement augmenté entre 2015 et 2016 (moins de 1 %), la tendance est néanmoins à la baisse régulière depuis vingt ans (-3 % annuellement en moyenne et -45 % entre 1996 et 2016). En 2016, ils représentent 9 % 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

Graphique 2 Évolution des mesures de placement au 31 décembre, selon le type de décision, de 1996 à 2016



1. Délégations de l'autorité parentale, y compris retraits partiels de l'autorité parentale.

2. Mesures pour lesquelles les services de l'ASE sont uniquement financeurs.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1996-2016.

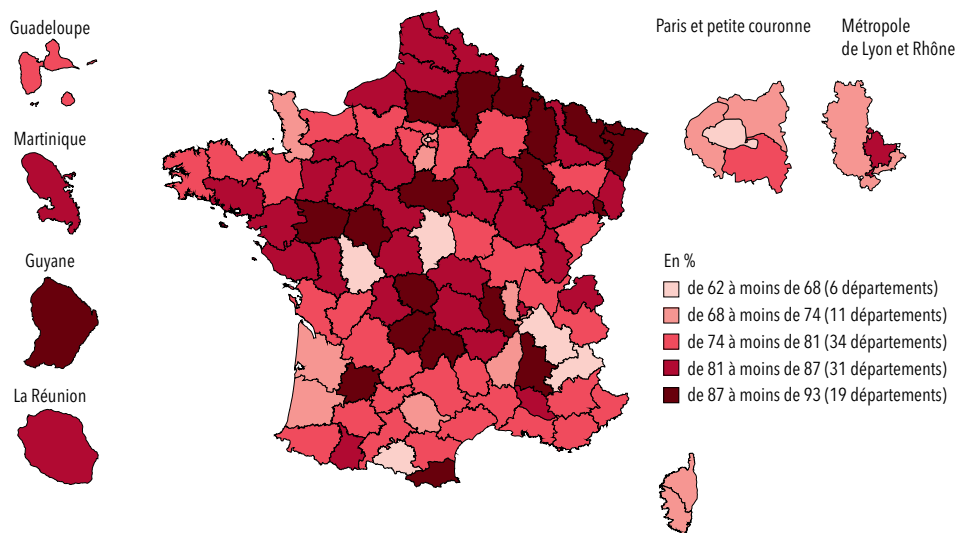
jeunes majeurs. Fin 2016, 34 000 jeunes bénéficient de ces mesures. Au sein des mesures administratives, les accueils provisoires de jeunes majeurs sont les mesures les plus nombreuses, représentant plus de 50 % des mesures administratives depuis 2004, suivis des accueils provisoires de mineurs et enfin des pupilles (7 % des mesures administratives en 2016). Les mesures judiciaires concernent 119 000 enfants, soit 78 % 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 2016 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 judiciaires a tendance à augmenter depuis 1996 (+46 %, soit 2 % par an en moyenne), en même temps que celui des placements directs diminue.

Fin 2016, les 119 000 mesures judiciaires et les 16 000 placements directs par le juge concernent donc 135 000 enfants, soit 80 % de ceux accueillis au titre de l'ASE. Cette part oscille entre 77 % et 80 % entre 1996 et 2016, 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 judiciaire est majoritaire, mais elle varie de 62 % à 93 % sur le territoire (carte 3), révélant ainsi des pratiques diverses.

Près d'un jeune confié à l'ASE sur deux est en famille d'accueil

Au 31 décembre 2016, 75 000 mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE (hors placements directs par le juge⁵) 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 (voir fiche 25) concerne 38 % des jeunes confiés à l'ASE.

Carte 3 Part des mesures judiciaires et des placements directs par le juge dans les mesures d'accueil, au 31 décembre 2016



Note > Les départements sont répartis par intervalle d'égale étendue.

Lecture > La part des mesures d'ordre judiciaire (y compris placements directs par le juge), au niveau national, est de 80 % au 31 décembre 2016.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; ISD n°ASE06.

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

Bien que le nombre d'enfants hébergés en famille d'accueil ait progressé de +21 % entre 1996 et 2016, leur part relative est en baisse. Leur proportion passe ainsi de 55 % en 2009 (son niveau le plus élevé) à 49 % en 2016. En effet, le recours aux modes d'hébergement à destination d'adolescents et jeunes majeurs autonomes ou à d'autres modes comme, par exemple, l'internat scolaire, le placement auprès d'un tiers digne de confiance, l'accueil en village d'enfants, etc. croît le plus vite durant cette dernière période : +122 % entre 2009 et 2016, contre +5 % en famille d'accueil. Le nombre d'enfants placés en établissement a augmenté de 3 % entre 2015 et 2016, de 16 % depuis 2009 et de 39 % depuis 1996. Ces dernières augmentations sont elles aussi supérieures à celles du nombre d'enfants hébergés en famille d'accueil.

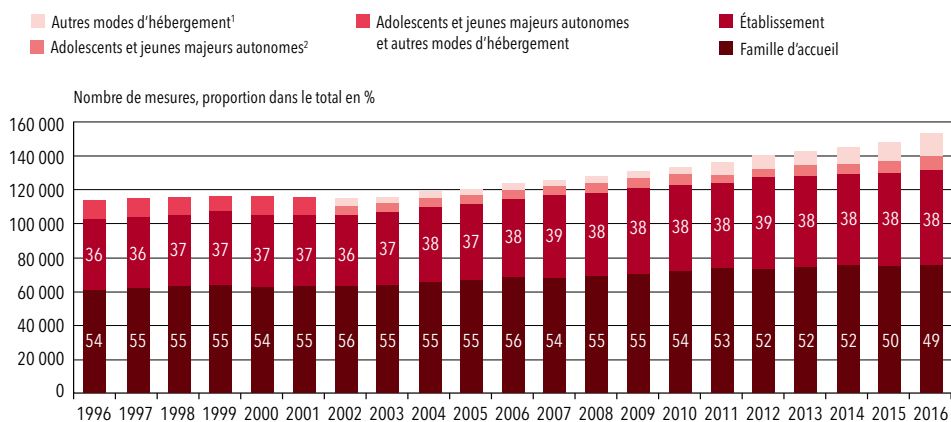
Les deux principaux modes d'hébergement, établissements et familles d'accueil, sont présents sur l'ensemble du territoire, mais leur recours est particulièrement variable d'un département à l'autre. En 2016, de 18 % à 87 % des placements ont lieu en famille d'accueil selon le département considéré (carte 4). Les départements

recourant le moins au placement en famille d'accueil sont plus fréquents dans l'est de la France, en particulier le sud-est, ainsi qu'en Île-de-France.

Les coûts diffèrent selon le mode d'hébergement

En 2016, 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 64,1 %) et 2,1 milliards d'euros de dépenses d'accueil familial (soit 34,4 %). Les placements chez des tiers dignes de confiance, les frais liés à l'accueil de jour, à l'internat scolaire, mais aussi les frais d'hospitalisation représentent 1,6 % des dépenses totales de placement. La dépense de placement moyenne par bénéficiaire est beaucoup plus élevée en établissement qu'en famille d'accueil. En 2016, elle est estimée à 69 300 euros par an en établissement contre 28 100 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.

Graphique 3 Évolution du nombre et de la répartition par mode d'hébergement principal des enfants confiés à l'ASE au 31 décembre, de 1996 à 2016



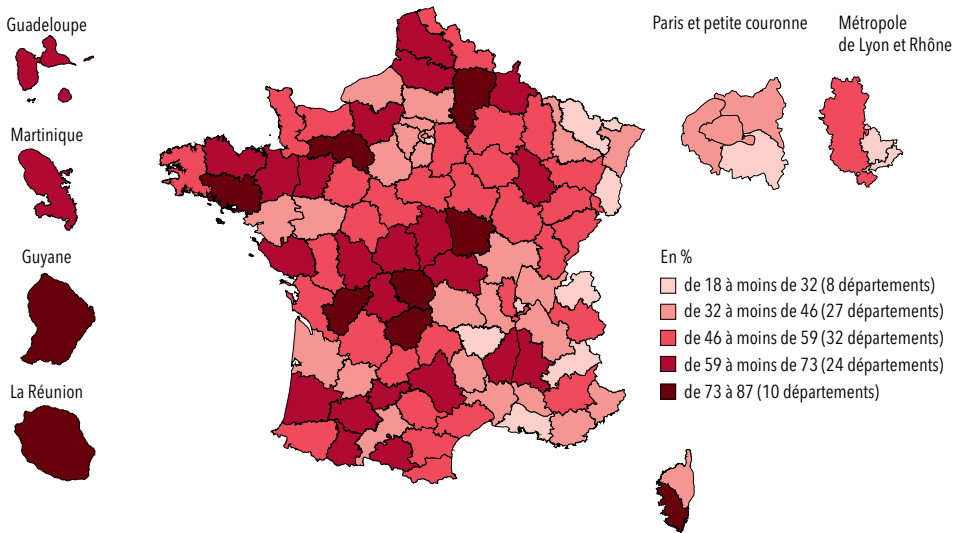
1. Autres modes d'hébergement : internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, village d'enfants, placement chez la future famille adoptante, etc.

2. Adolescents et jeunes majeurs autonomes : foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en hôtel, en location, etc.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 1996-2016.

Carte 4 Part des placements en famille d'accueil parmi les enfants confiés, au 31 décembre 2016



Note > Les départements sont répartis par intervalle d'égale étendue.

Lecture > La part des placements en famille d'accueil parmi les enfants confiés est, au niveau national, de 49 % au 31 décembre 2016.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016.

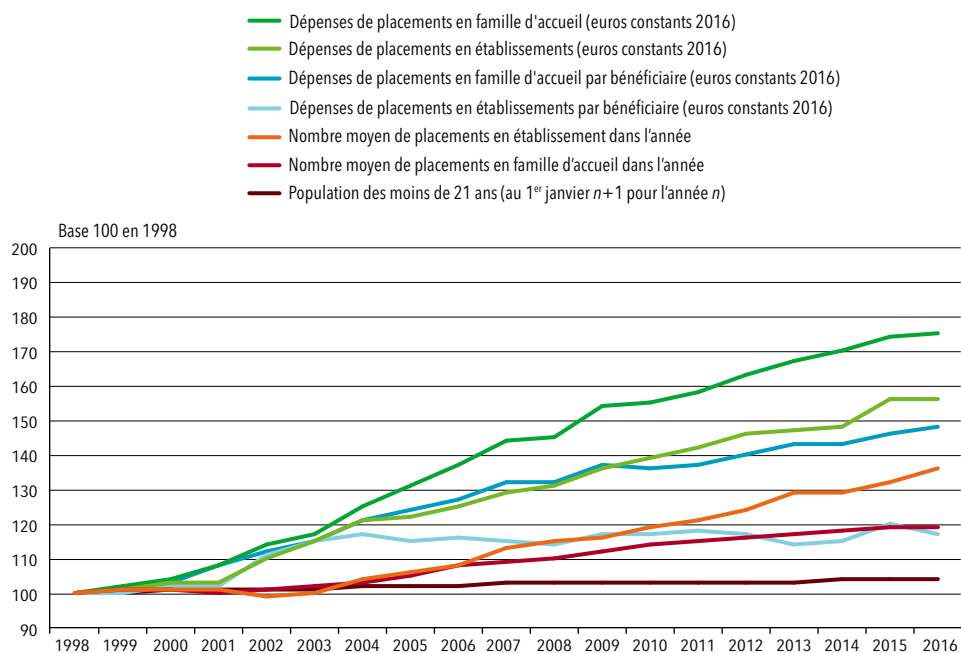
Entre 1998 et 2016, la dépense moyenne par bénéficiaire a davantage augmenté pour le placement familial (+47,7 %) que pour l'accueil en établissement (+17,1 %) [graphique 4]. À l'inverse, le nombre de bénéficiaires moyen dans l'année en établissement a davantage progressé que celui en famille d'accueil (respectivement +34 % et +19 % entre 1998 et 2016). Le premier effet s'avère toutefois le plus déterminant et, au total, la masse des dépenses d'accueil familial a progressé plus vite que celle des dépenses en établissement : en près de vingt ans, les dépenses ont ainsi été multipliées par 1,8 en famille d'accueil contre 1,6 en établissement.

9 % 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, 9 % 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 3 % dans un quart des 94 départements répondants, et comprise entre 3 % et 8 % pour la moitié d'entre eux. Enfin, elle peut dépasser 40 % 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 39 % en familles d'accueil, 45 % en établissement et 16 % en autres modes d'hébergement. ■

Graphique 4 Évolution des dépenses et des bénéficiaires de placement familial et en établissement de 1998 à 2016



Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2016. 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 1998-2016 ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier (pour 2015 et 2016, les résultats sont provisoires, arrêtés fin 2017).

Fin 2012, 56 000 enfants et adolescents sont hébergés dans l'un des 1 932 établissements de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Ces derniers, qui offrent une capacité totale d'hébergement de 60 700 places, ont ainsi un taux d'occupation de 92 %. Si le taux d'occupation était identique en 2008, les capacités ont augmenté de 12 % durant la période. Le taux d'encadrement dans ces structures s'élève à 89 emplois en équivalent temps plein (ETP) pour 100 places. En moyenne, les jeunes accueillis ont 13 ans et séjournent 13 mois dans l'établissement, mais l'âge et la durée d'hébergement varient sensiblement selon les missions des établissements.

Le placement en établissement est l'une des principales mesures mises en œuvre par l'aide sociale à l'enfance (ASE), avec le placement en famille d'accueil et les actions éducatives. Cinq catégories d'établissements sont prises en compte ici : les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les foyers de l'enfance, les pouponnières à caractère social, les villages d'enfants et les lieux de vie et d'accueil (voir fiche 21). Ces établissements accueillent tous des enfants ou jeunes adultes de moins de 21 ans mais se distinguent entre eux par l'âge des publics, les formes d'hébergement, la durée d'accueil ou encore le taux d'encadrement¹.

Une très large prédominance des MECS et des foyers malgré un développement des autres structures

Fin 2012², la grande majorité de l'offre de places d'hébergement de l'ASE se situe dans les 1 204 MECS. Celles-ci proposent 44 800 places et accueillent 41 300 enfants (*tableau 1*). La capacité moyenne des MECS est ainsi de 37 places. Le nombre de places offertes est toutefois très variable : un quart des MECS offre moins de 17 places, la moitié moins de 32 places, les trois quarts moins de 50 places et un dixième plus de

70 places. La seconde catégorie d'établissements en matière de capacité est celle des 215 foyers de l'enfance. Ces derniers comptent en moyenne 51 places pour une offre totale de 10 900 places. Ils accueillent 10 100 enfants fin 2012.

Les autres structures proposent un nombre de places nettement moins élevé, mais celui-ci a augmenté entre 2008 et 2012, passant de 4 150 places en 2008 à environ 5 000 quatre ans plus tard (*tableau 2*). Cet important développement est dû principalement à la hausse du nombre de places dans les lieux de vie (+25 % entre 2008 et 2012) et dans les villages d'enfants (+17 %). Dans les pouponnières, l'augmentation du nombre de places est moins marquée (+9 %) notamment car le nombre d'établissements est passé de 31 à 30 entre 2008 et 2012.

Une prépondérance de l'hébergement en internat

Parmi les différents types d'hébergement proposés par les établissements de l'ASE (*encadré 1*), l'hébergement en internat collectif représente dans l'ensemble 68 % des places disponibles (*graphique 1*). Il est donc largement majoritaire, malgré une baisse de 6 points entre 2008 et 2012. Cette dernière est due notamment à la diminution du nombre de

1. Le taux d'encadrement est le rapport entre le nombre d'emplois en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places d'hébergement.

2. L'ensemble des chiffres mentionnés dans cette fiche sont issus de l'enquête ES Protection de l'enfance (PE) de 2012. Les évolutions entre 2008 et 2012 sont calculées grâce aux résultats de l'enquête ES Enfants en difficulté sociale de 2008. Des données plus récentes collectées début 2018 lors de l'enquête ES-PE de 2017 seront disponibles en 2019.

Tableau 1 Offre d'accueil dans les établissements de l'ASE en 2008 et 2012

	Nombre d'établissements			Capacité d'hébergement installée		
	2008	2012	Évolution (en %)	2008	2012	Évolution (en %)
MECS	1 115	1 204	8	39 685	44 830	13
Foyers de l'enfance	211	215	2	10 309	10 912	6
Pouponnières	31	30	-3	783	854	9
Villages d'enfants	21	24	14	1 129	1 324	17
Lieux de vie	385	459	19	2 243	2 805	25
Ensemble	1 763	1 932	10	54 149	60 725	12

MECS : maison d'enfants à caractère social.

Champ > France entière, hors Mayotte, au 15 décembre 2012.

Source > DREES, enquête ES-PE 2012.

Tableau 2 Effectifs accueillis et taux d'encadrement en 2012

	Effectifs présents	Taux d'occupation (en %)	Sorties au cours de l'année 2012	Entrées au cours de l'année 2012	Taux d'encadrement (en %)
MECS	41 342	92	27 280	27 992	83
Foyers de l'enfance	10 106	93	21 029	20 357	118
Pouponnières	717	84	1 089	1 089	143
Villages d'enfants	1 278	97	354	188	74
Lieux de vie	2 537	90	1 516	1 705	60
Ensemble	55 980	92	51 268	51 331	89

MECS : maison d'enfants à caractère social.

Champ > France entière, hors Mayotte, au 15 décembre 2012.

Source > DREES, enquête ES-PE 2012.

Encadré 1 Les différents types d'hébergement proposés par les établissements de l'ASE

- > Hébergement en internat collectif : hébergement regroupé dans l'établissement.
- > Hébergement en structure éclatée : hébergement hors de l'établissement, dans un ensemble de logements ou de chambres dispersés dans l'habitat social, le logement ordinaire ou à l'hôtel.
- > Assistant familial : hébergement chez un assistant familial, dès lors que le placement est géré et rémunéré par la structure.
- > Accueil mère-enfant : hébergement de femmes enceintes ou de jeunes mères (y compris mineures) accompagnées d'enfant(s) de moins de 3 ans.
- > Pouponnière : hébergement d'enfants de moins de 3 ans.
- > Lieu de vie et d'accueil : structure ou section d'hébergement gérée par une personne physique ou morale autorisée à accueillir entre trois et sept enfants (jusqu'à dix enfants par dérogation).

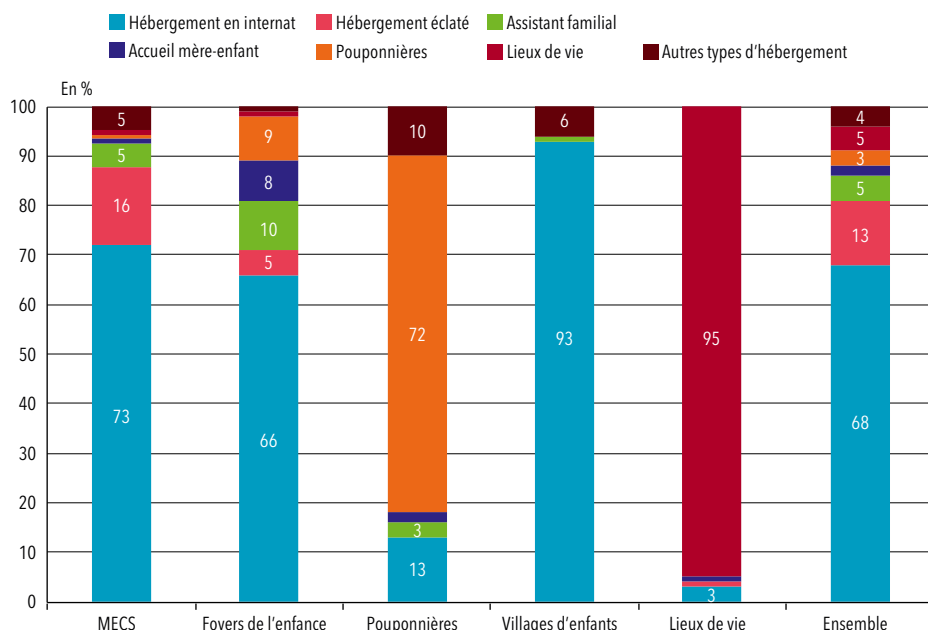
places en internat (-6 points) dans les MECS, qui s'explique en partie par l'augmentation du nombre de places dans des structures éclatées hors de l'établissement (+3 points) et dans les autres types d'hébergement proposés (notamment chez des assistants familiaux rémunérés par la structure). Les foyers de l'enfance se distinguent par une offre d'hébergement assez diversifiée : malgré une majorité de places en internat (66 %), l'ensemble des types d'hébergement possibles est proposé.

Pour les trois autres types de structures, l'offre est beaucoup plus homogène. On compte ainsi 72 % de places de pouponnière en pouponnières (ces établissements comptent aussi 13 % de places d'internat collectif, qui peuvent accueillir des enfants au-delà de l'âge de 3 ans) alors que 93 % des places des villages d'enfants correspondent à de l'hébergement en internat collectif et que 95 % de celles proposées par les lieux de vie leur sont spécifiques.

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

Fin 2012, les 1 932 établissements de l'ASE proposant de l'hébergement comptent 53 900 emplois en équivalent temps plein (ETP), ce qui représente 89 ETP pour 100 places d'hébergement. En 2008, ce taux d'encadrement s'élevait à 93 %, soit 4 points de plus. Le taux d'encadrement varie fortement en fonction du type de structure : de 60 % dans les lieux de vie – qui sont des petites structures avec très peu d'enfants accueillis et donc peu de personnel nécessaire – à 143 % dans les pouponnières, où l'accueil d'enfants en bas âge nécessite plus de personnel, notamment paramédical et en particulier des auxiliaires de puériculture. Entre ces deux extrêmes, le taux d'encadrement atteint 74 % pour les villages d'enfants, 83 % pour les MECS et 118 % pour les foyers de l'enfance. Dans les MECS comme dans les

Graphique 1 Répartition des places par type d'hébergement en 2012



MECS : maison d'enfants à caractère social.

Note > La catégorie « Autres types d'hébergement » inclut, par exemple, le placement à domicile.

Champ > France entière, hors Mayotte, au 15 décembre 2012.

Source > DREES, enquête ES-PE 2012.

foyers de l'enfance, le nombre d'ETP pour 100 places a diminué de 4 points depuis 2008, expliquant ainsi la baisse globale du taux d'encadrement.

Des durées de séjour caractéristiques des missions des établissements

Les établissements de l'ASE accueillent des enfants et jeunes adultes³ pour une durée de un à deux ans renouvelable selon le type de placement. La durée moyenne de séjour, pour les enfants sortis d'un établissement au cours de l'année 2012, est de treize mois (tableau 3). Toutefois, de grandes disparités sont observées : dans l'ensemble, un quart des enfants est resté moins d'un mois, la moitié moins de six mois et un quart plus de dix-sept mois. Les durées moyennes de séjour varient fortement par type d'établissement, notamment en raison de différences de missions.

Les foyers de l'enfance répondent à des missions d'orientation et d'évaluation de la situation des enfants mais aussi d'accueil d'urgence. Les séjours au sein de ces établissements sont donc courts : cinq mois en moyenne, et la moitié des enfants accueillis le sont pour moins de deux mois. Aussi, le renouvellement des enfants accueillis y est bien plus élevé que dans les autres établissements de l'ASE

(pour l'ensemble de l'année, 1,9 sortie par place en 2012 contre 0,6 dans les MECS par exemple). Le séjour en pouponnière est lui aussi d'assez courte durée puisque ces structures sont réservées aux enfants en bas âge. De fait, les enfants n'y restent pas longtemps : neuf mois en moyenne et un quart des enfants sont accueillis pour moins de deux mois. Les MECS et les lieux de vie accueillent les enfants pour des durées similaires : respectivement dix-sept et dix-neuf mois en moyenne. Enfin, les villages d'enfants, dont l'objectif est l'accueil des fratries en recréant un véritable foyer avec une prise en charge à long terme, proposent des séjours beaucoup plus longs : cinq ans en moyenne (61 mois) et un quart des enfants y restent plus de sept ans et demi (92 mois).

Une structure par âge liée au type d'établissement

L'âge des enfants accueillis dépend en premier lieu des missions et donc des catégories d'établissement. En effet, 98 % des établissements appliquent des restrictions d'âge en dessous du plafond de 21 ans (âge de fin de droit à l'ASE). Les pouponnières hébergent une majorité d'enfants de moins de 3 ans (85 %) mais neuf sur dix ont relevé la limite d'âge

Tableau 3 Durée de séjour dans l'établissement des enfants et adolescents

	MECS	Foyers de l'enfance	Pouponnières	Villages d'enfants	Lieux de vie	Ensemble
Premier décile	<1	<1	<1	12	<1	<1
Premier quartile	3	0	2	22	2	1
Médiane	11	2	6	56	10	6
Troisième quartile	24	6	13	92	25	17
Dernier décile	41	13	22	121	47	34
Moyenne	17	5	9	61	19	13

MECS : maison d'enfants à caractère social.

Note > Sont pris en compte dans ce tableau les enfants ou adolescents sortis des établissements au cours de l'année 2012.

La structure par tranche d'âges est notamment différente de celle du tableau 1. Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.

Lecture > 25 % des enfants sortis en 2012 des villages d'enfants sont restés moins de 22 mois dans l'établissement.

Champ > France entière, hors Mayotte, au 15 décembre 2012, enfants sortis des établissements en 2012.

Source > DREES, enquête ES-PE 2012.

3. La suite de cette fiche exclut du champ de l'analyse les 1 000 personnes accueillies dans les sections d'accueil mère-enfant fin 2012.

à 6 ans (graphique 2). Dans les foyers de l'enfance, la moyenne d'âge est de 12 ans, 50 % des enfants ayant entre 13 et 17 ans. Une part non négligeable (13 %) d'enfants de moins de 3 ans y est accueillie. C'est dû notamment aux pouponnières de certains services départementaux qui sont intégrées aux foyers de l'enfance. À l'inverse, la part des jeunes majeurs y demeure faible (5 %).

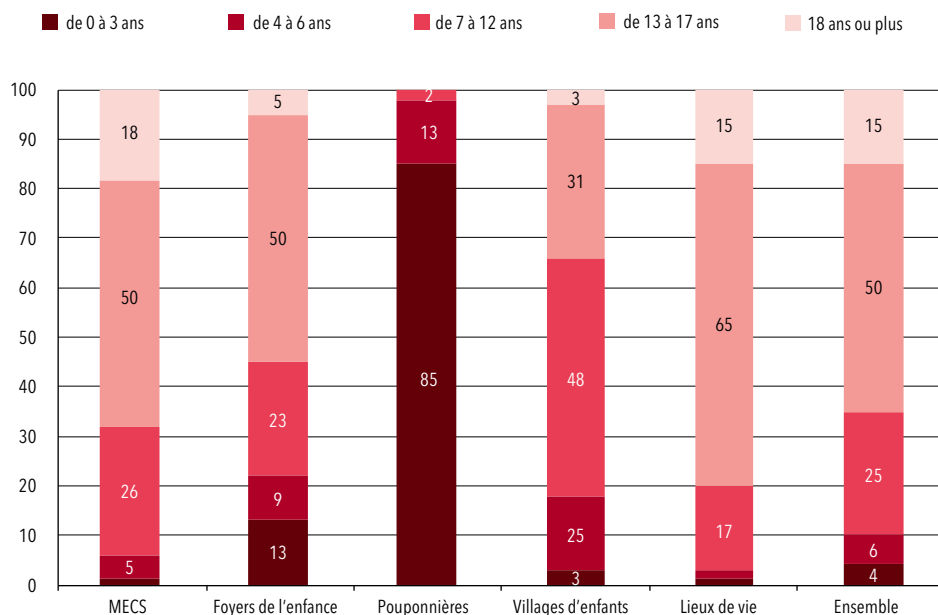
Malgré quelques légères différences, les publics accueillis dans les MECS et les lieux de vie présentent des similitudes en termes d'âge. Ces publics sont dans l'ensemble plus âgés que dans les autres types d'établissements. On y trouve peu d'enfants de moins de 6 ans (6 % dans les MECS et 3 % dans les lieux de vie), une minorité d'enfants de 7 à 12 ans (26 % et 17 %), une majorité

d'adolescents âgés de 13 à 17 ans (50 % et 65 %) et une part importante de jeunes majeurs (18 % et 15 %). Enfin, dans les villages d'enfants, l'âge moyen est de 11 ans, soit moins que dans l'ensemble des établissements. Cela s'explique par une surreprésentation des enfants de 4 à 6 ans (15 %) et de 7 à 12 ans (48 %).

Une majorité de garçons parmi les jeunes dans les établissements de l'ASE

À la mi-décembre 2012, les enfants hébergés dans un établissement relevant de l'ASE sont majoritairement des garçons (57 %). Cette proportion se retrouve dans les MECS (57 %), les foyers de l'enfance (58 %) et les pouponnières (58 %). Elle est plus élevée encore dans les lieux de vie, où elle atteint 67 %.

Graphique 2 Répartition par sexe et âge des enfants et adolescents accueillis



MECS : maison d'enfants à caractère social.

Note > Le nombre de personnes accueillies n'est ici pas identique aux sommes utilisées pour les répartitions en raison d'une non-réponse portant sur 1 % des enfants hébergés. Sont pris en compte dans ce tableau les enfants ou adolescents présents au 15 décembre 2012. Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.

Lecture > 50 % des enfants accueillis au 15 décembre 2012 dans les foyers de l'enfance ont entre 13 et 17 ans.

Champ > France entière, hors Mayotte, au 15 décembre 2012.

Source > DREES, enquête ES-PE 2012.

À l'inverse, les villages d'enfants hébergent davantage de filles (54 %) que de garçons.

80 % des enfants suivis par l'ASE avant leur entrée dans l'établissement, 64 % après leur sortie

Parmi les enfants hébergés dans les établissements au 15 décembre 2012, 80 % étaient déjà suivis par l'ASE avant leur entrée dans l'établissement.

Les trois quarts des décisions de placement dans l'établissement sont prises par un juge des enfants. Plus précisément, 66 % sont des mesures judiciaires de placement, dont la quasi-totalité correspond à des placements à l'ASE décidés par un juge des enfants au titre de l'assistance éducative, et 7 % sont des placements directs par un juge (voir fiche 21). Les catégories d'établissements se distinguent par les types de mesure qui conduisent au placement : les villages d'enfants et les pouponnières accueillent principalement des enfants placés à la suite d'une mesure judiciaire (respectivement 96 % et 84 % des cas), les

foyers de l'enfance sont les seuls à proposer une part non négligeable d'accueil d'urgence (7 %) et les MECS ont une part importante de leur public (15 %) en accueil provisoire de jeune majeur (APJM), contrairement aux autres structures où cette part reste faible (*encadré 2*).

À la sortie de l'établissement, 40 % des jeunes retournent vivre chez un parent ou un proche (famille, amis ou tiers digne de confiance) alors qu'ils étaient 51 % à y vivre avant la prise en charge dans l'établissement. Cette situation à la sortie n'en reste pas moins la plus courante, devant notamment la poursuite de la prise en charge dans un autre établissement de l'ASE (18 %), ou auprès d'un assistant familial (12 %) ou bien encore dans un logement personnel ou accompagné (8 %)⁴. Enfin, deux tiers (64 %) des enfants hébergés continuent de bénéficier de l'ASE à leur sortie de l'établissement. En particulier, un tiers fait l'objet d'une mesure judiciaire de placement et 10 % sont orientés vers une action éducative à domicile (AED) ou en milieu ouvert (AEMO). ■

Encadré 2 Retard scolaire à l'entrée au collège pour les enfants hébergés par l'ASE

Parmi les enfants hébergés fin 2012, 54 % de ceux de 11 ans, en âge d'aller au collège, sont scolarisés à l'école primaire, ce qui traduit un important retard scolaire. À titre comparatif, le taux de retard à l'entrée au collège est de 12 % en population générale en septembre 2012 (en France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte).

Par ailleurs, la déscolarisation est très élevée (16 %) lors de l'année d'entrée dans un établissement. Elle diminue ensuite fortement pour s'établir à 5 % après un an passé dans une structure d'accueil, puis à 3 % après cinq ans d'hébergement.

Pour en savoir plus

- > **Mainaud, T.** (2013, juillet). Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance. DREES, *Études et Résultats*, 845.
- > **Pliquet, E.** (2016, septembre). Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissements. DREES, *Études et Résultats*, 974.
- > **Pliquet, E.** (2016, mars). Fin 2012, les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance offrent 60 000 places d'hébergement. DREES, *Études et Résultats*, 955.

4. Pour respectivement 9 % et 13 % des jeunes, les situations de logement avant et après le passage dans l'établissement ne sont pas connues.

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 2016, les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements français (hors Mayotte) mettent en œuvre 333 000 mesures d'aide. Elles se répartissent à parts égales entre placements et actions éducatives.

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

Les enfants et jeunes adultes faisant l'objet d'une action éducative sont plus souvent des garçons (57 %). Cela semble être davantage le cas pour les bénéficiaires d'une action éducative à domicile (AED) parmi lesquels la part des garçons atteint 59 %, contre 55 % 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 59 % (*graphique 1*). 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.

Plus de garçons confiés à l'ASE et une majorité d'adolescents

Parmi les enfants placés, 153 000 sont spécifiquement confiés à l'ASE, soit 91 %. En moyenne, ils ont 12 ans et sont globalement plus âgés que les bénéficiaires d'une action éducative. Il s'agit souvent de préadolescents et adolescents âgés de 11 à 17 ans (*graphique 2*). En effet, ceux-ci constituent 53 % 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

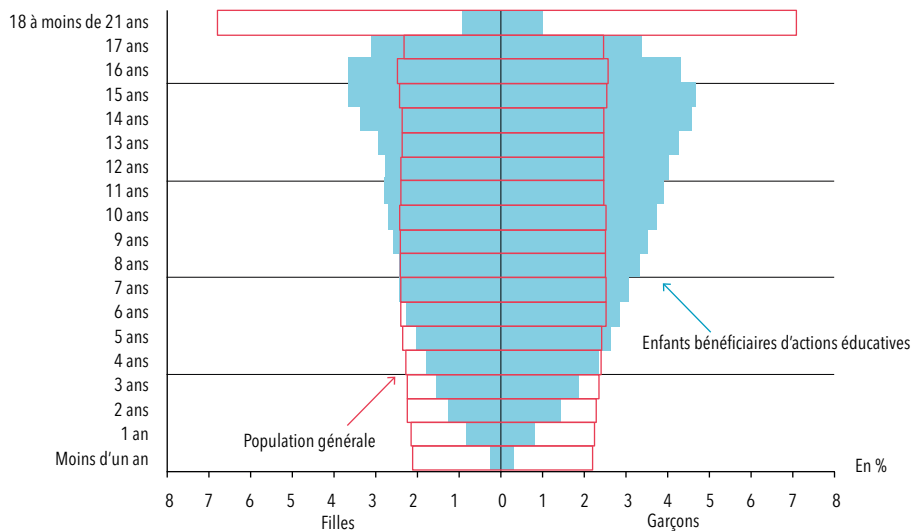
moins de 6 ans, par exemple, représentent 14 % des enfants confiés contre 27 % de la population générale des moins de 21 ans. Enfin, 12 % des jeunes confiés à l'ASE sont majeurs.

Les garçons sont plus nombreux que les filles. Alors qu'ils constituent 51 % de la population générale, ils représentent 58 % des enfants confiés, voire plus parmi les adolescents (64 % par exemple parmi les 16-17 ans).

Le mode d'hébergement principal varie selon l'âge des enfants confiés

Les jeunes faisant l'objet d'une mesure de placement sont hébergés dans différents lieux. Une petite moitié d'entre eux sont accueillis par un assistant familial et 38 % le sont en établissement (voir fiches 24 et 25). Les jeunes majeurs et certains adolescents autonomes peuvent par ailleurs être hébergés en foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en location ou encore à l'hôtel. Enfin, 8 % 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. L'âge de l'enfant ou du jeune confié et son mode d'hébergement principal sont liés (*graphique 3*). En effet, parmi les plus jeunes d'entre eux, l'accueil par un assistant familial est largement plus répandu que l'hébergement en établissement. À l'inverse, les adolescents sont davantage orientés vers un établissement que leurs cadets. Ainsi, l'accueil familial est le mode d'hébergement le plus fréquent jusqu'à 15 ans, et il est même supérieur à 63 % jusqu'à 10 ans. En revanche, l'établissement devient le lieu de vie de 40 % des 11-15 ans confiés à l'ASE, et les 16-17 ans y sont majoritairement hébergés. ■

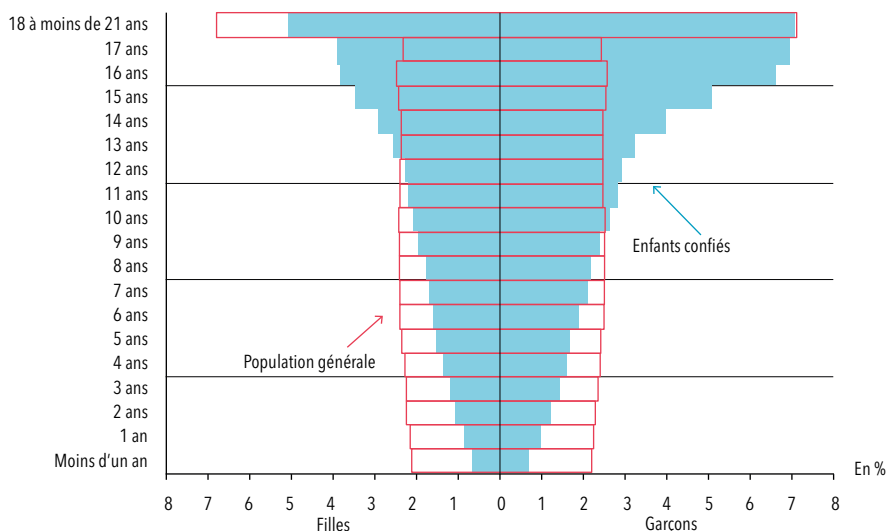
Graphique 1 Répartition par sexe et âge des enfants bénéficiaires d'actions éducatives au 31 décembre 2016



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), sur la base de 70 départements ayant renseigné cette partie de l'enquête, correspondant à 73 % des enfants bénéficiaires d'actions éducatives.

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

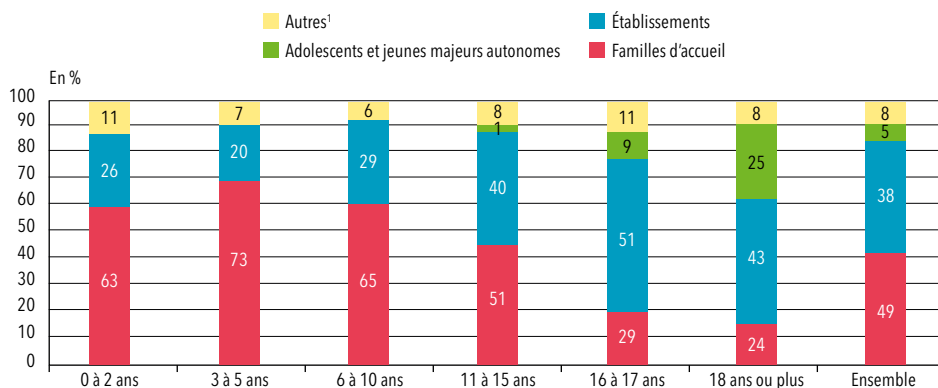
Graphique 2 Répartition par sexe et âge des enfants confiés à l'ASE au 31 décembre 2016



Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), sur la base de 94 départements ayant renseigné cette partie de l'enquête, correspondant à 97 % des enfants confiés.

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Graphique 3 Répartition par mode d'hébergement principal des enfants confiés à l'ASE, selon l'âge au 31 décembre 2016



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 82 départements ayant renseigné cette partie de l'enquête, correspondant à 91 % des enfants confiés.

Source > DREES, enquête Aide sociale 2016.

L'aide sociale à l'insertion

Les politiques d'insertion sont portées par de multiples acteurs, dont les conseils départementaux. Ces derniers ont l'obligation d'élaborer un programme départemental d'insertion et sont chargés du revenu de solidarité active (RSA), ainsi que de l'accompagnement de ses bénéficiaires. Par ailleurs, la gestion de deux fonds d'aide obligatoires, le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) et le fonds de solidarité pour le logement (FSL), leur est confiée, de même que la mise en œuvre des mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP).

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 ».

Le rôle du département

Responsable de la coordination des acteurs dans le domaine social sur son territoire, le conseil départemental doit, en particulier, élaborer un programme départemental d'insertion définissant la politique d'accompagnement social et professionnel. Il recense les besoins et l'offre locale en matière d'insertion et planifie les actions correspondantes (article L. 263-1 du CASF).

De plus, le département est chargé du revenu de solidarité active (RSA), ainsi que de l'accompagnement de ses bénéficiaires pour une meilleure insertion sociale ou professionnelle. Il gère le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) en difficulté et le fonds de solidarité pour le logement (FSL). Enfin, il doit assurer les mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP).

Le RSA et l'insertion sociale et professionnelle

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

activité ou qui ne tirent de leur activité que des ressources limitées.

Que recouvre l'allocation ?

Le RSA, financé par les départements, est 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.

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

Le fonds de solidarité pour le logement

Les départements sont responsables¹ de la gestion et du financement du fonds de solidarité pour le logement (FSL), créé par la loi du 31 mai 1990 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.

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

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. Il est possible de demander une contribution au bénéficiaire d'une MASP, en fonction de ses ressources. ■

Fin 2016, 1,86 million de foyers bénéficient du revenu de solidarité active (RSA), soit 4,3 % de moins que fin 2015. C'est la première année que les effectifs d'allocataires du RSA diminuent depuis 2008, en tenant compte des allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) et de l'allocation de parent isolé (API) avant 2009. La répartition géographique des allocataires du RSA est hétérogène et fortement liée à celle du chômage. Parmi ces allocataires, 12 % perçoivent la majoration pour isolement.

Le revenu de solidarité active (RSA) est une allocation différentielle qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le seuil d'un revenu garanti ou montant forfaitaire, dont le barème varie selon la composition du foyer (voir fiche 27). Il peut être majoré pour les personnes élevant seules des enfants.

Les effectifs en baisse pour la première fois depuis 2008

Au 31 décembre 2016, 1,86 million de foyers bénéficient du RSA¹ en France², dont 224 000 (12 %) ont la majoration pour isolement (RSA majoré). Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,83 millions de personnes sont couvertes par le RSA, soit 5,7 % de la population française. De plus, 98 % des bénéficiaires (allocataires et conjoints) du RSA, soit 2,09 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 (voir fiche 29).

Après deux années de ralentissement de la croissance des effectifs (+2,5 % en 2015 et +4,8 % en 2014, après +7,4 % en 2013 et +6,2 % en 2012), le nombre de foyers allocataires du RSA diminue en 2016 (-4,3 %). C'est la première fois depuis 2008 que les effectifs du RSA, en tenant compte des allocataires

de l'allocation de parent isolé (API) et du revenu minimum d'insertion (RMI) avant 2009, diminuent (*graphique 1*). La baisse est plus importante pour les allocataires du RSA majoré (-7,4 %) que pour ceux du RSA non majoré (-3,8 %). Elle aurait été encore plus importante sans la revalorisation exceptionnelle de 2 % du RSA au 1^{er} septembre 2016, dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté en janvier 2013³.

L'évolution des effectifs du RSA est liée en partie à l'état 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 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 importante (+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 des effectifs du RSA en 2014 et 2015, et la baisse en 2016. Celle-ci pourrait aussi être en partie liée à la déconnexion des demandes de la prime d'activité et du RSA⁴, alors qu'une seule demande servait pour le RSA socle et le RSA activité. Cela expliquerait pour une

1. Jusqu'en 2015, le RSA comportait un volet « minimum social », le RSA socle, et un volet « complément de revenus d'activité », le RSA activité. Le RSA activité a été supprimé au 1^{er} janvier 2016, remplacé par la prime d'activité ; le RSA socle devient le RSA à partir du 1^{er} janvier 2016.

2. Le RSA est en vigueur en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer ainsi que dans trois collectivités d'outre-mer : Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

3. Au total, le RSA aura été revalorisé de 10 % entre 2013 et 2017 en plus de l'indexation annuelle sur l'inflation. La revalorisation du montant forfaitaire du RSA augmente le plafond de ressources pour bénéficier du RSA, ce qui accroît mécaniquement le nombre d'allocataires.

4. Une demande de RSA vaut pour demande de la prime d'activité, la réciproque n'est pas vraie.

part le fait que les entrées dans le RSA des foyers percevant précédemment la prime d'activité soient moins élevées que celles dans le RSA socle des foyers en provenance du RSA activité. En moyenne, 41 000 foyers bénéficiaires de la prime d'activité sont entrés dans le RSA d'une fin de trimestre à la suivante, entre mars et décembre 2016, contre 66 000 entrées⁵ dans le RSA socle en provenance du RSA activité entre septembre et décembre 2015.

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

Fin 2016, les allocataires du RSA représentent 4,5 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Leur répartition départementale confirme le lien étroit entre minimum d'insertion et chômage.

Le coefficient de corrélation entre la part d'allocataires du RSA dans un département et le taux de chômage s'établit ainsi à 0,84 en France métropolitaine⁶. Sur le territoire métropolitain, le taux d'allocataires du RSA est supérieur à la moyenne (4,1 %) 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 1).

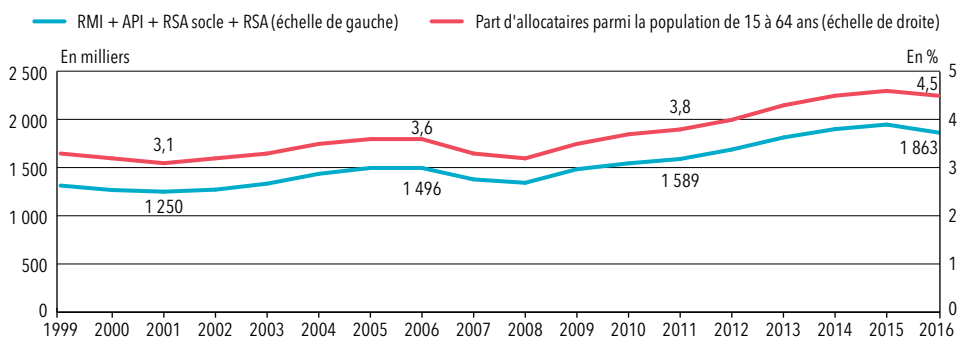
La proportion d'allocataires est très élevée dans les DROM, hors Mayotte, où elle représente 15,9 % de la population âgée de 15 à 64 ans (encadré 1).

Le RSA non majoré représente 88 % des allocataires du RSA

Parmi les 1,86 million de foyers qui bénéficient du RSA en France au 31 décembre 2016, 1,64 million (88 %) perçoivent le RSA non majoré, soit 3,8 % de moins que fin 2015.

Parmi les allocataires, 60 % sont des personnes seules sans enfant et 24 % des foyers allocataires sont des familles monoparentales (tableau 1). Les couples avec ou sans enfant(s) sont très minoritaires. La moitié des bénéficiaires sont des femmes (49 %).

Graphique 1 Évolution du nombre et de la part d'allocataires du RMI, de l'API, du RSA socle et du RSA parmi la population âgée de 15 à 64 ans, depuis 1999



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

Sources > CNAF, MSA ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier de l'année $n+1$ pour le taux d'allocataires de l'année n (résultats provisoires arrêtés fin 2017 pour 2016 et 2017).

⁵. Cet écart va à rebours du fait que la prime d'activité touche un public beaucoup plus large que celui du RSA activité, tout en l'incluant : fin 2016, il y a 2 262 700 allocataires de la prime d'activité seule, alors qu'il y avait 628 400 allocataires du RSA activité seul fin 2015.

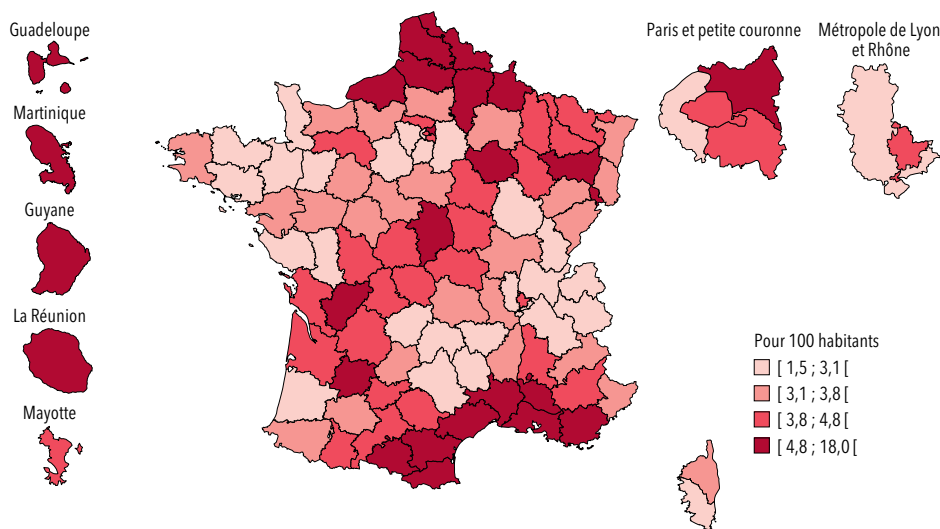
⁶. La corrélation est aussi très élevée avec le taux de pauvreté monétaire à 60 % du niveau de vie médian. En France métropolitaine, le coefficient de corrélation s'établit à 0,80.

La plupart des allocataires du RSA non majoré (93 %) ont entre 25 et 61 ans en 2016, cela s'explique par la condition d'âge minimum pour les personnes sans enfant et par la possibilité de bénéficier des prestations vieillesse à partir de l'âge minimal légal de départ à la retraite. Par rapport à la population française âgée de 15 à 64 ans, les allocataires du RSA non majoré sont surreprésentés parmi les 25-29 ans (17 % des allocataires ont

de 25 à 29 ans, contre 9 % dans l'ensemble de la population).

Fin 2016, les allocataires du RSA non majoré représentent 4,0 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,15 millions de personnes sont couvertes par ce minimum social, soit 4,7 % de la population française. Parmi les allocataires du RSA non majoré, 55 % perçoivent le RSA depuis plus de deux ans et un tiers depuis plus de cinq ans⁷.

Carte 1 Part d'allocataires du RSA parmi la population âgée de 15 à 64 ans, fin 2016



Note > Les départements sont répartis par quartiles selon la valeur de la part d'allocataires (chaque catégorie regroupe 25 % des départements). Au niveau national, la part d'allocataires du RSA est de 4,5 pour 100 habitants âgés de 15 à 64 ans.

Champ > France.

Sources > CNAF ; MSA ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Encadré 1 La situation dans les DROM

Le RSA a remplacé le RMI et l'API le 1^{er} janvier 2011 dans les DROM. Il est également en vigueur à Mayotte depuis le 1^{er} janvier 2012. Au 31 décembre 2016, 202 100 foyers bénéficient du RSA dans les DROM (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), soit une baisse de 4,4 % par rapport à fin 2015.

En prenant en compte les conjoints et les enfants à charge des allocataires, 454 700 personnes sont couvertes par le RSA dans les DROM, soit 21 % de la population.

7. Cette ancienneté dans le RSA ne tient pas compte de la perception éventuelle du RSA activité dans le passé.

Tableau 1 Caractéristiques des foyers allocataires du RSA, fin 2016

Caractéristiques	RSA non majoré	RSA majoré	RSA	En %
				Ensemble de la population de 15 à 64 ans
Effectifs	1 639 200	224 000	1 863 200	40 889 700
Sexe¹				
Femme	49	96	54	51
Homme	51	4	46	49
Situation familiale²				
Isolé sans personne à charge	60	femme enceinte : 4 femme avec un enfant : 37 femme avec plus d'un enfant : 56 homme avec un enfant : 2 homme avec plus d'un enfant : 1	53	30
Isolé avec personne(s) à charge	24		33	12
Couple sans personne à charge	3		3	20
Couple avec personne(s) à charge	13		11	37
Âge				
Moins de 25 ans	3	27	6	18
25 à 29 ans	17	24	18	9
30 à 39 ans	28	34	29	20
40 à 49 ans	25	12	23	21
50 à 59 ans	20	3	18	21
60 ans ou plus	7	0	6	10
Ancienneté dans le dispositif³				
Moins de 6 mois	15	25	16	
6 mois à moins d' 1 an	14	27	15	
1 an à moins de 2 ans	16	19	16	
2 ans à moins de 5 ans	22	13	21	
5 ans à moins de 10 ans	17	11	17	
10 ans ou plus	16	5	15	
Inscrits à Pôle emploi¹	43	32	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, en se restreignant aux personnes de référence.

3. Selon la date d'ouverture des droits, en tenant compte de l'ancienneté dans le RMI, l'API ou le RSA socle, mais sans tenir compte du RSA activé, contrairement aux chiffres publiés dans l'édition 2017 de l'ouvrage *L'aide et l'action sociales en France*.

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

Champ > France ; ensemble de la population : ménages ordinaires en France (hors Mayotte).

Sources > CNAF et MSA pour les effectifs ; CNAF pour les répartitions (98,7 % des allocataires du RSA relèvent des CAF) ; DREES (ENIACRAMS) pour le taux d'inscription à Pôle emploi ; Insee, enquête Emploi 2016, pour les caractéristiques de la population générale.

Les allocataires du RSA majoré sont presque exclusivement des femmes

Au 31 décembre 2016, 224 000 foyers bénéficient du RSA majoré, soit une baisse de 7,4 % en un an. Ils représentent 12 % des allocataires du RSA en France. La quasi-totalité des allocataires du RSA majoré sont des femmes (96 %). Une femme sur deux a plus d'un enfant à charge.

En raison de sa spécificité et de l'absence de condition d'âge, le RSA majoré compte davantage de jeunes que le RSA non majoré : 27 % des bénéficiaires ont moins de 25 ans.

Fin 2016, les allocataires de ce minimum social représentent 0,5 % de la population âgée de 15 à 64 ans résidant en France. En tenant compte des personnes à charge, 677 900 personnes sont couvertes par le RSA majoré, fin 2016, soit 1,0 % de la population française.

Confrontés à certaines difficultés, notamment l'absence ou le coût élevé d'un mode de garde, les bénéficiaires du RSA majoré sont plus éloignés du marché du travail. Seulement 32 % d'entre eux sont inscrits à Pôle emploi, contre 43 % des bénéficiaires du RSA non majoré. ■

Pour en savoir plus

> **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.)** (2018). *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

Fin 2016, 2,09 millions de personnes bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont soumises aux droits et devoirs associés à cette prestation, soit environ 98 % des bénéficiaires. Parmi elles, 83 % sont orientées vers un parcours d'insertion. Le référent unique de ces parcours est un agent de Pôle emploi dans 43 % des cas et un agent du conseil départemental ou territorial dans un peu moins d'un tiers des cas. Enfin, 54 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs, orientés et ayant un référent unique autre qu'un agent de Pôle emploi disposent d'un contrat d'engagements réciproques en cours de validité fin 2016.

Fin 2016, 1,86 million de foyers sont allocataires du revenu de solidarité active (RSA) en France¹ (voir fiche 28), ce qui représente 2,13 millions de bénéficiaires du RSA (allocataires et leurs conjoints).

Presque tous les adultes bénéficiaires du RSA sont soumis aux droits et devoirs

Selon la loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion, tout allocataire ou conjoint d'allocataire appartenant à un foyer ayant un droit ouvert au RSA est soumis aux « droits et devoirs du bénéficiaire du RSA » s'il est sans emploi ou a un revenu d'activité professionnelle inférieur à 500 euros par mois (en moyenne au cours des trois derniers mois). Les personnes soumises aux droits et devoirs sont tenues de rechercher un emploi, de mener à bien les démarches nécessaires à la création de leur propre activité ou d'entreprendre les actions nécessaires à une meilleure insertion sociale ou professionnelle.

Fin 2016, 2,09 millions de personnes bénéficiaires du RSA sont soumises aux droits et devoirs en France selon les données consolidées² des caisses verseuses (CNAF et MSA) ; elles représentent 98 % des adultes bénéficiaires (allocataires et conjoints d'allocataires) du RSA à cette même date.

83 % des personnes soumises aux droits et devoirs sont orientées

Toute personne bénéficiaire du RSA soumise aux droits et devoirs doit être orientée vers un organisme chargé de l'accompagner en vue d'une meilleure insertion professionnelle ou sociale. La décision d'orientation et du type de parcours d'insertion prend en compte les caractéristiques individuelles. Elle relève, sur chaque territoire, de la collectivité territoriale ayant la compétence de l'insertion des bénéficiaires du RSA sur ce territoire³. Si une personne jugée proche de l'emploi aura tendance à être orientée dans un parcours centré sur l'insertion professionnelle, une personne présentant des problèmes sociaux majeurs ou des freins à l'emploi importants sera plutôt accompagnée dans le cadre d'un parcours privilégiant l'insertion sociale. Certaines collectivités ont également mis en place des parcours mixtes, traitant de manière plus globalisée les freins à l'insertion professionnelle et à l'insertion sociale.

Si tout bénéficiaire du RSA soumis aux droits et devoirs est supposé être orienté, certains peuvent ne pas (encore) l'être à une date donnée, notamment lorsqu'il s'agit de personnes récemment entrées dans le RSA. D'après la vague 2016 de l'enquête

1. Le RSA est en vigueur en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer ainsi que dans trois des collectivités d'outre-mer : Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

2. Les données consolidées prennent en compte les mises à jour rétroactives du statut « droits et devoirs » effectuées après cette date, par exemple suite à l'envoi tardif des déclarations trimestrielles de la part de certains bénéficiaires.

3. Il s'agit des conseils départementaux ou des conseils territoriaux.

annuelle de la DREES sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA, 83 % des personnes soumises aux droits et devoirs sont orientées vers un parcours d'insertion fin 2016 (tableau 1).

Cette proportion est supérieure à 79 % dans près de deux tiers des collectivités et elle dépasse même 95 % dans une collectivité sur dix. Elle est à l'inverse inférieure à 65 % dans moins d'une collectivité sur dix (8 %) [carte 1].

La part des personnes orientées a tendance à croître avec l'âge jusqu'à 60 ans : si 74 % des jeunes de moins de 25 ans soumis aux droits et devoirs sont orientés, c'est le cas de 83 % des personnes âgées de 30 à 39 ans et de 85 % des personnes âgées de 50 à 59 ans. Pour les 60 ans ou plus, cette part atteint 83 %.

Par ailleurs, elle est beaucoup plus faible pour les personnes récemment entrées dans le RSA que

Tableau 1 Orientation des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs fin 2016

	En %
Ensemble des bénéficiaires	83
Tranche d'âge	
Moins de 25 ans	74
De 25 à 29 ans	79
De 30 à 39 ans	83
De 40 à 49 ans	84
De 50 à 59 ans	85
60 ans ou plus	83
Sexe	
Femme	83
Homme	82
Ayant la charge d'enfant(s)	
oui	82
non	83
Tranche d'ancienneté dans le RSA	
Moins de 6 mois	57
De 6 mois à moins de 1 an	76
De 1 an à moins de 2 ans	83
De 2 ans à moins de 5 ans	88
5 ans ou plus	87

Note > Les indicateurs de ce tableau sont calculés d'après 93 collectivités répondantes à la vague 2016 de l'enquête pour la ligne « Ensemble des bénéficiaires », 87 collectivités pour le bloc « Tranche d'âge », 73 collectivités pour les blocs « Sexe » et « Ayant la charge d'enfant(s) », et 78 collectivités pour le bloc « Tranche d'ancienneté dans le RSA ». La moyenne des indicateurs par caractéristique peut être décalée par rapport aux indicateurs pour l'ensemble des bénéficiaires du fait de la différence entre le nombre de collectivités utilisées pour le calcul des indicateurs par caractéristique et celui utilisé pour le calcul des indicateurs pour l'ensemble des bénéficiaires. La tranche d'ancienneté dans le RSA récoltée dans l'enquête est celle des allocataires des foyers auxquels appartiennent les bénéficiaires.

Lecture > 83 % des personnes bénéficiaires du RSA soumises aux droits et devoirs fin 2016 sont orientées dans un parcours d'insertion à cette même date.

Champ > France.

Source > DREES, vague 2016 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA.

pour celles présentes depuis plus longtemps dans le dispositif. En effet, 57 % des personnes entrées depuis moins de six mois dans le RSA sont orientées, contre 76 % pour celles ayant une ancienneté de six mois à moins d'un an, 83 % pour celles ayant une ancienneté d'un an à moins de deux ans et 87 % lorsqu'elles ont passé cinq ans ou plus dans le RSA. Dans cette dernière catégorie, 13 % de personnes ne sont donc pas orientées. Cette proportion notable s'explique probablement en partie par le fait que l'ancienneté dans le RSA utilisée dans l'enquête concerne, avant 2016, non seulement le RSA socle mais aussi le RSA activité⁴. Le fait que, dans le cas d'un couple, cette ancienneté soit celle de l'allocataire (et non l'ancienneté individuelle de

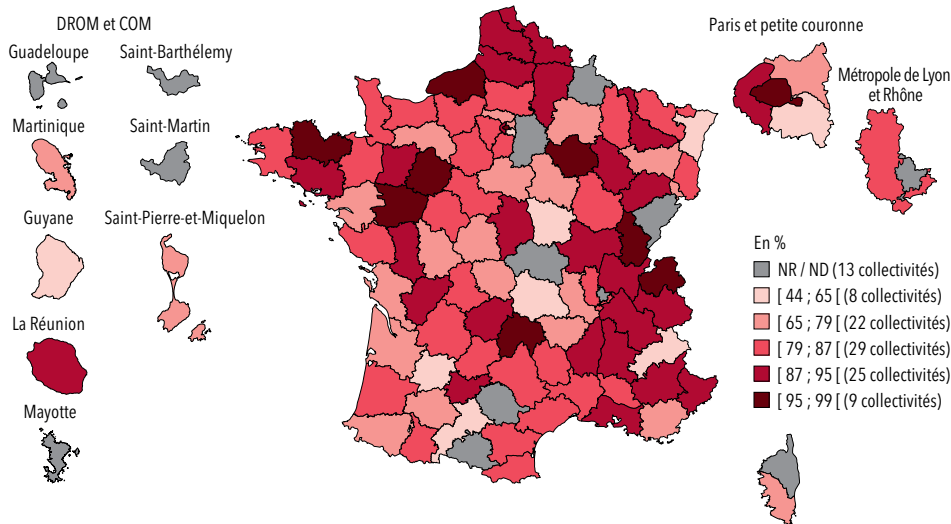
chaque membre du couple) peut également contribuer à l'expliquer.

À noter, aucune différence significative n'apparaît pour la part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs selon le sexe et selon le fait d'avoir ou non des enfants à charge.

Pôle emploi est le référent unique du parcours d'insertion dans plus de quatre cas sur dix

Selon la loi, un référent unique doit être désigné pour chacun des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs et orientés dans un parcours d'insertion. En fonction des caractéristiques individuelles des

Carte 1 Part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs fin 2016



Note > NR : collectivité non répondante à l'enquête ; ND : collectivité répondante à l'enquête mais indicateur non disponible. Au niveau national, la part de personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs est de 83 %.

Lecture > Dans le département du Nord, la part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs fin 2016 est comprise entre 87 et 95 %.

Champ > France.

Source > DREES, vague 2016 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA.

4. Jusqu'en 2015, le RSA comportait un volet « minimum social », le RSA socle, et un volet « complément de revenus d'activité », le RSA activité. Depuis le 1^{er} janvier 2016, le RSA activité est remplacé par la prime d'activité.

bénéficiaires, ce référent unique peut appartenir à Pôle emploi, à un organisme autre que Pôle emploi mais appartenant ou participant au Service public de l'emploi⁵ (SPE), ou bien à un organisme en dehors du SPE. Presque toutes les collectivités ont recours à Pôle emploi dans leurs schémas d'insertion. Ce dernier représente une proportion importante des organismes d'appartenance des référents uniques, mais

au niveau national, ce sont les organismes autres que Pôle emploi qui sont majoritaires. En effet, 43 % des bénéficiaires soumis aux droits et devoirs orientés ont un agent de Pôle emploi comme référent unique fin 2016 (tableau 2). Cette part varie fortement sur le territoire. Ainsi, elle est inférieure à 31 % dans près de trois collectivités sur dix mais est supérieure à 57 % dans près de deux collectivités sur dix (carte 2).

Tableau 2 Répartition des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs orientés selon l'organisme d'appartenance du référent unique fin 2016

	En %
	Répartition
Pôle emploi	43
Organismes appartenant ou participant au SPE, autres que Pôle emploi	4
Dont organismes publics de placement professionnel autres que Pôle emploi	2
Dont entreprises de travail temporaire et agences privées de placement	<1
Dont organismes d'appui à la création et au développement d'entreprise	1
Dont structures d'insertion par l'activité économique (IAE)	<1
Dont autres organismes de placement professionnel	1
Organismes en dehors du SPE	53
Dont services du conseil départemental/territorial	31
Dont CAF	1
Dont MSA	<1
Dont CCAS et CIAS	10
Dont associations d'insertion et autres organismes d'insertion	10

SPE : Service public de l'emploi ; CAF : Caisse d'allocations familiales ; MSA : Mutualité sociale agricole ; CCAS : centres communaux d'action sociale ; CIAS : centres intercommunaux d'action sociale.

Note > Les indicateurs de ce tableau sont calculés d'après 93 collectivités répondantes à la vague 2016 de l'enquête. Les égalités entre les totaux ou les sous-totaux et leur décomposition peuvent ne pas toujours être respectées en raison des arrondis.

Lecture > 43 % des personnes bénéficiaires du RSA soumises aux droits et devoirs orientés dans un parcours d'insertion fin 2016 ont un agent de Pôle emploi comme référent unique à cette même date.

Champ > France.

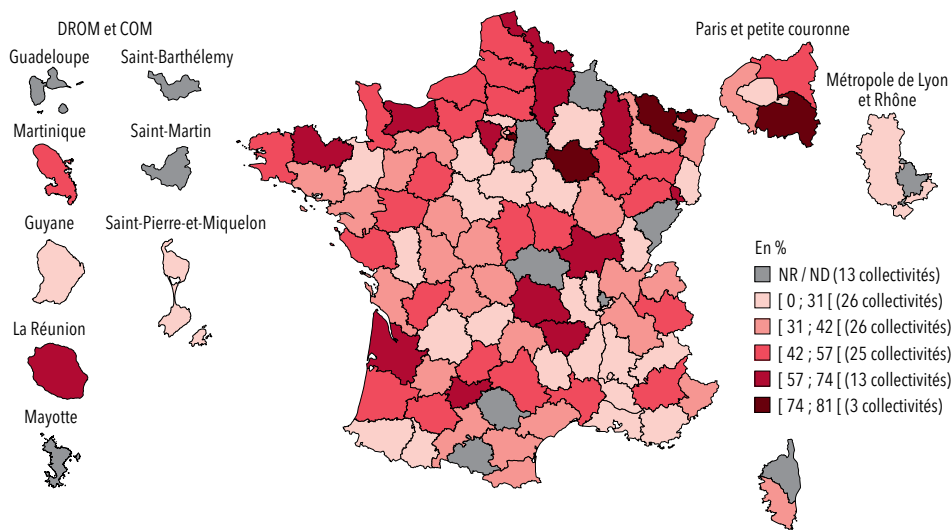
Source > DREES, vague 2016 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA.

5. Dans cette fiche, le SPE est compris au sens large. Les organismes appartenant ou participant au SPE sont par convention les suivants : Pôle emploi, organismes publics (ou émanant de collectivités publiques) de placement professionnel autres que Pôle emploi (PLIE, maison de l'emploi, mission locale...), entreprises de travail temporaire, agences privées de placement, organismes d'appui à la création et au développement d'entreprises, structures d'insertion par l'activité économique (IAE), autres organismes de placement professionnel et autres organismes appartenant ou participant au SPE. Les organismes hors SPE désignent alors l'ensemble des autres organismes : conseils départementaux et conseils territoriaux, caisses d'allocations familiales (CAF), mutualité sociale agricole (MSA), centres communaux d'action sociale (CCAS), centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), associations d'insertion non classées dans le SPE et autres organismes d'insertion non classés dans le SPE.

Lorsque le référent unique n'appartient pas à Pôle emploi, ce sont les services internes des conseils départementaux et territoriaux qui sont très majoritairement privilégiés, loin devant les organismes du SPE autres que Pôle emploi. Ainsi, parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs orientés, 31 % ont un agent du conseil départemental/territorial comme référent unique, et 4 % un agent des organismes du SPE autres que Pôle emploi. Les CCAS/CIAS accompagnent 10 % des bénéficiaires orientés, de même que les associations et autres organismes d'insertion en dehors du SPE (10 % également).

La part des personnes ayant un organisme du SPE autre que Pôle emploi comme référent unique parmi les bénéficiaires orientés est inférieure à 15 % pour neuf collectivités sur dix. Si la part des personnes ayant un organisme en dehors du SPE comme référent unique parmi les bénéficiaires orientés est supérieure à 44 % pour trois collectivités sur quatre, elle dépasse 63 % pour un quart d'entre elles et même 76 % pour un dixième d'entre elles. Par ailleurs, la part des personnes orientées ayant un service du conseil départemental/territorial comme référent unique est supérieure à 30 % pour les trois quarts des collectivités, et à 52 % pour un quart d'entre elles.

Carte 2 Part des personnes ayant un référent unique appartenant à Pôle emploi parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs orientés et ayant un référent unique désigné fin 2016



Note > NR : collectivité non répondante à l'enquête ; ND : collectivité répondante à l'enquête mais indicateur non disponible. Au niveau national, la part des personnes ayant un référent unique appartenant à Pôle emploi parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs orientés ayant un référent unique désigné est de 43 % fin 2016.

Lecture > Dans le département du Nord, la part des personnes ayant un référent unique appartenant à Pôle emploi parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs orientés ayant un référent unique désigné fin 2016 est comprise entre 57 % et 74 %.

Champ > France.

Source > DREES, vague 2016 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA.

Plus d'un bénéficiaire du RSA orienté vers un organisme autre que Pôle emploi sur deux a un contrat d'engagements réciproques en cours de validité

Selon la loi, lorsqu'un bénéficiaire du RSA soumis aux droits et devoirs est orienté vers Pôle emploi, il participe à la définition d'un projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE). Dans le cas d'une orientation vers un organisme autre que Pôle emploi, le bénéficiaire signe un contrat d'engagements réciproques

(CER) avec cet organisme, que l'organisme appartienne ou non au SPE. Le CER énumère les actions à mettre en œuvre dans le cadre du parcours d'insertion du bénéficiaire⁶.

54 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs orientés vers un organisme autre que Pôle emploi ont un CER en cours de validité fin 2016⁷. Cette part se situe entre 37 % et 79 % pour huit collectivités sur dix, et est supérieure à 45 % pour les trois quarts d'entre elles et à 63 % pour un quart d'entre elles. ■

Pour en savoir plus

Tous les résultats présentés dans cette fiche, sont disponibles, par territoire, dans l'espace Data.Drees http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,371,3035.

> **Arnold, C., Lelièvre, M.**, avec le concours de l'Assemblée des départements de France (ADF) (2012, mars). Les modes d'organisation des conseils généraux avec la mise en place du revenu de solidarité active ». DREES, *Études et Résultats*, 800.

> **D'Isanto, A.** (2017, juillet). 80 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés vers un parcours d'insertion. DREES, *Études et Résultats*, 1019.

> **D'Isanto, A.** (2018, février). *L'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA en 2016* (document de travail). Paris, France : DREES, série Statistiques, 204.

6. Les réponses des collectivités à l'enquête de la DREES ne permettent pas de calculer la part des personnes ayant un PPAE en cours de validité parmi les bénéficiaires dont le référent unique appartient à Pôle emploi. Par contre, pour les cas où le référent unique n'appartient pas à Pôle emploi, les données concernant les CER sont en mesure d'être exploitées.

7. Indicateur calculé d'après 88 collectivités répondantes à la vague 2016 de l'enquête. Lorsque l'organisme du référent unique appartient ou participe au SPE, la loi autorise un délai d'un mois entre le moment où la décision d'orientation a été validée et celui où le CER est signé. Ce délai est porté à deux mois dans le cas où l'organisme du référent unique est en dehors du SPE. En pratique, ce délai pourrait n'être pas toujours respecté, ce qui expliquerait la proportion observée.

Les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au revenu de solidarité active (RSA) s'élèvent à 11,8 milliards en 2016. Elles progressent encore de 2,5 % en euros constants en un an, mais à un rythme moins soutenu que pour toutes les années depuis la création du dispositif en 2009. Les dépenses d'allocation représentent 91 % 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 ainsi que l'organisation et le financement des actions d'insertion (voir fiche 27). L'ensemble de ces dépenses constitue 30 % des dépenses sociales brutes des départements.

Une croissance ralentie des dépenses d'allocation

En 2016, les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au RSA continuent de progresser, mais à un rythme moindre que les années précédentes, passant de 11,5 milliards en 2015 à 11,8 milliards d'euros en 2016. Le versement de l'allocation du RSA représente 91 % de ces dépenses, soit 10,7 milliards d'euros. Ce montant augmente de 2,9 % en un an (en euros constants¹) et à un rythme annuel moyen de 6,3 % entre 2009 et 2016 (*tableau 1*). Cette croissance, malgré la diminution du nombre moyen d'allocataires² de 1,0 % entre 2015 et 2016 (voir fiche 28), peut s'expliquer en grande partie par la revalorisation à deux reprises du montant de l'allocation en 2016 (0,1 % en avril et 2 % en septembre).

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 4,8 % 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, et des participations et subventions dans le cadre notamment de la mission des départements d'accompagnement social et socioprofessionnel des personnes éloignées de l'emploi.

Ces dépenses d'insertion, hors allocations, s'élèvent à 1 038 millions d'euros en 2016. Parmi elles, 224 millions d'euros sont alloués au financement des contrats uniques d'insertion (CUI) des bénéficiaires du RSA, 790 millions d'euros à l'accompagnement des bénéficiaires du RSA et enfin 24 millions à d'autres dépenses d'insertion (encore liées aux anciens dispositifs RMI, CI-RMA ou contrats d'avenir, par exemple).

Des disparités départementales marquées

La répartition sur le territoire des dépenses totales liées au RSA, rapportées à la population de chaque département, est hétérogène (*carte 1*). En 2016, les dépenses brutes d'insertion et d'allocation du RSA par habitant varient ainsi de 1 à 5 selon les départements de France métropolitaine. Les taux observés dans les DROM sont les quatre plus élevés, dépassant 500 euros par an et par habitant. Toutefois, près de la moitié des départements dépensent entre 120 et 185 euros par habitant, la dépense médiane³ annuelle se situant autour de 150 euros

1. Sauf mention contraire, les évolutions de dépenses sont systématiquement indiquées en euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2016, cet indice a augmenté de 0,21 % en moyenne annuelle.

2. Le nombre moyen d'allocataires est calculé ici comme la moyenne des nombres d'allocataires au 31 décembre de l'année et au 31 décembre de l'année précédente.

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

par habitant. Ces disparités sont essentiellement le reflet des écarts de nombre d'allocataires entre les départements. En effet, le taux d'allocataires du RSA au sein de la population des 15 à 64 ans varie de 1,5 % à 18,0 %, au 31 décembre 2016 (voir fiche 28) et le coefficient de corrélation entre ce taux et la dépense du RSA par habitant s'élève à 0,99 %. À l'inverse, les disparités des dépenses rapportées au nombre moyen d'allocataires⁴ 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 interdécile⁵ n'est que de 1,1 pour les dépenses rapportées au nombre moyen d'allocataires, contre 2,6 pour les dépenses moyennes par habitant comme pour la proportion d'allocataires dans la population (*tableau 2*). La part des dépenses d'insertion dans les dépenses totales de RSA continue de diminuer et atteint 8,8 % en 2016. Les disparités départementales de dépenses d'insertion par allocataire, comme celles de la part des dépenses d'insertion dans les dépenses totales liées au RSA, sont élevées. Elles se traduisent, respectivement, par un rapport interdécile de 3,0 et 2,9. ■

Tableau 1 Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RSA

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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	Évolution annuelle moyenne 2009-2016 (en %)
Total des dépenses brutes	7883	8550	8932	9321	10029	10871	11468	11777	2,5	4,8
Dépenses d'allocation du RSA et du RMI	6523	7394	7830	8218	8924	9723	10414	10741	2,9	6,3
Dépenses d'insertion, dont :	1360	1155	1102	1103	1105	1149	1053	1036	-1,8	-4,8
Dépenses de contrats uniques d'insertion (CUI)	-	113	260	211	234	249	227	224	-1,6	-
Dépenses d'insertion du RSA, hors CUI	261	702	733	760	836	832	805	790	-2,1	15,9
Autres dépenses d'insertion (y compris RSO et anciens dispositifs liés au RMI)	1099	340	108	132	35	68	21	22	6,8	-43,3

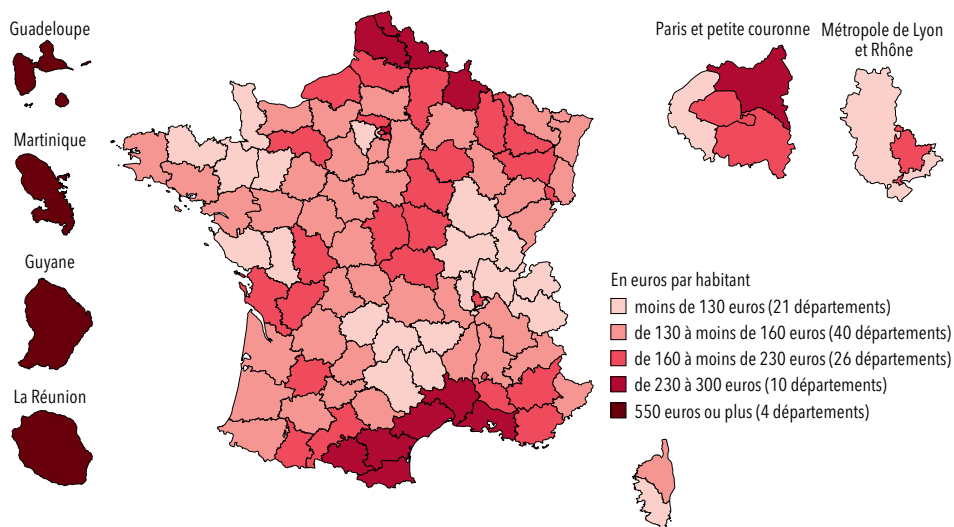
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes Aide sociale 2009 à 2016.

4. Le nombre moyen d'allocataires en 2016 est calculé ici comme la moyenne des nombres d'allocataires au 31 décembre 2015 et 2016.

5. Le 1^{er} décile est la valeur en deçà de laquelle se situent 10 % des départements. Le 9^e décile est la valeur en deçà de laquelle se situent 90 % des départements. Le rapport interdécile est le rapport entre la valeur du 9^e décile à celle du 1^{er} décile.

Carte 1 Les dépenses brutes d'insertion et d'allocation de RSA par habitant en 2016



Lecture > Les départements ont été classés selon leurs dépenses totales brutes d'insertion et d'allocation de RSA par habitant en 2016, selon la méthode de Jenks. Au niveau national, cette dépense est en moyenne de 180 euros par habitant. Aucun département ne présente une dépense par habitant comprise entre 310 et moins de 550 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017). ISD n°FI01.

Tableau 2 Disparités départementales de la proportion d'allocataires et des dépenses moyennes par allocataire

	Proportion d'allocataires du RSA parmi la population âgée de 15 à 64 ans (%)	Dépenses brutes d'allocation et d'insertion du RSA par allocataire (en euros)	Dépenses brutes d'insertion du RSA par allocataire (en euros)	Ratio dépenses d'insertion/dépenses d'allocation et d'insertion du RSA (%)	Dépenses brutes d'allocation et d'insertion du RSA par habitant (en euros)
1 ^{er} décile	2,5	5 950	322	5,2	96
1 ^{er} quartile	3,1	6 037	437	7,1	120
Médiane	3,7	6 202	593	9,6	149
3 ^e quartile	4,7	6 353	795	12,6	185
9 ^e décile	6,4	6 615	956	14,8	252
Rapport interdécile	2,6	1,1	3,0	2,9	2,6
Max/Min	11,8	1,4	18,5	13,9	11,8

Lecture > La médiane, les 1^{er} et 3^e quartiles, les 1^{er} et 9^e déciles sont des valeurs qui partagent en deux les observations d'une variable rangée en ordre croissant. La médiane est la valeur qui sépare l'ensemble des départements répondants en deux groupes de même importance. Le 1^{er} quartile (respectivement le 3^e quartile) est la valeur en deçà de laquelle se situent 25 % des départements (respectivement 75 % des départements). Par exemple, la dépense moyenne d'allocation et d'insertion liée au RSA est inférieure à 6 037 euros par allocataire dans 25 % des départements.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale 2016 ; CNAF ; MSA.

Le principal mode d'attribution du fonds d'aide aux jeunes (FAJ) consiste en des aides financières individuelles mobilisables plusieurs fois. En 2015, 91 000 personnes ont bénéficié d'au moins une aide de ce type. La moitié des 137 000 aides individuelles allouées servent à couvrir un besoin alimentaire. 36 millions d'euros ont été dépensés dans le cadre du FAJ en 2015 et le montant moyen des aides individuelles atteint 193 euros.

Le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) est une aide de dernier recours octroyée, par les conseils départementaux, aux jeunes de 18 à 25 ans en situation de grande difficulté sociale ou professionnelle (voir fiche 27).

Des montants variables selon l'aide et selon le département

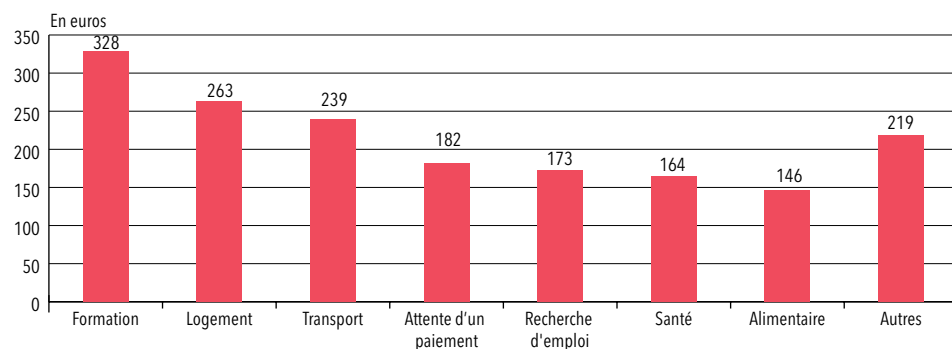
Sur les 41 millions d'euros du budget global du FAJ en 2015¹, 36 millions ont été consommés : 70 % sont consacrés au financement d'aides individuelles, 15 % à des actions collectives organisées par le département et 11 % au financement d'organismes

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 1).

Une particularité importante du FAJ consiste à pouvoir débloquer en urgence les fonds pour des aides individuelles, sans examen préalable par les commissions

Graphique 1 Montant moyen des aides financières individuelles attribuées en 2015, selon leur finalité



Note > La catégorie « Autres » désigne notamment les aides à l'achat de vêtements ou l'accès à des activités culturelles, sportives et de loisirs, en tant que facteur de socialisation.

Lecture > Le montant moyen des aides financières individuelles à finalité alimentaire est de 146 euros en 2015.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

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

1. Les dernières données disponibles sur le FAJ sont relatives à 2015. L'enquête de la DREES sur ce fonds, qui était réalisée tous les deux ans jusqu'à cette date, est réalisée dorénavant tous les quatre ans (voir annexe 1).

d'attribution. Ces aides d'urgence représentent 19 % du montant des aides individuelles.

Des bénéficiaires peu diplômés et en situation précaire

Parmi les aides attribuées, 39 % concernent des jeunes sans diplôme et seulement 28 % des titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme plus élevé (tableau 1). En 2015, 67 % des aides individuelles

sont allouées à des jeunes 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.

Tableau 1 Répartition des 137 000 aides individuelles du FAJ attribuées en 2015, en fonction des caractéristiques des bénéficiaires

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

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

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

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

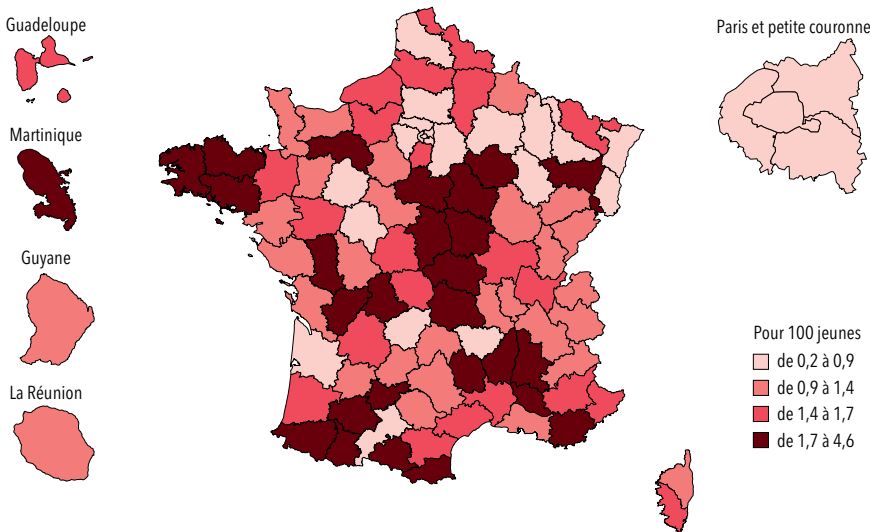
Source > DREES, enquête Fonds d'aide aux jeunes en 2015.

Un dispositif inégalement mobilisé sur le territoire

La part des bénéficiaires d'aides individuelles du FAJ dans la population varie fortement d'un département à l'autre. En 2015, l'aide individuelle a été allouée à 0,2% des 16-25 ans dans les Yvelines et en Corrèze, contre 4,6% dans la Nièvre, la moyenne nationale étant de 1,2%. Si des foyers de plus forte utilisation se dégagent dans certaines régions (carte 1),

les départements présentant les parts de bénéficiaires les plus élevées ont les populations âgées de 16 à 25 ans les moins importantes. C'est le cas de la Nièvre, du Tarn-et-Garonne ou de la Lozère. À l'inverse, les départements qui comptent le plus de jeunes sont généralement ceux dont les proportions de bénéficiaires sont les plus faibles. C'est le cas, notamment, des départements d'Île-de-France. ■

Carte 1 Part des bénéficiaires d'aides individuelles du FAJ parmi les 16-25 ans, en 2015



Note > Au niveau national, on compte 1,2 bénéficiaire du FAJ pour 100 habitants âgés de 16 à 25 ans.

Champ > France (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Fonds d'aide aux jeunes en 2015 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2015 (résultats arrêtés fin 2015).

Pour en savoir plus

> Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.) (2018). *Minima sociaux et prestations sociales*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

> Kuhn, L. (2017, février). Le fonds d'aide aux jeunes en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 996.

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

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



Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes ◀

Annexe 1

Sources de données

Plusieurs sources de données ont été mobilisées pour réaliser cet ouvrage.

L'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux

Chaque année, la DREES recueille auprès des conseils départementaux des données sur les bénéficiaires des aides sociales, les dépenses et les personnels de l'action sociale et médico-sociale. Plusieurs volets de cette enquête sont utilisés dans cet ouvrage.

Les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées et de l'aide sociale à l'enfance

Les départements transmettent des données agrégées sur les bénéficiaires des différentes aides sociales qu'ils mettent en œuvre (APA, PCH, ASH, actions éducatives, placement à l'ASE...) : nombre de mesures et caractéristiques des bénéficiaires (sexe, âge et niveau de ressources le cas échéant, lieu d'hébergement...).

La DREES publie des estimations nationales provisoires sur les bénéficiaires de l'aide sociale à l'automne de l'année $n+1$ (sur la situation des bénéficiaires au 31 décembre de l'année n). Les données détaillées par département sont diffusées au premier trimestre $n+2$, sur le site www.data.drees.sante.gouv.fr.

Les dépenses d'aide sociale

L'enquête se fonde sur la nomenclature comptable M52, utilisée par les départements, tout en demandant des précisions sur certains domaines (prévention spécialisée, aide sociale à l'hébergement, etc.). Elle collecte des informations issues des comptes administratifs des départements, sur chacun des champs de l'aide sociale et pour chaque prestation. Les données collectées sont confrontées depuis 1998 aux comptes administratifs transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFiP) et à la Direction générale des collectivités locales (DGCL).

D'autres 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 nationale avancée des dépenses d'aide sociale.

L'apport de l'enquête Aide sociale, par rapport à une utilisation unique des comptes, tient à ce qu'elle permet de dépasser la disparité du travail comptable réalisé par les conseils départementaux. À titre d'exemple, les dépenses d'ACTP pour les personnes âgées de 60 ans ou plus peuvent être imputées dans les comptes de certains départements aux dépenses d'aide sociale aux personnes âgées et non aux personnes handicapées ; les dépenses d'aides ménagères aux personnes âgées ne sont pas toujours imputées au même endroit du plan comptable ; les dépenses liées aux salaires des assistants familiaux non plus... Le travail de retraitement des comptes demandé aux départements dans le cadre de l'enquête et les contrôles réalisés par la DREES, dans un second temps, assurent une meilleure comparaison interdépartementale que l'utilisation de données comptables uniquement, par ailleurs non élaborées à cette fin. Le volet consacré aux dépenses de l'enquête Aide sociale de la DREES est donc indispensable dans le dispositif statistique public sur les politiques sociales des départements. Il constitue la seule source mettant à disposition les données de l'ensemble des dépenses sociales, ventilées avec ce niveau de détail, comparables entre départements, et avec des séries chronologiques anciennes.

La DREES publie des estimations nationales provisoires sur les dépenses d'aide sociale en janvier de l'année $n+2$ (sur les dépenses de l'année n).

Les données détaillées par département sont diffusées au deuxième trimestre $n+2$, sur le site www.data.drees.sante.gouv.fr.

Le personnel de l'action sociale et médico-sociale départementale

Ce volet de l'enquête porte sur le personnel de l'action sociale et médico-sociale des services départementaux, en activité et rémunéré au 31 décembre de l'année, y compris le personnel mis à disposition. Sont exclus les agents en congé longue durée ou longue maladie, ceux ayant quitté le service au 31 décembre de l'année enquêtée ainsi que les personnels en contrats aidés. Sont également exclus les personnels exerçant dans les établissements (d'accueil ou d'hébergement) ou les SAD (services à domicile), ainsi que ceux travaillant dans les MDPH. La répartition des ETP par catégorie de personnel (personnel médical, social et éducatif) et par secteur d'activité (PMI, ASE, insertion...) est également demandée. Les résultats sont publiés au quatrième trimestre de l'année $n+1$ (sur la situation au 31 décembre de l'année n).

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

La DREES interroge tous les quatre ans (tous les deux ans jusqu'à 2015) 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).

L'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA

Dans le cadre du suivi et de l'évaluation du revenu de solidarité active (RSA), la DREES pilote une enquête annuelle auprès des collectivités territoriales sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA. L'enquête, centrée sur les bénéficiaires soumis aux droits et devoirs associés à cette allocation, fait partie du système de suivi

statistique prévu par la loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion.

Lors de la vague 2016 de l'enquête, 105 collectivités territoriales ont été interrogées (tous les conseils départementaux de Métropole et d'outre-mer, le conseil de la métropole de Lyon et les conseils territoriaux de Saint-Pierre-et-Miquelon, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin), couvrant ainsi exhaustivement les territoires où le RSA existait en 2016. Parmi elles, 101 collectivités ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 96 %. Une phase d'expertise et de traitements post collecte a permis de décider des indicateurs exploitables au regard de la qualité des informations renseignées : 93 collectivités présentent au moins un indicateur exploitable, soit 89 %. Les indicateurs restitués dans ce panorama sont calculés avec les données « redressées » des collectivités répondantes, c'est-à-dire les données prenant en compte l'expertise effectuée – et les éventuelles corrections – pendant les traitements post collecte.

En l'absence de correction statistique de la non-réponse dans l'enquête, les indicateurs calculés à partir de cette dernière ne font qu'approcher le champ de la France entière. En effet, chaque indicateur restitué couvre uniquement le champ des collectivités ayant fourni des réponses exploitables (après expertise) aux items des questionnaires rentrant dans le calcul de cet indicateur. C'est pourquoi il est précisé systématiquement le nombre de collectivités utilisées dans le calcul de chaque indicateur ; ce nombre permet d'apprécier la robustesse de chaque indicateur.

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 domaines 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.

Les comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale (CPS), élaborés chaque année par la DREES, visent à décrire les prestations de protection sociale versées et les opérations qui contribuent à leur financement. Le champ des CPS comprend l'ensemble des régimes ou organismes qui ont pour mission d'assurer la protection sociale dans un cadre de solidarité sociale. Pour ces régimes et organismes, en effet, la couverture du risque ne se traduit pas, pour le bénéficiaire, par le versement d'une contrepartie équivalente au risque qu'il présente (âge, morbidité antérieure, antécédents familiaux...). Dans cette perspective, les CPS agrègent les interventions des régimes et organismes publics et certaines

interventions de la sphère privée. Comptes satellites des comptes nationaux, les CPS permettent d'analyser la contribution de la protection sociale aux grands agrégats de finances publiques (déficit public, prélèvements obligatoires...) et de mesurer son importance dans la richesse nationale.

Les comptes de la protection sociale sont disponibles depuis 1959, mais à un niveau de nomenclature relativement agrégé avant 1981.

L'élaboration des comptes de la protection sociale et des comptes nationaux reposent sur des sources de données communes. La plupart des données proviennent de la DGFIP et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

L'enquête sur l'action sociale des communes et des intercommunalités (ASCO)

En 2015-2016, la DREES a mené une enquête quantitative sur l'action sociale des communes et intercommunalités (ASCO). L'enquête ASCO a été effectuée auprès d'un échantillon de 11 000 communes et intercommunalités de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer, hors Mayotte, sur leur situation en 2014. Les 5 087 communes et 765 intercommunalités répondantes sont représentatives de l'ensemble du territoire, au regard de leur répartition par département, selon le type d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ainsi que selon leur taille et celle des communes.

Les principaux thèmes abordés sont les types de prestations mis en place dans les communes, les établissements qu'elles gèrent (établissements pour personnes âgées, personnes handicapées, jeunes enfants, etc.), les domaines d'action et les publics visés par les prestations sociales communales, les modalités d'attribution des aides ainsi que la répartition de ces actions entre les services des communes et leur centre communal d'action sociale (CCAS), mais aussi le transfert de ces compétences aux EPCI et à un éventuel centre intercommunal d'action sociale (CIAS). Sont également évoqués les rapports des communes aux départements et à leurs autres partenaires (notamment les caisses de Sécurité sociale). De l'information sur la situation financière et sur le personnel des

communes dans le champ de l'action sociale a également été collectée.

L'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE)

L'enquête ES « protection de l'enfance » est réalisée tous les quatre ou cinq ans par la DREES, en lien avec les directions régionales du ministère chargé des Affaires sociales. Elle s'intéresse à l'activité des établissements et services de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse, au personnel en fonction et au profil des enfants et jeunes adultes accueillis dans ces structures. Les derniers résultats disponibles sont ceux de l'édition 2012. Une nouvelle édition de l'enquête a eu lieu en 2018 sur l'année 2017.

L'enquête auprès des établissements et services (ES) pour enfants et adultes handicapés

L'enquête ES pour enfants et adultes handicapés s'intéresse à l'activité des établissements et services pour personnes handicapées, au personnel en fonction, au profil des personnes présentes dans ces structures au moment de l'enquête, ainsi qu'à celui des personnes sorties de ces structures au cours de l'année précédant l'enquête. On distingue les structures pour enfants et adolescents d'une part, et celles pour adultes d'autre part. Les derniers résultats disponibles sont ceux de l'édition 2014. Une nouvelle édition de l'enquête aura lieu en 2019 sur l'année 2018.

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

L'enquête EHPA recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle apporte ainsi de nombreux éléments d'analyse sur les caractéristiques et les moyens de ces établissements (effectifs et qualifications des personnels, âge et niveau de dépendance des résidents, etc.), et comporte des questions sur le bâti (confort, accessibilité, sécurité) ainsi que, pour certaines vagues, sur les pathologies et la morbidité des résidents. Depuis

1996, elle est réalisée tous les quatre ans et comporte un volet sur les résidents. La dernière enquête réalisée porte sur l'année 2015.

Le Baromètre d'opinion de la DREES

Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, les inégalités et la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion). Commandée par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), elle est réalisée par l'institut BVA depuis 2004, après l'avoir été par l'IFOP de 2000 à 2002. L'enquête est effectuée en face-à-face en octobre-novembre auprès d'un échantillon d'environ 3 000 personnes représentatif de la population habitant en France métropolitaine et âgée de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération).

Le Baromètre permet, une année sur deux, d'approfondir une thématique parmi celles citées ci-avant. En particulier, des questions portant sur le soutien aux personnes handicapées ou âgées dépendantes, introduites en 2015, sont posées les années impaires ; pour certaines questions, les seules données disponibles sont donc celles de 2015 et de 2017.

L'échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux (ENIACRAMS)

L'ENIACRAMS est un panel annuel de bénéficiaires de compléments de revenus d'activité ou de minima sociaux, d'âge actif, qui succède à l'ENIAMS (échantillon national interrégimes d'allocataires de minima sociaux), dont le champ avait déjà été élargi aux bénéficiaires d'un revenu minimum garanti, après l'instauration du RSA en 2009. Il est réalisé à partir de données administratives collectées auprès des organismes gestionnaires de ces minima (caisse nationale des allocations familiales [CNAF], caisse de la Mutualité sociale agricole [CMSA] et Pôle emploi) et du répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) de l'Insee. Il permet de suivre l'évolution de la situation des bénéficiaires, non seulement dans les minima sociaux ou dans les compléments

de revenus d'activité, mais aussi par rapport au chômage, indemnisé ou non, et à l'emploi salarié, grâce à l'appariement au panel tous salariés de l'Insee.

Le modèle de microsimulation Autonomix

Développé à la DREES, Autonomix est un modèle de microsimulation statique adossé à des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA (âge, sexe, situation matrimoniale, ressources, état de dépendance décrit à partir du groupe iso-ressources [GIR]), et sur les montants d'APA notifiés à ces bénéficiaires. Autonomix complète ces données en intégrant d'autres éléments liés à la dépendance des personnes âgées, comme les réductions d'impôt liées à la dépendance, une modélisation du « besoin d'aide » dépassant le montant maximal de l'APA pour les personnes à domicile, ou les caractéristiques des lieux d'hébergement pour les personnes en établissement. Le tout constitue un ensemble d'observations individuelles cohérentes et représentatives de la population des personnes âgées dépendantes en France métropolitaine, sur lequel il est possible de se baser afin d'analyser les aides publiques destinées à ces personnes ou d'évaluer *ex ante* les effets de réformes de ces aides.

Les enquêtes CARE (Capacités, Aides et Ressources des seniors)

Les enquêtes CARE (Capacités, Aides et Ressources des seniors), réalisées par la DREES avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ont pour objectif de mieux connaître les conditions de vie des seniors, leurs relations avec leur entourage, leurs difficultés à réaliser certaines activités de la vie quotidienne et les aides financières et humaines qu'ils reçoivent pour surmonter ces éventuelles difficultés.

Ces enquêtes obligatoires concernent les personnes de 60 ans ou plus, quels que soient leur état de santé et leur lieu de vie, ainsi que les proches qui leur apportent un soutien.

Le dispositif comprend deux volets. Le volet « CARE-Institutions » porte sur les seniors vivant en établissements pour personnes âgées. Il a été collecté de septembre à décembre 2016. Environ 3 000

seniors répartis dans 700 établissements ont été interrogés. Le volet « CARE-Ménages » porte sur les seniors vivant à domicile. Environ 15 000 seniors ont été interrogés de mai à octobre 2015. Cette collecte a été précédée d'une courte enquête intitulée « Vie quotidienne et santé » (VQS, 2014), tandis que l'enquête CARE-Institutions est précédée d'un volet destinée aux établissements, qui permet notamment de déterminer l'aptitude des seniors à répondre seuls à l'enquête.

L'enquête Handicap-santé - Volet ménages ordinaires (HSM)

Cette enquête de l'Insee et de la DREES avait pour objectif de mesurer la prévalence des diverses situations de handicap et d'estimer le nombre de personnes connaissant des problèmes de santé ou en situation de handicap en 2008. L'enquête HSM évalue les besoins d'aide et mesure les désavantages sociaux subis par rapport aux autres en fonction de l'environnement dans lequel évoluent ces personnes.

L'enquête annuelle auprès des caisses de retraite (EACR)

L'enquête annuelle auprès des caisses de retraite (EACR) porte sur les principaux régimes de retraite de base en matière de nombre de pensions servies (15 régimes en 2016, dont les principaux régimes spéciaux) et de retraite complémentaire (5 régimes en 2016), ainsi que sur les données relatives à l'invalidité de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Par le biais de cette enquête, la DREES collecte annuellement auprès de ces caisses de retraite des informations agrégées sur les bénéficiaires d'un droit direct ou d'un droit dérivé, vivants au 31 décembre de l'année. Celles-ci concernent principalement les montants moyens de pensions (avantage principal de droit direct et de droit dérivé), les effectifs correspondant sur le champ de l'ensemble des bénéficiaires et sur celui des nouveaux bénéficiaires au cours de l'année. ■

Pour en savoir plus

> Les diverses opérations statistiques de la DREES sont décrites sur le site <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>. Pour chaque opération, une page internet décrit les objectifs, rappelle l'histoire, et fournit une bibliographie complète des résultats publiés (publications et tableaux de données en open data). Divers documents, dont les questionnaires, y sont également disponibles en téléchargement.

Principales lois et décrets définissant l'aide et l'action sociales en France depuis 1945

1945

- Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. Les mineurs délinquants peuvent faire l'objet d'une mesure de protection. Institution du juge pour enfants.

1953

- Décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance. Ce décret définit entre autres les conditions d'accès à l'aide sociale et la participation des bénéficiaires ou de leurs obligés alimentaires. Sont concernés par l'aide sociale les enfants, les familles dont les soutiens indispensables effectuent leur service militaire, les personnes âgées, les infirmes, aveugles et grands infirmes, les personnes ayant des difficultés économiques. Les demandes d'aide sociale sont adressées à la mairie.

1958

- Ordonnance n° 58-1301 du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger. Elle vise principalement à renforcer la protection civile des mineurs. Le juge des enfants peut décider de mesures de protection, regroupées sous le terme d'assistance éducative, pour « des mineurs de vingt et un ans dont la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises. »

1970

- Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale. Définition de l'autorité parentale, privilégiant le maintien dans le milieu familial.

1975

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

1982-1983 (Décentralisation I)

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

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

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

1988

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

1989

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

1997

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

2001

- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des

personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'APA remplace la PSD et elle est étendue aux personnes évaluées en GIR 4. Elle n'est pas récupérable sur succession.

2002

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

2003

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

2004

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

2004 (Décentralisation II)

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

2005

- Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) peuvent opter pour la compétence d'action sociale d'intérêt communautaire.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le handicap est défini par la loi en fonction des limitations fonctionnelles. La prestation de compensation du handicap (PCH) est créée et se substitue progressivement à l'ACTP.

2007

- Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. La prévention est renforcée, avec l'instauration d'un entretien au quatrième mois de grossesse et d'un suivi médical des enfants. Le conseil départemental se voit confier la responsabilité du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger. La loi affirme la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire. Elle crée le « projet pour l'enfant » (PPE), qui vise à l'assouplissement des modes de prise en charge et instaure des mesures administratives d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAAESF), et des mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF).

- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Cette loi limite le prononcé d'une tutelle ou d'une curatelle aux seules personnes atteintes d'une altération de leurs facultés personnelles. Les personnes en 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, ce sont les mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP).

2008

- Loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. Cette loi « institue un revenu de solidarité active [RSA] qui a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, afin de lutter contre la pauvreté, 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° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi. Elle a institué la prime d'activité en lieu et place du RSA activité et de la prime pour l'emploi à partir du 1^{er} janvier 2016. Le RSA ne comporte plus que son volet « minimum social », le RSA socle.
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Les plafonds de l'APA à domicile sont revus à la hausse.

La participation du bénéficiaire de l'APA est ajustée en fonction de ses revenus et du montant du plan d'aide. Un droit au répit du proche aidant est institué.

2016

- Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Cette loi a deux objectifs. Premièrement, elle vise à mieux prendre en compte les besoins de l'enfant, par le développement de la prévention à tous les âges 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.

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 1^{er} janvier 2006 par la prestation de compensation du handicap (PCH), mais les personnes disposant avant cette date de l'ACTP peuvent continuer à en bénéficier au moment du renouvellement de leurs droits.

AED (action éducative à domicile) : est une décision administrative d'aide sociale à l'enfance prise par le président du conseil départemental, à la demande ou en accord avec les parents. Elle apporte un soutien matériel et éducatif à la famille, lorsque les parents sont confrontés à d'importantes difficultés sur le plan éducatif.

AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) : est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge. Elle peut être complétée, dans certains cas, d'un complément d'allocation.

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

AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) : cette grille permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation

personnalisée d'autonomie (APA). Les niveaux de dépendance sont classés en six groupes dits « iso-ressources » (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. La grille AGGIR évalue les capacités de la personne âgée à accomplir dix activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et sept activités domestiques et sociales, dites illustratives.

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

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 président du conseil départemental, à la demande ou en accord avec la famille. Le service de l'ASE ou un service habilité accueille alors le mineur pendant 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.

ASI (allocation supplémentaire d'invalidité) : est une prestation mensuelle accordée à certaines personnes invalides ayant de faibles ressources, et ne remplissant pas les conditions d'âge pour percevoir l'ASPA.

ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) : elle permet aux personnes âgées de 65 ans ou plus (ou ayant atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'inaptitude au travail), disposant de faibles ressources, d'atteindre un seuil minimal de ressources (le minimum vieillesse).

ASS (allocation de solidarité spécifique) : créée en 1984, elle garantit des ressources minimales aux demandeurs d'emploi ayant épuisé leurs droits à l'indemnisation, sous certaines conditions de durée d'activité antérieure et de ressources.

C

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

CC (Code civil).

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

CCMSA (caisse centrale de la Mutualité sociale agricole).

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

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

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

CI-RMA (contrat d'insertion revenu minimum d'activité) : est un contrat qui s'adresse aux allocataires de minima sociaux comme les bénéficiaires du RMI, de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'allocation de parent isolé (API) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Il s'agit d'un contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée et à temps partiel (20 heures de travail hebdomadaire minimum) ou à temps plein. Le CI-RMA est conclu pour une durée minimale de six mois (ou de trois mois pour certains bénéficiaires) renouvelable. Il est remplacé par le contrat unique d'insertion (CUI-CIE) depuis le 1^{er} janvier 2010.

CNAF (Caisse nationale des allocations familiales).

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

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

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

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

D

DAP (délégation de l'autorité parentale) : lorsque les circonstances l'exigent, l'exercice de l'autorité parentale peut être délégué à un tiers ou à un organisme spécialisé (membre de la famille, service de l'aide sociale à l'enfance...). La DAP a pour but d'aider les parents à élever leur enfant. Elle peut être volontaire ou forcée. Elle est prononcée par le juge aux affaires familiales. La délégation est provisoire.

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

DGCL (Direction générale des collectivités locales).

DGD (dotation générale de décentralisation) : est une dotation annuelle délivrée par l'État aux

collectivités territoriales visant à compenser les transferts de compétences.

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

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

DROM (départements et régions d'outre-mer) : collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. Autrement dit, les DROM désignent la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion et Mayotte.

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

E

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

EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) : sont des lieux d'hébergement médicalisé et collectif. Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement,

la restauration, l'animation et le soin. Les EHPAD signent une convention avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé (ARS) qui leur apportent des financements en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en charge.

ENIACRAMS (échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux) : est un panel annuel de bénéficiaires de compléments de revenus d'activité ou de minima sociaux, d'âge actif. Il permet de suivre l'évolution de la situation des bénéficiaires, non seulement dans les minima sociaux ou dans les compléments de revenus d'activité, mais aussi par rapport au chômage, indemnisé ou non, et à l'emploi salarié.

EPCI (établissement public de coopération intercommunale) : sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales. Les données présentées dans l'ouvrage concernent les EPCI à fiscalité propre : Communauté urbaine (CU), Communauté d'agglomération (CA), Communauté de communes (CC), Syndicat d'agglomération nouvelle (SAN), Métropole (ME).

ESAT (établissement et service d'aide par le travail) : sont des établissements médico-sociaux (nommés CAT antérieurement à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale) qui accueillent des adultes handicapés ayant une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale et qui de ce fait ne peuvent momentanément ou durablement exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire. Les personnes admises en ESAT peuvent exercer leur activité à temps plein ou à temps partiel au sein de l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement, sous forme de mise à disposition collective (équipes de travailleurs encadrés) ou individuelle et nominative en entreprise du milieu ordinaire ou au sein de tout organisme ou collectivité publique.

ETP (équivalent temps plein) : est une unité de mesure permettant d'exprimer un effectif d'employés pondéré par la quotité de travail. Un effectif composé de deux employés travaillant chacun à mi-temps comptera comme un ETP.

F

FAJ (fonds d'aide aux jeunes) : créé dans chaque département, il doit permettre d'attribuer des aides aux jeunes en difficulté, afin de favoriser leur insertion sociale et professionnelle. Il a également pour objet d'apporter des secours temporaires, afin de faire face à des besoins urgents.

FAM (foyer d'accueil médicalisé) : sont des établissements médico-sociaux destinés à recevoir des personnes inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi que d'une médicalisation sans toutefois justifier d'une prise en charge complète par l'assurance maladie. Leur financement relève à la fois de l'assurance maladie et des départements.

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

FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) : est un répertoire dans lequel sont immatriculés les établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'agrément. Il constitue la référence en matière d'inventaire des structures et équipements des domaines sanitaire, médico-social, social et de formation aux professions de ces secteurs. Les données de ce répertoire sont actualisées de façon continue par des agents en service dans les agences régionales de santé et dans les services déconcentrés de l'État.

FMDI (fonds de mobilisation départemental pour l'insertion) : dispositif qui devait initialement permettre aux départements de réaliser des projets ambitieux en matière d'insertion pour les allocataires du RMI. En raison du dynamisme insuffisant de la TIPP (puis de la TICPE), dont une partie des recettes est attribuée aux départements pour compenser les dépenses de RSA, le FMDI a été réorienté vers une compensation financière supplémentaire du transfert du RMI (puis du RSA) aux départements.

FO (foyers occupationnels) : sont, comme les foyers de vie, des établissements médico-sociaux qui ont la particularité d'accueillir des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé (structure spécialisée). Ces personnes bénéficient cependant d'une autonomie physique ou intellectuelle suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale.

FSL (fonds de solidarité pour le logement) : géré et financé par les départements, il a pour objectif d'aider à l'accès ou au maintien dans le logement des personnes dans l'incapacité de faire face à leurs obligations financières.

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

G

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).

IAE (insertion par l'activité économique) : permet aux personnes les plus éloignées de l'emploi, en raison de difficultés sociales et professionnelles particulières (âge, état de santé, précarité), de bénéficier d'un accompagnement renforcé qui doit faciliter leur insertion professionnelle. Des structures spécialisées, comme les entreprises d'insertion, les associations intermédiaires, les entreprises de travail temporaire d'insertion ou les ateliers et chantiers d'insertion signent des conventions avec l'État qui leur permettent d'accueillir et d'accompagner ces travailleurs.

IME (institut médico-éducatif) : accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant un déficit intellectuel, conformément à leur plan personnalisé de compensation, comprenant le projet personnalisé de scolarisation, et prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, telles que l'orthophonie, la kinésithérapie et la psychomotricité. Ces établissements et services accueillent également les enfants ou adolescents dont la déficience intellectuelle s'accompagne de troubles de la personnalité, de troubles comitiaux, de troubles moteurs et sensoriels ou de troubles graves de la communication de toutes origines, ainsi que de maladies chroniques compatibles avec une vie collective.

Insee (Institut national de la statistique et des études économiques).

IP (information préoccupante) : tout élément d'information – y compris médical – susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner.

ISBLSM (institutions sans but lucratif au service des ménages) : regroupent l'ensemble des unités privées dotées de la personnalité juridique qui produisent des biens et services non marchands au profit des ménages (par exemple, les associations). Leurs ressources principales proviennent de contributions volontaires en espèces ou en nature effectuées par les ménages en leur qualité de consommateurs, de versements provenant des administrations publiques, ainsi que de revenus de la propriété.

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

ITEP (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) : rénovés en 2005, ces instituts – autrefois nommés « instituts de rééducation » – accueillent des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent de ce fait, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant.

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-foyers : voir résidences autonomie.

M

MAAESF (mesures administratives d'accompagnement en économie sociale et familiale) : ont pour but

d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial ayant des conséquences sur les conditions de vie de l'enfant. Dans le cas des mesures administratives, l'accompagnement peut être mis en place à la demande ou en accord avec les parents (au contraire d'une mesure judiciaire).

MAS (maison d'accueil spécialisée) : sont des établissements médico-sociaux qui reçoivent des adultes en situation de 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.

MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) : créées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, les MDPH exercent, dans chaque département, une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs proches, d'attribution des droits ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

MECS (maison d'enfants à caractère social) : héritières des orphelinats, les MECS accueillent pour des séjours de durée variable, des enfants et 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

PASA (pôle d'activités et de soins adaptés) : sont des espaces aménagés au sein des EHPAD. Les PASA ne proposent pas d'hébergement, et sont destinés à accueillir durant la journée des résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés. Les résidents qui y sont accueillis à la journée peuvent éventuellement venir de l'extérieur.

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

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

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

PMI (Protection maternelle et infantile) : service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

PPAE (Projet personnalisé d'accès à l'emploi) : est élaboré et actualisé conjointement par le demandeur d'emploi et Pôle emploi. Ce projet précise la nature et les caractéristiques de l'emploi ou des emplois recherchés, la zone géographique privilégiée et le niveau de salaire attendu. Pour les bénéficiaires du RSA orientés vers Pôle emploi par le département, le PPAE fonctionne sur le même principe que le contrat d'engagement réciproque (CER).

PSD (prestation spécifique dépendance) : créée en 1997, 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 1^{er} janvier 2002.

R

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

RMI (revenu minimum d'insertion) : créé en 1988, il a pour objectif de garantir un niveau minimum de ressources et de faciliter l'insertion ou la réinsertion de personnes disposant de faibles revenus. Le RMI est versé à toute personne remplissant les conditions suivantes : résider en France, être âgé d'au moins 25 ans (les femmes enceintes de moins de 25 ans peuvent cependant y prétendre), disposer de ressources inférieures au montant du RMI et conclure un contrat d'insertion. Depuis le 1^{er} juin 2009 (1^{er} janvier 2011 dans les 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 1^{er} janvier 2016, le RSA activité a fusionné avec la prime pour l'emploi pour devenir la prime d'activité.

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

de moins de 65 ans, et être sans activité professionnelle durant la perception de cette allocation. L'ouverture de droit à ce revenu met fin au droit au RSA.

S

SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) : poursuit le même objectif que les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et offre, en plus de ces prestations, une coordination des soins et un accompagnement médical et paramédical. Il est financé par le département et l'assurance maladie.

SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) : 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.

SESSAD (service d'éducation spéciale et de soins à domicile) : intervient au sein des différents lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Il apporte un soutien éducatif et thérapeutique individualisé.

SPE (Service public de l'emploi) : est compris, dans cet ouvrage, au sens large. Par convention, les organismes appartenant ou participant au SPE sont les suivants : Pôle emploi, organismes publics (ou émanant de collectivités publiques) de placement professionnel autres que Pôle emploi (PLIE, maison de l'emploi, mission locale...), entreprises de travail temporaire, agences privées de placement, organismes d'appui à la création et au développement d'entreprises, structures d'insertion par l'activité économique (IAE), autres organismes de placement professionnel et autres organismes appartenant ou participant au SPE.

T

TICPE (taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques) : est un droit perçu par l'État sur

la consommation de produits énergétiques, principalement les produits pétroliers. La TICPE correspond à un montant par unité produite (et non à un montant proportionnel au prix du produit). Une partie du produit de la TICPE est affectée aux départements pour le financement du RSA.

TISF (technicien de l'intervention sociale et familiale) : est un travailleur social qui effectue des interventions préventives dans le domaine social ou éducatif, ainsi que des actions réparatrices visant à favoriser l'autonomie des personnes et leur intégration dans leur environnement pour créer ou restaurer le lien social. Il accompagne et soutient les familles, les personnes en difficulté de vie ou en difficulté sociale, les personnes âgées, malades ou handicapées. À cette fin, il élabore avec la personne aidée un projet d'intervention en précisant les moyens pour atteindre l'objectif fixé. Il met ensuite en œuvre et évalue le déroulement de l'intervention.

TSCA (taxe sur les conventions d'assurance) : est un impôt proportionnel qui doit être acquitté sur certaines conventions d'assurance, selon le cas, par l'assureur, le courtier ou l'assuré lui-même. Son produit est affecté pour partie aux départements, à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

U

UHR (unités d'hébergement renforcé) : implantées au sein des EHPAD, les UHR offrent un hébergement adapté à des résidents souffrant de troubles sévères du comportement qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie et celle des autres résidents de l'EHPAD.

USLD (unité de soins de longue durée) : est une structure d'hébergement et de soins dédiée à l'accueil des personnes les plus dépendantes. ■

L'aide et l'action sociales en France

ÉDITION 2018

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale et 3,2 % du produit intérieur brut. Elles sont principalement gérées par les départements. Fin 2016, ces derniers octroient 4,1 millions de prestations d'aide sociale, pour une dépense annuelle nette de 37 milliards d'euros, un montant qui a progressé de 2 % en un an et de 13 % en cinq ans.

Sont définis et décrits le périmètre de l'aide et l'action sociales, le financement et le personnel dédié à l'aide sociale départementale. Puis, chaque type d'aide est analysé pour les personnes âgées, les personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'insertion.

L'ouvrage expose les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale et la répartition des dépenses associées et propose des rétrospectives et des mesures des disparités territoriales. Cette nouvelle édition s'enrichit d'une étude de l'action sociale des communes et des intercommunalités.

Dans la même collection **SOCIAL**

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

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr

