

PANORAMAS
DE LA DREES
SOCIAL

L'aide et l'action sociales en France

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

ÉDITION 2022

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

PANORAMAS

L'aide et l'action sociales en France

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

ÉDITION 2022

L'aide et l'action sociales en France - édition 2022

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

Sous la direction d'**Isabelle Leroux**

Rédaction

Elisa Abassi, Sarah Abdouni, Nadia Amrous, Angélique Balavoine, Eva Baradji, Vanessa Bellamy, Thomas Bergeron, Stéphanie Boneschi, Emmanuelle Bonnet, Cheikh Tidiane Diallo, Opale Echegu, Chloé Gonzalez, Isabelle Leroux, Claudine Pirus, Klara Vinceneux, Leslie Yankan.

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

Responsables d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

Suivi éditorial

Céline Roux

Secrétaire de rédaction

Alexandra Fisch

Maquettiste

NDBD

Création graphique

Philippe Brulin

Remerciements

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

Avant-propos

Cet ouvrage rassemble et synthétise les statistiques disponibles en 2022 sur l'aide et l'action sociales en France. Ces dernières sont définies, ici, comme les composantes de la protection sociale régies par le Code de l'action sociale et des familles (CASF), ce qui est développé dans le premier chapitre.

En s'appuyant principalement sur les résultats de l'enquête annuelle Aide sociale de la DREES, le second chapitre présente l'aide sociale des départements dans son ensemble : bénéficiaires et dépenses, personnels associés, disparités territoriales et financement. Le chapitre suivant traite de l'action sociale des communes et des intercommunalités, en se fondant sur les résultats de l'enquête que la DREES a menée auprès de celles-ci en 2015.

Quatre autres chapitres sont plus précisément consacrés à l'aide sociale destinée aux personnes âgées, aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'aide à l'insertion. Ils s'intéressent aux tendances nationales récentes et au cours des vingt dernières années, ainsi qu'aux variations départementales. Ils décrivent également les bénéficiaires de ces aides, en utilisant de multiples sources statistiques. Ces chapitres présentent, enfin, des éléments sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant les publics de l'aide sociale, mobilisant pour cela les enquêtes quadriennales que la DREES mène auprès de ces structures.

Cette édition s'enrichit notamment de nouveaux résultats issus de travaux récents sur les conditions de vie des personnes handicapées, la participation des personnes âgées aux dépenses liées à leur dépendance, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ainsi que de quelques statistiques inédites sur certaines prestations d'aide sociale à l'enfance (ASE).

Sommaire

L'aide et l'action sociales en France – édition 2022

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

Vue d'ensemble	7
-----------------------	----------

Fiches thématiques	17
---------------------------	-----------

Analyse transversale	19
-----------------------------	-----------

Fiche 01 • Le périmètre et les acteurs de l'aide et de l'action sociales en France	20
--	----

Fiche 02 • L'opinion des Français sur les politiques publiques d'aide sociale	25
---	----

L'aide sociale des départements	31
--	-----------

Fiche 03 • Les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale des départements	32
--	----

Fiche 04 • Le financement des dépenses d'aide sociale des conseils départementaux	42
---	----

Fiche 05 • Les disparités d'aide sociale entre départements	46
---	----

Fiche 06 • Le personnel de l'action sociale et médico-sociale des départements	50
--	----

L'action sociale des communes	57
--------------------------------------	-----------

Fiche 07 • L'action sociale des communes et intercommunalités	58
---	----

Fiche 08 • Les grands domaines de l'action sociale communale	60
--	----

Fiche 09 • Les prestations attribuées par les communes	65
--	----

Fiche 10 • L'action sociale intercommunale	68
--	----

L'aide sociale aux personnes âgées	71
---	-----------

Fiche 11 • Les personnes âgées et leurs ressources	72
--	----

Fiche 12 • Les dispositifs d'aide sociale aux personnes âgées	77
---	----

Fiche 13 • La perte d'autonomie et les aidants des personnes âgées	81
--	----

Fiche 14 • L'aide sociale départementale aux personnes âgées	87
--	----

Fiche 15 • L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	93
---	----

Fiche 16 • L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (ASH)	103
---	-----

Fiche 17 • Le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie	110
--	-----

Fiche 18 • Les établissements d'hébergement pour personnes âgées	117
--	-----

L'aide sociale aux personnes handicapées	127
---	------------

Fiche 19 • Les personnes handicapées en France	128
--	-----

Fiche 20 • Les dispositifs d'aide sociale aux personnes handicapées	131
---	-----

Fiche 21 • Les ressources et les conditions de vie des personnes handicapées	136
--	-----

Fiche 22 • L'aide sociale départementale aux personnes handicapées	144
--	-----

Fiche 23 • La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	151
---	-----

Fiche 24 • Les aides sociales à l'accueil des personnes handicapées	159
---	-----

Fiche 25 • Les établissements et services pour personnes handicapées	163
--	-----

L'aide sociale à l'enfance	171
Fiche 26 • Les dispositifs d'aide sociale à l'enfance.....	172
Fiche 27 • Les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale à l'enfance.....	177
Fiche 28 • Les actions éducatives	183
Fiche 29 • Les mineurs et les jeunes majeurs accueillis à l'aide sociale à l'enfance.....	186
Fiche 30 • L'accueil dans les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance.....	195
Fiche 31 • Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance.....	203
L'aide sociale à l'insertion	207
Fiche 32 • Les dispositifs départementaux pour l'insertion sociale et professionnelle	208
Fiche 33 • Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)	211
Fiche 34 • L'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA	216
Fiche 35 • Les dépenses départementales liées au RSA et au RSO	224
Fiche 36 • Le fonds d'aide aux jeunes (FAJ).....	228
Fiche 37 • La mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).....	232
Annexes	241
Annexe 1 • Sources de données.....	242
Annexe 2 • Principales lois et décrets définissant l'aide et l'action sociales en France depuis 1945	250
Annexe 3 • Glossaire	253



Vue d'ensemble ◀
Fiches thématiques
Annexes

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale. Elles sont financées pour moitié par les départements, qui y consacrent 70 % de leurs dépenses de fonctionnement en 2020. En décembre, ils ont attribué 4,5 millions de mesures et de prestations à 6,4 % de la population, au titre de l'aide à l'insertion, aux personnes âgées et aux personnes handicapées et également au titre de la protection des enfants ou des jeunes majeurs en danger ou en risque de l'être. Dans ces différents domaines, les évolutions observées en 2020 diffèrent de celles constatées les années précédentes : très forte hausse du nombre d'allocataires du RSA, recul inédit des aides aux personnes âgées, atténuation du développement des aides aux personnes handicapées, plus faible croissance du nombre de mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE). Pour ces différentes aides, les dépenses des départements ont atteint 40,4 milliards d'euros (nets des recouvrements ou remboursements), sur l'ensemble de l'année 2020. Ces dépenses sont en hausse de 3,1 % par rapport à 2019, après une croissance annuelle moyenne de 1,9 % entre 2016 et 2019. La répartition géographique des bénéficiaires et de la dépense moyenne par habitant est hétérogène et varie selon l'aide considérée et le contexte sociodémographique. La dépense moyenne par bénéficiaire est globalement plus homogène pour les dispositifs en faveur de l'insertion et des personnes âgées car ceux-ci sont davantage normés au niveau national. En revanche, elle est plus variable pour l'aide sociale aux personnes handicapées ou à l'enfance, domaines pour lesquels les départements disposent de davantage de latitude dans les modalités et les montants de prise en charge.

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

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

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale (voir fiche 01). Près de la moitié de ces dépenses sont

à la charge des départements¹ et un tiers sont financées par les organismes de sécurité sociale. Les communes et l'État² y contribuent également, mais pour des montants moindres. Outre certaines actions sociales obligatoires, les communes et les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) mettent en œuvre des actions sociales dans divers secteurs. En 2014, plus de 8 communes sur 10, représentant 98 % de la population et plus de 80 % des intercommunalités, développaient au moins une forme d'action sociale (voir fiches 08, 09 et 10). Dans le cadre de conventions passées avec les départements, certaines communes exercent, en outre, par délégation, une partie des compétences sociales départementales.

1. Par convention, les départements désignent ici les conseils départementaux et les collectivités à statut particulier, hors Mayotte (la collectivité de Corse, la métropole de Lyon, la Ville de Paris et les collectivités territoriales uniques de Guyane et de Martinique).

2. En outre, l'État contribue indirectement, pour environ un quart, aux dépenses départementales.



4,5 millions d'aides sociales départementales attribuées en décembre 2020

Fin 2020³, les départements ont attribué 4,5 millions de mesures ou prestations d'aide sociale, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer⁴ (DROM), hors Mayotte (tableau 1). Ce nombre représente la somme des foyers allocataires du revenu de solidarité active (RSA) ou du revenu de solidarité (RSO) [46 % du total], des aides sociales destinées aux personnes âgées (33 %) ou handicapées (13 %) et enfin des mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) pour des mineurs ou de jeunes majeurs en danger ou en risque de l'être (8 %).

Ces aides concernent 6,4 % de la population française⁵, en n'incluant ni les conjoints ni les personnes à charge des allocataires du RSA.

Des dynamiques différentes selon les champs de l'aide sociale et affectées par la crise sanitaire et sociale en 2020

En 2020, le nombre total d'aides sociales augmente de 3,0 %, un taux de croissance plus élevé qu'en 2019 (+1,4 %) et 2018 (+1,2 %). Cette hausse globale est le résultat d'évolutions différentes selon les domaines d'aide sociale. Cependant, dans chacun d'entre eux, les tendances observées les années précédentes sont nettement modifiées en 2020, en lien avec la crise sanitaire et sociale liée au Covid-19.

Tout d'abord, en conséquence de la forte dégradation de la situation économique, le nombre d'allocataires du RSA et du RSO croît de 7,4 % entre fin 2019 et fin 2020, après deux années d'augmentation plus modérée (voir fiche 33). Au contraire, les nombres d'aides sociales aux

personnes âgées ou handicapées et de mesures d'ASE croissent plus faiblement qu'auparavant, voire diminuent. Ainsi, le nombre d'aides sociales aux personnes âgées a baissé, pour la première fois, de 1,6 % en un an, ce qui est à rapprocher de la hausse de la mortalité des plus âgés cette année-là, en particulier en établissement (voir fiche 14). Le nombre d'aides sociales aux personnes handicapées augmente de 1,6 %, ce qui est la plus faible hausse observée depuis une quinzaine d'années, en lien avec la diminution du nombre d'aides à l'accueil (voir fiche 22). Enfin le nombre de mesures d'ASE croît de 0,8 % en 2020, une augmentation bien plus faible que celles des années précédentes (supérieures à 3 % en 2018 et 2019) [voir fiche 27].

40,4 milliards d'euros de dépenses pour l'année 2020, après récupérations ou recouvrements

En 2020, l'aide sociale représente 70 % du budget de fonctionnement des conseils départementaux⁶. Les dépenses annuelles brutes⁷ d'aide sociale s'élèvent à 41,8 milliards d'euros (voir fiche 03). Alors que les trois allocations individuelles de solidarité (allocation personnalisée d'autonomie [APA], prestation de compensation du handicap [PCH], RSA et RSO) constituent 84 % des mesures d'aide sociale, elles représentent 52 % des dépenses brutes, hors frais de personnels, services communs et autres interventions sociales. À l'inverse, l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, l'aide à l'accueil des personnes handicapées, ou encore les mesures d'accueil à l'ASE, contribuent largement plus aux dépenses que ce qu'elles représentent parmi l'ensemble des aides sociales.

3. Des données provisoires sur les dépenses d'aide sociale en 2021 seront diffusées par la DREES en décembre 2022.

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

5. Ce taux peut être légèrement surestimé, car il contient certains doubles comptes possibles entre mesures d'aide sociale, comme une action éducative concomitante à une mesure d'accueil dans le cadre de l'ASE, ou une personne bénéficiant d'une mesure d'ASE et d'une mesure d'aide sociale liée à un handicap. En revanche, les doubles comptes possibles entre aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées et allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont été corrigés ici.

6. Ne tient pas compte des collectivités à statut particulier (voir la note de bas de page n° 1).

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

Tableau 1 Nombre de mesures d'aide sociale des départements et dépenses associées, en 2020

	Nombre d'aides en décembre (en milliers)		Dépenses annuelles brutes ¹ (en millions d'euros)		Dépenses annuelles brutes ¹ (en millions d'euros)		Dépense brute moyenne mensuelle par bénéficiaire ² (en euros)
	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	2020
Insertion (RSA et RSO)³	2 060	7,4	12 240	0,6	12 129	1,7	550
Aide sociale aux personnes âgées, dont :	1 454	-1,6	8 035	2,7	7 855	2,8	420
APA	1 318	-1,5	6 278	2,1	-	-	380
ASH en établissement et chez des particuliers	118	-3,5	1 297	1,8	-	-	860
Aide sociale aux personnes handicapées, dont :	571	1,6	8 783	1,7	8 275	2,6	1 190
ACTP	52	-5,7	352	-4,8	-	-	540
PCH	347	4,2	2 255	4,7	-	-	550
Accueil et hébergement en établissement et chez des particuliers	150	-1,4	5 314	1,1	-	-	2 860
Aide sociale à l'enfance	370	0,8	8 895	3,7	8 590	3,4	1 690
Enfants accueillis à l'ASE	200	1,8	7 183	5,3	-	-	3 020
Actions éducatives	171	-0,3	533	4,4	-	-	250
Personnel, services communs et autres frais d'intervention sociale⁴	-	-	3 829	9,4	3 591	9,2	-
Total	4 456	3,0	41 783	2,7	40 440	3,1	nd

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

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

2. Dépense moyenne calculée sur le champ des prestations qui peuvent être dénombrées. De plus, pour les dépenses liées au RSA et au RSO et pour les dépenses d'allocations liées aux allocations, le montant moyen est calculé en excluant la Guyane et La Réunion, en raison de la reprise par l'État du financement de ces allocations dans ces deux départements.

3. Pour l'insertion, le nombre de bénéficiaires est le nombre de foyers allocataires du RSA (hors RSA jeunes) et les dépenses sont celles d'allocation et d'insertion liées au RSA et RSO.

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

Notes > Sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personnes ayant un droit ouvert à la prestation au 31 décembre de l'année, hormis pour l'APA, pour laquelle sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. Les totaux des aides comportent des doubles comptes, car une même personne peut bénéficier de plusieurs aides.

La dépense moyenne mensuelle par bénéficiaire est calculée en rapportant la dépense annuelle au nombre moyen de bénéficiaires dans l'année et en la divisant par 12. Le nombre moyen de bénéficiaires en 2020 est la moyenne des nombres de bénéficiaires au 31 décembre 2019 et au 31 décembre 2020.

Lecture > Fin 2020, 4,5 millions de mesures ou prestations d'aide sociale ont été attribuées par les départements. Les dépenses brutes d'aide sociale pour l'ensemble de l'année 2020 s'élèvent à 41,8 milliards d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale.



Une fois déduits différents recouvrements⁸ et récupérations⁹, les dépenses nettes s'établissent à 40,4 milliards d'euros en 2020. Ce montant a augmenté de 3,1 % par rapport à 2019, et de 2,6 % en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation¹⁰. Hors Guyane et La Réunion, où le financement des allocations du RSA et du RSO est pris en charge par l'État depuis 2019 et 2020, l'augmentation est de 5,0 % (4,5 % en euros constants). Cette croissance fait suite à quelques années de hausse plus modérée des dépenses d'aide sociale : +1,9 % par an en moyenne entre 2016 et 2019 en euros courants, et +0,6 % en euros constants (y compris hors Guyane). Après déduction des concours financiers de l'État, au titre de la prévention de la perte d'autonomie, de l'APA, de la PCH et du RSA¹¹ (voir fiche 04), la charge nette d'aide sociale des départements s'élève, en 2020, à 31,4 milliards d'euros. Fin décembre 2020, 120 500 personnes sont employées par les départements, y compris Mayotte, dans le champ de l'action sociale et médico-sociale (voir fiche 06). Parmi elles, sont dénombrés notamment 38 100 agents administratifs et techniques, 36 200 assistants familiaux et 31 900 autres agents sociaux et éducatifs.

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

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

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

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

Au 1^{er} janvier 2020, 27 % de la population française a plus de 60 ans, une proportion qui devrait fortement augmenter dans l'avenir (voir fiche 11). Entre 5 % et 13 % des personnes âgées de 60 ans ou plus, selon la mesure utilisée, étaient en situation de perte d'autonomie en 2015 et 26 % déclaraient au moins une restriction sévère dans leurs activités¹² (voir fiche 12). Fin 2020, 1,45 million de prestations d'aide sociale ont été allouées par les départements aux personnes âgées en perte d'autonomie, soit 7,4 % du nombre total de personnes de plus de 60 ans. Ces aides représentent une dépense brute globale de 8 milliards d'euros. Entre 2002 et 2019, le nombre de prestations et les dépenses associées n'ont cessé de croître, à un rythme toutefois moins soutenu au cours de la décennie 2010, traduisant la fin de la montée en charge de l'APA, mise en œuvre en

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

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

10. Les taux d'évolution en euros constants sont déflatés de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

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

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

2002. Le nombre d'aides diminue pour la première fois au cours de l'année 2020 du fait du contexte sanitaire. Les dépenses annuelles pour 2020 progressent toutefois encore par rapport à l'année 2019 (voir fiche 14).

L'APA est l'aide départementale aux personnes âgées la plus attribuée (91 % des aides). Au total, elle s'adresse à 1,3 million de personnes de 60 ans ou plus en décembre 2020, dont 59 % à domicile (voir fiche 15). Plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus en bénéficient.

De forts restes à charge pour les personnes âgées vivant en établissement

Fin 2020, 118 000 personnes de 60 ans ou plus bénéficient par ailleurs de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), dont 116 000 en établissement et 2 000 chez des particuliers, pour une dépense associée, nette des récupérations, de près de 1,3 milliard d'euros sur l'ensemble de l'année. Les modalités de gestion de l'ASH et le calcul du montant de la participation du bénéficiaire varient d'un département à l'autre (voir fiche 16). Les bénéficiaires de l'ASH en établissement occupent 15 % des 771 000 places d'hébergement en établissement au 31 décembre 2020 et une part relativement faible des places habilitées à l'aide sociale¹³ par les départements, dont le nombre était de 519 000 au 31 décembre 2019 (voir fiche 18).

Si le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est en partie couvert par des aides publiques, le reste à charge pour les bénéficiaires de l'APA à domicile est estimé à 47 euros par mois en 2019 en moyenne, soit 2,5 % des ressources des bénéficiaires (voir fiche 17). Ce reste à charge, et sa part dans les ressources du bénéficiaire, croît avec le revenu et le niveau de dépendance. Les frais de séjour dont doivent s'acquitter les personnes âgées vivant en établissement représentent une part

très élevée de leurs revenus courants. Même en tenant compte des différentes aides possibles, cette part est en moyenne supérieure à 100 %.

Un niveau de vie plus faible pour les personnes handicapées

Le dénombrement des personnes handicapées est sensible aux critères retenus pour repérer ces dernières dans les sources de données statistiques. Ainsi, en 2019, 7,0 millions de personnes de 15 ans ou plus déclarent avoir au moins une limitation sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive et 4,9 millions déclarent être fortement restreintes depuis au moins 6 mois dans des activités habituelles, en raison d'un problème de santé (critère GALI, voir fiche 19). Au total, le nombre de personnes handicapées, au sens de l'union des critères, âgées de 15 ans ou plus et vivant en ménage ordinaire atteint 9,0 millions (soit 17 % de la tranche d'âge). Par ailleurs, fin 2018, plus de 140 000 personnes vivent dans des établissements pour enfants ou adultes handicapés. Malgré les différentes prestations auxquelles elles peuvent accéder, les personnes handicapées (au sens du critère GALI) ont un niveau de vie globalement plus faible que celui des personnes non handicapées (voir fiche 21). En effet, en 2019, 57,4 % des personnes handicapées de moins de 60 ans vivent dans un ménage dit modeste¹⁴, contre 37,5 % de celles ne l'étant pas. De même, 25,5 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans vivent sous le seuil de pauvreté¹⁵, contre 14,4 % des personnes de la même tranche d'âge sans handicap. Au-delà de la pauvreté monétaire, la pauvreté en conditions de vie, approchée par les privations ou le renoncement à certains biens de consommation, services ou équipements, concerne près de 3 personnes handicapées de 16 à moins de 65 ans sur 10, contre environ 1 sur 10 dans l'ensemble de la population du même âge.

¹³. Pour bénéficier de l'ASH, un résident en établissement doit occuper une place habilitée par le département.

¹⁴. Il s'agit ici des personnes dont les revenus se situent sous le quatrième décile de niveau de vie, c'est-à-dire les 40 % des personnes dont le niveau de vie est le plus faible.

¹⁵. C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.



Un très fort développement des aides sociales aux personnes handicapées en vingt ans

Au 31 décembre 2020, 571 000 prestations d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements. Entre 2001 et 2020, l'aide sociale départementale aux personnes handicapées s'est très fortement développée : le nombre de prestations a été multiplié par 2,4 et les dépenses annuelles par 2,8 en euros courants, soit 2,2 en euros constants (voir fiche 22). Cette hausse s'explique par l'élargissement de la prise en compte des conséquences du handicap et la mise en place de la PCH en 2006 (loi du 11 février 2005), ainsi que par l'accroissement du nombre d'aides à l'accueil, lié en partie au fort développement de l'offre d'accueil en établissements et services médico-sociaux (voir fiche 25).

La montée en charge de la PCH ne semble pas encore achevée en 2020, au sens où le rythme de croissance du nombre de ses bénéficiaires reste encore bien supérieur à celui de la population dans son ensemble (voir fiche 23). Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 4,2 % en 2020 pour s'établir à 347 100 en fin d'année. Les dépenses annuelles ont progressé de 4,7 % entre 2019 et 2020 en euros courants (4,2 % en euros constants), pour un montant de 2,3 milliards pour l'année 2020.

Deux tiers des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées consacrées à l'accueil

Fin 2020, 150 400 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement ou chez des particuliers (voir fiche 24). Ce nombre diminue pour la première fois en 2020 (-1,4 %). La dépense annuelle associée s'élève à 5,3 milliards d'euros. Ces aides à l'accueil représentent 27 % du nombre moyen d'aides sociales aux personnes handicapées¹⁶ et 67 % des dépenses¹⁷. La dépense brute moyenne par

bénéficiaire est ainsi cinq fois plus importante pour les aides à l'accueil que pour celles à domicile : 2 920 euros en moyenne par mois et par bénéficiaire accueilli contre 540 euros par bénéficiaire d'une aide à domicile, y compris les aides ménagères.

D'autres dépenses sont engagées par les départements, dont celles liées à l'aide au recours aux services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) ou à l'hébergement de jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés, ainsi que des participations et des subventions. En les incluant, les dépenses brutes globales s'élèvent à 8,8 milliards d'euros pour l'année 2020.

Plus de la moitié des mesures d'aide sociale à l'enfance sont des mesures d'accueil

En 2020, les départements ont consacré 8,9 milliards d'euros à la protection de l'enfance (voir fiche 27). Ce montant, utilisé à 81 % pour des mesures d'accueil à l'ASE, finance également le versement d'allocations, ou encore la mise en œuvre d'actions éducatives et de la prévention spécialisée.

Au 31 décembre 2020, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficient de 370 000 mesures d'ASE, composées pour 54 % de mesures d'accueil et pour 46 % d'actions éducatives, avec de fortes variations selon les collectivités. Les mesures d'ASE peuvent être mises en œuvre à la suite d'une décision administrative ou d'une décision judiciaire. Même si des disparités départementales existent, les mesures relèvent majoritairement de décisions judiciaires. C'est le cas de 69 % des mesures d'actions éducatives et de 78 % des mesures d'accueil à l'ASE.

Les enfants suivis par ou confiés à l'ASE sont plus souvent des garçons et sont majoritairement âgés de 11 à 17 ans (voir fiche 31). Parmi les enfants

¹⁶. Calculé comme la moyenne entre le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2019 et celui au 31 décembre 2020. Outre la PCH et l'ACTP, les aides à domicile comprennent des aides ménagères.

¹⁷. Hors les autres dépenses d'aides aux personnes handicapées : aides pour le recours aux services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), aides à l'hébergement de jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés et d'autres dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées, dont diverses participations et subventions.

confiés à l'ASE, 41 % sont accueillis chez un assistant familial et 39 % en établissement.

Fin 2017, 1 963 établissements accueillent des mineurs et jeunes majeurs au titre de l'ASE et disposent de 64 700 places (voir fiche 30). Le taux d'occupation de ces places s'élève à 95 %, soit trois points de plus qu'en 2012, malgré une hausse des capacités de 7 % durant cette période. Le taux d'encadrement en personnels dans ces structures s'élève à 85 emplois, en équivalent temps plein (ETP), pour 100 places.

Une croissance constante des mesures d'aide sociale à l'enfance depuis vingt ans

Le nombre de mesures d'ASE progresse depuis plus de vingt ans. Entre 1996 et 2020, il a augmenté de 40,5 %, soit +1,4 % par an en moyenne. En 2020, il croît de 0,8 %. Cette hausse moins marquée est le résultat de différentes évolutions.

Au sein des mesures d'ASE, les actions éducatives voient leur nombre légèrement diminuer (-0,3 % en 2020), au même rythme que le nombre de jeunes de moins de 21 ans (voir fiche 28).

L'accroissement du nombre total de mesures est donc porté par la hausse du nombre d'enfants et de jeunes accueillis à l'ASE (+1,8 % entre fin 2019 et fin 2020). Néanmoins, cette dernière est bien moins forte qu'auparavant, notamment en 2019 (+4,9 %) et en 2018 (+5,4 %) [voir fiche 29]. Ces fortes augmentations s'expliquaient en grande partie par celles du nombre de mineurs non accompagnés (MNA) et du nombre de jeunes majeurs accueillis à l'ASE. Fin 2020, les jeunes majeurs accueillis à l'ASE sont beaucoup plus nombreux (+34 % par rapport à fin 2019), y compris les anciens MNA, en conséquence des mesures spécifiques mises en place au cours de la crise sanitaire pour le maintien de la prise en charge des jeunes majeurs, conjuguées à celles prévues dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. En revanche, la forte chute des flux migratoires pendant la crise sanitaire explique, en grande partie, la légère diminution observée en 2020 du nombre de MNA pris en charge par les services de l'ASE (-1,2 %).

Entre 1998 et 2020, les dépenses totales d'ASE ont été multipliées par 2,1, soit une augmentation

de 54,5 %, en euros constants. Cette hausse est essentiellement portée par celle des dépenses d'accueil à l'ASE, alors que les dépenses consacrées aux allocations et à la prévention spécialisée ont tendance à décroître depuis 2010.

Les dépenses liées au RSA et au RSO de nouveau à la hausse en 2020

Fin 2020, 2,06 millions de foyers bénéficient du RSA, un nombre en forte hausse en répercussion de la crise sanitaire et sociale. Avec les conjoints et les enfants à charge, 4,09 millions de personnes sont couvertes par le RSA fin 2020, soit 6,0 % de la population.

Parmi les bénéficiaires (allocataires et conjoints) du RSA, 2,3 millions de personnes sont soumises aux droits et devoirs associés à cette prestation, soit 99 % des bénéficiaires (voir fiche 34). Parmi elles, 83 % sont orientées vers un organisme référent unique : Pôle emploi pour 42 % des personnes orientées et les collectivités territoriales en charge de l'insertion pour 31 %. Par ailleurs, 47 % des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi disposent d'un contrat d'engagement réciproque (CER), dont 21 % des CER contiennent au moins une action d'insertion visant à s'inscrire dans un parcours de recherche d'emploi. En moyenne, 95 jours s'écoulent entre la date d'entrée dans le RSA et celle de la première orientation, puis 51 jours jusqu'à la signature du premier CER.

Les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au RSA et au RSO prises en charge par les départements s'élèvent à 12,2 milliards d'euros en 2020 (voir fiche 35). Parmi elles, 92 % sont consacrées au versement des allocations. En excluant la Guyane et La Réunion du champ d'observation, territoires dans lesquels le financement du RSA et du RSO a été recentralisé en 2019 et 2020, la croissance est de 6,9 % en euros courants et de 6,4 % en euros constants. Cette forte hausse s'explique notamment par l'augmentation du nombre d'allocataires et par la revalorisation annuelle du montant forfaitaire de l'allocation intervenue en avril 2020.

À l'inverse des dépenses d'allocations, les autres dépenses d'insertion – c'est-à-dire toutes les



dépenses autres que celles liées au versement des allocations, qu'elles soient liées ou non aux contrats d'insertion – ont eu tendance à diminuer entre 2009 et 2018 (-3,7 % en moyenne par an en euros courants, -2,6 % en euros constants). Elles sont quasiment stables entre 2019 et 2020 (+0,1 % en euros courants), après avoir augmenté de 2,5 % entre 2018 et 2019.

D'autres aides sociales à l'insertion mises en œuvre par les départements

En 2020, 99 900 aides individuelles sont accordées par les départements dans le cadre du fonds d'aides au jeune (FAJ), un nombre en baisse depuis plusieurs années, sous l'effet de la montée en charge de la Garantie jeunes. Le montant total affecté à ces aides est de 17,5 millions d'euros, qui bénéficient à 67 000 jeunes en 2020. Un bénéficiaire du FAJ perçoit donc en moyenne 260 euros d'aides par an en 2020, un montant plus élevé qu'en 2019 (250 euros). En lien avec la crise

sanitaire, la proportion d'aides alimentaires dans les aides individuelles est de 60 % en 2020 contre 53 % l'année précédente. La part de jeunes ni scolarisés, ni en emploi ni en stage rémunéré parmi les bénéficiaires a augmenté de 5 points entre 2019 et 2020.

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



Vue d'ensemble
Fiches thématiques ◀
Annexes

Analyse transversale

En France, l'aide et l'action sociales représentent 10 % des dépenses de protection sociale. Elles portent sur l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées, l'insertion professionnelle et sociale, la famille et la protection de l'enfance. Majoritairement à la charge des collectivités locales, notamment des départements, elles sont également assurées par les organismes de sécurité sociale et l'État.

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

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

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

- **l'aide sociale dite « légale » ou obligatoire**, qui est régie et imposée par la loi. Les acteurs sont tenus de répondre à la personne demandeuse d'aide au moins sur cette base. C'est le cas par exemple pour le revenu de solidarité active (RSA), la prestation de compensation du handicap (PCH), l'aide sociale à l'hébergement (ASH), l'aide sociale à l'enfance, etc. ;
- **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 plus dépendantes) ;
- **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. Le champ de l'action est donc très large, il comprend, par exemple, des actions collectives de prévention, des aides monétaires ou en nature, la gestion d'établissements sociaux ou médico-sociaux, ou encore de services d'aide à domicile, d'établissements d'accueil du jeune enfant, etc.

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

Le système français de protection sociale comprend la couverture de différents risques sociaux : maladie, invalidité (domaine qui inclut également le handicap), accidents du travail-maladies professionnelles, vieillesse, survie, famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion sociale (*encadré 1*). En 2020, 814 milliards d'euros, soit 32 % du produit intérieur brut (PIB), sont consacrés à la protection sociale (*tableau 1*).

Principalement mises en œuvre par les départements et par l'Assurance maladie, l'aide et l'action sociales représentent 78 milliards d'euros, soit 9,6 % des dépenses totales de protection sociale en 2020. Cette proportion varie selon les risques. L'aide et l'action sociales aux personnes âgées (l'APA en particulier) 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 RSA, représente 17 % des dépenses de protection sociale des risques emploi, pauvreté et exclusion sociale (qui incluent les allocations chômage). L'aide et l'action sociales aux familles, qui couvrent des

dépenses pour l'accueil en établissement d'accueil pour jeune enfant (EAJE) et pour la protection de l'enfance, représentent plus du quart des dépenses du risque famille, le reste correspondant pour l'essentiel aux prestations familiales. L'aide sociale couvre, enfin, 12 % des dépenses de santé, au travers des aides départementales aux personnes handicapées (la PCH en particulier) et de la couverture par l'Assurance maladie des dépenses pour les personnes âgées ou handicapées hébergées en établissement médico-social. Entre 2010 et 2015, les dépenses d'aide et d'action sociales¹ ont augmenté de 3,6 % par an en moyenne, soit 2,5 % en euros constants, c'est-à-dire tenant compte de l'inflation². La croissance s'est ensuite poursuivie à un rythme moins soutenu. Entre 2015 et 2019, le taux de croissance annuel moyen était de 2,3 % en euros courants et de 1,2 % en euros constants. En 2020, les dépenses d'aide sociale ont crû plus fortement, de 4,8 % (4,3 % en euros constants), en lien avec la crise sanitaire et sociale liée au Covid-19.

La part de l'aide sociale dans le total des dépenses de protection sociale a légèrement augmenté entre 2010 et 2018 (+0,6 point), pour atteindre 9,8 % (graphique 2), puis a diminué, notamment entre 2019 et 2020, où elle s'établit

à 9,6 %. Ceci s'explique par la croissance globale plus forte des dépenses de protection sociale (+6,9 % entre 2019 et 2020), principalement portée par celle des dépenses liées aux prestations sociales versées au titre du chômage (y compris activité partielle) et de la santé, ainsi qu'aux aides exceptionnelles liées à la pandémie. La part du PIB consacrée à l'aide et l'action sociales est de 3,4 % en 2020.

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 2020, les dépenses des départements représentent 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 en

Encadré 1 Source et conventions

Les résultats présentés dans cette fiche s'appuient pour l'essentiel sur les comptes de la protection sociale publiés chaque année par la DREES. Les estimations sont issues d'une répartition des dépenses de prestations sociales établies dans ces comptes par secteur institutionnel et selon qu'elles relèvent ou non de l'aide et de l'action sociales. Le repérage de ces éléments est toutefois imparfait. De ce fait, les éléments relatifs aux dépenses d'aide sociale des départements présentés dans cette fiche ne sont pas exactement comparables à ceux présentés dans les autres chapitres, qui sont issus d'une autre source de données, avec laquelle il existe quelques différences de normes et de définition.

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

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

2. Les taux d'évolution en euros constants sont déflatés de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

Tableau 1 Dépenses de protection sociale et parts de l'aide et l'action sociales dans ces dépenses, en 2020

Champs de la protection sociale	Montant total 2020 (en millions d'euros)	Parts de l'aide et de l'action sociales (en %)				
		Ensemble	dont : Départements	dont : Organismes de sécurité sociale	dont : Communes et intercommunalités	dont : État
Santé ¹	279 691	12	3	8 ²	-	1
Vieillesse-survie ³	353 537	3	3	<1	-	<1
Famille ⁴	57 327	26	15	6	5	-
Logement ⁵	16 809	1	<1	1	-	-
Emploi et pauvreté-exclusion sociale ⁶	106 931	17	11	1	2 ⁷	4
Total	814 295	10	5	3	1	1

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

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

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

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

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

6. Y compris insertion et réinsertion professionnelle.

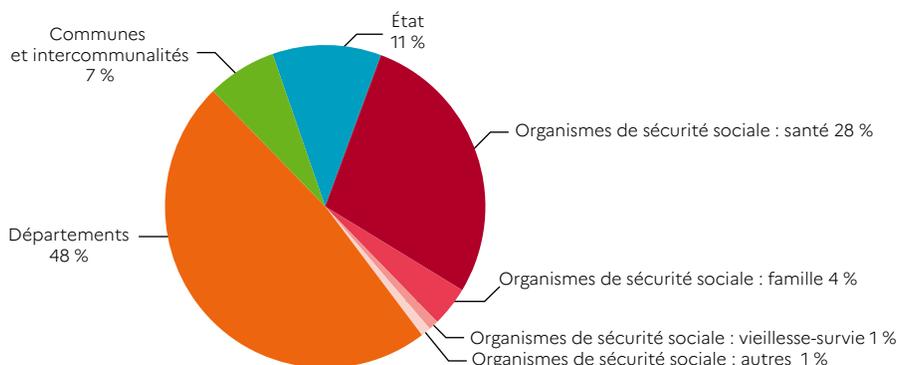
7. Dépenses des CCAS-CIAS ; il n'est pas possible en l'état actuel de ventiler ces dépenses par risque. Elles sont donc ici, conventionnellement, affectées intégralement au risque emploi, pauvreté, exclusion sociale.

Notes > Les chiffres en italique doivent encore faire l'objet de travaux méthodologiques, ils pourraient donc être révisés à l'avenir. Les dépenses des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) ont été ventilées dans les dépenses des différents acteurs. Pour respecter la nomenclature comptable des comptes de la protection sociale, les dépenses de PCH et d'ACTP des départements pour les personnes handicapées de 60 ans ou plus sont, ici, comptabilisées dans le risque vieillesse-survie.

Lecture > Les dépenses de protection sociale en France représentent 814 295 millions d'euros en 2020 ; les dépenses d'aide et d'action sociales représentent 9 % de ce montant, dont 5 % pour l'aide sociale des départements.

Champ > France métropolitaine et DROM.

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

Graphique 1 Répartition des dépenses d'aide et d'action sociales par financeur, en 2020

Notes > Des travaux méthodologiques sur la répartition des dépenses relatives au risque famille doivent encore être réalisés et pourraient amener une révision des poids respectifs des communes et de la branche famille de la Sécurité sociale dans l'aide et l'action sociales. Les dépenses des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) ont été ventilées dans les dépenses des différents acteurs.

Lecture > En 2020, les dépenses des départements représentent 48 % des dépenses totales d'aide et d'action sociales.

Champ > France métropolitaine et DROM.

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

charge de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui a pour objectif d'aider les personnes à faibles ressources à payer les frais de leur hébergement dans des établissements sociaux ou médico-sociaux ou dans le cadre d'un accueil familial.

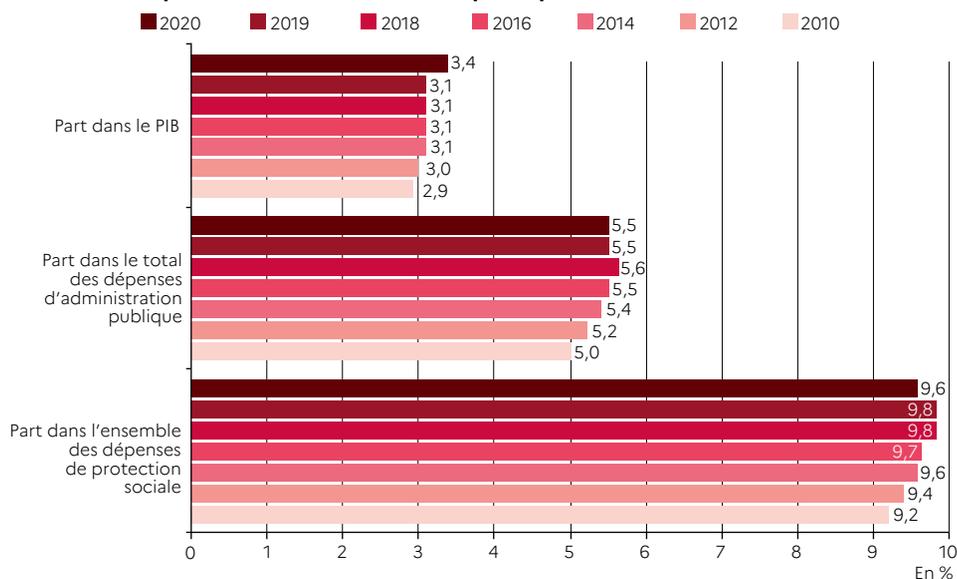
Par ailleurs, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales consacre le département comme chef de file de l'action sociale. L'article L. 121-1 du CASF dispose ainsi que « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences 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, autres acteurs de l'action sociale

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

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

Graphique 2 Parts des dépenses d'aide et d'action sociales dans la protection sociale, les dépenses des administrations publiques et le PIB, de 2010 à 2020



Notes > En 2016, le RSA activité est supprimé pour intégrer la prime d'activité. Cette dernière étant instaurée dans le Code de la sécurité sociale, elle n'est pas considérée ici comme faisant partie de l'aide et l'action sociales. Afin de pouvoir étudier les évolutions sur un champ comparable, le RSA activité a été retiré du champ de l'aide et l'action sociales pour les années 2010 à 2015.

Lecture > En 2020, les dépenses d'aide et d'action sociales représentent 9,6 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale, 5,5 % de l'ensemble des dépenses d'administration publique, et 3,4 % du produit intérieur brut (PIB).

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > DREES, Comptes de la protection sociale et enquête Aide sociale ; Insee, comptes nationaux, base 2014.

• 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 existe³. Parallèlement, les communes disposent de la clause de compétence générale, leur permettant de mener des actions sociales (voir fiche 07) : tarifs réduits pour certains services, aide d'urgence, aides remboursables sous forme de microcrédits, etc. Par ailleurs, dans le cadre de la constitution des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)⁴, les communes membres peuvent transférer une partie de leurs compétences sociales à leur intercommunalité. Les EPCI peuvent choisir la compétence optionnelle d'« action sociale d'intérêt communautaire ». En dehors de ce cadre, ils peuvent mener une action sociale dite « facultative », en gérant par exemple des places de crèche. Par ailleurs, les EPCI peuvent créer un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) pour gérer l'action sociale du territoire communautaire.

Les organismes de protection sociale

Une partie des dépenses de l'assurance maladie sont destinées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées en établissement ou en service médico-social. Étant définies dans le CASF, elles sont considérées comme faisant partie du champ de l'aide et de l'action sociales. Elles constituent 28 % des dépenses totales d'aide et d'action sociales en 2020.

Par ailleurs, les organismes de protection sociale – Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA), Unédic, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), etc. – peuvent également mener des actions sociales, en plus des assurances sociales. Celles-ci peuvent être destinées à l'aide à la construction de lieux d'hébergement (création de places en résidences autonomie par exemple) ou directement à leurs affiliés, dans le cadre d'actions de prévention 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 (11 % du total des dépenses d'aide et d'action sociales), principalement pour les personnes sans domicile ou les demandeurs d'asile, mais également en matière de handicap ou de perte d'autonomie. L'aide médicale d'État (AME), étant également définie dans le CASF, fait partie du champ de l'aide et de l'action sociales. Il en va de même de la prise en charge de personnes handicapées dans les établissements et services d'aide par le travail (Esat). Enfin, l'État était le financeur de la partie « activité » du revenu de solidarité active (RSA), en vigueur jusqu'à la fin 2015. La prime d'activité, qui remplace le RSA activité à partir de 2016, est instaurée dans le Code de la sécurité sociale et n'est pas considérée ici comme de l'aide sociale. ■

Pour en savoir plus

> Marc, C., Mikou, M., et al. (dir.) [2021]. *La protection sociale en France et en Europe en 2020*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

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

4. Ces regroupements peuvent être de cinq types : les communautés de communes, les communautés d'agglomération, les communautés urbaines, les métropoles, les syndicats d'agglomération nouvelle. D'autres regroupements peuvent exister, de type « syndicat », mais ils n'ont pas de fiscalité propre.

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

Les Français soutiennent massivement les transferts publics en direction des personnes les plus vulnérables. Une forte majorité d'entre eux (67 % en 2021) 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. Sept Français sur dix sont par ailleurs favorables à une prise en charge de la perte d'autonomie par les pouvoirs publics.

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

Deux Français sur trois souhaitent une augmentation du revenu de solidarité active

En 2021, un Français sur deux estime que les pouvoirs publics ne font pas assez pour les plus démunis. Cette proportion a chuté de 15 points par rapport à 2017. Le revenu de solidarité active (RSA) est la prestation emblématique de soutien aux personnes en grande difficulté financière (voir fiche 32). En 2021, les deux tiers des Français souhaitent l'augmentation de son montant¹. Cette proportion, relativement stable entre 2015 et 2020, a augmenté de 5 points entre 2020 et 2021, tandis que la part des personnes souhaitant maintenir le RSA à son niveau² baissait d'autant (graphique 1). Ceux jugeant qu'il faut diminuer le montant du RSA restent très minoritaires (15 %). Parmi les personnes favorables à une augmentation du RSA, à peine plus d'un quart (26 %) se déclarent toutefois prêtes à accepter une hausse de leurs impôts pour la financer.

Les plus modestes sont les plus favorables à une augmentation du montant du RSA : parmi les

20 % dont le niveau de vie est le plus faible, 73 % y sont favorables³, contre 60 % parmi les 20 % dont le niveau de vie est le plus élevé. L'écart entre les plus modestes et les plus aisés, après s'être nettement creusé entre 2018 et 2019 (de 9 à 21 points), s'est réduit depuis (15 points en 2020 et 13 points en 2021). Les femmes soutiennent plus souvent une augmentation du RSA que les hommes (70 % contre 63 %). C'est également le cas des plus jeunes comparativement aux plus âgés : 71 % des 18-29 ans y sont favorables contre 65 % des personnes de 50 ans ou plus.

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

En 2021, près de six Français sur dix (58 %) estiment que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées, alors qu'ils étaient moins d'un sur deux à partager cet avis entre 2014 et 2018. Cette opinion est davantage partagée par les hommes (61 %) que par les femmes (54 %). Par ailleurs, plus les personnes interrogées sont âgées, moins elles sont d'accord avec cette assertion : 64 % des jeunes adultes de 18 à 29 ans considèrent que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées, contre 54 % des personnes de 50 ans ou plus (graphique 2). Parmi les personnes se déclarant

1. Le montant est précisé aux enquêtés dans la question. Dans le questionnaire de 2021, le montant indiqué est de 565 euros par mois, ce qui correspond au montant en vigueur fin 2021 pour une personne seule sans autres ressources.

2. La modalité « Il faut laisser le RSA à son niveau » est posée uniquement lorsque l'enquêté ne sait pas choisir entre les modalités « Il faut augmenter le RSA » et « Il faut diminuer le RSA ».

3. Parmi eux, environ 10 % déclarent percevoir le RSA dans l'enquête du Baromètre d'opinion de 2021.

limitées depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement⁴, 52 % sont de cet avis, contre 59 % parmi celles déclarant ne pas être limitées. Les personnes se disant « fortement limitées » sont quasiment autant à considérer que

la société se donne les moyens pour l'intégration des personnes handicapées que celles se disant « limitées mais pas fortement ».

Les Français sont très nombreux à se prononcer en faveur d'une intervention publique spécifique

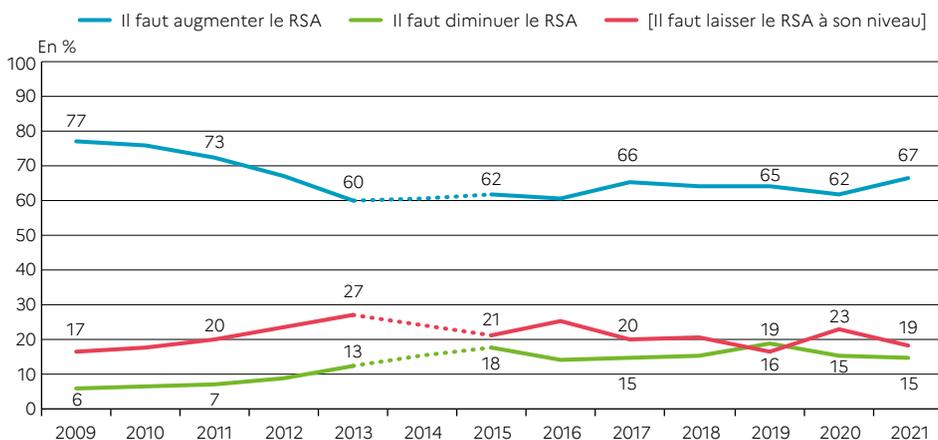
Encadré 1 Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

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

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

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

Graphique 1 Opinion des personnes interrogées sur le montant du RSA



RSA : revenu de solidarité active.

Lecture > En 2021, 67 % des personnes interrogées pensent qu'il faut augmenter le RSA.

Notes > Les données de l'année 2014 ne sont pas disponibles pour cette question. La modalité « Il faut le laisser à ce niveau » n'est pas ouvertement proposée aux enquêtés. En 2021, 5,6 % des répondants ne se prononcent pas, contre 4,6 % en 2020.

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

Source > DREES, Baromètre d'opinion 2009-2021.

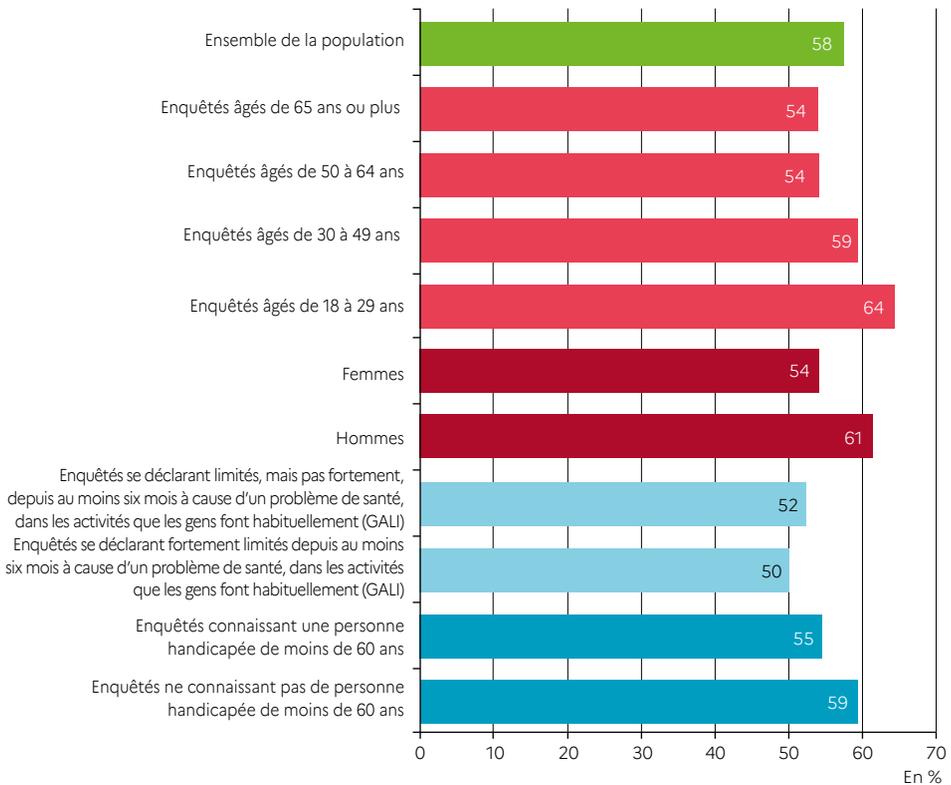
4. Dans les enquêtes en population générale, la population en situation de handicap est habituellement définie comme les personnes se déclarant fortement limitées, en raison d'un problème de santé, depuis au moins six mois, dans les activités que les gens font habituellement. En 2021, dans le Baromètre d'opinion, 16 % des enquêtés se déclarent limités, mais pas fortement, et 6 % fortement limités.

à l'égard des personnes handicapées. En 2021, 85 % jugent qu'il est normal qu'une personne handicapée ait un revenu minimum supérieur à celui d'une personne qui ne l'est pas. Seuls 15 % estiment que les minima sociaux devraient être les mêmes pour tous, que l'on soit handicapé ou non. De fait, il existe aujourd'hui un minimum social spécifique : l'allocation aux adultes handicapés (AAH)⁵. En 2021, son montant maximal est de 904 euros par mois pour une personne seule et sans ressources. Il est supérieur à la plupart des minima sociaux, comme le RSA (565 euros)

ou l'allocation de solidarité spécifique (ASS) [507 euros], et il est comparable à celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) [907 euros en 2021], habituellement qualifiée de « minimum vieillesse ».

Les Français sont majoritairement favorables à une attribution des aides aux personnes handicapées sans condition de ressources. En 2021, 61 % estiment que les aides devraient être versées à toutes les personnes en situation de handicap, quels que soient leurs revenus⁶, tandis que 39 % préféreraient que les aides financières, pour

Graphique 2 Enquêtés en accord avec le fait que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées, en 2021



GALI : Global activity Limitation Indicator ou « indicateur de limitation d'activité générale ».

Lecture > En 2021, 54 % des enquêtés âgés de 50 ans ou plus pensent que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées.

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

Source > DREES, Baromètre d'opinion 2021.

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

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

compenser les surcoûts liés au handicap, soient réservées à ceux qui disposent de faibles revenus. L'universalité des prestations liées au handicap est de plus en plus soutenue dans la société française : dix ans plus tôt, moins de 40 % adhéraient à cette opinion.

Dans la pratique, le conditionnement aux ressources varie effectivement entre les diverses aides aux personnes handicapées existantes. Alors que l'accès à l'AAH est soumis à condition de ressources – en cohérence avec sa logique de minimum social –, ce n'est pas le cas de la prestation de compensation du handicap (PCH), même si son montant peut varier en fonction des ressources (voir fiche 19).

Pour la première fois en 2021, les enquêtés ont été interrogés sur la « déconjugalisation » de l'AAH qui consisterait, pour les personnes en couple, à ne plus prendre en compte, dans le calcul de l'allocation, les revenus du conjoint. Si un tiers considère que, pour une personne handicapée vivant en couple, le montant de l'allocation doit être modulé en fonction des revenus du ménage, les deux tiers estiment qu'il doit tenir compte uniquement des ressources propres à la personne handicapée. Cette opinion est un peu plus partagée par les femmes que par les hommes (68 % contre 65 %). Les bénéficiaires d'une prestation liée au handicap, à l'invalidité ou à la dépendance (AAH, APA, PCH...), sont bien plus nombreux que les non-bénéficiaires à soutenir la « déconjugalisation » de l'allocation (75 % contre 66 %).

Près de sept Français sur dix pensent que l'État et les pouvoirs publics doivent financer la perte d'autonomie

La perte d'autonomie d'une personne âgée est définie par les difficultés qu'elle rencontre dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, en raison d'incapacités durables. En 2021, 70 % des Français estiment que la prise en charge des coûts de la perte d'autonomie doit relever principalement de l'État et des pouvoirs publics, 17 % qu'elle devrait être du ressort des enfants ou des

familles, et 13 % des personnes âgées dépendantes elles-mêmes par le biais de leur épargne ou d'une assurance privée. La part des Français qui considèrent que la prise en charge financière devrait revenir aux enfants et à la famille a baissé de 8 points de 2014 à 2021, tandis que la part de ceux en faveur d'une prise en charge par l'État et les pouvoirs publics a augmenté presque d'autant (graphique 3).

L'opinion selon laquelle la responsabilité de la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes revient aux pouvoirs publics est légèrement plus partagée par les femmes et par les personnes âgées de 50 ans et plus, et nettement moins par les Français les plus aisés. Ils sont six sur dix à le penser parmi les 20 % ayant le niveau de vie le plus élevé, contre sept sur dix dans le reste de la population. Les plus aisés estiment plus souvent que les personnes âgées devraient assumer leur prise en charge elles-mêmes (soit 19 % contre 12 % pour le reste des Français). Quant aux personnes déclarant apporter une aide régulière et bénévole à une personne âgée dépendante, elles sont 75 % à se prononcer en faveur d'une prise en charge par l'État et les pouvoirs publics et 9 % en faveur d'une prise en charge par les personnes âgées dépendantes elles-mêmes (via une épargne ou une assurance privée), contre respectivement 68 % et 14 % parmi celles n'apportant aucune aide⁷. Elles sont quasiment autant que les personnes non aidantes, soit 17 %, à considérer que la prise en charge financière revient aux enfants ou à la famille des personnes âgées.

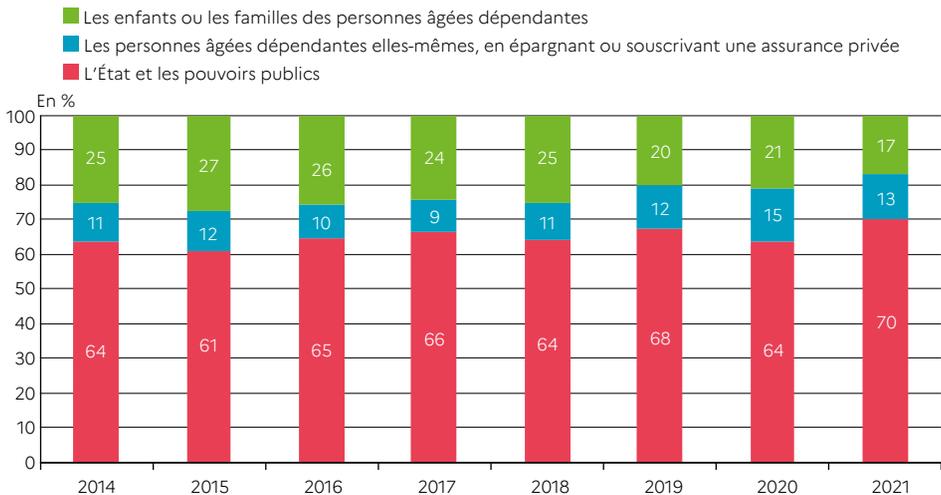
En 2021, moins de la moitié des répondants se prononcent en faveur de la création d'une cotisation obligatoire spécifique au financement de la perte d'autonomie (48 %), une proportion en légère baisse par rapport aux années précédentes. Toutefois, parmi ces personnes en faveur d'une cotisation obligatoire, seulement 27 % estiment qu'elle doit l'être pour tous, tandis que 21 % pensent qu'elle ne doit l'être qu'à partir d'un certain âge. L'autre moitié (52 %) des personnes

7. Dans l'enquête Baromètre d'opinion de la DREES de 2021, 17 % indique apporter une aide régulière et bénévole à une personne âgée dépendante vivant chez lui, chez elle ou ailleurs (institution, etc.)

interrogées préféreraient que la prise en charge du risque de perte d'autonomie pèse uniquement sur ceux qui veulent bénéficier d'une aide pour y faire face. Les répondants qui se déclarent aidants d'une personne âgée sont un peu plus souvent en faveur d'une cotisation spécifique obligatoire par rapport à ceux n'apportant pas d'aide régulière (51 % contre 47 %). Cette opinion ne varie pas significativement en fonction de l'âge, à ceci près que les moins de 35 ans optent moins souvent que leurs aînés pour une cotisation obligatoire pour tous acquittée quel que soit l'âge (23 % contre 28 %). Cette faible variabilité des résultats va plutôt à l'encontre de l'idée selon laquelle chaque classe d'âge verrait avant tout la situation à travers le prisme de ses propres intérêts financiers de court terme. En 2021, six Français sur dix préfèrent que l'aide financière apportée aux personnes âgées

dépendantes soit réservée à celles disposant de faibles revenus. Quatre sur dix souhaitent au contraire que cette aide soit universelle, sans condition de ressources. Ce niveau, en hausse constante depuis 2013 (+17 points de pourcentage), reste cependant bien inférieur à celui des personnes en faveur d'une aide universelle aux personnes handicapées, soit six personnes sur dix. Dans la pratique, la prise en charge publique de la perte d'autonomie en France passe principalement par le versement d'une aide en nature aux personnes de plus de 60 ans : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [voir fiches 12 à 15]. Cette aide n'est pas soumise à condition de ressources, mais une participation est demandée aux ménages disposant de ressources supérieures au montant de l'ASPA : ce « ticket modérateur » croît avec les revenus, et peut atteindre jusqu'à 90 % de l'aide. ■

Graphique 3 Opinion des enquêtés quant aux acteurs devant prendre en charge financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie depuis 2014



Lecture > En 2021, 70 % des personnes interrogées pensent que ce sont principalement l'État et les pouvoirs publics qui doivent prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes.

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

Source > DREES, Baromètre d'opinion 2014-2021.

Pour en savoir plus

- > Le questionnaire du Baromètre d'opinion de la DREES et ses résultats depuis 2000 sont disponibles en datavisualisation sur : <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Barometre-DREES>
- > **Antunez, K.** (2020, mai). Les Français souhaitent une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie des personnes âgées. DREES, *Études et Résultats*, 1 148.
- > **Brunel, M., Latourelle, J., Zakri, M.** (2019, février). Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien, DREES, *Études et Résultats*, 1 103.
- > **Lardeux, R., Papuchon, A., Pirus, C.** (2021, juillet). Un sentiment de pauvreté en hausse chez les jeunes adultes fin 2020. *Études et Résultats*, 1 195.
- > **Perron-Bailly, É.** (2017, janvier). Handicap, dépendance et pauvreté : les Français solidaires des plus vulnérables. DREES, *Études et Résultats*, 990.

**L'aide sociale
des départements**

Fin 2020, les départements attribuent 4,5 millions de mesures ou prestations d'aide sociale pour l'insertion ou à destination de personnes âgées, de personnes handicapées, d'enfants ou de jeunes majeurs en danger ou en risque de l'être. L'ensemble de ces aides concerne 6,4 % de la population française, en ne comptant pas les conjoints et personnes à charge des allocataires du revenu de solidarité active (RSA). En les incluant, 9,5 % de la population est couverte par une aide sociale. Les dépenses associées, nettes de recouvrements, récupérations et remboursements s'élèvent à 40,4 milliards d'euros pour l'année 2020, un montant qui augmente plus fortement en 2020 qu'au cours des années précédentes. Après compensations financières de l'État pour certaines allocations, la charge nette des collectivités est de 31,4 milliards d'euros.

L'aide sociale, qui relève de la compétence des conseils départementaux depuis les lois de décentralisation de 1982-1983, comprend des prestations et des services destinés aux personnes en situation de besoin en raison de la vieillesse, du handicap ou de difficultés sociales. Elle s'exerce dans quatre domaines principaux : l'insertion, en lien notamment avec le revenu de solidarité active (RSA), l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées et l'aide sociale à l'enfance (ASE). Par délégation, la gestion d'une partie de ces aides peut être confiée par le département aux communes (*encadré 1*). À la demande des départements concernés, le financement et la gestion des allocations du RSA et du revenu de solidarité (RSO) ont été repris de façon expérimentale par l'État à la Guyane et à Mayotte en 2019, à La Réunion en 2020 et en Seine-Saint-Denis et dans les Pyrénées-Orientales depuis 2022. En revanche, ces collectivités sont toujours chargées de l'accompagnement des bénéficiaires de ces allocations¹.

4,5 millions d'aides sociales départementales fin 2020

Au 31 décembre 2020, les départements² sont en charge de 4,5 millions de mesures d'aide sociale (*tableau 1*), en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)³, hors Mayotte. Les aides sociales au titre de l'insertion, qui regroupent les allocations du RSA⁴ et le RSO dans les DROM, en représentent 46 %. Les aides aux personnes âgées en constituent 33 %, tandis que les prestations en faveur des personnes handicapées et les mesures d'ASE s'élèvent respectivement à 13 % et 8 % des aides. Au total, 6,4 % de la population bénéficie d'une aide sociale des départements, en incluant ni les conjoints ni les personnes à charge des allocataires du RSA (*graphique 1*)⁵. La proportion la plus élevée de bénéficiaires se trouve parmi les personnes de 60 ans ou plus (9,2 %), principalement du fait des bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées, qui représentent 7,4 % des 60 ans ou plus. Elle est également assez élevée parmi

1. Les allocataires de RSA et de RSO de Guyane et de La Réunion sont donc comptabilisés parmi les bénéficiaires d'une aide sociale départementale prise en charge par les départements.

2. Par convention, les « départements » désignent ici les collectivités en charge des compétences départementales : les conseils départementaux et les collectivités à statut particulier hors Mayotte (la collectivité de Corse, la métropole de Lyon, la Ville de Paris et les collectivités territoriales uniques de Guyane et de Martinique).

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

4. Pour le RSA, le nombre d'aides indiqué ici correspond au nombre de foyers allocataires du RSA, hors RSA jeunes qui n'est pas à la charge des départements, soit 2,1 millions fin 2020. La population couverte par le RSA, incluant aussi les conjoints et les enfants à la charge des allocataires, est plus élevée : 4,1 millions de personnes.

5. Si on les incluait, cette part serait de 9,5 %.

les personnes de 20 à 40 ans, plus fréquemment bénéficiaires du RSA.

Des dynamiques différentes selon les champs de l'aide sociale et bousculées en 2020 par la crise sanitaire et sociale

En 2020, le nombre total d'aides sociales augmente de 3 %, un taux de croissance plus élevé qu'en 2019 (+1,4 %) et 2018 (+1,2 %). Cette hausse

globale est le résultat d'évolutions différentes selon les domaines d'aide sociale. Cependant, dans chacun d'entre eux, les tendances observées les années précédentes sont nettement modifiées en 2020, en lien avec la crise sanitaire et sociale liée au Covid-19.

Tout d'abord, le nombre d'allocataires du RSA et du RSO croît de 7,4 % entre fin 2019 et fin 2020, pour atteindre 2,1 millions. Cette hausse

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

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

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

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

En %

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

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

Lecture > Au 31 décembre 2014, 10 % des communes, représentant la moitié de la population, ont passé une convention avec le département pour au moins un des domaines d'aide sociale.

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

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

très marquée suit deux années d'augmentation modérée (+0,6 % en 2019 et +1,1 % en 2018) et s'explique par la forte dégradation de la situation économique en 2020. Au contraire, les nombres d'aides sociales aux personnes âgées ou handicapées et de mesures d'ASE augmentent plus faiblement qu'auparavant, voire diminuent.

Les départements attribuent 1,5 million d'aides aux personnes âgées en décembre 2020. Ce nombre a diminué, pour la première fois, de 1,6 % en un an, ce qui est à rapprocher de la hausse de la mortalité des plus âgés cette année-là, en particulier en établissement. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui représente désormais

Tableau 1 Les aides sociales départementales en décembre, de 2001 à 2020

	Nombre d'aides (en milliers)							Évolution (en %)	Part dans le nombre total d'aides (en %)
	2001	2005	2010	2015	2018	2019	2020	2019/2020	2020
Allocataires du RSA, RMI et RSO^{1,2}	1 078	1 300	1 525	1 947	1 906	1 918	2 060	7,4	46
Aides sociales aux personnes âgées, dont :	340	1 091	1 323	1 408	1 465	1 478	1 454	-1,6	33
APA	-	939	1 176	1 265	1 325	1 338	1 318	-1,5	30
ASH en établissement et chez des particuliers	121	120	124	124	123	123	118	-3,5	3
Aides sociales aux personnes handicapées, dont :	236	261	388	507	548	562	571	1,6	13
ACTP	129	137	92	69	58	55	52	-5,7	1
PCH	-	-	155	273	316	333	347	4,2	8
Accueil et hébergement en établissement et chez des particuliers	93	108	121	143	152	153	150	-1,4	3
Aides sociales à l'enfance (ASE), dont :	271	283	301	327	355	367	370	0,8	8
Enfants accueillis à l'ASE	140	144	152	164	187	196	200	1,8	4
Actions éducatives	130	139	150	163	168	171	171	-0,3	4
Total des aides, dont :	1 924	2 934	3 538	4 189	4 274	4 325	4 456	3,0	100
Allocations individuelles de solidarité (APA, PCH, RSA)	-	2 239	2 856	3 486	3 548	3 589	3 726	3,8	84

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne; APA : allocation personnalisée d'autonomie; ASH : aide sociale à l'hébergement; PCH : prestation de compensation du handicap; RMI : revenu minimum d'insertion; RSA : revenu de solidarité active; RSO : revenu de solidarité.

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

2. La série présente une rupture statistique. En 2016, la Caisse nationale des allocations familiales a amélioré son système de production statistique sur les bénéficiaires de prestations légales. Les données à partir de 2016 ne sont pas comparables avec les données des années précédentes.

Notes > Sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personnes ayant un droit ouvert à la prestation au 31 décembre de l'année, hormis pour l'APA pour laquelle sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. Les totaux des aides comportent des doubles comptes car une même personne peut bénéficier de plusieurs aides. C'est le cas de 89,8 % des bénéficiaires de l'ASH en établissement d'hébergement pour personnes âgées qui sont également bénéficiaires de l'APA fin 2019, selon l'enquête EHPA de la DREES. De même, les bénéficiaires de l'ACTP en établissement peuvent aussi percevoir une aide à l'hébergement. Enfin, certains mineurs ou jeunes majeurs peuvent bénéficier d'une action éducative tout en étant accueilli à l'ASE.

Lecture > Fin 2020, 4,5 millions de mesures ou prestations d'aide sociale ont été attribuées par les départements.

Les allocataires du RSA et du RSO en représentent 46 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

91 % des aides, voit le nombre de ses bénéficiaires payés au titre du mois de décembre baisser de 1,5 % entre 2019 et 2020. L'aide sociale à l'hébergement (ASH) en établissement ou chez des particuliers concerne 118 000 personnes fin 2020. Ce nombre diminue de 3,5 % en un an, alors qu'il était stable entre 2018 et 2019 et diminuait très légèrement les deux années précédentes.

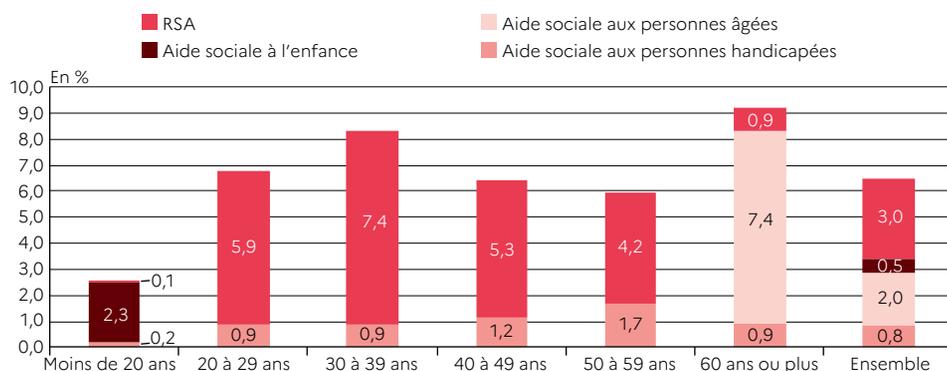
Le nombre d'aides sociales aux personnes handicapées est de 571 000 au 31 décembre 2020, soit 1,6 % de plus que fin 2019. Il s'agit toutefois de la plus faible hausse observée depuis la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006. Cette dernière représente, fin 2020, 61 % des aides départementales aux personnes handicapées. Bien que ralentie, la croissance du nombre de ses bénéficiaires est une nouvelle fois soutenue (+4,2 % en un an). En revanche, le nombre d'aides à l'hébergement ou l'accueil de jour en établissement ou chez des particuliers est en baisse de 1,4 % en 2020, après une année de quasi-stabilité en 2019, et un taux d'évolution annuel moyen de +2,7 % entre fin 2006 et fin 2018.

Fin 2020, 370 200 mesures d'ASE sont en cours. Ce nombre progresse de 0,8 % en 2020, une augmentation plus faible que celles des années précédentes (supérieures à 3 % en 2018 et 2019) [voir fiche 28]. Le nombre d'actions éducatives est en très légère baisse (-0,3 %), après une évolution de +1,5 % par an en moyenne entre 2010 et 2019. La tendance suivie par le nombre total de mesures est portée par la hausse du nombre d'enfants et de jeunes accueillis à l'ASE (+1,8 % entre fin 2019 et fin 2020). Néanmoins, cette croissance est bien moins forte que celles constatées auparavant, notamment en 2019 (+4,9 %) et en 2018 (+5,4 %), en raison notamment de la diminution du nombre d'accueil de mineurs non accompagnés (MNA), à rebours des fortes augmentations des années précédentes (voir fiche 29).

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

En 2020, les dépenses brutes d'aide sociale s'élèvent à 41,8 milliards d'euros, après récupérations faites auprès des bénéficiaires, des obligés

Graphique 1 Taux de bénéficiaires de l'aide sociale des départements, en décembre 2020



Notes > Ces taux peuvent être légèrement surestimés, car ils contiennent certains doubles comptes possibles entre mesures d'aide sociale, telles qu'une action éducative concomitante à une mesure d'accueil dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE), ou encore une personne bénéficiant d'une mesure d'ASE et d'une aide sociale liée à un handicap. En revanche, les doubles comptes possibles entre aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées et allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont été corrigés ici.

Sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personnes ayant un droit ouvert au 31 décembre, hormis pour l'APA pour laquelle sont identifiés les bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. Pour le RSA, sont pris en compte les allocataires au 31 décembre sans leurs éventuels conjoints, ni les personnes à charge.

Lecture > Fin 2020, 2,3 % des personnes de moins de 20 ans bénéficient d'une mesure d'ASE.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; CCMISA ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

Tableau 2 Les dépenses brutes d'aide sociale départementale, de 2001 à 2020

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

	Montants des dépenses brutes ¹ annuelles (en euros)							Évolution (en %)	Part dans le total des dépenses (en %)	Montant mensuel moyen par aide ² (en euros)
	2001	2005	2010	2015	2018	2019	2020			
Insertion et allocations liées au RSA, RMI et RSO³, dont :	745	6 749	8 550	11 468	12 090	12 165	12 240	0,6	29	550
Allocations	-	5 865	7 394	10 414	11 117	11 168	11 242	0,7	27	510
Insertion	745	885	1 155	1 053	972	997	998	0,1	2	40
Insertion et allocations liées au RSA, RMI et RSO³, hors Guyane et La Réunion	-	-	8 040	10 700	11 258	11 422	12 212	6,9		550
Aide sociale aux personnes âgées, dont :	1 746	5 235	6 758	7 174	7 697	7 827	8 035	2,7	19	430
APA	-	4 043	5 296	5 622	6 024	6 148	6 278	2,1	15	390
ASH en établissement et chez des particuliers	881	919	1 175	1 269	1 281	1 274	1 297	1,8	3	900
Aide sociale aux personnes handicapées, dont :	3 110	4 136	6 417	7 905	8 440	8 637	8 783	1,7	21	1 180
ACTP	697	753	559	447	387	369	352	-4,8	1	550
PCH	-	-	1 094	1 724	2 038	2 153	2 255	4,7	5	550
Accueil et hébergement en établissement et chez des particuliers	2 271	3 070	4 142	4 972	5 174	5 255	5 314	1,1	13	2 920
Aide sociale à l'enfance (ASE)	4 591	5 459	6 841	7 741	8 300	8 574	8 895	3,7	21	1 740
Enfants accueillis à l'ASE ⁴	3 154	4 185	5 251	6 063	6 586	6 823	7 183	5,3	17	3 030
Actions éducatives	270	355	408	465	498	511	533	4,4	1	260
Personnel, services communs et autres frais d'intervention sociale⁵	1 747	2 342	3 156	3 374	3 395	3 501	3 829	9,4	9	-
Total (hors aide médicale générale), dont :	11 939	23 922	31 721	37 661	39 921	40 704	41 783	2,7	100	-
Allocations individuelles de solidarité (APA, PCH, RMI, RSA, RSO)	-	9 908	13 784	17 761	19 179	19 469	19 775	1,6	47	450
Total (hors aide médicale générale), hors Guyane et La Réunion	11 739	23 188	30 867	36 460	38 591	39 434	41 190	4,5	-	-

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; APA : allocation personnalisée d'autonomie ; ASH : aide sociale à l'hébergement ; PCH : prestation de compensation du handicap ; RMI : revenu minimum d'insertion ; RSA : revenu de solidarité active ; RSO : revenu de solidarité.

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

2. Montant moyen calculé sur le champ des prestations qui peuvent être dénombrées. De plus, pour les dépenses liées au RSA, RMI et RSO et pour les dépenses d'allocations liées aux allocations, le montant moyen est calculé en excluant la Guyane et La Réunion, en raison de la reprise par l'État du financement de ces allocations dans ces deux départements.

3. 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.

4. 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 d'accueil. Cette évolution induit une légère « rupture » de série statistique, hormis pour le total des dépenses d'ASE.

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

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

Lecture > En 2020, les dépenses brutes totales d'aide sociale des départementales s'élèvent à 41,8 milliards d'euros, soit une hausse de 3,1 % en euros courants.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

alimentaires et sur successions dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) aux personnes âgées (voir l'encadré 1 de la fiche 16) [tableau 2].

Depuis 2001, la structure des dépenses brutes d'aide sociale a subi de profonds bouleversements. Les dépenses d'ASE ont régulièrement progressé entre 2001 et 2020, mais leur part est désormais bien inférieure à ce qu'elle était en 2001 en raison de nouvelles prestations prises en charge par les départements dans les autres domaines de l'aide sociale. La part des dépenses liées aux personnes âgées ou handicapées a augmenté sensiblement, du fait notamment de la création de l'APA 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 RMI, puis au RSA, a crû fortement en 2004 depuis le transfert du versement de l'allocation du RMI aux départements et, en 2009, de la création du RSA, y compris sa partie majorée destinée aux anciens allocataires de l'allocation de parent isolé (API).

La répartition des dépenses d'aide sociale n'est pas la même que celle du nombre de bénéficiaires. En 2020, un tiers des dépenses brutes d'aide sociale, hors dépenses de personnel et services communs et autres frais d'intervention sociale, sont consacrées au RSA et au RSO (allocations et insertion), 23 % à l'aide aux personnes handicapées tout comme à l'ASE et 21 % à l'aide aux personnes âgées. Alors que les trois allocations individuelles de solidarité (APA, PCH, RSA et RSO) constituent 84 % des mesures d'aide sociale, elles représentent 52 % des dépenses (hors personnel, services communs et autres interventions sociales). À l'inverse, l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées ou handicapées ou encore les mesures d'accueil à l'ASE contribuent

largement plus aux dépenses que ce qu'elles représentent dans l'ensemble des aides sociales.

70 % des dépenses de fonctionnement des conseils départementaux consacrées à l'aide sociale en 2020

Au total, l'aide sociale départementale occupe une place importante dans le budget global de fonctionnement des départements⁶. Elle représente ainsi 70 %⁷ des dépenses de fonctionnement⁸ des conseils départementaux (hors collectivités à statut particulier⁹), alors que la proportion était de 62 % quinze ans plus tôt (graphique 2). Cette part varie entre 50 % et 80 % selon les conseils départementaux en 2020 (carte 1) mais cette proportion est comprise entre 60 % et 75 % (inclus) dans près de 9 départements sur 10.

40,4 milliards d'euros de dépenses nettes en 2020, avant compensation de l'État

Les départements peuvent engager des recours en récupération auprès des bénéficiaires d'autres aides que l'ASH aux personnes âgées, de leurs obligés alimentaires ou de leurs héritiers. S'ajoutent des recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, des remboursements de participations et de prestations, des mandats annulés et des subventions. En 2020, les conseils départementaux ont ainsi récupéré ou recouvré 1,3 milliard d'euros, soit 3,2 % des dépenses brutes totales d'aide sociale. Après déduction de ce montant, les dépenses nettes engagées par les départements s'élevaient à 40,4 milliards d'euros. Ce montant a augmenté de 3,1 % par rapport à 2019, et de 2,6 % en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation¹⁰. Hors Guyane et La Réunion, où le financement des allocations

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

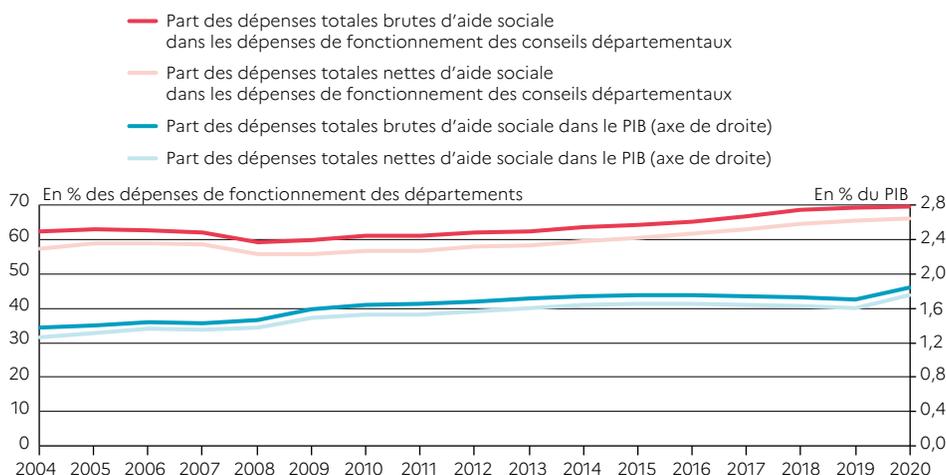
7. Pour calculer ce ratio, ce sont les dépenses brutes avant toute récupération, y compris pour l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, qui sont utilisées.

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

9. Voir note de bas de page n° 2.

10. Les taux d'évolution en euros constants sont déflatés de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

Graphique 2 Évolution de la part des dépenses d'aide sociale, de 2004 à 2020



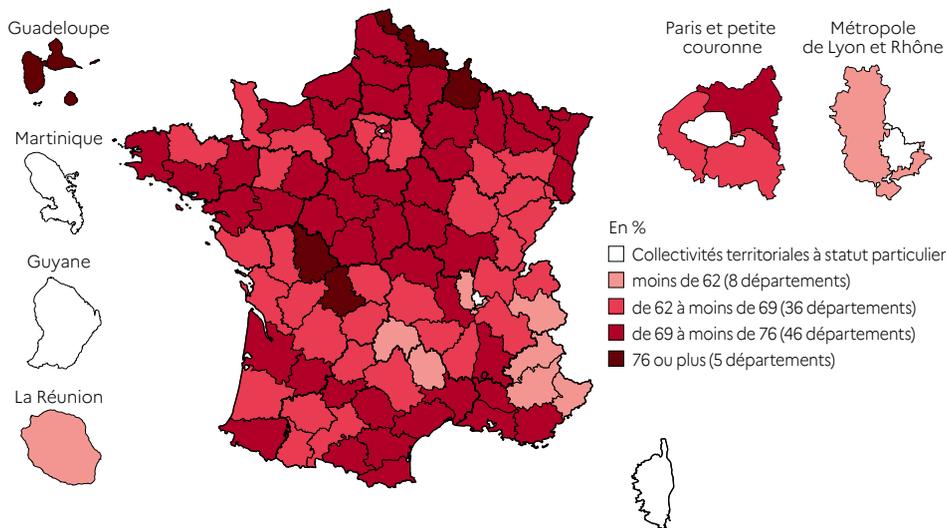
Note > Contrairement aux tableaux 2 et 3, les dépenses brutes sont ici avant récupérations auprès des bénéficiaires, des obligés alimentaires et des héritiers pour l'ASH aux personnes âgées.

Lecture > En 2020, 70 % dépenses de fonctionnement des conseils départementaux sont consacrées à l'aide sociale. Les dépenses d'aide sociale des collectivités en charge de l'aide sociale représente 1,8 % du PIB.

Champ > Pour les dépenses d'aide sociale départementale, le champ est la France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. En revanche, pour rapporter les dépenses d'aide sociale au budget de fonctionnement des collectivités, le champ doit être réduit à la France métropolitaine et les DROM, hors la Corse, la métropole de Lyon, le Rhône, Paris, la Martinique et la Guyane.

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

Carte 1 Part des dépenses d'aide sociale dans les dépenses totales de fonctionnement des départements, en 2020



Lecture > Au niveau national, 70 % des dépenses de fonctionnement des conseils départementaux sont consacrées à l'aide sociale en 2020. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des conseils départementaux, est égale à 69 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

du RSA et du RSO est pris en charge par l'État depuis 2019 et 2020, l'augmentation est de 5,0 % (4,5 % en euros constants). Cette croissance fait suite à quelques années de hausse plus modérée des dépenses d'aide sociale : +1,9 % par an en moyenne entre 2016 et 2019 en euros courants, et +0,6 % en euros constants, y compris hors Guyane (graphique 3). Les dépenses totales nettes représentent 1,8 % du produit intérieur brut (PIB) français. Dans un contexte de repli du PIB en 2020, cette part a augmenté par rapport à 2019 où elle était de 1,6 %. Elle a très nettement progressé depuis 2001, où elle était de 0,7 %.

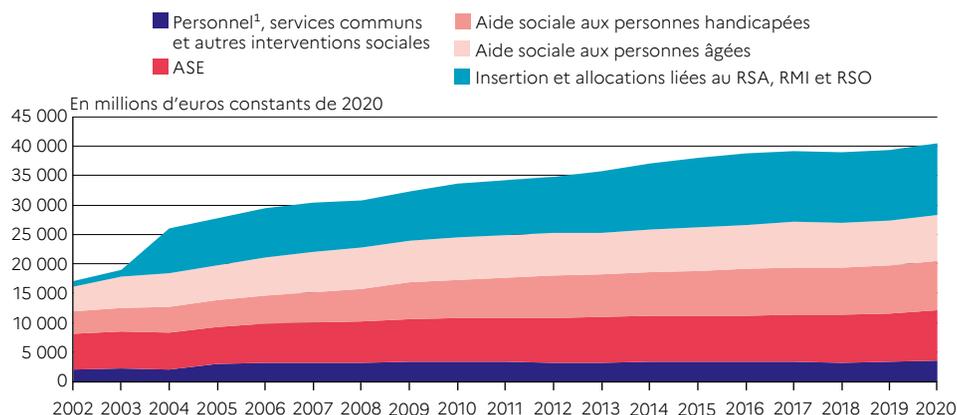
Des contributions de la CNSA à hauteur de 39 % des dépenses brutes d'APA et de 28 % de celles de PCH en 2020

Les dépenses liées aux allocations individuelles de solidarité sont en partie compensées par des

financements spécifiques de l'État¹¹. Concernant les personnes âgées ou handicapées, celui-ci verse une contribution aux départements via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En 2020, elle s'élève à 3,1 milliards d'euros au total et correspond à, respectivement, 39 % et 28 % des dépenses brutes d'APA et de PCH¹².

La compensation relative à l'APA s'élève à 2,5 milliards d'euros en 2020, soit une augmentation de 2,5 % en un an en euros courants (+2,0 % en euros constants). Entre 2012 et 2015, elle a progressé en moyenne annuelle de 2,1 % en euros courants (+1,6 % en euros constants), mais elle a ensuite augmenté de 7,1 % par an en moyenne entre 2015 et 2020 (+6,1 % en euros constants). Le taux de couverture des dépenses brutes d'APA est ainsi passé de 30,2 % en 2012 à 39,4 % en 2020. Il a sensiblement progressé à partir de 2016 avec la compensation spécifique de la réforme de l'APA¹³.

Graphique 3 Évolution des dépenses nettes d'aide sociale des départements, de 2001 à 2020



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

Notes > Les dépenses d'ACTP et de PCH pour les personnes de 60 ans ou plus sont intégrées aux dépenses à destination des personnes handicapées. Les dépenses nettes d'aide sociale sont des dépenses après déduction des recouvrements, récupérations et remboursements mais elles englobent les dépenses prises en charge par l'État par l'intermédiaire de la CNSA et de la TICPE.

Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2020. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.

Lecture > Les dépenses totales nettes d'aide sociale s'élèvent à 40,4 milliards d'euros en 2020.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, Enquête Aide sociale.

¹¹. Voir fiche 04 pour une description plus complète du financement des dépenses des départements.

¹². Ces taux sont légèrement inférieurs à ceux publiés dans les programmes de qualité et d'efficacité (PQE), notamment parce que sont utilisées ici des dépenses nettes des récupérations et remboursements fournies par la CNSA.

¹³. La mise en œuvre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 s'accompagne d'une contribution additionnelle (concours APA II) afin de permettre un financement des mesures nouvelles, liées notamment à la revalorisation des plafonds des plans d'aide et à la diminution du reste à charge des bénéficiaires dont les plans d'aide sont les plus importants.

Le concours PCH, de 0,6 milliard d'euros en 2020, augmente de 3,3 % en un an en euros courants (+2,8 % en euros constants). Le taux de couverture des dépenses de PCH, contrairement à celui de l'APA, diminue, passant de 38,3 % en 2012 à 28,2 % en 2020 (soit -26,4 % entre 2012 et 2020). Au cours de cette période, les dépenses brutes de PCH ont progressé quatre fois plus que les concours de la CNSA : respectivement +58,5 % et +16,7 % en euros courants (soit cinq fois plus avec respectivement +49,2 % et +9,8 % en euros constants).

La CNSA soutient également les actions de prévention de la perte d'autonomie mises en œuvre par les conférences des financeurs. En 2020, les concours relatifs au forfait autonomie et aux autres actions de prévention attribués aux départements s'élèvent à 185 millions d'euros.

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

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

En compensation de la charge financière du revenu de solidarité active (RSA), les départements perçoivent une partie de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE), soit 5,3 milliards en 2020. L'État attribue également aux départements une dotation de 0,5 milliard d'euros, par l'intermédiaire du fonds de mobilisation départemental pour l'insertion (FMDI), au titre des dépenses de RSA. Ainsi, TICPE et FMDI confondus, le taux de compensation des dépenses brutes d'insertion s'élève à 46,6 % en 2020.

Après déduction des concours financiers de l'État, au titre de l'APA, de la PCH et du RSA¹⁴, la charge nette¹⁵ d'aide sociale des départements s'élève, en 2020, à 31,4 milliards d'euros (tableau 3). L'ASE ne fait l'objet d'aucune contribution financière dédiée, elle est donc le principal poste des charges nettes et en représente 27 % ; l'aide sociale aux personnes handicapées 24 % ; l'aide sociale au titre de l'insertion 20 % et l'aide sociale aux personnes âgées 17 %. Enfin, le poste « Personnel, services communs et autres interventions sociales » représente 12 % des charges nettes. ■

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

15. Telle que définie par l'Observatoire national du développement et de l'action sociale (Odas).

Tableau 3 Dépenses et charges nettes d'aide sociale des départements, en 2020

		Aide sociale...				Frais de personnel ¹ , services communs et autres frais d'intervention sociale	Total
		... à l'enfance	... aux personnes handicapées	... liée au RSA	... aux personnes âgées		
Dépenses brutes ²	En millions d'euros	8 895	8 783	12 240	8 035	3 829	41 783
	Répartition en %	21	21	30	19	9	100
Dépenses nettes, après autres récupérations et recouvrements	En millions d'euros	8 590	8 275	12 129	7 855	3 591	40 440
	Répartition en %	21	21	30	19	9	100
Charges nettes, après compensations de l'État	En millions d'euros	8 590	7 640	6 397	5 194	3 591	31 413
	Répartition en %	27	24	20	17	12	100

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

2. Après déduction des récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (voir encadré de la fiche 16).

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

Lecture > En 2020, les charges nettes d'aide sociale des départements s'élèvent à 31,4 milliards d'euros. L'aide sociale à l'enfance, qui ne fait l'objet d'aucune compensation, en représente 27 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale; DGFIP.

Pour en savoir plus

- > Des données nationales et départementales détaillées sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées et handicapées sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.
- > Des données nationales et départementales détaillées sur les bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.
- > Des données nationales et départementales détaillées sur les dépenses d'aide sociale sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.
- > **Odas** (2022). Dépenses sociales et médico-sociales des départements en 2021. *La Lettre de l'ODAS*.

En 2020, les dépenses de fonctionnement des conseils départementaux augmentent de 1,8 % en euros courants et s'élèvent à 56,8 milliards d'euros. À l'inverse, les recettes de fonctionnement diminuent de 0,4 % en euros courants pour atteindre 64,6 milliards d'euros. Les impôts indirects sont la principale composante des ressources : ils représentent 40 % des recettes, alors que les impôts directs n'en représentent que 34 %. Les dotations, les participations et autres recettes constituent 26 % des recettes.

En 2020, les dépenses totales de fonctionnement des conseils départementaux s'élèvent à 56,8 milliards d'euros, dont 70 % consacrées à l'aide sociale¹. Les collectivités à statut particulier, que sont la métropole de Lyon, les collectivités territoriales uniques (CTU) de Martinique et de Guyane, la collectivité de Corse et la Ville de Paris, sont exclues de l'analyse dans cette fiche. En effet, le périmètre de compétences de ces collectivités n'est pas le même que celui des conseils départementaux, si bien que leurs dépenses et leurs recettes de fonctionnement ne peuvent être comparées à celles des conseils départementaux.

Recul des recettes de fonctionnement et hausse des dépenses de fonctionnement en 2020

Les dépenses de fonctionnement sont financées par des recettes qui atteignent 64,6 milliards d'euros² en 2020. La différence entre les recettes et les dépenses de fonctionnement est affectée

au remboursement des intérêts de la dette et aux dépenses d'investissement, pour lesquelles des recettes propres sont également mobilisées.

Entre 2000 et 2016, à champ géographique constant³, les recettes et les dépenses de fonctionnement des conseils départementaux ont augmenté chaque année, en moyenne, de respectivement 4,6 % et 5,7 % en euros courants (+3,1 % et +4,2 % en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'augmentation du niveau général des prix⁴). Il s'ensuit une période de baisse des dépenses et des recettes, marquée par les transferts de compétences des départements vers les régions en matière de transport : respectivement -0,5 % et -0,4 % par an, en moyenne, entre 2016 et 2018, en euros courants (soit -1,9 % et -1,8 % en euros constants)⁵. Les dépenses de fonctionnement augmentent à nouveau entre 2018 et 2019 (+1,3 % en euros courants, +0,2 % en euros constants). Entre 2019 et 2020, la croissance de dépenses est plus forte : elle est de 1,8 % en

1. Dans cette fiche, les dépenses totales brutes d'aide sociale des conseils départementaux correspondent aux montants inscrits aux comptes administratifs des départements avant tout recouvrement, récupération ou remboursement. Elles peuvent ainsi être rapportées aux éléments financiers d'ensemble produits par la Direction générale des collectivités locales (DGCL). En revanche, dans le reste de l'ouvrage, le montant total des dépenses d'aide sociale est un peu moins élevé car, au sein de ces dépenses, celles relatives à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées sont toujours exprimées après récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession, afin d'assurer une comparaison pertinente entre départements.

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

3. Comme les collectivités à statut particulier ne peuvent être intégrées à l'analyse des agrégats étudiés ici, les taux d'évolution de ces derniers sont calculés à périmètre géographique constant. Cela signifie que, dans leur calcul, sont exclus les conseils départementaux des territoires sur lesquels ont été créées depuis des collectivités à statut particulier. Par exemple, les données relatives à l'année 2017 incluent les anciens conseils départementaux de Haute-Corse et de Corse-du-Sud, alors que la collectivité unique de Corse n'est pas comprise dans les données de l'année 2018. Aussi, dans le calcul des taux d'évolution entre 2017 et 2018, les deux conseils départementaux sont exclus de l'année 2017.

4. Les taux d'évolution en euros constants sont déflatés de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

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

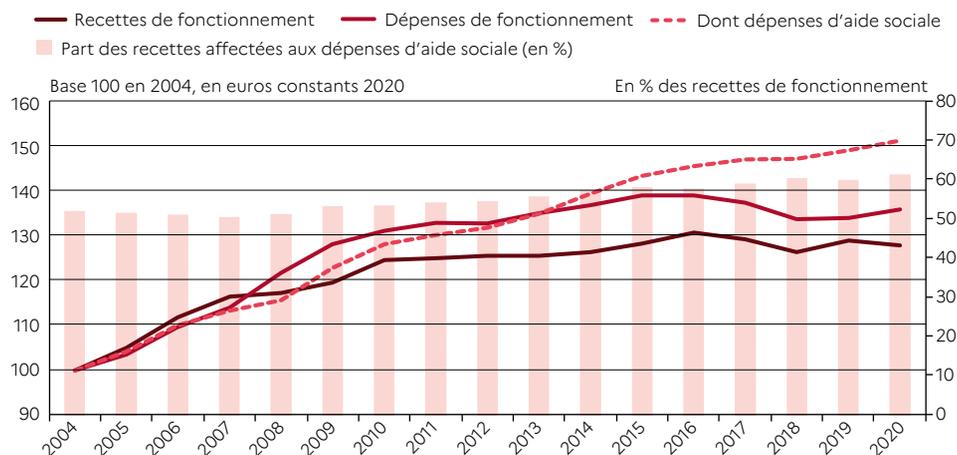
euros courants et de 1,3 %, en euros constants (graphique 1). Si on exclut le département de La Réunion, où les dépenses liées au revenu de solidarité active (RSA) et au revenu de solidarité (RSO) ont été recentralisées en 2020, la hausse entre 2019 et 2020 est encore plus nette : +3,1 % en euros courants, et +2,6 %, en euros constants. Les recettes de fonctionnement sont, quant à elles, en baisse de 0,4 % entre 2019 et 2020 en euros courants (+0,5 % hors La Réunion), après une hausse de 3,2 % l'année précédente.

La fiscalité indirecte, premier poste de recettes des conseils départementaux

Représentant 40 % des recettes (tableau 1), les impôts indirects constituent la plus importante composante des ressources de fonctionnement des départements (25,9 milliards d'euros). Parmi eux, les droits de mutation à titre onéreux (DMTO) s'établissent à 11,3 milliards d'euros en 2020. Le produit des DMTO baisse de 1,6 % en 2020 en

euros courants, après une augmentation de 9,4 % en moyenne annuelle entre 2015 et 2019, à champ géographique constant. La tendance à la hausse constatée depuis 2014 grâce à la fois au dynamisme du marché de l'immobilier et à la hausse des taux plafonds⁶ s'est interrompue en 2020 avec la crise sanitaire liée au Covid-19. La taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) augmente en 2020 (+3,3 % en euros courants par rapport à 2019) et s'établit à 7,5 milliards d'euros. Elle avait presque doublé entre 2010 et 2011, passant de 3,2 à 6,3 milliards d'euros, en raison de son transfert complet aux départements par l'État. La fiscalité indirecte comprend également, depuis 2004, en compensation de la charge financière du revenu minimum d'insertion (RMI) puis du revenu de solidarité active (RSA), une partie de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE), soit 5,4 milliards en 2020. En excluant le département de La Réunion, en raison de la recentralisation du RSA pour ce

Graphique 1 Évolution des recettes et des dépenses de fonctionnement des conseils départementaux, entre 2004 et 2020



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).

Lecture > Entre 2004 et 2020, les dépenses de fonctionnement des conseils départementaux ont augmenté de 36 %, à champ géographique constant. En 2020, les dépenses d'aide sociale représentent 61 % des recettes de fonctionnement.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Corse, Rhône, Paris, Guyane, Martinique et Mayotte.

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

6. La loi de finances pour 2014 prévoit, pour les départements, la possibilité de relever leur taux de droits de mutation à titre onéreux (DMTO) de 3,8 % à 4,5 %. En 2020, seuls trois départements ont maintenu leur taux à 3,8 %.

territoire, elle a baissé de 1,2 % en un an, en raison du ralentissement de l'activité économique et de la réduction de certains déplacements.

21,6 milliards d'euros prélevés directement en 2020

Les recettes de fonctionnement des conseils départementaux sont également alimentées par des impôts prélevés directement auprès des contribuables. Les produits du foncier bâti ainsi que de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) constituent des contributions directes pour un montant de 21,6 milliards d'euros en 2020, soit 33,5 % des recettes de fonctionnement. Épargnés par les effets de la crise sanitaire, ils sont en hausse de 1,3 % en euros courants par

rapport à 2019, après +0,4 % en moyenne par an entre 2015 et 2019.

Les concours de l'État encore en baisse en 2020

Le montant des concours financiers de l'État inscrits en recettes de fonctionnement atteint 14,8 milliards d'euros en 2020, soit un recul de 0,6 % en euros courants par rapport à 2019 (-2,2 % en moyenne annuelle entre 2015 et 2019). Ces recettes sont versées aux départements sous forme de dotations et de participations.

La dotation globale de fonctionnement (DGF) en est la composante principale et s'élève à 8,0 milliards d'euros en 2020. Elle diminue de 1,6 % en un an et de 5,5 % en moyenne chaque année

Tableau 1 Recettes de fonctionnement des conseils départementaux en 2020

	Recettes de fonctionnement (en milliards d'euros)			Évolution annuelle moyenne en euros courants ¹ (en %)		Répartition des recettes (en %)	
	2015	2019	2020	2015-2019	2019-2020	2015	2020
Impôts directs	21,6	21,3	21,6	0,4	1,3	33,0	33,5
Impôts indirects	23,6	26,2	25,9	4,6	-1,2	36,0	40,1
dont droits de mutation à titre onéreux (DMTO)	8,8	11,5	11,3	9,4	-1,6	13,5	17,5
dont taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)	6,8	7,3	7,5	2,5	3,3	10,3	11,6
dont taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE)	6,4	5,8	5,4	0,1	-8,1	9,7	8,3
Dotations et participations	17,3	14,9	14,8	-2,2	-0,6	26,5	22,9
dont dotation globale de fonctionnement (DGF)	10,5	8,1	8,0	-5,5	-1,6	16,1	12,4
dont dotation Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	2,3	2,9	3,0	7,3	2,9	3,5	4,7
dont fonds de mobilisation départementale pour l'insertion (FMDI)	0,5	0,5	0,4	-0,2	-5,0	0,7	0,7
Autres recettes	2,9	2,4	2,3	-3,0	-6,6	4,4	3,5
Total recettes	65,4	64,9	64,6	1,2	-0,4	100,0	100,0

1. Hors anciens conseils départementaux et collectivités à statut particulier de Corse, Paris, Martinique et Guyane.

Note > Les montants des recettes sont exprimés sur le champ des conseils départementaux uniquement, c'est-à-dire qu'ils ne comprennent pas les recettes des collectivités à statut particulier que sont la métropole de Lyon (créée en 2015), les collectivités territoriales uniques de Martinique et de Guyane (créées en 2016), la collectivité de Corse (créée en 2018), la Ville de Paris (créée en 2019). De plus, les taux d'évolution sont calculés à champ géographique constant (voir note 1).

Lecture > En 2020, les produits perçus au titre des impôts indirects s'élèvent à 25,9 milliards d'euros, en baisse de 1,2 % en euros courants par rapport à 2019, à champ géographique constant. Ils représentent 40 % des recettes de fonctionnement des conseils départementaux.

Champ > Conseils départementaux de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

entre 2015 et 2019 ; cette baisse s'inscrit dans le cadre de la contribution des départements au redressement des finances publiques⁷.

L'État verse également une contribution aux conseils départementaux de 3,0 milliards d'euros (+2,9 % par rapport à 2019), via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dédiée au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et d'un soutien aux actions de prévention de la perte d'autonomie. De plus, une dotation de 0,4 milliard d'euros est attribuée aux départements, au titre des dépenses du RSA, par l'intermédiaire du fonds de mobilisation départemental pour

l'insertion (FMDI) [voir fiche 03 pour plus de précisions sur les compensations accordées pour le financement de l'APA, de la PCH et du RSA].

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

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

7. Le principe d'une contribution des collectivités locales au redressement des finances publiques a été prévu pour la première fois dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017. Les lois de programmation des finances publiques suivantes prévoit également des dispositifs d'encadrement des finances publiques locales.

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

Fin 2020, les départements sont en charge de 4,5 millions mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) et prestations à destination des personnes âgées ou handicapées ainsi que des foyers allocataires du revenu de solidarité active (RSA) ou du revenu de solidarité (RSO). Pour l'ensemble de l'année, les dépenses nettes¹ s'élèvent à 40,4 milliards d'euros.

Une très inégale répartition géographique des aides et des dépenses

Quel que soit le champ d'aide sociale considéré, les proportions de bénéficiaires dans la population varient nettement d'un département à l'autre. Ces disparités sont le reflet du contexte démographique et socio-économique local (répartition par âge ou par niveau de revenu, situation du marché du travail local), mais également des politiques sociales mises en place par les départements et les autres acteurs.

Compte tenu de la part importante des allocataires du RSA et du RSO dans l'ensemble des mesures d'aide sociale (46 %), la répartition de ces derniers sur le territoire influe fortement sur

la distribution géographique des aides sociales. Le RSA et le RSO sont aussi les prestations d'aide sociale départementale pour lesquelles le taux de bénéficiaires est le plus variable selon les collectivités (*tableau 1*). Les aides sociales aux personnes âgées représentent, quant à elles, 33 % du total des aides sociales et leur distribution géographique est la plus hétérogène après celle des foyers allocataires du RSA et du RSO. Pour ces raisons, elles jouent également un rôle important dans la répartition territoriale de l'ensemble des aides sociales.

Au total, le taux de mesures² d'aide sociale en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) s'élève à 66 pour 1 000 habitants, fin 2020. Le taux départemental varie du simple à plus du double, exception faite des DROM, où ce taux est supérieur à 150 à la Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion (*carte 1*). Ainsi, le ratio est relativement faible dans 30 départements, où il varie de 47 à 61 aides pour 1 000 habitants, soit entre 70 % et 90 % de la médiane³, égale à 68. Il est même particulièrement bas (inférieur à 47) dans 5 autres collectivités.

1. Les dépenses nettes des départements sont celles restant à la charge des départements après recouvrements, remboursements et récupérations, mais avant compensation de certaines dépenses par l'État.

2. Ce taux contient certains doubles comptes possibles entre mesures d'aide sociale. C'est le cas de 89,8 % des bénéficiaires de l'ASH en établissement d'hébergement pour personnes âgées qui sont également bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) fin 2019, selon l'enquête EHPA de la DREES. De même, les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) en établissement peuvent aussi percevoir une aide à l'hébergement. Enfin, certains mineurs ou jeunes majeurs peuvent bénéficier d'une action éducative tout en étant accueillis à l'ASE.

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

Tableau 1 Indicateurs de disparité de l'aide sociale des départements, en 2020

	Distribution					Indicateurs de disparité			
	1 ^{er} décile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	9 ^e décile	Rapport interdécile	Part de départements se situant à +/- 10 % de la médiane (en %)	Max/min en France métropolitaine et dans les DROM, hors Mayotte	Max/min en France métropolitaine
Nombre moyen de bénéficiaires pour 1 000 habitants									
Insertion	16,2	20,2	25,1	31,0	40,2	2,5	28	11,2	4,8
Aide aux personnes âgées	15,7	20,5	23,7	28,9	35,3	2,3	34	11,3	4,8
Aide aux personnes handicapées	7,0	7,9	8,9	10,3	11,5	1,7	40	6,3	3,1
ASE	4,2	4,8	5,7	6,8	7,5	1,8	34	2,9	2,9
Ensemble	52,0	56,8	67,5	74,4	87,7	1,7	38	4,4	2,4
Nombre moyen de bénéficiaires pour 1 000 habitants de la tranche d'âge de référence¹									
Insertion	24,8	30,2	37,4	45,9	59,8	2,4	27	11,1	4,8
Aide aux personnes âgées	65,3	71,2	81,0	94,2	106,5	1,6	36	3,0	2,9
ASE	16,8	19,5	23,9	28,7	31,5	1,9	26	4,0	4,0
Dépenses brutes mensuelles moyennes par bénéficiaire, en euros									
RSA et RSO ² dont :	530	540	550	560	580	1,1	95	1,3	1,3
Allocations ²	490	490	500	510	520	1,1	96	1,2	1,2
Autres dépenses d'insertion	30	30	40	60	70	2,7	22	12,1	9,8
Aide aux personnes âgées, dont :	380	400	420	450	500	1,3	70	2,8	1,8
APA	340	360	390	420	450	1,3	65	2,2	1,7
ASH	410	490	590	690	840	2,0	25	5,3	3,8
Aide aux personnes handicapées, dont :	900	980	1 150	1 290	1 390	1,6	43	3,0	2,9
PCH et ACTP	360	420	490	590	670	1,9	25	4,1	4,1
Aides à l'accueil	2 240	2 460	2 850	3 220	3 600	1,6	37	3,0	3,0
ASE, dont :	1 290	1 470	1 640	1 810	2 070	1,6	46	3,3	3,3
Accueils à l'ASE	2 250	2 570	2 860	3 240	3 610	1,6	44	3,5	3,5
Ensemble ²	610	650	690	720	750	1,2	77	1,5	1,5

APA : allocation personnalisée d'autonomie ; ASH : aide sociale à l'hébergement en établissement ou chez des particuliers ; PCH : prestation de compensation du handicap ; ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; ASE : aide sociale à l'enfance.

1. La population de référence correspond aux personnes âgées de 15 à 69 ans pour l'insertion, de 60 ans ou plus pour l'aide aux personnes âgées, et de moins de 21 ans pour l'ASE.

2. Sur ces lignes, la Guyane et La Réunion sont écartées du calcul des indicateurs, en raison de la recentralisation des dépenses d'allocations de RSA et de RSO dans ces départements.

Notes > Les nombres moyens de bénéficiaires ou d'habitants en 2020 sont calculés comme les moyennes des nombres observés en décembre 2019 ou au 1^{er} janvier 2020 et de ceux observés en décembre 2020 ou au 1^{er} janvier 2021.

Un bénéficiaire est une personne ayant un droit ouvert à une aide au 31 décembre, hormis pour l'APA pour laquelle sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. Pour l'insertion, sont dénombrés les foyers allocataires du RSA (hors RSA jeunes) et du RSO. Les dépenses d'insertion comprennent les dépenses d'allocations et d'insertion liées au RSA, au RSO et aux anciens dispositifs liés au RMI.

Les dépenses mensuelles sont les dépenses annuelles inscrites aux comptes administratifs des collectivités, sur le champ des prestations qui peuvent être dénombrées, divisées par 12.

La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements. Les 1^{er} et 3^e quartiles sont les valeurs au-dessous desquelles se situent respectivement 25 % et 75 % des départements.

Les 1^{er} et 9^e déciles sont les valeurs au-dessous desquelles se situent respectivement 10 % et 90 % des départements. Le rapport interdécile est le rapport entre la valeur du 9^e décile à celle du 1^{er} décile.

Lecture > Les dépenses d'ASE (actions éducatives et accueils à l'ASE) sont inférieures à 1 470 euros par mois et par aide dans 25 % des départements.

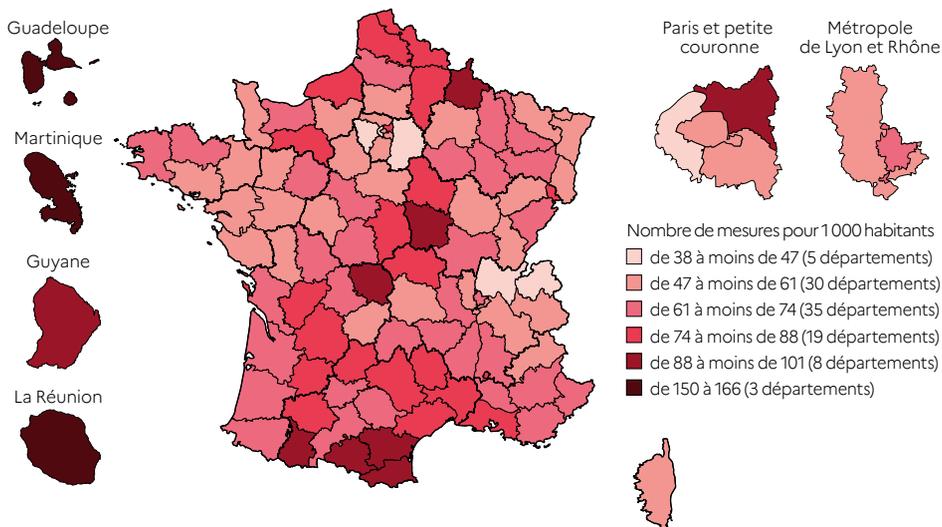
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; CCMISA ; Insee, estimations provisoires de population aux 1^{ers} janvier 2020 et 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

C'est dans les départements d'Île-de-France (hors Seine-Saint-Denis) et leurs voisins, ainsi que dans le nord-ouest, et dans l'est de la France que ce taux est le plus faible. À l'opposé, dans 2 départements sur 10, il est compris entre 74 et 88, soit entre 110 % et 130 % de la médiane. Cet intervalle est même dépassé dans 11 autres collectivités. Outre dans les DROM, les taux de mesures départementaux les plus élevés s'observent dans les collectivités les plus au nord, en Seine-Saint-Denis, le long d'une diagonale allant des Ardennes au Sud-Ouest et sur une partie du pourtour méditerranéen. Néanmoins, plus d'un tiers des collectivités se situent près de la médiane, avec des taux compris entre 61 et 74 aides pour 1 000 habitants. En 2020, la dépense annuelle nette d'aide sociale est de 600 euros par habitant au niveau national, en dehors de la Guyane et La Réunion, où les dépenses liées aux allocations de RSA et RSO sont à la charge de l'État. La répartition des dépenses d'aide sociale sur le territoire est

proche de celle des mesures, mais un peu moins hétérogène (carte 2). En effet, dans plus de 4 collectivités sur 10, les dépenses par habitant restent comprises entre 540 et 660 euros, des montants relativement proches de la médiane (600 euros). Malgré tout, cet indicateur départemental varie du simple au double, en excluant la Guadeloupe et la Martinique où il est supérieur à 1 200 euros par habitant. Les dépenses par habitant sont relativement faibles dans près de 3 départements sur 10, où elles fluctuent entre 410 et 540 euros, soit entre environ 70 % et 90 % de la médiane. Ces départements sont majoritairement situés dans le bassin parisien (hors Seine-Saint-Denis), le nord-ouest ou encore la façade est du pays. À l'opposé, les dépenses par habitant sont relativement plus élevées dans 1 collectivité sur 5, où le ratio varie entre 110 % et 130 % de la médiane, de 660 à 780 euros. Enfin, il est bien plus haut dans 7 départements, dont 5 comptent des dépenses par habitant comprises entre 780 et 900 euros.

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale départementale, fin 2020



Notes > Les mesures d'aide sociale comprennent les allocataires du RSA (hors RSA jeunes) et du RSO, les aides sociales aux personnes âgées, aux personnes handicapées et les mesures d'aide sociale à l'enfance (actions éducatives et accueils).

Au niveau national, en décembre 2020, le taux de mesures d'aide sociale est de 66 pour 1 000 habitants. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 68.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; CCMISA ; Insee, estimations provisoires de population aux 1^{ers} janvier 2020 et 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

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

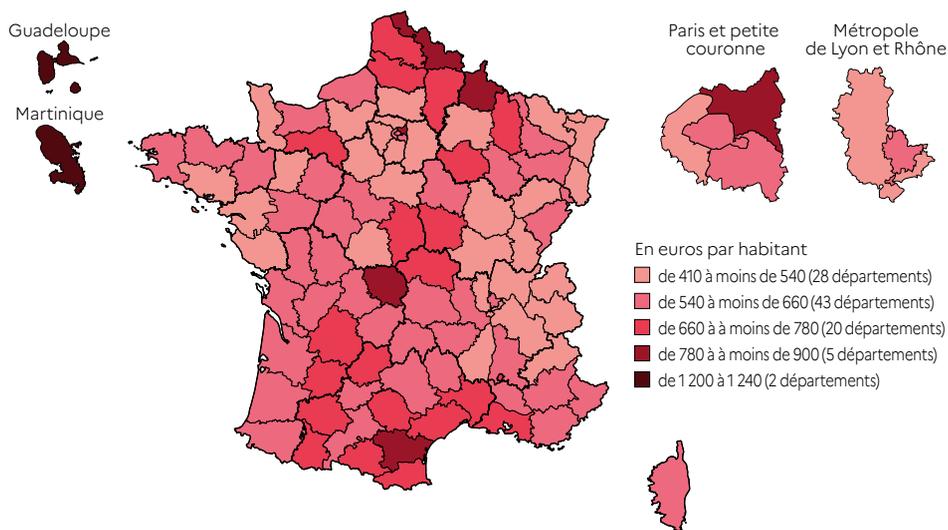
La dépense moyenne par habitant dans un département est liée à la part des bénéficiaires dans la population du territoire, mais aussi à la dépense moyenne par bénéficiaire.

Les dépenses relevant des domaines du RSA et RSO, et des personnes âgées, pour lesquels les conditions d'attribution et le montant des aides sont fixés au niveau national⁴, laissent relativement peu de marge de manœuvre aux départements. Les disparités en matière de dépense annuelle moyenne par bénéficiaire sont ainsi relativement faibles pour le RSA et le RSO : le rapport interdécile est de 1,1 et 95 départements (sur 98, hors la Guyane et La Réunion) se situent à plus ou moins 10 % de la médiane. Pour les aides aux personnes

âgées, les dépenses par bénéficiaire sont un peu plus variables (rapport interdécile de 1,3), mais moins que pour le handicap ou la protection de l'enfance pour lesquels les départements ont davantage de liberté dans le montant des aides ou dans les modalités de prise en charge. Ainsi, les disparités en matière de dépenses par bénéficiaire sont plus prononcées : le rapport interdécile atteint 1,6 pour l'aide sociale à l'enfance comme pour l'aide sociale aux personnes handicapées. Ces différences importantes s'expliquent en premier lieu par la forte variabilité des dépenses d'accueil, qui sont le premier poste de dépenses dans les deux cas.

Les disparités départementales en matière d'aide sociale sont assez structurelles et varient relativement peu au cours de la dernière décennie. ■

Carte 2 Dépenses annuelles totales nettes d'aide sociale par habitant, en 2020



Notes > Au niveau national, la dépense annuelle totale nette d'aide sociale des départements est de 600 euros par habitant. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est aussi égale à 600 euros par habitant. En Guyane et à La Réunion, les dépenses d'allocation du RSA et du RSO sont prises en charge par l'État, c'est pourquoi leurs dépenses nettes d'aide sociale ne peuvent être comparées à celles des autres collectivités, sur cette carte.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Guyane, La Réunion et Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population aux 1^{ers} janvier 2020 et 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

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

Fin 2020, 121 500 personnes sont employées par les collectivités françaises en charge de l'action sociale et médico-sociale départementale, dont 38 100 agents administratifs et techniques, 36 200 assistants familiaux, et 31 900 agents sociaux et éducatifs. Les évolutions récentes de ces effectifs varient selon la catégorie de personnels : une diminution pour les assistants familiaux et les médecins, mais une augmentation pour les autres personnels. En 2020, les départements ont pris des mesures exceptionnelles à destination de leurs personnels en raison de la crise sanitaire, qui ont principalement pris la forme de primes.

Au 31 décembre 2020, les départements emploient 85 300 agents, hors contrats aidés, dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale. En y ajoutant les 36 200 assistants familiaux employés directement par les départements, l'effectif total est de 121 500 personnes.

Les personnels administratifs et techniques, catégorie la plus nombreuse

Fin 2020, les services départementaux comptent 38 100 agents administratifs et techniques dans le domaine social et médico-social (tableau 1). Ils représentent 45 % de l'ensemble des effectifs de ce champ, hors assistants familiaux. Plus de la moitié d'entre eux sont des agents fonctionnaires de catégorie C et 29 % relèvent de la catégorie B¹. Le personnel social et éducatif est la deuxième catégorie la plus importante : 31 900 agents, soit 37 % 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, des 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 départements ont également recours à certaines professions médicales et paramédicales, notamment dans les services de protection maternelle et infantile (PMI). Le personnel médical compte 3 700 personnes, soit 4 % des effectifs totaux dédiés à l'action sociale et médico-sociale. Il comprend 70 % de médecins et 30 % de sages-femmes. De plus, le personnel paramédical comprend 9 300 professionnels, dont 53 % de puériculteurs, 31 % d'infirmiers et 9 % d'auxiliaires de puériculture.

Les autres professions du secteur de l'action sociale et médico-sociale se composent de 2 000 psychologues ainsi que de personnels médico-techniques (environ 200 personnes, dont des biologistes, des vétérinaires, des pharmaciens, des assistants médico-techniques).

Par ailleurs, les conseils départementaux emploient des assistants familiaux qui accueillent, à leur domicile, de manière permanente, des mineurs et de 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 2020, 36 200 assistants familiaux sont ainsi employés directement par les départements.

1. 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 2020

	Effectifs	ETP	Rapport ETP/effectifs (en %)	Proportion des effectifs hors assistants familiaux (en %)	Proportion des ETP (en %)
Personnels administratifs et techniques	38 120	36 550	96	44,7	45,5
Cadre A	6 870	6 660	97	18,0	18,0
Cadre B	11 220	10 710	95	29,4	29,3
Cadre C	20 030	19 180	96	52,5	52,5
Personnels socio-éducatifs	31 890	30 030	94	37,4	37,4
Conseillers socio-éducatifs	1 310	1 300	99	4,1	4,3
Assistants socio-éducatifs	29 250	27 460	94	91,7	91,5
Éducateurs de jeunes enfants	450	420	95	1,4	1,4
Moniteurs éducateurs	280	280	98	0,9	0,9
Agents sociaux	240	230	96	0,8	0,8
Autres personnels socio-éducatifs	360	340	94	1,1	1,1
Personnels paramédicaux	9 320	8 620	92	10,9	10,7
Rééducateurs	90	70	79	1,0	0,8
Puériculteurs	4 930	4 500	91	52,9	52,2
Infirmiers	2 850	2 650	93	30,6	30,7
Auxiliaires de soin	60	60	99	0,7	0,7
Auxiliaires de puériculture	880	840	96	9,4	9,7
Autres personnels paramédicaux	510	500	98	5,5	5,8
Personnels médicaux	3 740	3 150	84	4,4	3,9
Médecins	2 630	2 130	81	70,2	67,6
Sages-femmes	1 120	1 020	92	29,8	32,4
Psychologues	1 960	1 750	89	2,3	2,2
Personnels médico-techniques	240	220	95	0,3	0,3
Biologistes, vétérinaires et pharmaciens	30	30	88	13,6	12,5
Assistants médico-techniques	80	80	96	33,2	33,6
Autres personnels médico-techniques	130	120	97	53,3	53,9
Total, hors assistants familiaux	85 270	80 330	94	100	100
Nombre d'assistants familiaux	36 170	-	-	-	-
Total général (avec assistants familiaux)	121 450	-	-	-	-
Total général hors Mayotte	120 500	-	-	-	-

ETP : équivalent temps plein.

Notes > Les pourcentages sont exprimés par rapport au total général (hors assistants familiaux) pour chaque catégorie et, sinon, par rapport au total de la catégorie. Les résultats sont arrondis à la dizaine, la somme des arrondis diffère parfois de l'arrondi de la somme. La catégorie « Assistants socio-éducatifs » se compose, d'après les données brutes 2020, de 76 % d'assistants de service social, 18 % d'éducateurs spécialisés et 6 % de conseillers en économie sociale et familiale.

Lecture > Les personnels administratifs et techniques comptent 38 120 personnes, et représentent 44,7 % des effectifs totaux des départements, hors assistants familiaux. Parmi eux, 18,0 % sont des cadres A.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Des évolutions très différentes selon la catégorie de personnels

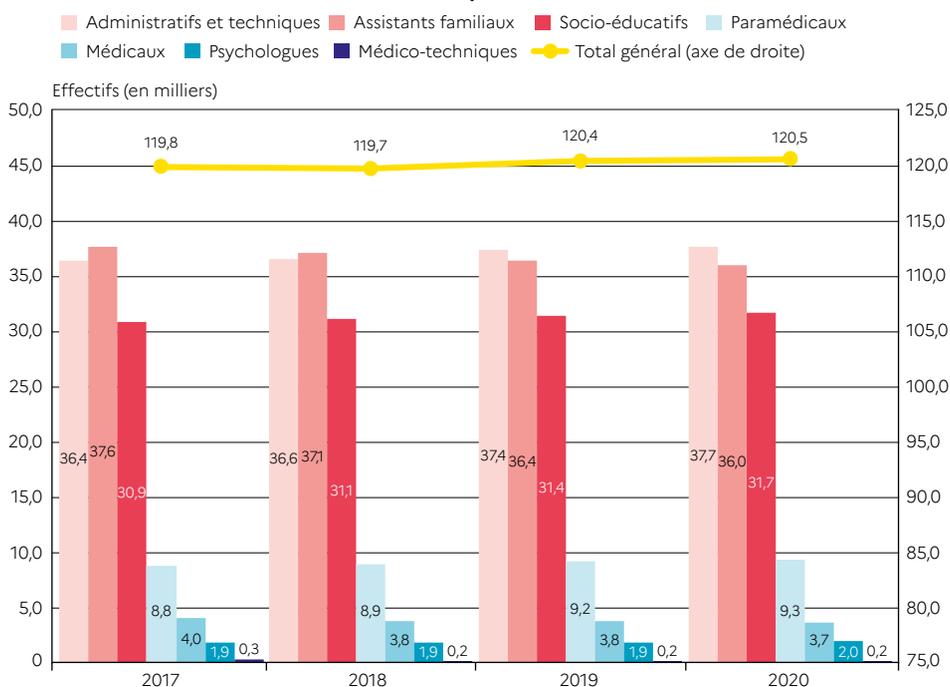
L'effectif total du personnel de l'action sociale et médico-sociale des départements, y compris les assistants familiaux, augmente très légèrement entre 2019 et 2020. Cette évolution est le résultat de tendances différentes selon les catégories de personnels. Dans la plupart d'entre elles, les effectifs croissent légèrement : +0,7 % pour les personnels administratifs et techniques, +1,0 % pour les personnels socio-éducatifs, +0,6 % pour les personnels paramédicaux, et +1,7 % pour les psychologues. À l'inverse, les nombres d'assistants familiaux et de personnels médicaux – parmi lesquels notamment les médecins – diminuent de

respectivement 1,2 % et 2,8 %². Si ces évolutions sont modérées, elles semblent s'inscrire dans des tendances régulières. En effet, hors Mayotte, les évolutions observées entre 2019 et 2020 sont très proches de l'évolution moyenne observée entre 2017 et 2019 (graphique 1).

Une quotité moyenne de temps de travail de 94 %

Exprimés en équivalent temps plein (ETP), les effectifs des services départementaux employés dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, hors assistants familiaux, s'élèvent à 80 300, soit 94 % des effectifs totaux. La quotité moyenne de temps de travail est variable selon la catégorie de personnels.

Graphique 1 Évolution des effectifs des personnels départementaux de l'action sociale et médico-sociale au 31 décembre, de 2017 à 2020



Lecture > Au 31 décembre 2020, le personnel départemental de l'action sociale et médico-sociale compte 120 500 personnes en France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

2. En particulier, voir l'étude portant sur les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) [Amrous, 2022], qui fait notamment part de la baisse des effectifs de médecins dans ces services.

C'est parmi les personnels administratifs et techniques (96 %) et les personnels médico-techniques (95 %) que cette quotité est la plus élevée. Le ratio le plus faible est observé pour les personnels médicaux où il atteint 84 % par agent, et en particulier 81 % pour les médecins, pour lesquels les départements peuvent rencontrer des difficultés de recrutement³ et ont recours à des vacations⁴.

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 douze départements, l'action sociale polyvalente regroupe ainsi moins de 10 % des effectifs en ETP (hors assistants familiaux), alors qu'elle en totalise plus de 50 % dans neuf

autres. Au niveau national, l'action sociale polyvalente regroupe 31 % des effectifs en ETP (tableau 2). Les secteurs de l'aide sociale à l'enfance (ASE) [hors assistants familiaux] et de la protection maternelle et infantile (PMI) en concentrent respectivement 18 % et 16 %. Le secteur des personnes âgées et handicapées et celui de l'insertion regroupent respectivement 13 % et 8 % de l'ensemble des ETP. Enfin, les personnels dédiés au secteur de la prophylaxie sanitaire constituent 2 % des effectifs totaux. La moitié des effectifs de personnels médico-techniques exercent dans ce dernier. Le personnel médical et paramédical se concentre principalement au sein du secteur de la PMI et des centres de planification familiale (respectivement 80 % et 73 %). Les psychologues exercent principalement dans le secteur de l'ASE (47 %) et dans celui de la PMI (24 %). Les personnels socio-éducatifs interviennent majoritairement dans les services polyvalents (51 %) et dans celui de l'ASE (27 %).

Tableau 2 Répartition par secteur d'activité du personnel départemental de l'action sociale et médico-sociale, en équivalent temps plein, au 31 décembre 2020

	En %							
	Prophylaxie sanitaire	PMI et centres de planification	ASE	Insertion	Personnes âgées - Personnes handicapées	Action sociale polyvalente	Activités générales et diverses	Ensemble
Personnels médicaux	4	80	1	0	8	1	6	100
Psychologues	1	24	47	2	4	13	9	100
Personnels paramédicaux	3	73	4	0	11	5	4	100
Personnels socio-éducatifs	0	4	27	7	7	51	4	100
Personnels médico-techniques	50	21	14	1	8	2	3	100
Personnels administratifs et techniques	2	7	14	12	19	24	22	100
Total général	2	16	18	8	13	31	12	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 > Au 31 décembre 2020, 31 % des personnels (exprimés en ETP) de l'action sociale et médico-sociale des départements sont employés dans le secteur de l'action sociale polyvalente.

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

Source > DREES, enquête Aide sociale.

³ Voir le rapport 2013 du groupe de travail Médecins territoriaux du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale. Voir également le rapport 2019 « Pour sauver la PMI, agissons maintenant » de la mission sur la protection maternelle et infantile (PMI).

⁴ Voir les données sur le personnel des services de PMI sur l'Open Data de la DREES.

Enfin, les personnels administratifs et techniques sont logiquement présents dans l'ensemble des secteurs de l'aide et l'action sociales. Comparativement aux autres professions, leur présence est davantage marquée dans le secteur de l'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées (19 % de leurs effectifs, contre 13 % pour l'ensemble des personnels de l'action sociale et médico-sociale) et plus limitée dans ceux de la prophylaxie sanitaire et de la PMI.

Des effectifs inégalement répartis sur le territoire

En moyenne, les départements emploient 1 150 ETP dans le champ de l'action sociale et médico-sociale. Hors assistants familiaux, le nombre moyen de personnes employées dans ce secteur est de 840 personnes, représentant 800 ETP.

Rapporté à la population, le nombre d'ETP est de 119 pour 100 000 habitants au niveau national, mais ce ratio varie du simple au triple selon le département (carte 1). Dans un tiers des collectivités, le taux fluctue entre 108 et 132 pour 100 000 habitants, soit entre 90 % et moins de 110 % de la médiane⁵. Dans un autre tiers des territoires, le ratio se situe au-dessous de cette fourchette, et est même inférieur à 84, soit 70 % de la médiane, dans 5 d'entre eux. À l'inverse, 33 départements ont un taux égal ou supérieur à 133. Parmi eux, 18 emploient de 156 à 240 ETP pour 100 000 habitants, des valeurs qui varient entre 130 % et 200 % de la médiane.

Les départements employant le plus de professionnels par habitant sont aussi, dans l'ensemble, ceux dont la part de bénéficiaires d'aides sociales est élevée (voir fiche 5).

Le choix d'une prime en lien avec la crise sanitaire dans la majorité des départements

En 2020, la quasi-totalité des départements (98 %) ont déclaré avoir pris des mesures à destination de leur personnel en raison de la crise sanitaire⁶. Parmi eux, neuf sur dix ont indiqué avoir versé des primes. Le type de prime allouée peut varier d'une collectivité à l'autre. Dans plus d'un cas sur deux (53 %), les départements précisent avoir octroyé uniquement des primes de type « prime Covid » telle que définie par le décret n° 2020-711 du 12 juin 2020. Dans un cas sur quatre, des primes de type « prime Covid » et d'autres ont été attribuées.

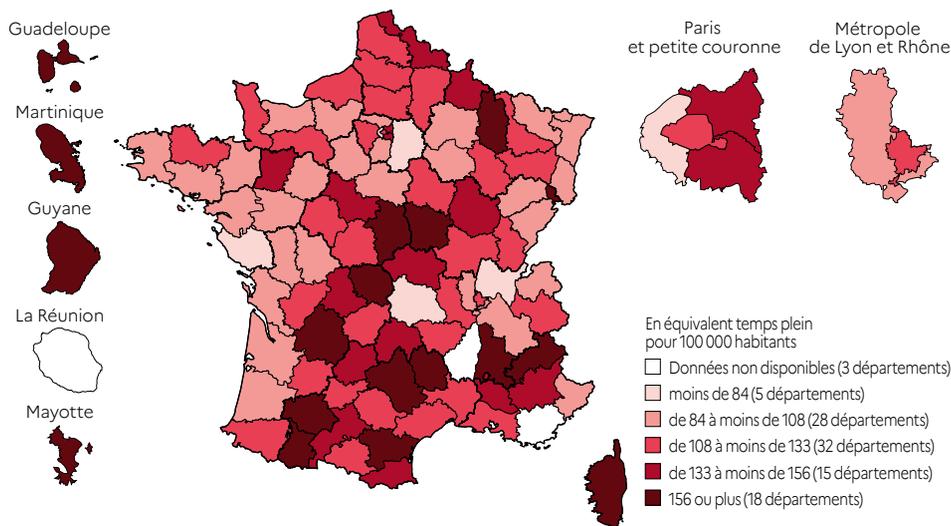
Au sein des collectivités ayant versé au moins un type de prime, 84 % en ont versé aux assistants familiaux, dont près d'un tiers uniquement à cette catégorie de leurs personnels. Ces primes ont pu également concerner le personnel des services de PMI ou encore d'autres catégories.

Outre les primes, une partie des départements (22 % de ceux déclarant au moins un type de mesure) ont aussi opté pour d'autres mesures telles que la fourniture de matériels (informatiques ou de protection notamment) ou, dans quelques cas, des revalorisations salariales. ■

5. La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, égale à 120 ETP pour 100 000 habitants ici.

6. Les résultats présentés ici, sur les mesures adoptées en lien avec la crise sanitaire, sont aussi disponibles dans l'espace Open Data, dans le jeu de données sur le personnel de l'action sociale et médico-sociale départementale.

Carte 1 Densité de personnels départementaux de l'action sociale et médico-sociale, au 31 décembre 2020



Note > Au niveau national, le nombre d'équivalents temps plein pour 100 000 habitants est de 119. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 120.

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

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires détaillées, nationales et départementales, sont disponibles dans l'Open Data de la DREES dans le jeu de données : « Le personnel de l'action sociale et médico-sociale départementale ».

> **Amrous, N.** (2022, mars). Protection maternelle et infantile (PMI) : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1 227.

> **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.

> **Direction générale des collectivités locales (DGCL)** [2020]. *Les collectivités locales en chiffres en 2020* (chapitre 8).

**L'action sociale
des communes**

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

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

L'action sociale obligatoire et facultative des communes

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

L'association des communes en intercommunalités

Les communes peuvent s'associer pour l'exercice de leurs compétences en créant des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Elles ont la faculté de leur transférer tout ou

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

Les secteurs de l'action sociale

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

¹ Jusqu'en 2015, la constitution d'un CCAS était obligatoire pour toutes les communes. À partir de la loi NOTRe (nouvelle organisation territoriale de la République) du 7 août 2015, la création d'un CCAS dans les communes de moins de 1500 habitants est facultative. Elle reste obligatoire dans les communes de plus de 1500 habitants.

Plusieurs types d'intervention

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

La gestion des établissements

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

- les établissements pour personnes âgées : maison de retraite et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), foyer-restaurant, centre d'accueil de jour, etc.;
- les établissements pour personnes handicapées : institut médico-éducatif (IME), foyer d'accueil médicalisé (FAM), établissement et service d'aide par le travail (Esat), etc.;
- les établissements et services pour personnes en difficulté sociale : centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centre d'accueil de

demandeurs d'asile (Cada), foyer de jeunes travailleurs, épicerie sociale ou solidaire, etc.;

- les établissements et services destinés à la petite enfance ou à la jeunesse : halte-garderie, jardin d'enfants, accueil de loisirs sans hébergement (ALSH), service d'accueil périscolaire, relais assistants maternels (RAM), service de soutien scolaire, etc.;
- les établissements pour l'accès aux soins et la prévention sanitaire : dispensaire, centre de santé, centre de dépistage anonyme et gratuit, centre médico-social, etc.

Les services à la personne

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

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

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

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

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

Fin 2014, plus de huit communes sur dix mettent en place au moins une forme d'action sociale¹, par le biais de leurs services communaux ou de leur CCAS, soit une couverture quasi totale de la population (*graphique 1*). Parmi celles ne déclarant aucune action, 6 % appartiennent à une

intercommunalité ayant opté pour une compétence d'action sociale. Finalement, seules 12 % des communes (représentant 2 % de la population) n'ont pas mis en œuvre d'action sociale, que ce soit par le CCAS, les services communaux ou l'intercommunalité. L'activité sur le territoire communal ou intercommunal d'autres acteurs de l'action sociale tels que les associations, les caisses de Sécurité sociale, l'État – notamment par les dispositifs de la politique de la ville –, ou encore l'ampleur de l'action sociale départementale ont une incidence sur le rôle des communes dans ce domaine. Même si certaines communes ne proposent pas directement des formes d'actions sociales, celles-ci peuvent être tout de même rendues accessibles à la population 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

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

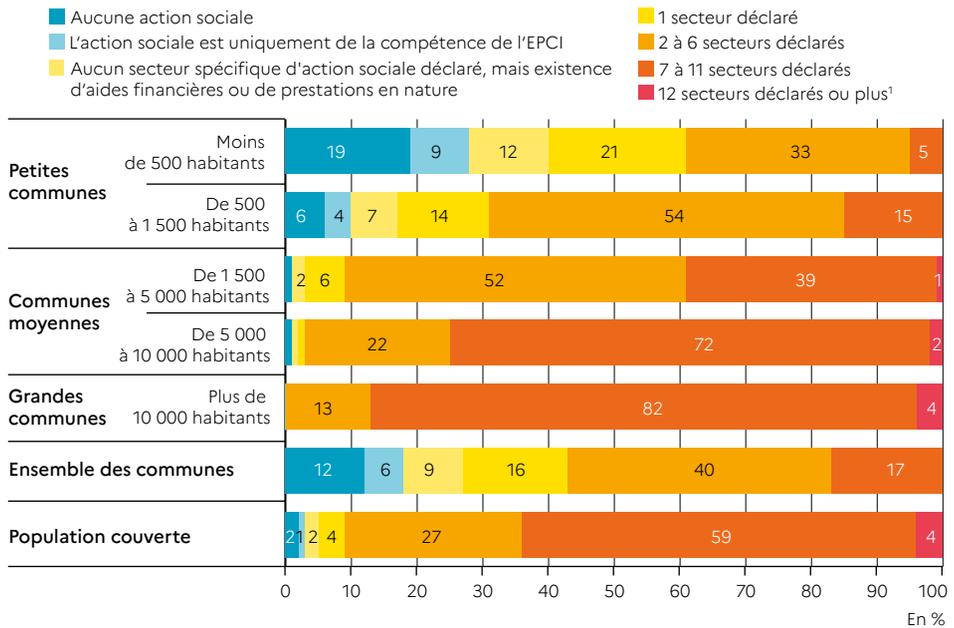
qu'une petite partie de la population (54 % des communes, représentant 7 % de la population), développent moins souvent des actions sociales. En effet, près d'un tiers de ces communes déclarent ne mener directement aucune action sociale sur leur territoire, que ce soit dans un domaine précis ou par le 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 1500 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 1500 habitants) le font dans plus de sept.

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

Fin 2014, l'action sociale concerne, en premier lieu, les personnes âgées, 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

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



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

actions auprès des jeunes et des familles ainsi que contre la pauvreté et les exclusions. La proportion est deux fois et demie plus élevée dans les moyennes ou grandes communes que dans les petites. Un tiers des communes interviennent auprès des personnes handicapées et dans les domaines du logement et de la petite enfance. Mais 60 % des communes de plus de 1500 habitants développent une action spécifique sur ces sujets. L'insertion professionnelle ne concerne qu'une commune sur six et seulement une petite commune sur dix. Entre 10 % et 15 % des communes mettent en œuvre des actions dans les domaines de la prévention sanitaire, du transport, du sport et de l'urbanisme.

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

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

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

En %

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

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

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

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

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

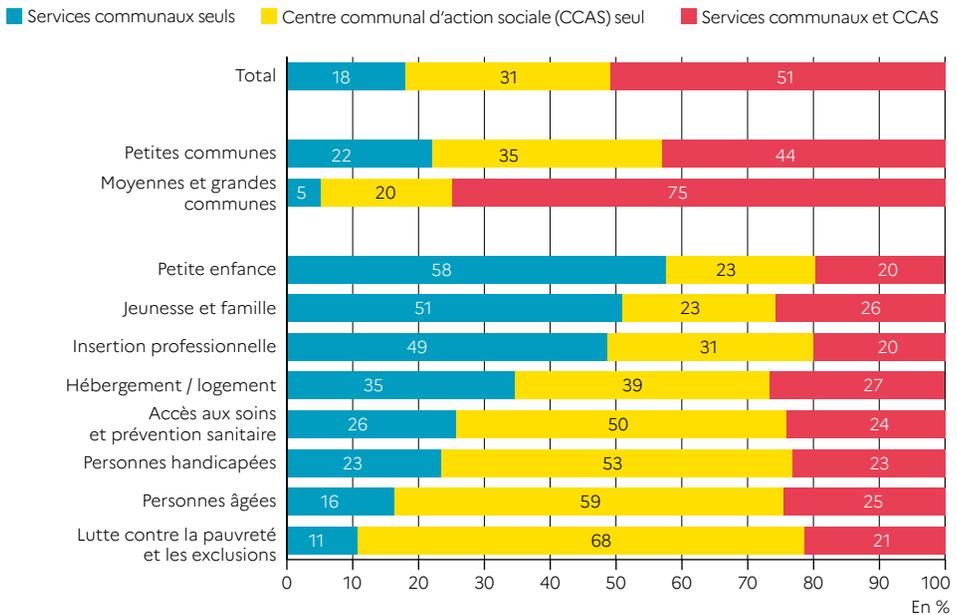
2. Jusqu'en 2015, la constitution d'un CCAS était obligatoire pour toutes les communes. À partir de la loi NOTRE (nouvelle organisation territoriale de la République) du 7 août 2015, la création d'un CCAS dans les communes de moins de 1500 habitants est facultative. Elle reste obligatoire dans les communes de plus de 1500 habitants.

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, la part des communes où les actions sont portées uniquement par les services communaux diminue avec la taille de la population. ■

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



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

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

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires sur l'action sociale des communes et des intercommunalités sont disponibles sur l'Open Data de la DREES dans le jeu de données « Action sociale des communes et des intercommunalités - Enquête ASCO ».
- > **Abdouni, S.** (2017, février). En 2014, huit communes sur dix mènent une action sociale - Premiers résultats de l'enquête ASCO. DREES, *Études et Résultats*, 995.
- > **Dutheil, N.** (2004, avril). L'action sociale des communes de 5 000 à moins de 200 000 habitants. DREES, *Études et Résultats*, 307.
- > **Dutheil, N.** (2003, novembre). L'action sociale des communes de 100 à moins de 5 000 habitants. DREES, *Études et Résultats*, 271.
- > **Dutheil, N.** (2002, octobre). L'action sociale des communes – Premiers résultats. DREES, *Études et Résultats*, 195.
- > **Havette, S., Molière, E., Moriceau, C.** (2014, septembre). L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités. DREES, *Dossiers Solidarités et Santé*, 56.
- > **Inspection générale des affaires sociales (IGAS)** [2006, novembre]. *Contribution à la cartographie de l'action sociale*.
- > **La Gazette des communes, des départements, des régions** (2011, novembre). Action sociale des petites communes, mythe ou réalité? Étude de l'UNCCAS.
- > **Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)** [2011, mai]. *Panorama des domaines d'intervention des CCAS/CIAS (publication n° 1)*. Enquêtes et Observations sociales.

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

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

Des prestations plus diversifiées dans les zones les plus peuplées

Plus la commune est grande, plus les prestations d'action sociale qui y sont dispensées sont nombreuses – une commune pouvant attribuer une ou plusieurs prestations pour chaque domaine d'action sociale (voir fiche 08). Les communes proposent en moyenne cinq prestations différentes et près de trois fois plus dans les communes de plus de 1500 habitants (dix en moyenne) que dans les petites communes (quatre en moyenne). Ces diverses prestations relèvent le plus souvent de l'un des quatre grands types suivants : des chèques d'accompagnement personnalisé, des aides financières non remboursables, des aides financières remboursables et des prestations en nature. La quasi-totalité des moyennes ou grandes communes proposent au moins l'un de ces quatre types de prestations, de même que les deux tiers des petites communes (*graphique 1*). Au total, 71 % des communes, qui couvrent 94 % de la population française fin 2014, attribuent au moins un type de prestations.

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

Deux tiers des communes proposent des prestations en nature : 56 % des petites communes et 93 % des moyennes ou grandes communes en proposent. Le colis de fin d'année est la prestation la plus distribuée, que ce soit dans les communes de moins de 500 habitants (34 % d'entre elles) ou dans celles de plus de 10000 habitants (70 %). L'aide aux démarches administratives est également fréquente : c'est le cas pour 15 % des communes de moins de 500 habitants et 85 % des communes de plus de 10000 habitants. Un tarif réduit ou encore la gratuité des centres de loisirs ou des colonies de vacances est proposé dans plus d'un tiers des communes de plus de 1500 habitants, alors que ces prestations sont peu répandues dans les villes moins peuplées (4 % des communes de moins de 1500 habitants). Ces dernières privilégient plutôt la distribution de jouets ou de 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, au contraire des plus peuplées, l'aide alimentaire en espèce est plus fréquente que la prise en charge des frais de transport. Les chèques d'accompagnement personnalisé¹ et les aides financières remboursables (microcrédits, rachat de crédit, caution locative

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

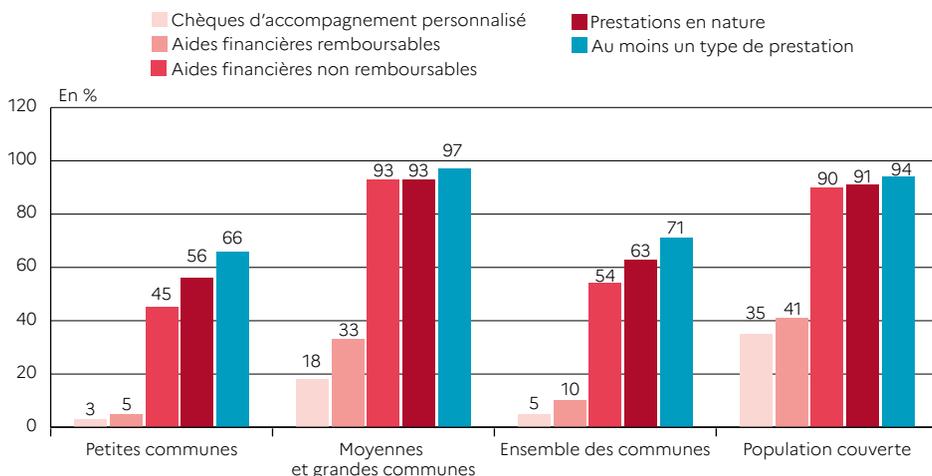
ou autres prêts et avances remboursables) sont peu répandus, respectivement proposés par 5 % et 10 % des communes. Les aides financières remboursables sont quasiment inexistantes dans les communes de moins de 500 habitants (2 % de ces communes), alors qu'un tiers des grandes communes en attribuent.

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

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

en établit un, alors que c'est le cas des trois quarts des moyennes et grandes communes. La moitié des communes mettent en place un barème formel pour les aides financières remboursables ou non, et un tiers pour les prestations en nature. Trois grandes catégories de conditions sont retenues : un barème lié au quotient familial, une ouverture de droits réservée aux bénéficiaires d'un minimum social ou aux chômeurs et une catégorie regroupant d'autres conditions comme le montant du reste à vivre³. Quelle que soit la prestation, les communes prennent le plus souvent ce dernier critère en compte (tableau 7). ■

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



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

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

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

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

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

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

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

Note > Les petites communes comptent moins de 1 500 habitants et les moyennes et grandes communes plus de 1500 habitants.

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

Champ > Communes de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires sur l'action sociale des communes et des intercommunalités sont disponibles sur l'Open Data de la DREES dans le jeu de données « Action sociale des communes et des intercommunalités - Enquête ASCO ».

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

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

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

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

Plus de huit intercommunalités sur dix développent une action sociale

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

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

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

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

Fin 2014, 83 % des intercommunalités, couvrant 84 % de la population, mettent en place des actions dans au moins un secteur social spécifique. Les domaines d'intervention sont nombreux, mais très peu d'intercommunalités en couvrent l'intégralité. En effet, parmi les EPCI intervenant dans au moins un secteur, 10 % le font dans un seul, 74 % en couvrent de deux à six et 16 % plus de sept secteurs¹. Les EPCI interviennent le plus souvent dans le secteur de la petite enfance (66 % d'entre eux, représentant 35 % de la population) et dans celui de la jeunesse et de la famille (58 %) [graphique 1]. Près de la moitié mènent des actions en faveur des personnes âgées. Le sport, l'urbanisme et les autres domaines tels que l'environnement, la culture ou l'éducation sont ceux où les intercommunalités interviennent le moins.

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

Un EPCI peut attribuer une ou plusieurs prestations qui relèvent le plus souvent de l'un des quatre grands types suivants : les chèques d'accompagnement personnalisé (permettant d'acquérir biens et services), les aides financières non remboursables (secours d'urgence, prise en charge des factures...),

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

les aides financières remboursables (microcrédits et autres prêts ou avances) et les prestations en nature (tarifs réduits ou gratuité d'établissements et services, aides aux démarches administratives, bons de transport...).

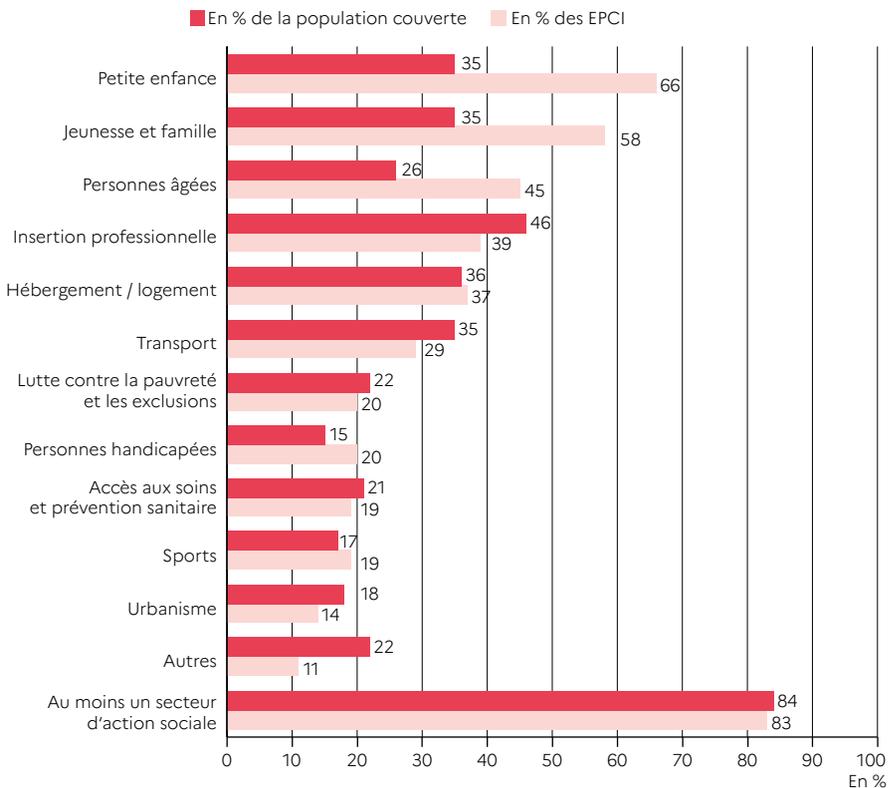
Fin 2014, près de la moitié des intercommunalités attribuent au moins une prestation (tableau 1). Les prestations en nature sont les plus fréquemment distribuées (44 % de l'ensemble des EPCI). Dans cette catégorie, le tarif réduit ou la gratuité des centres de loisirs (20 % des EPCI) ainsi que l'aide aux démarches administratives (16 %) sont les plus souvent cités. Des aides financières non remboursables sont également mises en place dans 15 % des intercommunalités : la prise en charge des frais

de transport est la plus fréquente (8 % des intercommunalités). Enfin, les aides financières remboursables et les chèques d'accompagnement personnalisé sont très peu répandus, respectivement proposés par 2,9 % et 1,4 % des EPCI.

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

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

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



EPCI : établissement public de coopération intercommunale.

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

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

Champ > EPCI de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

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

En %

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

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

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

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

Champ > EPCI de France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête ASCO.

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires sur l'action sociale des communes et des intercommunalités sont disponibles sur l'Open Data de la DREES dans le jeu de données « Action sociale des communes et des intercommunalités - Enquête ASCO ».
- > **Abdouni, S.** (2017, février). En 2014, huit communes sur dix mènent une action sociale - Premiers résultats de l'enquête ASCO. DREES, *Études et Résultats*, 995.
- > **Assemblée des communautés de France** (2015, mai). *Intercommunalité et développement social*. Rapport.
- > **Havette, S., Molière, E., Moriceau, C.** (2014, septembre). L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités. DREES, *Dossiers Solidarités et Santé*, 56.

L'aide sociale
aux personnes âgées

Au 1^{er} janvier 2021, 27 % de la population française a 60 ans ou plus, une proportion qui devrait augmenter dans l'avenir. Si, en 2019, le niveau de vie des seniors est, en moyenne, légèrement meilleur que celui des personnes plus jeunes, celui des personnes âgées en situation de perte d'autonomie est plus souvent modeste. En particulier, le taux de pauvreté des plus âgés est dans l'ensemble de 9,9 %, contre 16,2 % pour les moins de 60 ans, mais il s'élève à 15 % parmi les seniors en perte d'autonomie.

Au 1^{er} janvier 2021, 18,1 millions de personnes ont 60 ans ou plus en France, soit plus d'un quart de la population. Parmi elles, 35 % ont 75 ans ou plus (6,4 millions) et 13 % ont 85 ans ou plus (2,3 millions).

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

Les projections de population réalisées par l'Insee prévoient une hausse du nombre de personnes de plus de 60 ans. Selon le scénario central de projection, elles seraient 22,6 millions en 2045 et 23,8 millions en 2070 (+31 % entre 2019 et 2070) [graphique 1]. De plus, leur part dans l'ensemble de la population augmenterait, passant de 27 % en 2021 à 33 % en 2045, 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 (12,1 millions de personnes), contre 9 % en 2019. Début 2021, 56 % des personnes de 60 ans ou plus sont des femmes et 44 % des hommes (graphique 2). La part des femmes augmente avec l'âge, du fait de leur espérance de vie plus élevée : elle est de 53 % parmi les 60 à 74 ans et de 61 % parmi les 75 ans ou plus.

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

Au 1^{er} janvier 2021, 59 % des Français âgés de 60 ans ou plus vivent en couple, avec ou sans enfants, 7 % avec d'autres personnes que leur conjoint, y compris leurs enfants, et 30 % vivent seuls (tableau 1). Au total, ils sont 96 % à vivre en ménage¹. Ces proportions varient logiquement avec l'âge. Si la vie en couple à domicile est le mode de cohabitation majoritaire jusqu'à 80 ans, il devient ensuite de moins en moins fréquent. En effet, les personnes les plus âgées vivent plus fréquemment en établissement, et donc hors ménage (plus de 10 % après 85 ans) ou seules à leur domicile (46 % entre 85 et 95 ans). La part de celles vivant en ménage avec d'autres personnes qu'un conjoint, généralement un enfant, est légèrement plus haute aux âges les plus élevés (au moins 9 % à partir de 90 ans).

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

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

1. Un ménage, au sens du recensement de la population de l'Insee, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Les personnes vivant en communauté (maisons de retraite, foyers de travailleurs, maisons de détention...), celles vivant dans des habitations mobiles, les bateliers, et les sans-abris sont considérés comme vivant hors ménage.

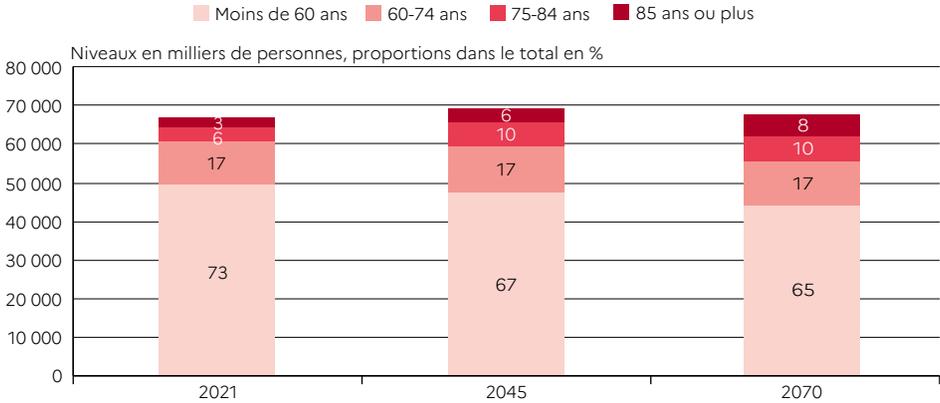
2. Le revenu disponible d'un ménage, considéré ici, comptabilise tous les revenus, y compris les prestations sociales, et est calculé après déduction des impôts directs. Il correspond ainsi aux ressources dont ce ménage dispose pour consommer et épargner. Il ne tient pas compte d'un certain nombre de prestations en nature versées par les départements à destination de personnes handicapées ou en perte d'autonomie, notamment la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

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

Ainsi, en 2019, la part du revenu disponible lié à des revenus de remplacement et des pensions alimentaires (principalement les retraites et les pensions d'invalidité) est de 74 % parmi

l'ensemble des ménages comptant au moins un senior, contre 80 % pour les ménages dans lesquels au moins une des personnes de 60 ans ou plus est en situation de perte d'autonomie.

Graphique 1 Répartition par âge de la population, aux 1^{er} janvier 2021, 2045 et 2070

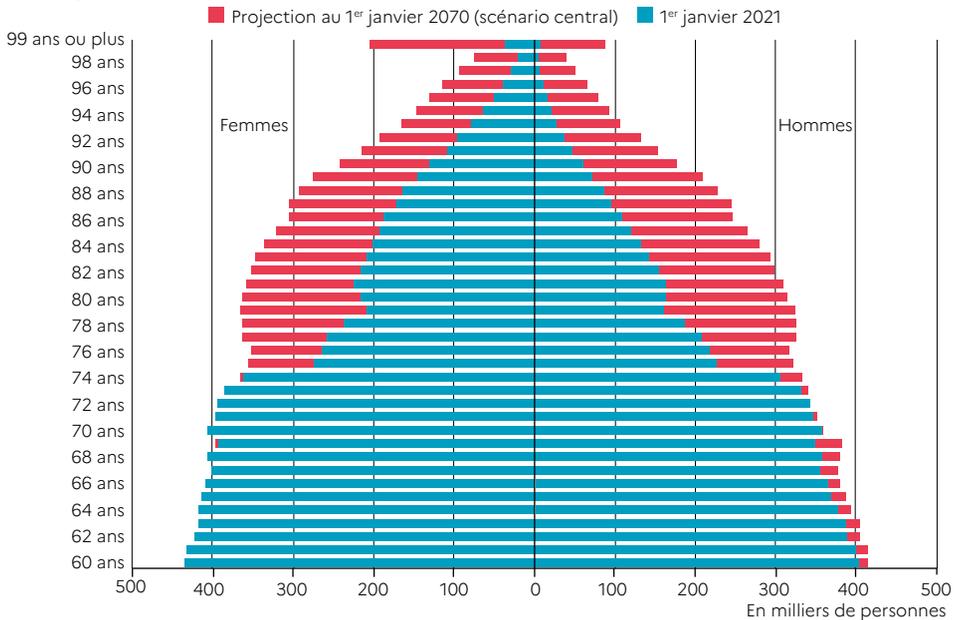


Lecture > Au 1^{er} janvier 2021, 49,5 millions de personnes ont moins de 60 ans, soit 73 % de la population.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021) ; Insee, projections de population 2021-2070 (scénario central).

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



Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021) ; Insee, projections de population 2021-2070.

Ces derniers sont moins nombreux, en proportion (17 % contre 29 %), à percevoir encore des revenus d'activité, qui représentent 17 % de leur revenu disponible en moyenne, contre 29 % dans l'ensemble des ménages dont un des membres a au moins 60 ans. À l'inverse, le poids des prestations sociales⁴ dans le revenu disponible est plus élevé (4,3 %) dans les ménages composés d'au moins une personne de 60 ans ou plus en situation de perte d'autonomie que dans l'ensemble des ménages comptant au moins un senior (2,4 %). Les premiers sont 22 % à percevoir des prestations sociales, contre 17 % de l'ensemble.

Le niveau de vie des personnes âgées de 60 ans ou plus est, dans l'ensemble, légèrement meilleur que celui des personnes de moins de 60 ans.

En effet, 41,4 % des moins de 60 ans ont un niveau de vie dit « modeste »⁵, contre 35,9 % de leurs aînés (graphique 3). Alors que 16,2 % des personnes de moins de 60 ans sont pauvres au sens statistique du terme⁶, 9,9 % des 60 ans ou plus le sont également. Ce résultat tient notamment à l'existence de l'allocation de solidarité pour personnes âgées (ASPA) qui, combinée aux allocations logement, garantit un revenu minimum au-dessus du seuil de pauvreté. Il s'explique aussi par la structure des ménages des personnes de 60 ans ou plus, qui est prise en compte pour le calcul du niveau de vie. En effet, celui-ci est calculé en rapportant le montant des revenus du ménage, net d'impôts, au nombre « d'unités de consommation »⁷ dans le ménage. Or, les ménages de personnes de 60 ans ou

Tableau 1 Répartition par âge et mode de cohabitation des personnes de 60 ans ou plus, au 1^{er} janvier 2019

		Répartition par mode de cohabitation					Répartition par âge (en %)
		Personnes vivant hors ménage	Personnes vivant seules à domicile	Personnes vivant en couple à domicile	Personnes vivant en ménage avec d'autres personnes (y compris leurs enfants)	Ensemble	
Effectifs (en milliers)		740	5 210	10 321	1 150	17 422	
Part dans la population (en %)	Ensemble des 60 ans ou plus	4	30	59	7	100	100
	de 60 à 64 ans	1	23	68	8	100	24
	de 65 à 69 ans	1	25	68	6	100	23
	de 70 à 74 ans	2	27	66	5	100	18
	de 75 à 79 ans	3	32	60	6	100	13
	de 80 à 84 ans	6	39	49	7	100	11
	de 85 à 89 ans	13	46	33	8	100	8
	de 90 à 94 ans	27	46	18	9	100	4
95 ans ou plus	43	39	8	11	100	1	

Note > Les personnes vivant en communauté (maisons de retraite, foyers de travailleurs, maisons de détention...), celles vivant dans des habitations mobiles, les bateliers, et les sans-abris sont considérés comme vivant hors ménage.

Lecture > Au 1^{er} janvier 2019, 4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent hors ménage. Parmi les personnes âgées de 60 à 64 ans, elles sont 1 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Personnes de 60 ans ou plus.

Source > Insee, recensement de la population 2019, exploitation complémentaire.

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

5. C'est-à-dire qu'il est inférieur à celui au-dessous duquel vivent les 40 % de personnes les plus modestes.

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

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

Tableau 2 Décomposition du revenu disponible des ménages comptant au moins un senior, en 2019

Composantes du revenu disponible	Répartition du revenu disponible		Part des ménages percevant un revenu de ce type	
	Ensemble des ménages comptant au moins un senior	dont ménages comptant au moins un senior en situation de handicap ou de perte d'autonomie	Ensemble des ménages comptant au moins un senior	dont ménages comptant au moins un senior en situation de handicap ou de perte d'autonomie
Revenus d'activité¹	26,3	15,5	28,7	17,3
Salaires	22,8	14,2	26,2	15,4
Revenus d'indépendants	3,5	1,3	4,8	2,8
Revenus de remplacement et pensions alimentaires¹	73,7	80,4	93,0	96,2
Chômage et préretraites	1,3	0,8	5,8	4,2
Pensions d'invalidité	0,6	1,8	2,4	5,3
Retraites et pensions alimentaires	71,8	77,8	90,7	94,1
Revenus du patrimoine	15,8	12,8	91,7	90,0
Impôts directs²	-18,3	-12,9	-	-
Prestations sociales non contributives³	2,4	4,3	17,3	21,8
Prestations familiales ⁴	0,2	0,1	1,7	1,1
Allocations logement	0,5	1,0	10,2	14,6
Minima sociaux ⁵	1,5	3,0	8,7	14,4
Prime d'activité	0,2	0,2	4,1	2,7
Ensemble	100	100	-	-
Revenu disponible mensuel moyen des ménages (en euros)	2 924	2 570	-	-
Niveau de vie mensuel moyen des personnes (en euros)	2 234	1 932	-	-

1. Les revenus d'activité et de remplacement sont présentés sans déduction de la CSG (imposable et non imposable) et de la CRDS mais sont nets des autres cotisations sociales. Les pensions alimentaires considérées ici sont la différence entre les pensions alimentaires reçues et les pensions alimentaires versées.

2. Impôt sur le revenu, taxe d'habitation, CSG (imposable et non imposable), CRDS, prélèvement libératoire sur valeurs mobilières et autres prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine. Il s'agit des impôts directs payés en 2019.

3. Les prestations soumises à la CRDS sont présentées sans déduction de cette dernière.

4. Hors complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje-CMG), cette prestation familiale n'étant pas prise en compte par l'Insee dans le calcul du niveau de vie.

5. Dans ce tableau, seuls le RSA, l'AAH et le minimum vieillesse sont comptabilisés comme minima sociaux. L'ASI et l'ADA ne sont pas prises en compte, étant absentes de l'ERFS. L'ASS, l'AER-R, l'ATA et l'allocation veuvage, qui sont des minima sociaux imposables, sont classés parmi les revenus de remplacement.

Notes > Une personne est ici dite en situation de handicap ou de perte d'autonomie si elle déclare « être fortement limitée, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ». Une personne est ici considérée comme senior lorsqu'elle est âgée de 60 ans ou plus.

Lecture > En 2019, pour les ménages dont au moins un des membres est âgé de 60 ans ou plus et présente un handicap ou est en perte d'autonomie, la part des prestations sociales non contributives dans le revenu disponible est de 4,3 %. 21,8 % de ces ménages perçoivent ce type de prestations.

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

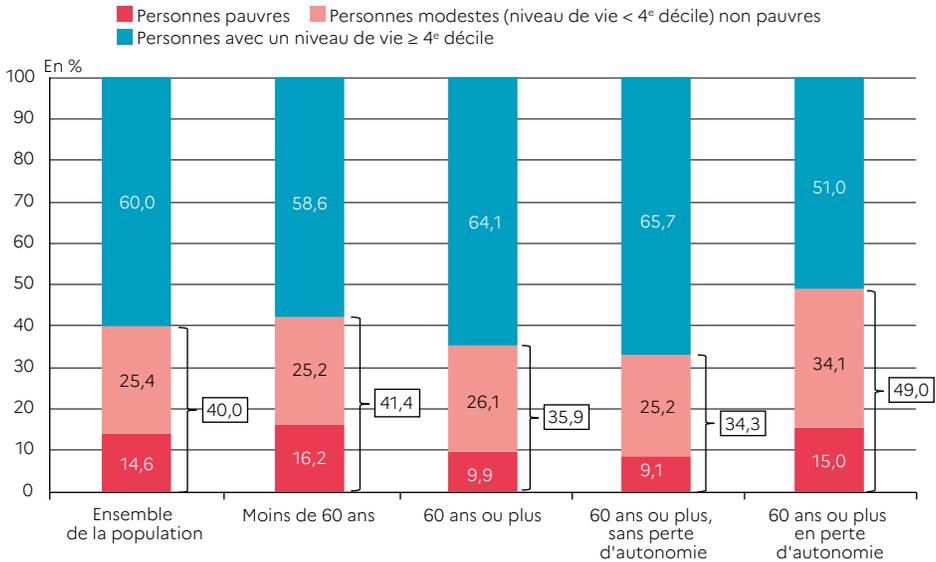
Sources > Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2019.

plus ont un nombre d'unités de consommation plus faible en moyenne, notamment car ils ont très rarement des enfants à charge. Si le revenu des ménages de personnes de 60 ans ou plus est en moyenne plus bas que celui des autres ménages, cela est plus que compensé par leur plus faible nombre d'unités de consommation, ce qui explique en partie leur niveau de vie plus élevé.

En distinguant les 60 ans ou plus selon leur perte d'autonomie, le constat diffère. Le niveau de vie des personnes en perte d'autonomie est inférieur à celui des autres seniors : la part de personnes modestes

est de 49 % parmi les premières, contre 34 % parmi les secondes, et le taux de pauvreté respectivement de 15 % et 9,1 %. De plus, les personnes de 60 ans ou plus en situation de perte d'autonomie sont aussi plus fréquemment modestes que celles de moins de 60 ans. Elles sont cependant moins souvent pauvres. L'écart de niveau de vie moyen selon la situation d'autonomie au sein des 60 ans ou plus est pour partie lié à l'âge. En effet, les seniors en perte d'autonomie sont en majorité les plus âgés et appartiennent aux générations plus anciennes, dont les retraites sont plus faibles. ■

Graphique 3 Répartition des personnes selon leur niveau de vie, en 2019



Notes > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation. Le 4^e décile (D4) est la valeur au-dessous de laquelle se situent 40 % de l'ensemble des personnes. Une personne est dite modeste lorsque son niveau de vie est inférieur à ce 4^e décile. Une personne est dite pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian. Une personne est dite en situation de handicap ou de perte d'autonomie si elle déclare « être fortement limitée, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ».

Lecture > En 2019, 14,6 % de la population est pauvre et 25,4 % a un niveau de vie modeste sans être pauvre.

Champ > France métropolitaine, personnes appartenant à un ménage vivant dans un logement ordinaire, dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources > Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2019.

Pour en savoir plus

- > **Bodier, M., Sicsic, M., Labarthe, J. (coord.)** [2021]. *Les revenus et le patrimoine des ménages – édition 2021*. Paris, France : Insee, coll. Insee Références.
- > **Gleizes, F., Grobon, S., Rioux, L.** (2018). Niveau de vie et patrimoine des seniors : la progression au fil des générations semble s'interrompre pour les générations de seniors les plus récentes, Dans *France, portrait social – édition 2018*. Paris, France : Insee, coll. Insee Références.
- > **Guidevay, Y., Guillaneuf, J.** (2021, octobre). En 2019, le niveau de vie médian augmente nettement et le taux de pauvreté diminue. Insee, *Insee Première*, 1875.

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

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

L'aide sociale départementale aux personnes âgées

L'aide sociale aux personnes âgées est confiée aux conseils départementaux, mais les montants et les conditions d'attribution des différentes prestations sont encadrés par la loi¹. Toutefois, l'article L. 121-4 du CASF précise que « le conseil départemental peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations [d'aide sociale]. Le département assure la charge financière de ces décisions ».

L'aide sociale départementale aux personnes âgées se compose essentiellement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en établissement ou chez des particuliers et des aides ménagères.

La prestation de compensation du handicap (PCH) [voir fiche 20] est également disponible pour les personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie, sous certaines conditions. Si la personne dispose déjà de cette prestation – ou y est éligible – avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans, ou qu'elle exerce toujours une activité professionnelle, la PCH peut lui être accordée². En revanche, elle n'est pas cumulable avec l'APA.

Par définition, les dépenses d'aide sociale sont récupérables par les conseils départementaux – au moins en partie – auprès des obligés alimentaires des personnes bénéficiaires et par recours sur succession (art. L. 132-6 et L. 132-8 du CASF³). Cette règle a cependant été assouplie puisque, actuellement, seules l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ou à l'accueil par des particuliers à titre onéreux et l'aide ménagère donnent lieu à ces récupérations. L'APA en est, en revanche, totalement exempte.

L'allocation personnalisée d'autonomie

Mise en place par la loi du 20 juillet 2001⁴, l'APA a été modifiée par la loi du 28 décembre 2015⁵. L'article L. 232-1 du CASF prévoit ainsi que « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences

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

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

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

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

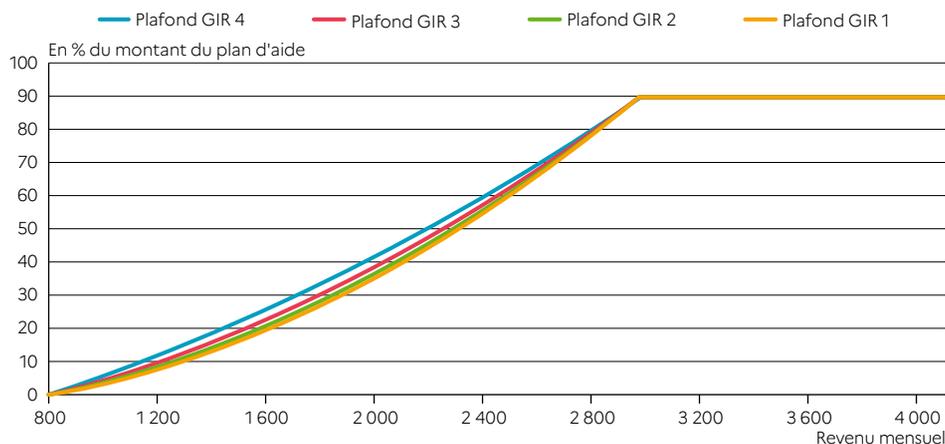
5. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

du manque ou de la perte d'autonomie, liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ». La grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) permet de mesurer les degrés de perte d'autonomie des demandeurs de l'APA à partir des besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Ces différents degrés de perte d'autonomie sont classés en groupes iso-ressources, allant du GIR 1 pour les personnes les plus dépendantes au GIR 6 pour les personnes les plus autonomes. Les personnes éligibles à l'APA sont celles relevant des GIR 1 à 4.

Pour les personnes résidant en logement ordinaire ou en résidence autonomie, l'APA, dite « à domicile », est une aide en nature permettant la prise en charge d'une partie des frais issus d'un plan d'aide

établi par une équipe médico-sociale du département, après évaluation des besoins de la personne bénéficiaire. Les montants des plans d'aide sont plafonnés en fonction du GIR. Si l'ouverture de droits à l'APA n'est pas soumise à conditions de ressources, la part du montant du plan d'aide financée par l'allocation est très fortement conditionnée à celles-ci. Un bénéficiaire peut ainsi ne percevoir que 10 % du montant du plan d'aide si ses revenus dépassent un certain plafond⁶ (graphique 1)⁷. Les ressources utilisées pour calculer la participation financière des bénéficiaires de l'APA correspondent aux revenus déclarés figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition et les revenus soumis au prélèvement libératoire (cf. article 125 A du Code général des impôts). À cela, s'ajoutent certains biens en capital qui ne sont ni exploités, ni placés, censés pouvoir procurer un revenu annuel, disposition

Graphique 1 Part des plans d'aide mensuels à la charge du bénéficiaire de l'APA à domicile, en fonction du revenu et du montant du plan d'aide, au 1^{er} janvier 2020



GIR : groupe iso-ressources.

Note > Les montants mensuels des plans d'aide considérés pour l'exemple sont ceux correspondants aux différents plafonds de l'APA à domicile : 674,27 euros pour le GIR 4 ; 1 010,85 euros pour le GIR 3 ; 1 399,03 euros pour le GIR 2 et 1 742,34 euros pour le GIR 1 en 2020.

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 28 % du montant du plan d'aide (150 euros). Ce reste à charge est nul pour les bénéficiaires ayant des revenus mensuels de 813 euros.

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

6. Pour l'APA à domicile, le plafond est fixé à 2 995,53 euros du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020. Les bénéficiaires disposent de la totalité de l'APA à domicile si leurs revenus sont inférieurs à 813,39 euros.

7. Les plafonds et montants des aides présentés dans ce document font référence à l'année 2020 pour correspondre au millésime des données commentées dans les fiches suivantes.

qui ne s'applique pas à la résidence principale. Ne sont pas pris en compte : les retraites de combattant, pensions alimentaires, concours financiers versés par les descendants, rentes viagères, prestations en nature (maladie, etc.), allocations de logement, APL, etc. Pour un couple, les ressources du conjoint, du concubin ou de la personne avec qui le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS) sont prises en compte, le total étant ensuite divisé par 1,7 pour le calcul de la participation financière d'un bénéficiaire de l'APA à domicile ou par 2 pour le calcul de la participation financière d'un bénéficiaire de l'APA en établissement. La répartition du montant du plan d'aide entre la part versée par le département et celle qui reste à la charge du bénéficiaire (parfois appelée « ticket modérateur ») dépend également du montant total du plan d'aide. Plus celui-ci est élevé, plus la part financée par l'APA est élevée.

La majorité des versements liés à l'APA à domicile consistent à rémunérer un intervenant à domicile. L'APA peut également servir à payer un

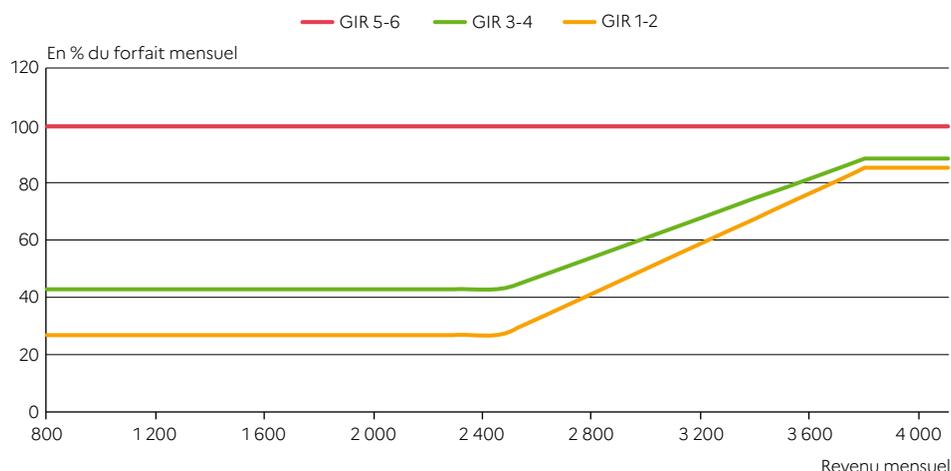
hébergement temporaire ou un accueil de jour, à assumer des dépenses de transport, d'aides techniques ou des aménagements du logement du bénéficiaire. De plus, il existe un droit au répit des proches aidants, qui permet d'inscrire dans le plan d'aide le financement d'un accueil de jour ou de nuit, d'un hébergement temporaire ou d'un relais à domicile de la personne aidée. Lorsque le plafond du plan d'aide est atteint, une majoration de ce dernier est possible pour le financement spécifique de ces aides au répit.

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

L'aide ménagère

Au titre de l'aide sociale, les personnes âgées en perte d'autonomie ou en risque de perte d'autonomie à domicile, comme les personnes relevant des GIR 5 et 6, peuvent bénéficier d'une

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



GIR : groupe iso-ressources.

Note > Les tarifs dépendance pris en compte ici sont les tarifs moyens observés en Ehpad au 31 décembre 2019 : 5,60 euros par jour pour les GIR 5 et 6 ; 13,21 euros par jour pour les GIR 3 et 4 ; 20,85 euros par jour pour les GIR 1 et 2. 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 3-4 ayant un revenu de 3 000 euros mensuels, le reste à charge correspond à 60 % du montant mensuel du tarif hébergement.

Sources > Code de l'action sociale et des familles, article R. 232-19 ; DREES, enquête EHPA 2019.

aide à domicile qui « peut être accordée soit en espèces, soit en nature. L'aide financière comprend l'allocation simple et, le cas échéant, une allocation représentative de services ménagers. [...] L'aide en nature est accordée sous forme de services ménagers » (art. L. 231-1 du CASF). Communément appelée « aide ménagère », celle-ci dépend des ressources du bénéficiaire. Cette aide est par ailleurs récupérable auprès des obligés alimentaires et sur succession. Si les ressources des personnes demandant une aide ménagère dépassent le plafond de l'allocation de solidarité aux personnes âgées⁸ (Aspa), celle-ci est versée par la caisse de retraite, et non plus par le département. Cette aide ménagère n'est pas cumulable avec l'APA.

L'aide sociale à l'hébergement

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) sert à acquitter tout ou partie du tarif « hébergement » des établissements pour les personnes âgées à faibles ressources. Elle peut également servir à rémunérer des accueillants familiaux, et être cumulée avec l'APA. Elle dépend des revenus, et est récupérable auprès des obligés alimentaires et sur succession. Par ailleurs, elle n'intervient qu'en complément de la partie payée par le résident, dans la limite de 90 % de ses revenus propres. Un revenu minimum mensuel est toutefois garanti au bénéficiaire de l'ASH, pour son usage personnel. Son montant est égal à 1 % du montant annuel de l'Aspa⁹ (art. R. 231-6 du CASF). Cependant, les départements peuvent décider de lui ajouter un montant permettant de couvrir d'autres dépenses comme les frais liés à la dépendance des personnes évaluées en GIR 5 ou 6, des frais de tutelle, de mutuelle et/ou d'assurance, ou d'autres charges ponctuelles ou exceptionnelles (frais d'obseques, dettes de loyer, frais d'appareillage dentaire ou auditif non pris en charge par la Sécurité sociale ou la mutuelle, pension alimentaire...).

L'aide à la vie partagée

À partir du 1^{er} janvier 2021, une prestation d'aide à la vie partagée (AVP) est mise en place. Elle est accordée sous condition de ressources à toute personne âgée ou toute personne en situation de handicap choisissant de résider dans un habitat accompagné, partagé et intégré à la vie locale (API) conventionné. L'AVP est octroyée à tout habitant d'un habitat inclusif dont le bailleur ou l'association partenaire a passé une convention avec le département.

L'AVP est destinée à financer le projet de vie sociale et partagée mis en œuvre dans l'habitat inclusif, c'est-à-dire l'animation, mais aussi la coordination du projet de vie sociale ou la régulation du vivre-ensemble. Elle ne finance pas en revanche l'accompagnement individuel de la personne pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (aide et surveillance).

Au cours de l'année 2021, une trentaine de départements pilotes se sont engagés dans ce dispositif. L'objectif fixé pour 2022 est le déploiement dans au moins 60 départements.

Les autres aides aux personnes âgées

Certaines communes apportent des aides ou réalisent des actions sociales pour les personnes âgées, sous la forme notamment d'aides financières ou en nature (voir fiche 07). Par ailleurs, l'action sociale des caisses de retraite, outre l'aide ménagère qu'elles peuvent délivrer, passe par des programmes d'actions collectives de prévention, notamment du risque de perte d'autonomie des personnes âgées. Elles mettent également en place un accompagnement renforcé lorsqu'un retraité est fragilisé à l'occasion d'un événement de rupture, comme le veuvage ou le retour à domicile après hospitalisation. Enfin, l'Assurance maladie prend en charge les frais afférents aux soins des personnes hébergées en établissement (type Ehpad) ou suivies par un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad). ■

8. Ce plafond est fixé à 868,20 euros mensuels pour une personne seule et à 1 347,88 euros pour un couple au 1^{er} avril 2020 et jusqu'au 31 mars 2021.

9. Soit 108 euros par mois en 2020.

Entre 5 % et 13 % des personnes âgées de 60 ans ou plus (selon la mesure utilisée) sont en situation de perte d'autonomie en 2015. Plus largement, 26 % déclarent au moins une restriction sévère dans leurs activités et 16 % disent être limités dans les activités que les gens font habituellement, depuis au moins 6 mois, en raison d'un problème de santé. Un senior vivant à son domicile sur cinq reçoit une aide régulière pour des tâches du quotidien. En France métropolitaine, 3,9 millions de proches aidants sont déclarés par les seniors. Fin 2020, 8,3 % des personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficient d'au moins un type d'aide sociale départementale pour le soutien à l'autonomie.

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

Entre 700 000 et 1,9 million de personnes âgées en perte d'autonomie en France métropolitaine

En adoptant la première approche, les seniors dépendants ont été repérés dans le volet seniors des enquêtes Capacités, Aides et Ressources des seniors en ménages (CARE-M) et en institutions (CARE-I) de la DREES, à l'aide d'une estimation large du groupe iso-ressources (GIR)¹ allant de 1 à 4. L'estimation se fonde sur des variables proches des critères utilisés par les équipes médico-sociales pour évaluer l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)². Selon cet indicateur, en 2015, 13 % des personnes âgées de 60 ans ou plus (1,9 million d'individus) sont en perte d'autonomie en France métropolitaine

(tableau 1). Parmi elles, un quart résident dans un établissement d'hébergement permanent pour personnes âgées. La prévalence des degrés les plus sévères de perte d'autonomie (GIR 1 ou 2) atteint 4 %, soit 552 000 personnes. Alors que 49 % des personnes en établissement ont un niveau de dépendance sévère, elles ne sont que 2 % à domicile.

Les indicateurs de Katz et de Colvez, quant à eux, s'attachent à repérer les situations de dépendance sévère, et sont établis sur la base d'un nombre plus restreint d'activités de la vie quotidienne que le GIR estimé. L'indicateur de Katz évalue la capacité d'une personne à réaliser seule six activités de la vie quotidienne³. Si l'on se réfère à cette mesure, 6 % des individus de 60 ans ou plus (845 000 personnes, dont 370 000 en établissement) sont incapables de réaliser seuls au moins une de ces activités. L'indicateur de Colvez, qui permet d'appréhender le besoin d'aide en mesurant la perte de mobilité, concerne 730 000 personnes âgées de 60 ans ou plus (dont 350 000 en établissement), soit 5 %. Comme avec l'estimation du GIR, ces individus sont plus nombreux, en proportion, en établissement qu'à domicile.

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

2. Toutefois, comme il est estimé à partir de réponses déclaratives, il ne fournit qu'une approximation du niveau de GIR que déterminerait l'équipe médico-sociale. Il est ainsi trop imprécis, par exemple, pour déterminer quels seniors seraient effectivement éligibles à l'APA.

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

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

	Ensemble		Domicile ¹		Établissement	
	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus
Effectifs (en milliers)	15 036	5 741	14 445	5 212	590	529
GIR estimé (définition large)² (en %)						
1-2 : dépendants sévères	4	8	2	4	49	50
3-4 : dépendants	9	17	8	16	29	29
5 : quelques difficultés	6	10	6	10	7	7
Indicateur de Katz (en %)						
B-H : personnes incapables de réaliser seules au moins une des six activités	6	12	3	7	63	64
Indicateur de Colvez (en %)						
1-3 : confinement au lit ou au fauteuil ou besoin d'aide pour la toilette et l'habillement ou pour sortir du domicile	5	11	3	6	59	60
Limitations fonctionnelles³ (en %)						
Au moins une limitation fonctionnelle sévère	42	66	40	62	96	97
Au moins une limitation fonctionnelle physique sévère	32	55	29	51	92	94
Au moins une limitation fonctionnelle sensorielle sévère	20	34	19	32	54	55
Au moins une limitation fonctionnelle cognitive sévère	13	23	11	18	69	69
Restrictions d'activité⁴ (en %)						
Au moins une restriction sévère d'activité (parmi les trois suivantes)	26	46	23	41	97	97
Au moins une restriction sévère dans les activités de la vie quotidienne (ADL) ⁵	8	18	6	13	69	70
Au moins une restriction sévère dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) ⁵	20	40	17	35	96	96
Au moins une restriction sévère d'activité générale (GALI) ⁶	18	30	16	26	63	64

GIR : groupe iso-ressources ; ADL : Activities of Daily Living ou « activités de la vie quotidienne » ; IADL : Instrumental Activities of Daily Living ou « activités instrumentales de la vie quotidienne » ; GALI : Global Activity Limitation Indicator ou « indicateur de limitation d'activité générale ».

1. La population à domicile inclut les logements-foyers (rebaptisés depuis « résidences autonomie »).

2. Il s'agit de l'estimation prenant en compte les « quelques difficultés » (définition large).

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

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

5. Les ADL représentent les activités nécessaires pour prendre soin de son propre corps (se laver, se nourrir...), tandis que les IADL désignent les activités qui permettent de vivre de manière autonome (faire ses courses, préparer ses repas...).

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

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

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

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

6,4 millions de personnes âgées aux limitations fonctionnelles sévères et 3,9 millions très fortement restreintes dans leurs activités quotidiennes

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

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

En 2015, 42 % des personnes âgées de 60 ans ou plus souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle sévère⁴, soit 6,4 millions de personnes. Seules

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

9 % des personnes âgées déclarant ces difficultés résident en établissement, mais quasiment toutes les personnes en établissement déclarent ce type de difficulté (96 %). Les limitations physiques sont les plus répandues, notamment chez les plus âgés : 32 % des personnes âgées en déclarent au moins une, soit 4,8 millions de personnes. Viennent ensuite les limitations sensorielles qui sont déclarées par 20 % des personnes âgées. Les limitations cognitives concernent 13 % des individus de 60 ans ou plus et seulement 11 % de ceux, parmi eux, vivant à domicile.

Les limitations fonctionnelles ne donnent pas forcément lieu à des restrictions dans les activités⁵. Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 26 % déclarent au moins une restriction d'activité sévère, soit 3,9 millions d'individus. Les restrictions dans les « activités instrumentales de la vie quotidienne » (IADL)⁶ sont les plus fréquentes, elles concernent 3 millions d'individus de 60 ans ou plus, dont 568 000 vivant en établissement. Les restrictions générales (Global Activity Limitation Indicator [GALI] ou indicateur de limitation d'activité générale)⁷ touchent 2,6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus. Enfin, 1,2 million d'individus de 60 ans ou plus, tous lieux de vie confondus, déclarent des difficultés sévères pour au moins une « activité de la vie quotidienne » (ADL)⁸.

Entre 2008 et 2015, les prévalences des incapacités, c'est-à-dire la proportion de personnes déclarant des difficultés au sein de la population à domicile, ont diminué pour la plupart des indicateurs⁹.

Les femmes plus touchées par la perte d'autonomie

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

hommes a toutefois été observée chez les personnes âgées de moins de 75 ans à domicile.

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

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

Près de la moitié des seniors aidés le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnels, le tiers restant reçoit à la fois une aide de l'entourage et d'aidants professionnels. Quand les seniors sont aidés par un membre de l'entourage, 87 % d'entre eux le sont au moins par le conjoint ou les enfants. Un senior aidé sur deux déclare un seul aidant. Environ une femme aidée sur cinq et presque un homme aidé sur deux le sont uniquement par leur conjoint. Le nombre d'aidants augmente avec le niveau de dépendance.

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

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

Pour les personnes âgées vivant à domicile, la moitié des proches aidants sont des enfants, un

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

6. Instrumental Activities of Daily Living (IADL) : faire les courses, préparer les repas, effectuer des démarches administratives...

7. L'activité n'est pas spécifiée, on se réfère juste ici aux « activités que les gens font habituellement depuis au moins 6 mois ».

8. Activities of Daily Living (ADL) : se laver, s'habiller, couper la nourriture...

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

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

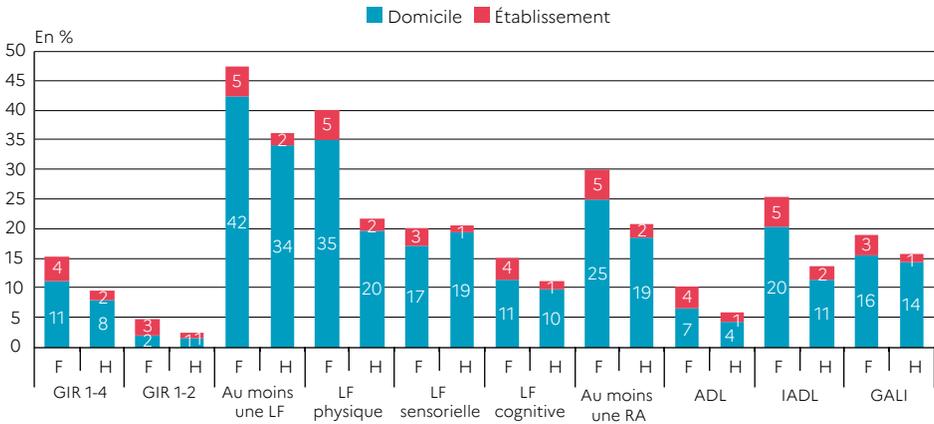
Le nombre moyen de proches aidants est relativement stable selon l'âge de la personne aidée pour les seniors âgés de moins de 75 ans.

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

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

Plusieurs aides peuvent être attribuées aux personnes âgées en perte d'autonomie, toutes ne relevant pas systématiquement de l'aide sociale départementale aux personnes âgées au sens strict (voir fiche 12). La plus fréquente est l'allocation

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



F : femmes ; H : hommes ; GIR : groupe iso-ressources ; LF : limitation fonctionnelle ; RA : restriction d'activité ; ADL : Activities of Daily Living ou « activités de la vie quotidienne » ; IADL : Instrumental Activities of Daily Living ou « activités instrumentales de la vie quotidienne » ; GALI : Global Activity Limitation Indicator ou « indicateur de limitation d'activité générale ».

Note > Les définitions des indicateurs sont les mêmes que celles utilisées dans le tableau 1.

Lecture > 11 % des femmes de 60 ans ou plus sont en GIR estimé 1 à 4 à domicile, et 4 % supplémentaires sont en GIR estimé 1 à 4 en établissement.

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

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

personnalisée d'autonomie (APA) [voir fiche 15], accordée à 7,3 % de la population âgée de 60 ans ou plus (tableau 2). Cette part est très fortement liée à l'âge : elle concerne en effet 0,5 % des personnes de moins de 65 ans contre 69,1 % de celles de 95 ans ou plus. L'aide sociale à l'hébergement (ASH) [voir fiche 16] s'adresse à moins de 1 % des personnes de 60 ans ou plus, cette proportion atteint un maximum de 5,3 % parmi les personnes âgées de 95 ans ou plus. Les aides sociales à l'accueil au titre du handicap ou encore l'aide ménagère¹⁰ sont octroyées à des effectifs beaucoup plus réduits (respectivement 0,2 % et 0,1 % de la population âgée de 60 ans ou plus), ce à tous les âges.

Par ailleurs, les personnes qui étaient bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) peuvent conserver ces aides après 60 ans ou opter pour l'APA. 0,6 % des personnes âgées de 60 ans ou plus en bénéficient. La part est la plus élevée parmi les personnes âgées de 60 à 64 ans (1,3 %). Au total, environ 8,3 %¹¹ de la population âgée de 60 ans ou plus est couverte par au moins une des

prestations départementales destinées aux personnes âgées ou aux personnes handicapées.

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

¹⁰. L'aide ménagère étudiée ici est celle accordée par les conseils départementaux. D'autres aides ménagères peuvent être versées par les caisses de retraite aux personnes âgées dont les revenus dépassent le plafond de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), mais elles ne sont pas comptabilisées ici (voir fiche 12).

¹¹. Dans ce calcul, le fait que certaines personnes peuvent percevoir la PCH et une aide ménagère pour personne handicapée est négligé car l'effectif est très faible parmi les 60 ans ou plus. De plus, on fait l'hypothèse que 90 % des bénéficiaires de l'ASH pour personnes âgées le sont aussi de l'APA (source DREES, EHPA 2019). Hormis ces situations, le cumul des aides n'est pas possible.

Tableau 2 Proportions de bénéficiaires d'aide à l'autonomie, en décembre 2020

		APA	ASH des personnes âgées	Aide ménagère pour personnes âgées ou handicapées de 60 ans ou plus	Aide sociale à l'accueil des personnes handicapées âgées de 60 ans ou plus	ACTP ou PCH perçues par des personnes de 60 ans ou plus
Effectifs		1 318 170	118 220	23 050	35 680	116 010
Part dans la population (en %)	Ensemble	7,3	0,7	0,1	0,2	0,6
	de 60 à 64 ans	0,5	0,1	0,1	0,3	1,3
	de 65 à 69 ans	1,4	0,3	0,1	0,3	0,9
	de 70 à 74 ans	2,7	0,4	0,1	0,2	0,5
	de 75 à 79 ans	5,6	0,6	0,1	} 0,1	} 0,2
	de 80 à 84 ans	11,9	1,0	0,1		
	de 85 à 89 ans	24,4	1,6	0,2		
	de 90 à 94 ans	44,7	2,9	0,2		
95 ans ou plus	69,1	5,3	0,1			

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

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. L'aide ménagère étudiée ici est uniquement celle accordée par les conseils départementaux, mais d'autres aides ménagères peuvent être versées par les caisses de retraite aux personnes âgées dont les revenus dépassent le plafond de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Lecture > En décembre 2020, 7,3 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont bénéficiaires de l'APA. Parmi les personnes âgées de 60 à 64 ans, elles sont 0,5 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Personnes de 60 ans ou plus.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

Pour en savoir plus

- > Une application de la DREES permettant de visualiser les résultats de l'enquête CARE pour ce qui concerne la répartition, dans la population de 60 ans et plus vivant à domicile, de chacune des limitations fonctionnelles ou des restrictions d'activité que peuvent rencontrer les seniors, est accessible sur son espace internet dédié aux visualisations de ses données.
- > **Besnard, X., Brunel, M., Couvert, N., Roy, D.** (2019, novembre). Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 45.
- > **Brunel, M., Carrère, A.** (2018, juin). Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance - Résultats de l'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) « ménages ». DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 26.
- > **Brunel, M., Carrère, A.** (2017, septembre). Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages ». DREES, *Études et Résultats*, 1029.
- > **Brunel, M., Latourelle, J., Zakri, M.**, (2019, février). Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien. DREES, *Études et Résultats*, 1103.
- > **Carrère, A., Dubost, C.-L.** (2018). Éclairage - État de santé et dépendance des seniors. France Portrait Social, Insee Références, édition 2018.
- > **Larbi, K., Roy, D.** (2019, juillet). 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Insee, *Insee Première*, 1767.
- > **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 2020, 1,45 million de prestations d'aide sociale ont été allouées par les départements aux personnes âgées en perte d'autonomie. En un an, le nombre d'aides a diminué, pour la première fois, de 1,6 % en lien avec la crise sanitaire. Les dépenses brutes globales associées pour l'année 2020 s'élèvent à 8,0 milliards d'euros, soit une progression de 2,7 % en euros courants par rapport à 2019. Ces dépenses croissent continûment depuis 2002.

Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent disposer d'une aide sociale du département, qu'elles vivent à domicile ou qu'elles soient hébergées en établissement. L'aide sociale départementale aux personnes âgées se compose essentiellement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en établissement ou en accueil familial, et d'aides ménagères. En parallèle, les communes peuvent également mettre en place des actions sociales en faveur des personnes âgées : c'est le cas de deux tiers des communes, couvrant 90 % de la population (voir fiche 08). Par ailleurs, une partie des dépenses de l'Assurance maladie sont destinées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Enfin, les organismes de protection sociale, notamment les caisses de retraite, peuvent mener des actions sociales (aides ménagères, action de prévention, aide à la construction des lieux d'hébergement) [voir fiches 01 et 12].

Une hausse des dépenses malgré une diminution du nombre d'aides en 2020, en lien avec la crise sanitaire

Fin 2020, 1,45 million de prestations¹ d'aide sociale aux personnes âgées sont accordées par les départements, dont 800 000 aides à domicile et 654 000 aides à l'accueil (*tableau 1*). Le nombre d'aides est supérieur à celui des personnes âgées aidées, car une même personne peut percevoir à la fois l'APA et l'ASH². Pour l'ensemble de l'année 2020, les dépenses brutes associées (*encadré 1*) s'élèvent à 7,6 milliards d'euros. Elles se répartissent à parts égales entre aides à domicile et aides à l'accueil, alors que les premières représentent 55 % du nombre moyen de prestations et les secondes 45 %³. En ajoutant les participations et subventions⁴, ainsi que les autres dépenses d'aide aux personnes âgées⁵, les dépenses brutes totales s'établissent à 8,0 milliards d'euros. Au total, l'APA représente 91 % du nombre moyen d'aides attribuées dans l'année et 83 % des dépenses totales.

1. Le nombre d'aides au mois de décembre est la somme du 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 et du nombre de bénéficiaires de l'APA payés au titre du mois de décembre.

2. Selon l'enquête nationale auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de la DREES, fin 2019, 90 % des bénéficiaires de l'ASH perçoivent aussi l'APA. Aussi, le nombre de bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées fin 2020 peut être estimé à 1,35 million, dont 550 000 en établissement.

3. Le nombre moyen d'aides en 2020 est calculé comme la moyenne des nombres d'aides observées en décembre 2019 et en décembre 2020.

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. Les autres dépenses d'aide aux personnes âgées comprennent des dépenses d'APA non comptabilisées à domicile ou en établissement et d'autres dépenses non affectées par ailleurs, telles que des charges à caractère général, des frais de transports, etc.

Tableau 1 Nombre de prestations d'aide sociale aux personnes âgées et dépenses associées, en 2019 et 2020

	Nombre d'aides au 31/12			Dépenses annuelles, en milliers d'euros, évolution en euros courants			Dépenses brutes mensuelles moyennes par aide sociale départementale (en euros)
	2019	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	2019	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	2020
Aides à domicile, dont :	805 840	799 650	-0,8	3 688	3 786	2,6	390
aides ménagères	17 350	17 730	2,2	53	51	-3,6	240
allocation personnalisée d'autonomie (APA) ¹	788 490	781 920	-0,8	3 635	3 734	2,7	400
Aides à l'accueil, dont :	671 860	654 460	-2,6	3 749	3 800	1,4	480
aide sociale à l'hébergement (ASH) ²	120 670	116 460	-3,5	1 254	1 279	1,9	900
accueil chez des particuliers	1 870	1 760	-5,8	19	18	-4,9	840
APA ¹	549 330	536 250	-2,4	2 475	2 500	1,0	380
Total aides à domicile et à l'accueil dont	1 477 700	1 454 110	-1,6	7 437	7 586	2,0	430
APA ¹	1 337 820	1 318 170	-1,5	6 148	6 278	2,1	390
Autres aides	nd	nd	nd	390	449	15,2	nd
Total	nd	nd	nd	7 827	8 035	2,7	nd

nd : non disponible.

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

2. Les dépenses d'ASH comptabilisées ici sont nettes des récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession.

Note > D'autres dépenses d'APA non affectées à l'APA à domicile ou à l'APA en établissement sont comptabilisées dans « Autres aides » (43 millions d'euros en 2020).

Lecture > En 2020, la dépense brute totale est de 8,0 milliards d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

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

Cette nouvelle convention pour l'ASH, et donc pour les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées dans leur ensemble, est appliquée par la DREES depuis l'édition 2019 de cet ouvrage. Les données diffèrent donc et ne peuvent pas être comparées à celles publiées dans les éditions 2018 et antérieures du Panorama *L'aide et l'action sociales en France*.

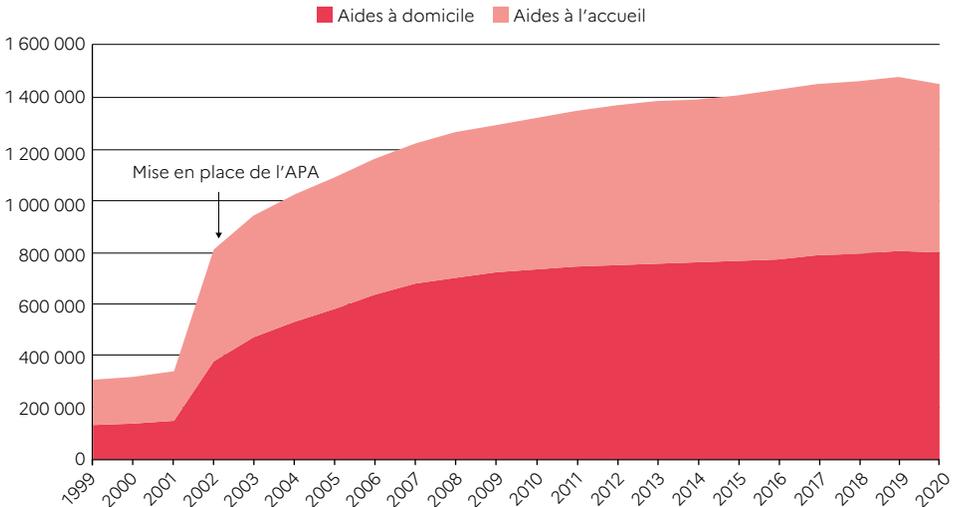
En 2020, pour la première fois depuis la fin des années 1990, le nombre d'aides diminue de 0,8 % pour l'aide à domicile et de 2,6 % pour l'aide à l'accueil par rapport à 2019, soit -1,6 % au total en un an. Cette baisse est à rapprocher de la hausse de la mortalité des plus âgés dans le contexte de la crise sanitaire du Covid-19, en particulier en établissement. Entre 2019 et 2020, les dépenses totales d'aide sociale aux personnes âgées augmentent de 2,7 %, en euros courants (dont 2,6 % pour les aides à domicile et 1,4 % pour les aides à l'accueil). Les évolutions contrastées des dépenses et du nombre de bénéficiaires en fin d'année peuvent sembler contradictoires, mais l'écart doit être nuancé au regard du contexte très particulier de l'année 2020 et des évolutions infra-annuelles du nombre de bénéficiaires. De plus, les dépenses sont celles réalisées en 2020, mais elles peuvent aussi comprendre des dépenses au titre de l'année 2019 (rappels, régularisations comptables, etc.).

Des évolutions majeures liées à la mise en place de l'APA en 2002

Entre 1999 et 2019, le nombre d'aides sociales attribuées aux personnes âgées a été multiplié par 4,8 et les dépenses annuelles par 4,9 en euros courants, et par 3,7 en euros constants (c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation⁶) [graphiques 1 et 2]. Si le nombre d'aides en décembre et les dépenses annuelles étaient croissants entre 1999 et 2001 (de respectivement +5 % et +4,5 % en euros courants, en moyenne annuelle), c'est surtout la mise en place de l'APA en 2002 qui a entraîné des changements majeurs dans l'aide sociale aux personnes âgées (voir fiche 15).

Contrairement à la prestation spécifique dépendance (PSD) à laquelle elle s'est substituée, l'APA n'est pas soumise à conditions de ressources et s'adresse également aux personnes moyennement dépendantes (classées en GIR 4). La montée en charge de cette allocation conjuguée à l'évolution démographique a donc occasionné

Graphique 1 Évolution du nombre d'aides sociales aux personnes âgées, de 1999 à 2020



Notes > Les aides à domicile dénombrées ici comprennent la PSD à domicile (de 1999 à 2003), l'APA à domicile et les aides ménagères. Les aides à l'accueil comprennent la PSD en établissement (de 1999 à 2003), l'aide sociale à l'hébergement en établissement ou en famille d'accueil et l'APA en établissement.

Lecture > En 2020, le nombre d'aides à domicile est de 799 600 et le nombre d'aides à l'accueil de 654 500.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

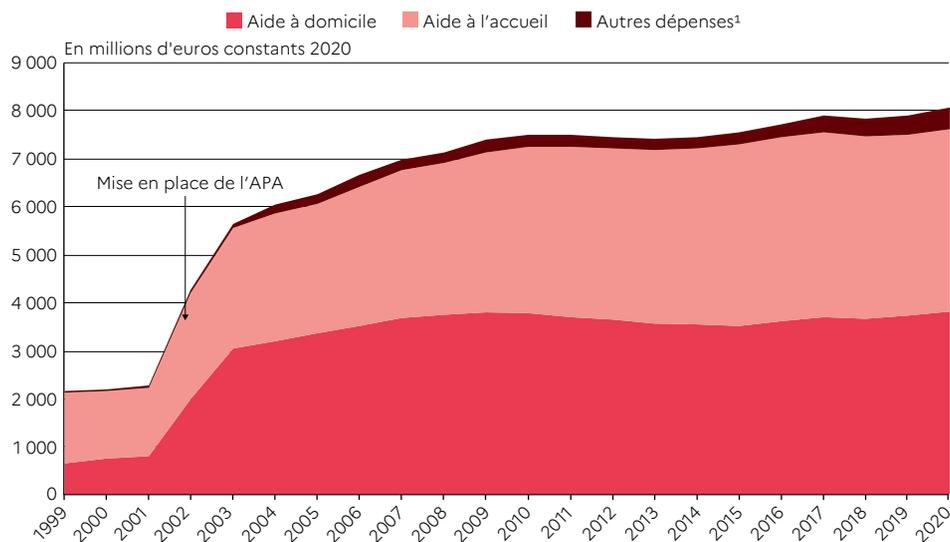
⁶ Les évolutions de dépenses exprimées en euros constants sont les évolutions déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

une hausse considérable du nombre d'aides à domicile, de 114 % entre 2002 et 2019, et du nombre d'aides à l'accueil des personnes âgées dépendantes, de 55 % (respectivement +5 % et +3 % par an en moyenne).

Les dépenses associées ont plus que doublé au cours de cette période, passant, en euros courants, de 3,4 milliards à 7,8 milliards d'euros. Cette évolution, d'ampleur différente selon l'aide considérée, est de +136,7 % pour l'aide à domicile et de +114,5 % pour l'aide à l'accueil en euros courants. Les dépenses d'aide à domicile et celles d'aide à l'accueil ont ainsi augmenté de respectivement 5,2 % et 4,6 % par an en moyenne, en euros courants (soit +3,8 % et +3,2 %, en euros constants). Les dépenses et le nombre d'aides ont surtout augmenté entre 2002 et 2009, pour ensuite se stabiliser relativement, traduisant la fin de la montée en charge de l'APA, ainsi qu'un ralentissement

de la croissance démographique des personnes âgées de 75 ans ou plus. Ainsi, les hausses des dépenses et du nombre d'aides sont passées de respectivement 9,7 % en euros courants (7,9 % en euros constants) et 6,9 % en moyenne par an entre 2002 et 2009, à 1,6 % (0,4 % en euros constants) et 1,4 % entre 2009 et 2015. En lien avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)⁷, les dépenses d'aide à domicile augmentent de nouveau plus nettement entre 2015 et 2019, portées par la hausse des plafonds d'APA (+2,5 % en moyenne par an en euros courants, soit +1,5 % en euros constants). Aussi, la croissance des dépenses totales d'aide sociale aux personnes âgées est légèrement plus marquée pendant cette période que lors de la précédente. Entre 2015 et 2019, les dépenses augmentent de 1,8 % en euros courants en moyenne par an (soit +0,8 % en euros constants), alors que la hausse

Graphique 2 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées, de 1999 à 2020



1. Dont subventions et participations.

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

Lecture > En 2020, les dépenses d'aide à domicile et d'aide à l'accueil s'élevaient à 3,8 milliards d'euros chacune.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

du nombre d'aides continue de ralentir (+1,2 % en moyenne annuelle).

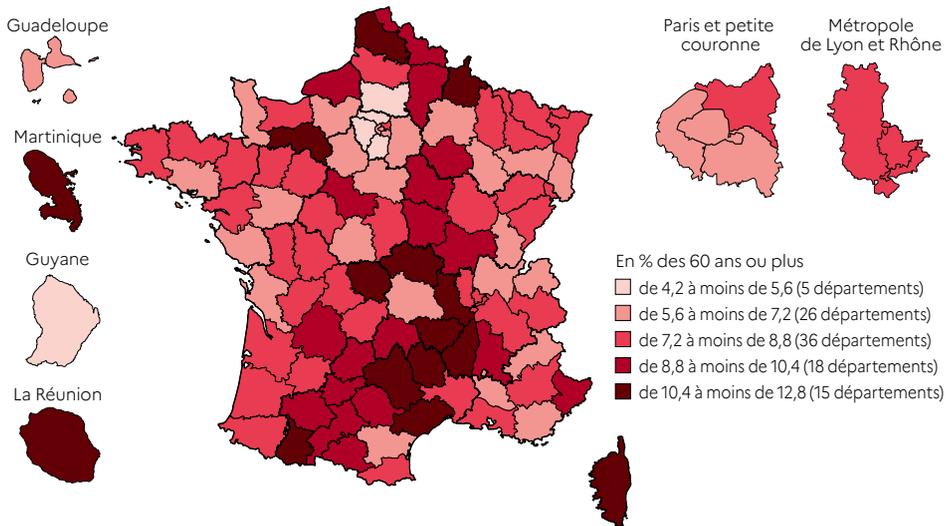
La dépense brute annuelle moyenne par aide⁸ est de 5 200 euros en 2020. Elle est plus importante pour les aides à l'accueil que pour les aides à domicile : 5 700 euros contre 4 700 euros. La tendance à la baisse de la dépense brute moyenne par aide observée entre 2002 et 2014 (-1,3 % en moyenne annuelle en euros courants et -2,8 % en euros constants), s'inverse à partir de 2015 sous l'effet de la mise en œuvre de la loi ASV (+0,9 % en moyenne annuelle en euros courants, -0,1 % en euros constants).

De fortes disparités départementales

En décembre 2020, le nombre d'aides sociales départementales représente 8,0 % du nombre

de personnes âgées de 60 ans ou plus sur le territoire national⁹. Les personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale se répartissent de façon inégale sur le territoire. Fin 2020, le nombre d'aides pour 100 habitants de 60 ans ou plus varie de 4,2 % à 12,8 % selon les départements, soit un écart du simple au triple. Cependant, quatre départements sur dix présentent un taux d'aides compris entre 7,2 % et 8,8 % ; ces valeurs se situant à plus ou moins 10 % de la médiane¹⁰ qui s'établit à 8,0 %. Les départements aux taux d'aides les plus faibles sont des départements franciliens et la Guyane (carte 1). Les dépenses moyennes par aide sociale aux personnes âgées varient, selon les territoires, de 4 000 à 9 300 euros en 2020¹¹ (carte 2). Néanmoins, les deux tiers des départements consacrent une dépense moyenne par aide comprise entre

Carte 1 Nombre d'aides sociales départementales aux personnes âgées pour 100 habitants de 60 ans ou plus selon les départements, en décembre 2020



Note > Au niveau national, au 31 décembre 2020, le nombre d'aides sociales départementales aux personnes âgées est de 8,0 pour 100 habitants de 60 ans ou plus. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 8,0 pour 100 habitants de 60 ans ou plus.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

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

9. Le taux d'aides est de 8,0 % 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.

10. La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements.

4 800 et 5 900 euros, soit entre 90 % et 110 % de la médiane, égale à 5 300 euros. Douze départements présentent une dépense moyenne supérieure ou égale à 6 400 euros, soit au moins 120 % de la valeur médiane. À l'opposé, autant de collectivités se distinguent par une dépense moyenne par aide comprise entre 4 000 et 4 700 euros, soit entre 75 % et 90 % de la dépense médiane.

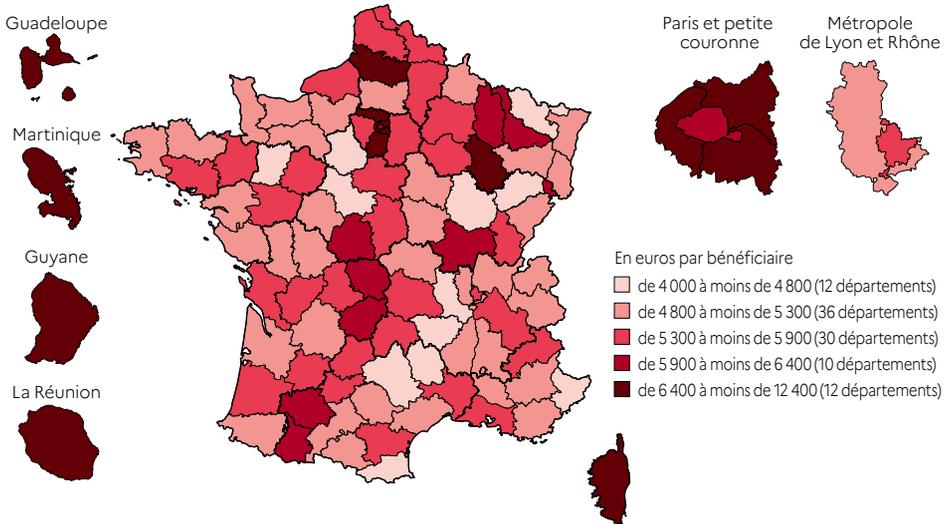
Plusieurs raisons peuvent expliquer ces relatives disparités :

- des différences territorialisées de prévalence de la dépendance ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative de la perte d'autonomie (pratiques

différentes d'évaluation du GIR, par exemple) ;

- le nombre de places d'hébergement, très divers selon les départements ;
- la substitution de l'APA à la PCH ou l'ACTP aux âges « avancés », qui peut être plus ou moins prononcée selon le territoire (voir fiche 23) ;
- le contexte économique local et son évolution, notamment pour le recours à l'ASH et l'APA : plus les personnes sont modestes, plus elles peuvent prétendre à l'aide sociale à l'hébergement, et moins le ticket modérateur pour l'APA est élevé ;
- une gestion de l'ASH différente selon les départements et selon les types d'établissement (voir fiche 16). ■

Carte 2 Dépenses brutes moyennes par bénéficiaire d'une aide sociale aux personnes âgées, en 2020



Note > Au niveau national, en 2020, la dépense moyenne par mesure d'aide sociale pour les personnes âgées s'élève à 5 500 euros. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 5 300 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires détaillées, nationales et départementales, sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.

> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2021, novembre). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021.

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

> Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Autonomie (2022).

11. Excepté en Guyane où elle atteint 12 400 euros.

Fin 2020, 1,3 million de personnes de 60 ans ou plus perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), un chiffre en baisse pour la première fois (-1,5 % entre 2019 et 2020). Les dépenses associées pour l'année 2020 s'élevaient à 6,3 milliards d'euros. En décembre 2020, plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficient de l'APA. Parmi les bénéficiaires de l'APA en établissement, 58 % sont très dépendants (catégorisés en GIR 1 ou 2), contre 20 % parmi ceux vivant à domicile. Les effets de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement sont perceptibles dans l'évolution des dépenses départementales et dans celle des montants moyens des plans d'aide élaborés pour les bénéficiaires de l'APA.

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

Une baisse inédite du nombre de bénéficiaires de l'APA en 2020

Les bénéficiaires de l'APA sont 1 318 200 à avoir perçu un versement au titre du mois de décembre 2020¹, un nombre en baisse pour la première fois depuis sa création (-1,5 % entre 2019 et 2020) [tableau 1]. Cette évolution est à mettre en relation avec la hausse de la mortalité des plus âgés dans le contexte sanitaire que la France a connu en 2020. La baisse est plus marquée en établissement qu'à domicile (-2,4 % contre -0,8 % en un an), cela pourrait s'expliquer en partie par une surmortalité en établissement² et par un nombre d'entrées en établissement moins important au cours de l'année 2020.

Pour l'ensemble de l'année 2020, les dépenses brutes d'APA s'élevaient à 6,3 milliards d'euros (+2,1 % en un an), dont 3,7 milliards pour l'aide à domicile

et 2,5 milliards pour l'accueil en établissement. Ces évolutions divergentes des dépenses d'APA et du nombre de bénéficiaires en fin d'année s'expliquent en partie par le contexte très particulier de l'année 2020. Du fait d'évolutions infra-annuelles probablement importantes du nombre de bénéficiaires (qui ne peuvent être analysées ici), le nombre de bénéficiaires en fin d'année est éloigné du nombre de bénéficiaires sur l'année, alors que ce dernier explique mieux le niveau des dépenses annuelles. De plus, les dépenses sont celles réalisées en 2020, mais elles peuvent aussi comprendre des dépenses au titre de l'année 2019 (rappels, régularisations comptables, etc.). Enfin, la dépense moyenne pourrait avoir augmenté en raison de frais supplémentaires occasionnés par la crise sanitaire. Ces hypothèses pourront être confirmées ou infirmées par une analyse des évolutions des dépenses totales et moyennes par bénéficiaire dans les années à venir.

Depuis sa création en 2002, les dépenses totales d'APA ont été multipliées par 3,4, en euros courants et par 2,7, en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation³. Le nombre de bénéficiaires a dans le même temps doublé.

1. Pour l'APA, le terme de « bénéficiaires » correspond aux personnes payées au titre du mois de décembre, alors que ce terme désigne habituellement celles ayant un droit ouvert à la prestation à une date donnée. Ces deux populations sont proches en effectifs. En effet, 93 % des personnes ayant un droit ouvert au 31 décembre ont été payées au titre du mois de décembre 2020.

2. Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont plus dépendants et plus âgés que ceux de l'APA à domicile. Ils sont donc plus vulnérables au Covid-19 du fait de l'avancée en âge et de la vie en communauté.

3. Les évolutions de dépenses en euros constants sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

En décembre 2020, l'APA en établissement⁴ est versée à 536 200 personnes âgées, soit 41 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'allocation (à domicile et en établissement). Cette prestation, dont le montant varie selon le degré de perte d'autonomie de la personne, est versée par le conseil départemental, soit directement au bénéficiaire, soit aux établissements sous forme d'une dotation budgétaire globale. Parmi les

bénéficiaires de l'APA, la part de ceux résidant en établissement est très hétérogène selon le territoire, puisqu'elle varie de 8 % à 65 % selon les départements (carte 1). Dans six collectivités sur dix, ce ratio est compris entre 34 % et 49 %, soit entre environ 80 % et 120 % de la valeur médiane⁵, égale à 42 %. Dans une collectivité sur cinq, majoritairement dans le nord-ouest de la France, au moins la moitié des bénéficiaires de l'APA vivent

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

	Effectifs au 31/12 ou dépenses						Taux d'évolution annuel moyen (en %)			
	2002	2005	2010	2015	2019	2020	2005-2010	2010-2015	2015-2019	2019-2020
Nombre de bénéficiaires, en milliers										
APA, dont :	597	939	1 176	1 265	1 338	1 318	4,6	1,5	1,4	-1,5
APA à domicile	293	547	713	748	788	782	5,4	1,0	1,3	-0,8
APA en établissement	303	392	463	517	549	536	3,4	2,2	1,5	-2,4
Part de l'APA en établissement dans le total (en %)	51	42	39	41	41	41	-	-	-	-
Dépenses annuelles, en millions d'euros courants										
APA, dont :	1 859	4 043	5 296	5 622	6 148	6 278	5,5	1,2	2,3	2,1
APA à domicile	1 060	2 671	3 314	3 263	3 635	3 734	4,4	-0,3	2,7	2,7
APA en établissement	799	1 348	1 950	2 338	2 475	2 500	7,7	3,7	1,4	1,0
Autres dépenses d'APA	-	24	32	21	38	43	5,5	-8,0	16,1	14,1
Part de l'APA en établissement dans le total (en %)	43	33	37	42	40	40	-	-	-	-
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire, en euros courants										
APA, dont :	-	373	380	372	385	394	0,4	-0,4	0,8	2,4
APA à domicile	-	427	391	365	387	396	-1,7	-1,4	1,4	2,5
APA en établissement	-	293	356	379	376	384	4,0	1,3	-0,2	2,0

Note > Il s'agit du nombre de bénéficiaires de l'APA payés au titre du mois de décembre. Les dépenses brutes sont des dépenses annuelles avant déduction des recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales et des remboursements de participations et de prestations.

Les dépenses sont indiquées en millions d'euros constants. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

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

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

4. 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.

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

en établissement. À l'inverse, cette proportion est inférieure ou égale à 34 % dans un département sur cinq. Elle est particulièrement faible (inférieure à 20 %) en Corse et dans les départements et régions d'outre-mer (hors Guyane).

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

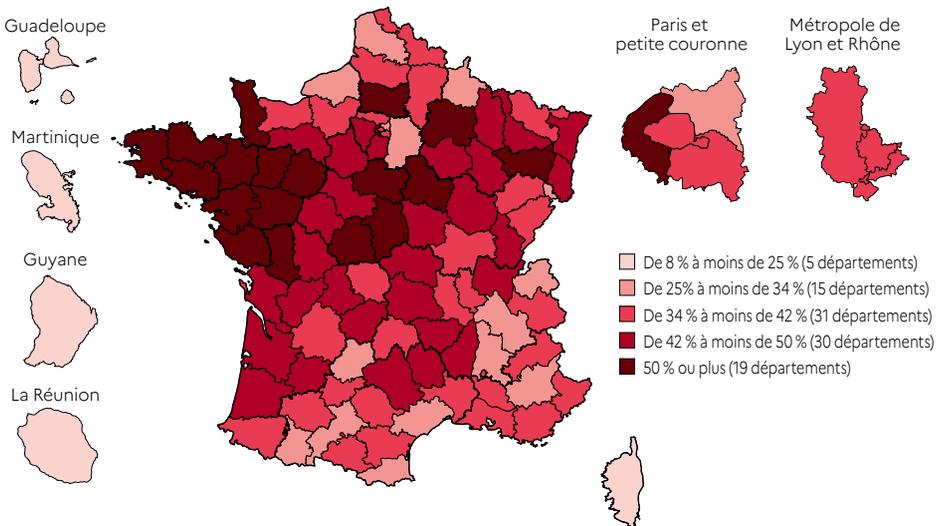
Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont globalement plus dépendants que ceux à domicile. En effet, 58 % des premiers sont très dépendants et classés en GIR⁶ 1 ou 2, contre 20 % des bénéficiaires de l'APA à domicile. Les personnes évaluées en GIR 3 représentent 18 % des bénéficiaires de l'APA en établissement, contre 22 % de ceux à domicile. Enfin, la part de bénéficiaires de l'APA les moins dépendants, évalués en GIR 4, est de 23 % en établissement et 58 % à domicile. Ces répartitions sont stables depuis la création de l'APA. Trois quarts des collectivités ont une part de bénéficiaires de l'APA à domicile très dépendants

(classés en GIR 1 ou 2) comprise entre 15 % et 25 %, soit assez proche de la valeur nationale égale à 20 % (entre environ 75 % et 125 % de celle-ci). Un tiers des collectivités ont même un taux se situant entre 18 % et 22 %. À l'inverse, un quart des départements s'éloignent très nettement de ce taux, qui varie très fortement parmi ces départements, de 9 % à 51 %. Ainsi, dans 11 d'entre eux, plus de 25 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont très dépendants, tandis que dans 15 collectivités, ils sont moins de 15 %.

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

Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 7,3 % bénéficient de l'APA. Selon les départements, ce taux varie de 3,3 % à 11,7 %. Dans deux tiers des collectivités, il est compris entre 6 % et 9 %, soit entre environ 80 % et 120 % du taux national. La proportion de bénéficiaires parmi les femmes (10 %) est plus de deux fois plus importante que

Carte 1 Part des bénéficiaires de l'APA en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, en décembre 2020



Note > Au niveau national, la part des bénéficiaires de l'APA en établissement est de 41 %. La valeur médiane, c'est-à-dire celle au-dessous de laquelle se situe la moitié des départements, est de 42 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

celle parmi les hommes (4 %). Cette différence est de la même ampleur pour l'APA à domicile (6 % des femmes contre 3 % des hommes), que pour l'APA en établissement (4 % des femmes contre 2 % des hommes). Au total, près des trois quarts des bénéficiaires de l'APA sont des femmes, traduisant notamment leur espérance de vie plus longue.

La part des bénéficiaires de l'APA dans la population augmente logiquement avec l'âge et est, quel que soit l'âge, toujours plus élevée pour les femmes que pour les hommes. Jusqu'à 79 ans, elle est faible (2 %). Entre 80 et 89 ans, 17 % de la population perçoit l'APA (20 % parmi les femmes et 12 % parmi les hommes) [graphique 1]. À partir de 90 ans, la moitié de la population en bénéficie (56 % des femmes et 36 % des hommes).

Parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile, la proportion des bénéficiaires de moins de 65 ans est faible, ce quel que soit le niveau de dépendance (graphique 2) : 1 % pour les GIR 1 à 3 et 2 % pour le GIR 4. Les bénéficiaires de 80 à 89 ans représentent la moitié des bénéficiaires de l'APA à

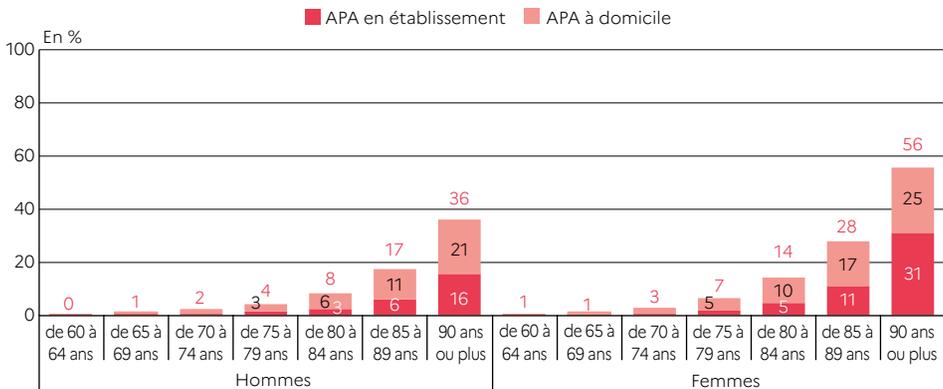
domicile, quel que soit le degré de perte d'autonomie. En revanche, la part des bénéficiaires de 90 ans ou plus est nettement plus importante en GIR 1 (36 %) qu'en GIR 4 (24 %).

La répartition par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est semblable pour tous les GIR. Les personnes de moins de 65 ans ne représentent que 1 % à 2 % de ces bénéficiaires, tandis que celles de 90 ans ou plus sont nettement majoritaires (entre 45 % et 48 % des bénéficiaires selon le GIR).

2,4 années d'espérance de vie à 60 ans passées en tant que bénéficiaire de l'APA

Fin 2019, une personne de 60 ans a une espérance de vie de 25,6 années parmi lesquelles, en moyenne, 2,4 années (soit 9,5 %) sont passées en tant que bénéficiaire de l'APA⁷. L'espérance de vie dans l'APA est plus longue pour les femmes que pour les hommes : 3,4 années pour les premières, soit 12,2 % de leur espérance de vie totale à 60 ans, contre 1,4 année (soit 6,0 %) pour les seconds. Les femmes ayant une plus grande longévité, notamment aux âges élevés, ont une

Graphique 1 Part des bénéficiaires de l'APA dans la population par sexe et par tranche d'âge, fin décembre 2020



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

Lecture > 17 % des femmes de 85 à 89 ans perçoivent l'APA à domicile et 11 % en établissement. Au total, 28 % des femmes de cette tranche âge bénéficient de l'APA.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

7. L'espérance de vie dans l'APA est plus courte que la durée moyenne de perception de cette prestation, puisqu'elle tient également compte des personnes qui décèdent sans en avoir bénéficié et qui ont donc une durée de perception nulle.

espérance de vie plus élevée, mais aussi une probabilité plus importante de recourir à l'APA avant leur décès.

Bien que l'espérance de vie totale à 60 ans augmente, l'espérance de vie dans l'APA diminue régulièrement depuis 2010 (-2,7 %), traduisant un recours à cette prestation en baisse à âge donné. La part de la durée de vie après 60 ans passée en tant que bénéficiaire de l'APA varie ainsi de 10,1 % fin 2010 à 9,5 % fin 2019 (Aubert, 2021).

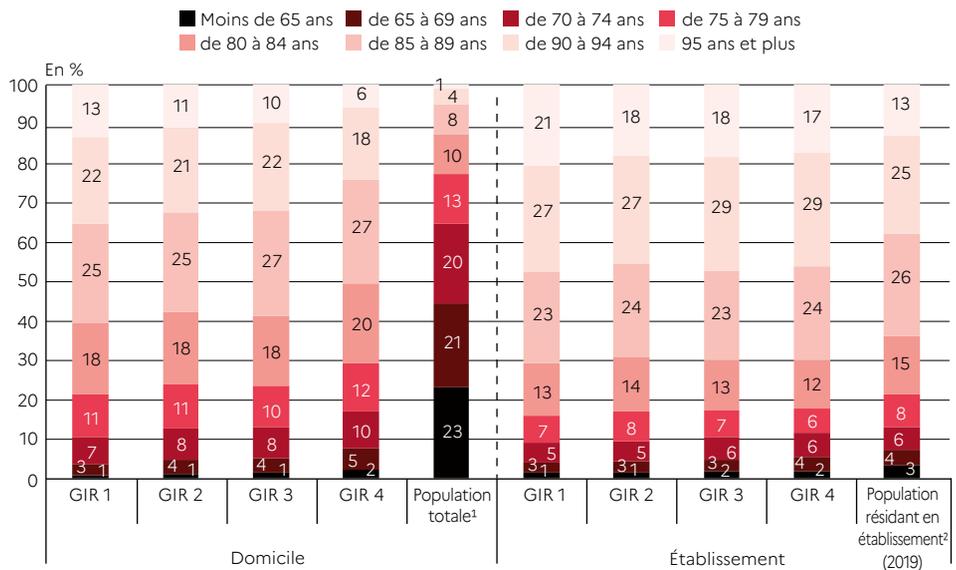
L'APA à domicile largement consacrée au financement d'aides humaines

L'APA à domicile est affectée au paiement de dépenses préalablement identifiées dans le cadre d'un plan d'aide⁸. En moyenne, en 2020, 92 % des montants versés d'APA à domicile sont mobilisés pour financer le recours à un intervenant à

domicile. Ces aides humaines peuvent être assurées par un service prestataire, ou par un service mandataire qui prend en charge les formalités administratives liées à l'embauche, tout en permettant au bénéficiaire de recruter lui-même un salarié. La personne âgée peut également recruter et employer directement un salarié qui intervient à son domicile. En moyenne, 77 % des dépenses couvertes par l'APA pour rémunérer des intervenants à domicile concernent des services prestataires, 3 % des services mandataires et 12 % des recrutements directs par les personnes âgées.

Les 8 % des dépenses d'APA à domicile restantes servent, pour les trois quarts, à financer différentes aides à l'autonomie (aides techniques, portage de repas, téléalarme, transport, etc.) et, pour un quart, à financer un accueil temporaire ou

Graphique 2 Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement par GIR et par tranche d'âge, fin décembre 2020



1. La répartition par âge de la population totale provient des estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 de l'Insee.

2. La répartition par âge de la population résidant en établissement provient de l'enquête EHPA 2019 de la DREES.

Lecture > 13 % des bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 ont 95 ans ou plus.

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

Sources > DREES, enquête Aide sociale; DREES, enquête EHPA 2019; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021.

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

de jour en établissement, ainsi que le règlement des services rendus par les accueillants familiaux rémunérés au titre de l'aide sociale.

Fin 2017, l'utilisation d'aides humaines dans les plans d'aide à domicile est très homogène sur l'ensemble du territoire français (Faure, 2021). À l'inverse, la notification d'aides non humaines est très disparate selon les départements : certains en prévoient pour la très grande majorité des bénéficiaires, quand d'autres n'en notifient que très rarement. Ces différences peuvent être dues à des pratiques départementales variées lors de la mise en place des plans ou à des niveaux différents de l'offre en aide non humaine selon les territoires. Néanmoins, excepté pour le portage de repas et l'accueil temporaire, les aides non humaines ne nécessitent pas forcément un maillage territorial resserré et l'hypothèse à privilégier serait donc celle de pratiques départementales différentes quant à la notification d'aides non humaines dans les plans d'aide APA.

Lorsque le plan d'aide notifié inclut de l'aide humaine, le montant moyen d'aide humaine notifiée est de 500 euros par mois⁹ fin 2017 (tableau 2) [Arnault, Roy, 2020]. À caractéristiques identiques, ce montant est moins élevé pour les hommes en couple que pour les femmes en couple (-54 euros) et il est inférieur d'environ 130 euros à celui notifié aux bénéficiaires vivants seuls. En 2017, le montant notifié moyen diminue globalement lorsque le niveau de ressources augmente. À caractéristiques identiques, les équipes médico-sociales proposent un montant d'aide humaine plus faible de 91 euros à un bénéficiaire dont les ressources mensuelles¹⁰ sont comprises entre 2 000 et 2 500 euros qu'à un bénéficiaire dont les ressources sont inférieures à 740 euros.

Les dépenses couvertes par l'APA à domicile sont d'autant plus élevées que le bénéficiaire est dépendant. La répartition par GIR des montants versés par le conseil départemental dans l'année,

après déduction de la participation financière des bénéficiaires, diffère donc de celle des bénéficiaires. Ainsi, en 2020, 37 % des montants versés pour l'APA à domicile sont destinés à des bénéficiaires en GIR 4, 27 % à ceux en GIR 3, 30 % à ceux en GIR 2 et 6 % à ceux en GIR 1 (contre respectivement 58 %, 22 %, 18 % et 2 % des bénéficiaires).

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

En 2017, un plan d'aide d'APA notifié sur huit est saturé, c'est-à-dire que son montant est égal ou presque au plafond maximal d'aide¹¹ (encadré 1) [Latourelle, Ricroch, 2020]. Cette proportion est nettement plus faible qu'en 2011 (-9 points), sans doute en raison de la forte revalorisation des plafonds maximaux de l'APA consécutive à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015 (encadré 2). La baisse est d'autant plus marquée que le besoin d'aide à l'autonomie est important, la revalorisation du plafond ayant été plus élevée pour les bénéficiaires les plus dépendants.

Par ailleurs, en 2017, près d'un bénéficiaire sur deux (47 %) ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine qui lui a été notifié. Cette proportion est plus élevée de 10 points pour les moins dépendants (GIR 4) que pour les plus dépendants (GIR 1). Ceux qui ne consomment pas la totalité du montant d'aide notifié ne dépensent pas, en moyenne, un tiers du montant notifié d'aide humaine. Les bénéficiaires aux ressources intermédiaires, pour qui le reste à charge constitue une part importante des ressources en cas de recours aux aides humaines, sous-consomment davantage que les autres.

Des évolutions différenciées des dépenses à domicile et en établissement

Entre 2003 et 2014, les dépenses d'APA augmentent fortement, et encore plus nettement en

9. Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017. Les chiffres présentés ici portent sur les aides notifiées dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale, mais certaines de ces aides peuvent ne pas avoir été mises en œuvre.

10. Les ressources considérées sont celles du bénéficiaire ou, le cas échéant, du couple (voir fiche 12).

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

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

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

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

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

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, bénéficiaires de l'APA à domicile payés au titre du mois de décembre 2017.

Source > Remontées individuelles APA-ASH 2017, DREES.

Encadré 1 Définitions des montants associés à l'APA

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

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

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

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

établissement qu'à domicile (de respectivement +101 % et +51 % en euros courants¹²). À l'inverse, le nombre de bénéficiaires croît plus fortement à domicile (+75 %) qu'en établissement (+44 %). Au total, si en 2003 la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire¹³ est plus élevée de 77 % à domicile qu'en établissement, l'écart se réduit rapidement (46 % en 2005, 10 % en 2020) et ces deux dépenses convergent vers la même valeur en 2014, de 4 700 euros en euros constants 2020¹⁴, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation (*graphique 3*). Entre 2014 et 2020, les évolutions sont plus modérées et moins différenciées entre APA à domicile et APA en établissement. En 2020, la dépense moyenne par bénéficiaire s'établit à 4 800 euros à

domicile (soit 400 euros par mois) et à 4 600 euros en établissement (soit 380 euros par mois).

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

L'accroissement des dépenses d'APA à domicile entre 2015 et 2017 est pour l'essentiel un effet de la loi ASV, qui prévoit notamment une revalorisation des montants plafonds de cette allocation. Celle-ci varie selon le degré d'autonomie des bénéficiaires et, en conséquence, la dynamique des montants moyens d'APA varie également selon cette dimension. Les montants des plans d'aide consommés par les personnes les plus

Encadré 2 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. Le seuil de ressources au-dessous duquel le bénéficiaire n'acquitte aucune participation financière est égal à 813,39 euros au 1^{er} mars 2020.

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

Deux nouvelles mesures d'aide aux proches aidants ont été introduites. Le droit au répit pour les proches aidants se traduit par une majoration maximale du plan d'aide de 508,23 euros annuels, permettant d'aller au-delà du montant maximal normal des plans d'aide, pour financer un 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 1 009,73 euros par hospitalisation peut être alloué pour financer un hébergement temporaire de la personne aidée ou un relais à domicile. Ces deux mesures d'aide au répit des proches aidants sont progressivement mises en place depuis 2016. En 2020, 79 départements ont déclaré avoir mis en place le droit au répit des proches aidants, ils n'étaient que 60 en 2018. De même, 75 départements ont mis en place le relais des proches aidants hospitalisés en 2020 (contre 58 en 2018).

12. Soit +70 % et +28 % en euros constants.

13. Elle est calculée comme le rapport entre les dépenses annuelles et la demi-somme du nombre de bénéficiaires en décembre de l'année et de celui de l'année précédente.

14. Soit 4 450 euros en euros courants.

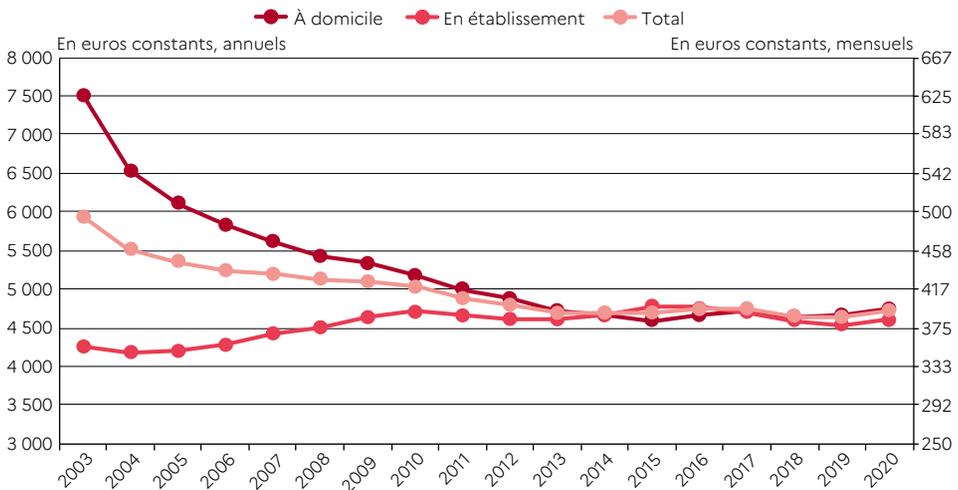
dépendantes, classées en GIR 1, augmente d'environ 100 euros en moyenne entre 2015 et 2017. La hausse est moindre pour les personnes en GIR 2 et 3 et ne concerne pas celles en GIR 4, dont le montant moyen d'APA consommé continue de diminuer après 2015, même si c'est à un rythme plus lent qu'auparavant.

La loi a également révisé le barème utilisé pour calculer le montant acquitté par les bénéficiaires, ce qui se traduit par une dynamique différente pour les dépenses des départements et pour les montants de participation des bénéficiaires. Prises dans leur ensemble, les évolutions liées à la loi ASV ne semblent pas avoir eu d'effet majeur sur ces derniers. Le montant moyen de leur participation est estimé à 97 euros en 2017, tous GIR confondus, contre 98 euros en 2015. Néanmoins, une baisse du taux de participation des bénéficiaires d'environ deux points est observée entre 2015 et 2016. Cet effet

bénéficie surtout aux plus dépendants. En effet, la diminution la plus importante (-4,4 points) est observée pour les bénéficiaires en GIR 1, tandis qu'elle est quasi nulle pour ceux en GIR 4. Cette baisse est contrebalancée par la hausse des montants moyens liée au relèvement des plafonds, d'où la stabilité du montant moyen payé par les bénéficiaires.

Au total, le montant de l'APA consommé par les personnes âgées vivant à domicile baisse de 36 euros en moyenne (en euros courants) entre 2011 et 2015, puis, à la suite de la mise en œuvre de la loi ASV, augmente de 17 euros entre 2015 et 2017, pour atteindre 449 euros par mois. Après déduction de la part payée par les bénéficiaires, le montant mensuel moyen versé par les conseils départementaux est estimé à 352 euros par bénéficiaire en 2017¹⁵, tous GIR confondus. Il a diminué de 25 euros par rapport à 2011 mais a augmenté de 15 euros entre 2015 et 2016,

Graphique 3 Évolution de la dépense annuelle moyenne de l'APA par bénéficiaire entre 2003 et 2020



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

Lecture > En 2020, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est de 4 756 euros à domicile, soit 369 euros par mois.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

¹⁵. Ce montant moyen versé par le conseil départemental diffère de la dépense moyenne par bénéficiaire. Celle-ci correspondant à une dépense inscrite au compte administratif, rapportée à un nombre moyen de bénéficiaires. Elle ne peut donc être aussi précise, et est, de plus, influencée par des décalages de trésorerie.

et est stable en 2017. Pour les personnes en GIR 1 et 2, il a augmenté respectivement de 70 et 20 euros entre 2011 et 2017, alors qu'il a baissé de 25 euros pour les personnes en GIR 3 et de 40 euros pour celles en GIR 4. En resituant ainsi les effets de

la loi ASV dans une perspective d'évolution sur le moyen terme, les ressources des conseils départementaux consacrées à l'APA à domicile semblent donc avoir été réallouées au bénéfice des personnes âgées les plus dépendantes. ■

Pour en savoir plus

- > La page internet sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est disponible sur le site de la DREES.
- > Des données complémentaires détaillées nationales et départementales sur l'APA sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.
- > **Arnault, L.** (2020, juin). Une comparaison des plans d'aide notifiés et consommés des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 59.
- > **Arnault, L., Roy, D.** (2020, juin). Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié. DREES, *Études et Résultats*, 1 153.
- > **Arnault, L.** (2019, juillet). Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants. DREES, *Études et Résultats*, 1 118.
- > **Aubert, P.** (2021, octobre). Allocation personnalisée d'autonomie : la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire diminue depuis 2010. DREES, *Études et Résultats*, 1 212.
- > **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.
- > **Brunel, M., Latourelle, J., Roy, D.** (2019, juillet). Les disparités d'APA à domicile entre départements. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 37.
- > **Couvert, N.** (2017, octobre). Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées. DREES, *Études et Résultats*, 1 033.
- > **Faure, E., Miron de l'Espinay, A.** (2021, octobre). Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques. DREES, *Études et Résultats*, 1 214.
- > **Latourelle, J.** (2019, mars). Deux ans d'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement - Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA à domicile en 2016-2017. DREES, *Études et Résultats*, 1 109.
- > **Latourelle, J., Ricroch, L.** (2020, juin). Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017 - Premiers résultats des remontées individuelles sur l'APA de 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1 152.
- > **Miron de l'Espinay, A., Ricroch, L.** (2021, juillet). En 2020, trois Ehdad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, 1 196.

Fin 2020, 116 500 personnes de 60 ans ou plus bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) au titre d'un hébergement en établissement, pour une dépense nette des récupérations associée de 1,3 milliard d'euros sur l'ensemble de l'année. Après plusieurs années de relative stabilité, la dépense moyenne par bénéficiaire augmente en 2020 mais reste très hétérogène selon les territoires. Les modalités de gestion de l'ASH varient d'un département à l'autre, que ce soit sur le recours aux récupérations, l'avance ou non des frais d'hébergement aux établissements, ou encore le calcul du montant de la participation du bénéficiaire.

Les personnes âgées accueillies chez des particuliers ou dans un établissement (public ou privé du secteur médico-social ou sanitaire) peuvent accéder, en fonction de leurs ressources, à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), afin d'acquitter tout ou partie de leurs frais de séjour (voir fiche 12).

Une baisse du nombre de bénéficiaires inédite depuis 2002

Fin 2020, 116 500 personnes âgées bénéficient de l'ASH au titre d'un hébergement en établissement, soit moins de 1 % de la population âgée de 60 ans ou plus. Elles occupent 15 % des 770 600 places d'hébergement installées en établissement pour personnes âgées au 31 décembre 2020 et 22 % des 519 000 places habilitées à l'aide sociale¹ au 31 décembre 2019 (voir fiche 18). Parmi ces bénéficiaires, 98 900 vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), 7 100 en unité de soins de longue durée, 2 400 en maison de retraite (hors Ehpad) et 7 000 en résidence autonomie. L'ASH peut également être versée aux personnes âgées accueillies chez des particuliers (1 800 fin 2020). Par ailleurs, outre les personnes âgées bénéficiaires de l'ASH, 17 700 personnes handicapées résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou en unité de soins de longue durée bénéficient d'une aide sociale à l'accueil (voir fiche 24).

Entre fin 2019 et fin 2020, le nombre de bénéficiaires de l'ASH en établissement diminue de 3,5 % (tableau 1), une baisse bien plus marquée que celles des années précédentes (-0,6 % par an en moyenne entre 2016 et 2019). Cette évolution est à rapprocher de la hausse de la mortalité des plus âgés dans le contexte sanitaire, lié au Covid-19, que la France a connu en 2020.

Entre 2000 et 2003, le nombre de bénéficiaires de l'ASH en établissement a diminué, passant de 120 000 à 114 400. Il a ensuite eu tendance à augmenter jusqu'en 2011 (121 900), puis a oscillé pour atteindre 122 800 fin 2016. Depuis cette date, il ne cesse de baisser.

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

Les femmes sont très majoritaires parmi les bénéficiaires de l'ASH en établissement. Néanmoins, leur proportion y est moins élevée (66 %) que dans l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans vivant en établissement (73 %) [tableau 2]. Les bénéficiaires de l'ASH sont relativement plus jeunes que l'ensemble des personnes âgées vivant en établissement : 26 % des bénéficiaires ont moins de 75 ans, contre 13 % des personnes âgées vivant en établissement. Au contraire, 47 % des bénéficiaires de l'ASH ont 85 ans ou plus, contre 64 % parmi l'ensemble des personnes âgées en établissement.

1. Sources : DREES, Panorama statistique Jeunesse - Sports - Cohésion sociale 2021 pour le nombre total de places installées au 31 décembre 2020 ; et DREES, enquête EHPA 2019 pour le nombre de places habilitées à l'aide sociale au 31 décembre 2019.

D'une manière plus large, les profils des bénéficiaires de l'ASH aux personnes âgées ou handicapées en établissement d'hébergement pour personnes âgées et ceux des non-bénéficiaires

présentent des différences marquées². En particulier, les résidents qui perçoivent l'ASH sont présents depuis plus longtemps dans l'établissement que les autres résidents, mais ils sont aussi

Tableau 1 Bénéficiaires de l'ASH aux personnes âgées en établissement et dépenses associées, de 2000 à 2020

	2000	2005	2010	2015	2019	2020	Taux d'évolution annuel moyen (en %)			
							2005-2010	2010-2015	2015-2019	2019-2020
Nombre de bénéficiaires au 31 décembre, en milliers	120	118	122	122	121	117	0,6	0,0	-0,2	-3,5
Dépenses annuelles, en millions d'euros courants	882	909	1 157	1 251	1 254	1 279	4,9	1,6	0,1	1,9
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire, en euros par bénéficiaire	600	640	790	860	870	900	4,3	1,6	0,2	3,8

Notes > Pour le calcul de la dépense mensuelle moyenne par bénéficiaire, les dépenses annuelles sont rapportées au nombre moyen de bénéficiaires sur l'année, estimé par demi-somme des effectifs au 31 décembre des années n et $n-1$, puis divisées par 12. Il s'agit donc d'une approximation.

Les dépenses sont des dépenses brutes après récupérations auprès des bénéficiaires, des obligés alimentaires, et sur succession. Les personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale pour leur accueil dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ne sont pas ici prises en compte parmi les bénéficiaires de l'ASH.

Lecture > Fin 2020, 117 000 personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficient de l'ASH en établissement, pour une dépense nette des récupérations associée de 1,279 milliard d'euros sur l'ensemble de l'année.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

	Bénéficiaires de l'ASH en établissement fin 2020	Population vivant en EHPA fin 2019	Ensemble de la population de 60 ans ou plus au 1 ^{er} janvier 2021
Femmes	66	73	56
Hommes	34	27	44
moins de 65 ans	4	3	23
de 65 à 69 ans	9	4	21
de 70 à 74 ans	13	6	20
de 75 à 79 ans	12	8	13
de 80 à 84 ans	16	15	10
de 85 à 89 ans	19	26	8
de 90 à 94 ans	17	25	4
95 ans ou plus	10	13	1

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Notes > Pour la population vivant en établissement, la répartition présentée correspond à la situation fin 2019. Celle des bénéficiaires de l'ASH en établissement et de la population de 60 ans ou plus correspond à la situation fin 2020. Les personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale pour leur accueil en EHPA ne sont pas ici prises en compte parmi les bénéficiaires de l'ASH.

Lecture > Fin 2020, les femmes représentent 66 % des bénéficiaires de l'ASH en établissement.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale; DREES, enquête EHPA 2019; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

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

nettement plus jeunes et entrés à un âge sensiblement plus bas. Ils sont par ailleurs un peu plus dépendants, notamment au regard des critères de cohérence dans la communication et le comportement. Ils sont également moins fréquemment en couple et ont moins souvent des enfants en vie et un patrimoine immobilier. Ces caractéristiques peuvent être reliées au parcours antérieur de ces résidents : les bénéficiaires de l'ASH comptent une proportion plus importante de personnes handicapées et de personnes originaires, avant leur entrée dans l'établissement, d'un établissement sanitaire ou médico-social plutôt que d'un domicile personnel.

Des dépenses en hausse en 2020, après plusieurs années de stabilité

En 2020, les dépenses brutes des départements pour l'ASH en établissement (*encadré 1*), après

recupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers³, s'établissent à 1,3 milliard d'euros. Entre 2000 et 2011, elles ont augmenté de 38 % en euros courants mais de 14,3 % en euros constants⁴, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation, soit un taux de croissance annuel moyen de 3,0 % en euros courants et de 1,2 % en euros constants. Entre 2011 et 2019, elles connaissent des variations, relativement faibles (+0,4 % en moyenne par an en euros courants, mais -0,6 % en euros constants). Entre 2019 et 2020, elles augmentent⁵ de 1,9 % en euros courants (1,5 % en euros constants). Entre 2000 et 2019, l'évolution de la dépense moyenne par bénéficiaire est très proche de celle de la dépense totale. À la période de croissance entre 2000 et 2011 (+3,0 % en moyenne par an en euros courants, +1,2 % en euros constants), succède ainsi une phase de stabilisation entre 2011 et 2019.

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

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

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

Cette convention pour l'ASH est appliquée par la DREES à partir de l'édition 2019 du Panorama *L'aide et action sociales en France*. Les données diffèrent donc et ne peuvent pas être comparées à celles publiées dans les éditions 2018 et antérieures de l'ouvrage.

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

4. Les évolutions de dépenses exprimées en euros constants sont les évolutions déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

5. Ces évolutions contrastées des dépenses et du nombre de bénéficiaires en fin d'année peuvent sembler contradictoires, mais l'écart doit être nuancé au regard du contexte très particulier de l'année 2020 et des évolutions infra-annuelles du nombre de bénéficiaires, qui ne peuvent être analysées ici, mais qui ont une influence sur les dépenses annuelles. De plus, les dépenses sont celles réalisées en 2020, mais elles peuvent aussi comprendre des dépenses au titre de l'année 2019 (rappels, régularisations comptables, etc.).

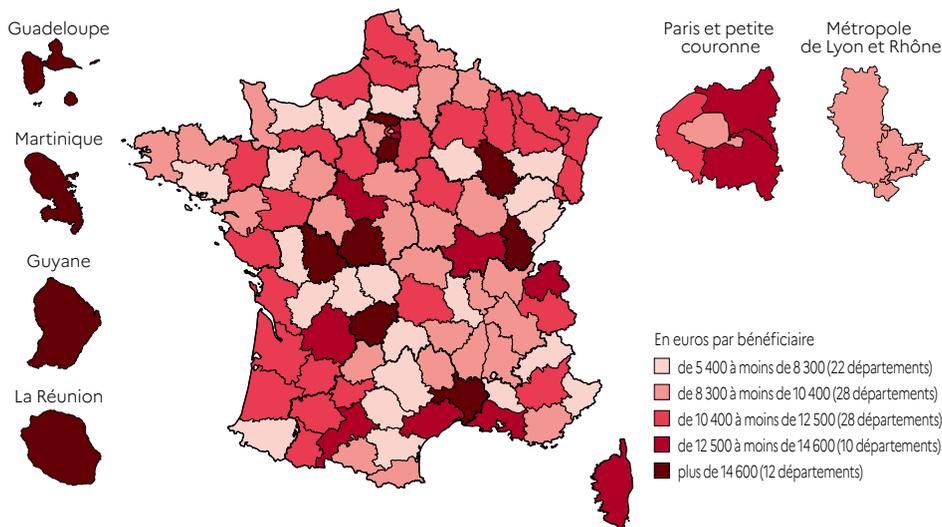
Au niveau national, la dépense moyenne par bénéficiaire s'élevé à 10 800 euros en 2020, soit 900 euros par mois, avec d'importantes différences selon les départements. Près de 6 collectivités sur 10 présentent une dépense annuelle moyenne par bénéficiaire qui varie entre 8 300 et 12 400 euros, soit dans une fourchette assez large de plus ou moins 20 % autour de la médiane⁶, qui s'établit à 10 400 euros (carte 1). 22 départements se distinguent par des montants plus faibles (entre 50 % et 80 % de la valeur médiane). À l'opposé, 22 départements présentent les valeurs les plus élevées, dont 12 pour lesquelles elles sont supérieures à 14 600 euros, soit 140 % de la valeur médiane. Les variations au sein de ce dernier groupe sont particulièrement fortes.

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

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

Conformément aux dispositions du Code de l'action sociale et des familles (CASF), la participation demandée au bénéficiaire ne doit pas le priver de toute ressource. Celui-ci doit pouvoir disposer, une fois la participation aux frais d'hébergement déduite, d'au moins 10 % de ses ressources initiales, et ce reste à vivre doit se situer au-dessus d'une somme plancher de 99,98 euros par mois en 2018⁷. Certains départements vont plus loin et lui ajoutent un montant permettant de couvrir

Carte 1 Dépenses brutes annuelles moyennes d'ASH en établissement par bénéficiaire, en 2020



Note > La dépense brute est appréciée après récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers. Au niveau national, la dépense brute annuelle moyenne par bénéficiaire est de 10 800 euros. La valeur médiane, au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 10 400 euros. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année n au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre $n-1$ et des bénéficiaires au 31 décembre n .

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

7. Ce montant est de 108 euros au 1^{er} janvier 2020. Une somme minimale correspondant au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, doit être laissée au conjoint éventuel restant à domicile : 833 euros par mois en 2018, 903 euros en 2020.

certaines autres dépenses – ou, ce qui revient au même, déduisent ce montant de la participation demandée au bénéficiaire. Ainsi, dans 86 % des départements, les frais liés à la dépendance des personnes évaluées en GIR 5 ou 6 sont couverts par l'ASH en 2018 (graphique 1). Ces frais sont parfois couverts dans 6 % des collectivités et ils ne le sont jamais dans 8 %.

En outre, les départements ajoutent, systématiquement ou occasionnellement, un montant au reste à vivre, permettant de couvrir certaines charges du type frais de tutelle, de mutuelle et/ou d'assurance. En 2018, les frais de tutelle sont ainsi toujours pris en compte dans 86 % des départements, et parfois seulement dans 13 %. Cela est fréquent, mais dans une moindre mesure pour les frais de mutuelle, qui sont systématiquement pris en compte dans 75 % des départements, et parfois dans les autres départements. Les prélèvements fiscaux ou les frais d'assurance sont toujours

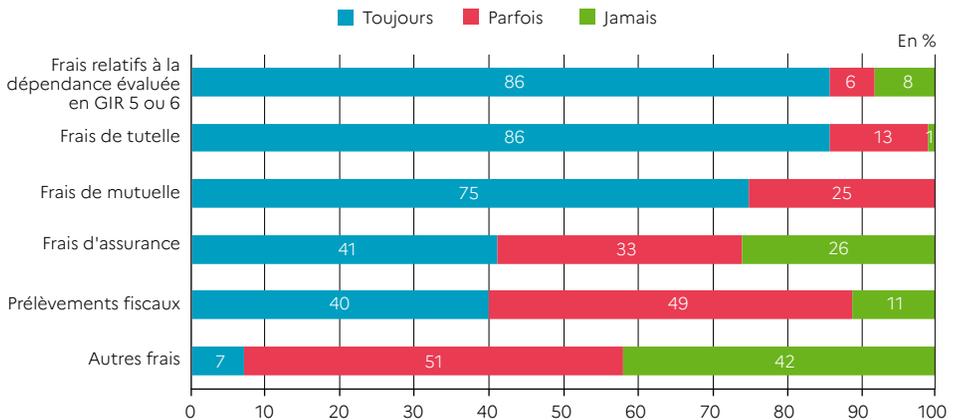
ou parfois pris en charge dans respectivement 89 % et 74 % des collectivités locales.

Enfin, d'autres charges ponctuelles ou exceptionnelles (frais d'obsèques, dettes de loyer, frais d'appareillage dentaire ou auditif non pris en charge par la Sécurité sociale ou la mutuelle, pension alimentaire...) sont également retenues (« toujours » et « parfois » dans respectivement 7 % et 51 % des départements en 2018).

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

En 2018, lorsque le bénéficiaire de l'ASH a des débiteurs alimentaires et que leur capacité contributive le permet, tous les départements déclarent recourir à l'obligation alimentaire auprès des enfants du bénéficiaire, 92 % auprès des gendres ou des belles-filles⁸. Ils ne sont que 32 % à la pratiquer auprès des petits-enfants. Enfin, 13 % des

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



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

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

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

⁸. Un gendre ou une belle-fille n'est plus obligé alimentaire de ses beaux-parents si son époux ou épouse et ses enfants sont décédés.

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

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

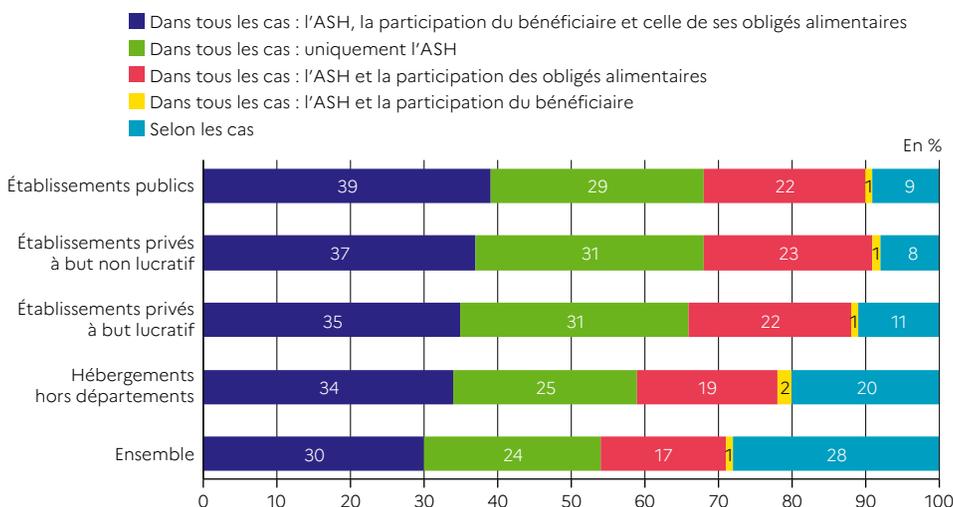
Une gestion de l'ASH différente selon les départements et selon les types d'établissement

L'organisation du versement de l'ASH n'est pas identique dans l'ensemble des départements. Elle varie aussi selon les établissements ou les situations. En 2018, 30 % des collectivités versent toujours à l'établissement l'ensemble des frais d'hébergement, incluant l'ASH, la participation du bénéficiaire et celle des obligés alimentaires, lorsqu'il y en a une (graphique 2). Ils peuvent ensuite récupérer ces deux dernières auprès des intéressés. À l'inverse, 24 % des départements ne s'acquittent, systématiquement, auprès des établissements,

que des frais d'hébergement résiduels, une fois déduite la participation des bénéficiaires et des obligés alimentaires. D'autres pratiques, intermédiaires, existent : 17 % des départements versent toujours à l'établissement l'ASH et la participation éventuelle des obligés alimentaires, mais pas celle du bénéficiaire. Enfin, 28 % des départements déclarent que cela dépend des cas. Par exemple, 25 % des départements versent « parfois » seulement l'ensemble des frais d'hébergement à l'établissement. Ces modalités de paiement varient légèrement selon le statut de l'établissement et selon qu'il est situé dans le département concerné ou non. Ainsi, il est plus fréquent que les départements n'aient pas de pratique systématique lorsqu'il s'agit d'établissements privés à but lucratif ou d'établissements situés en dehors du département, quel que soit leur statut.

Au total, en 2018, 31 % de collectivités versent toujours à l'établissement la participation du bénéficiaire (qu'ils récupèrent ensuite), 28 % le font parfois et 41 % jamais. Ces proportions varient légèrement selon le statut de l'établissement, mais surtout si l'établissement est en dehors du département financeur de l'ASH. La participation des

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



Lecture > En 2018, 30 % des départements versent systématiquement à l'établissement le montant de l'ASH, l'avance de la participation du bénéficiaire et de celle de ses obligés alimentaires.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

obligés alimentaires est globalement beaucoup plus souvent versée par les conseils départementaux aux établissements (toujours dans 54 % des cas, parfois dans 19 % des cas), particulièrement dans les établissements publics.

En 2018⁹, les montants récupérés s'élèvent à 888 millions d'euros (tableau 3). Deux tiers des sommes récupérées le sont auprès des bénéficiaires, 21 % sur les successions et 13 % auprès des obligés alimentaires. ■

Tableau 3 ASH : répartition des montants récupérés, en 2018

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

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

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires, nationales et départementales, sur les bénéficiaires et les dépenses d'ASH et sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.
- > Des données complémentaires sur les modalités de gestion de l'ASH au niveau départemental sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.

⁹. Ces estimations ne peuvent être réalisées tous les ans, avec les données collectées dans l'enquête Aide sociale. Un module ponctuel de l'enquête a permis ce travail pour l'année 2018.

Le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est en partie couvert par des aides publiques. Le reste à charge pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile est estimé à 47 euros par mois en 2019, soit 2,5 % des ressources des bénéficiaires ; il croît avec le revenu et le niveau de dépendance. Lorsqu'elles vivent en établissement, les personnes âgées doivent s'acquitter de frais de séjour, qui représentent une part élevée de leurs revenus courants, voire les dépassent largement, même en tenant compte des différentes aides possibles.

Les prestations d'aide sociale départementale aux personnes âgées se combinent à d'autres aides publiques – notamment fiscales – pour permettre à ces personnes de faire face au coût de la perte d'autonomie. Des simulations permettent de mesurer les effets globaux de ces aides.

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

La prise en charge de la perte d'autonomie des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, telle qu'évaluée par l'équipe médico-sociale dans le cadre du plan d'aide qu'elle établit (voir fiche 15), coûterait en moyenne 574 euros par mois et par bénéficiaire en 2019¹. Cependant, ce montant notifié peut n'être que partiellement consommé par certains bénéficiaires. Une fois les comportements de sous-consommation des plans d'APA pris en compte, la dépense effective serait en moyenne de 483 euros par mois et par bénéficiaire en 2019². Elle est couverte à 80 % par l'APA.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, une autre aide est attribuée aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile, le crédit d'impôt pour l'emploi d'un

salarié à domicile, remplaçant la réduction d'impôt accordée jusqu'alors. Cette aide couvre en moyenne 10 % de la dépense. Un solde de 47 euros par mois, en moyenne, reste à la charge des allocataires de l'APA à domicile.

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 (groupe iso-ressources [GIR]) et le niveau de ressources³ (*graphique 1*). Les restes à charge sont plus élevés pour les personnes les plus dépendantes : 89 euros par mois en moyenne pour les personnes en GIR 1 contre 33 euros pour les personnes en GIR 4. Néanmoins, les taux d'effort restent faibles dans les deux cas (4 % et 2 % des revenus respectivement). Par ailleurs, depuis 2017, le reste à charge et le taux d'effort augmentent avec le niveau de revenu des personnes âgées dépendantes (*graphique 2*), alors que cela était moins net avant la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)⁴ et avant la mise en place du crédit d'impôt.

Si le reste à charge moyen pour le senior après APA et crédit d'impôt est de 47 euros au niveau national, ce montant moyen varie, selon les

1. Le modèle Autonomix (voir Annexe 1) s'appuie sur des données individuelles relatives aux années 2016 ou 2017, mais des données complémentaires sont mobilisées pour actualiser celles-ci et rendre ainsi les simulations représentatives de la situation en 2019.

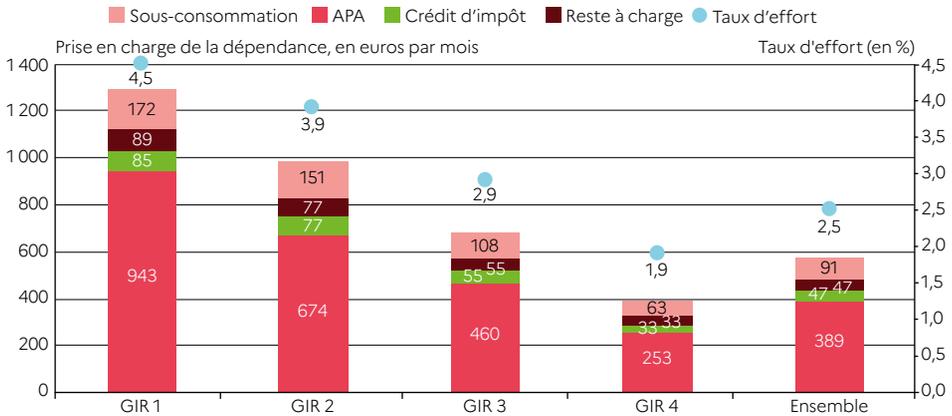
2. Ce montant est égal à la part du plan d'aide notifié par l'équipe médico-sociale du département qui est consommée, tel que simulé par le modèle Autonomix de la DREES (voir Annexe 1). L'année de référence de la simulation est 2019.

3. Les termes « ressources » et « revenu » désignent dans cette fiche les ressources au sens de l'APA (voir fiche 12) mais corrigées de façon à inclure l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, ou « minimum vieillesse »), ce qui suppose qu'il n'y a pas de non-recours au minimum vieillesse.

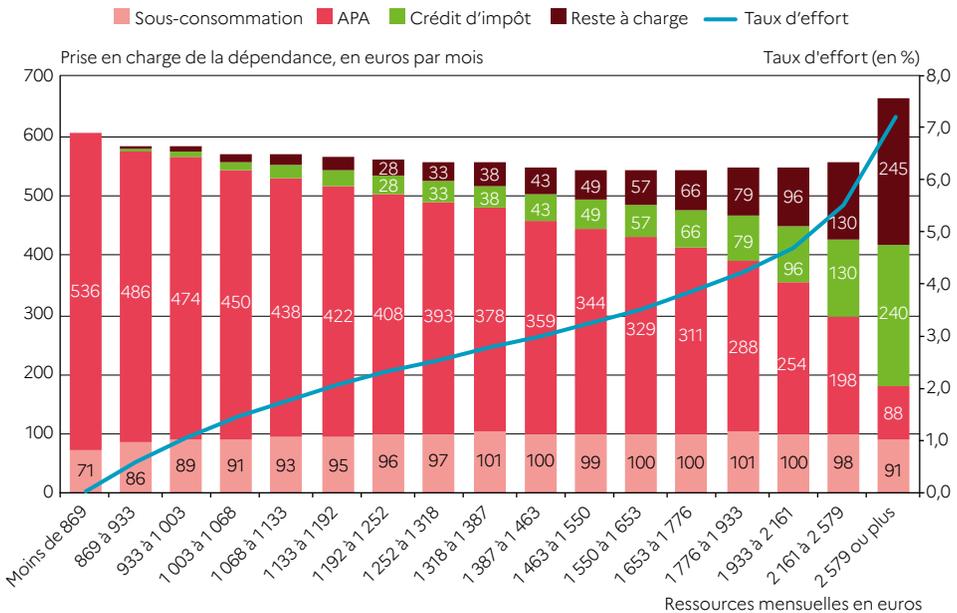
4. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

Graphique 1 Prise en charge de la dépendance et taux d'effort des bénéficiaires de l'APA à domicile, en 2019

1a - Prise en charge de la dépendance et taux d'effort selon le GIR



1b - Prise en charge de la dépendance et taux d'effort selon le revenu du bénéficiaire



APA : allocation personnalisée d'autonomie.

Lecture > Un senior en GIR 1 vivant à domicile a un plan notifié de 1 289 euros par mois en moyenne, auquel il faut retrancher 172 euros qui ne sont en réalité pas consommés. Son reste à charge s'élevé à 89 euros en moyenne, ce qui correspond à un taux d'effort de 4,5% de son revenu.

Notes > Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile d'environ 5%, excepté pour la première tranche qui totalise 20% de cette population. Le reste à charge est défini ici comme la participation du bénéficiaire au plan consommé après APA et crédit d'impôt. 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 (868 euros par mois pour une personne seule et 1 348 euros par mois pour un couple).

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte ; bénéficiaires de l'APA à domicile en 2019.

Sources > DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomie.

départements, de 12 à 97 euros⁴ (carte 1). Il est le plus faible à La Réunion et à la Martinique, avec un reste à charge inférieur à 25 euros. Dans deux tiers des collectivités pour lesquelles il a pu être calculé, le montant est compris entre 25 et 50 euros. Dans près de trois départements sur dix, il est supérieur, notamment dans trois d'entre eux (Hauts-de-Seine, Yvelines et Paris) où il excède 75 euros. Ces disparités s'expliquent avant tout par les différences de niveau de perte d'autonomie et de revenus des populations. Le reste à charge apparaît ainsi le plus élevé dans les départements où les revenus sont en moyenne les plus élevés.

De forts restes à charge en institution

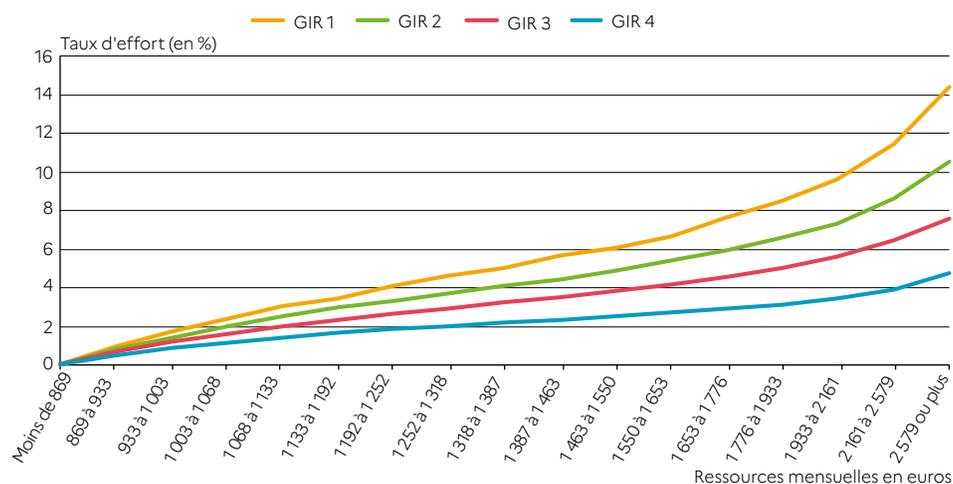
Les personnes âgées en établissement doivent s'acquitter de frais de séjour, comprenant les

tarifs hébergement et dépendance. Ceux-ci s'élèvent en moyenne à 2 385 euros par mois en 2019 : 1 875 euros pour l'hébergement et 510 euros au titre du tarif dépendance.

Les personnes les plus aisées 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, excepté pour les seniors disposant des revenus mensuels les plus élevés. Ces derniers ont des tarifs dépendance légèrement plus faibles, ce qui peut s'expliquer par une proportion de seniors en GIR 5 ou 6 plus importante (graphique 3).

Pour faire face aux frais de séjour, les personnes âgées peuvent percevoir différentes

Graphique 2 Taux d'effort à domicile par GIR et par ressources, en 2019



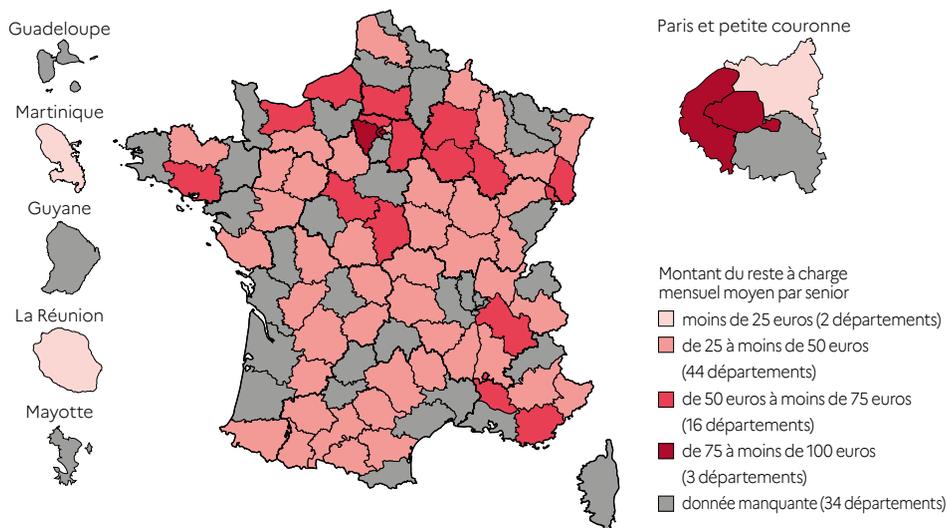
Notes > Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile d'environ 5 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu. 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 (868 euros par mois pour une personne seule et 1 348 euros par mois pour un couple).

Lecture > Un senior en GIR 1 résidant à domicile qui a un revenu compris entre 1 192 et 1 252 euros par mois a un taux d'effort égal à 4 % de ses ressources.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte ; bénéficiaires de l'APA à domicile en 2019.

Sources > DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix.

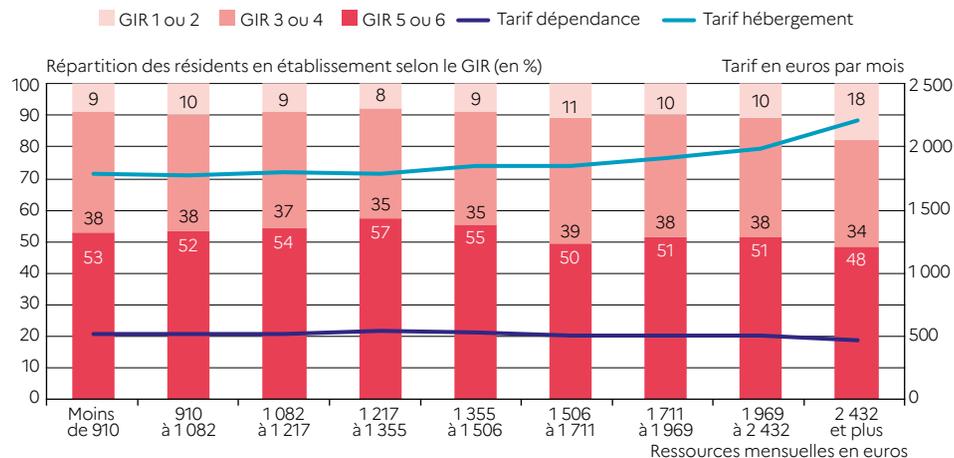
5. L'analyse peut ici être menée pour 65 départements, pour lesquels les données fournies par les conseils départementaux dans le cadre des remontées individuelles APA-ASH de 2017 sont de qualité suffisante. Pour les autres, des problèmes de couverture ou de qualité des données remontées empêchent malheureusement d'établir des résultats représentatifs au niveau départemental.

Carte 1 Reste à charge moyen des bénéficiaires de l'APA à domicile, en 2019

Note > Le reste à charge est défini ici comme la participation du bénéficiaire au plan consommé après l'APA et le crédit d'impôt. Au niveau national, ce reste à charge est de 47 euros en moyenne.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte ; bénéficiaires de l'APA à domicile en 2019.

Sources > DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix.

Graphique 3 Répartition des résidents en établissement par GIR et frais de séjour moyens selon le niveau de ressources, en 2019

Lecture > Les seniors ayant des ressources comprises entre 1 082 et 1 217 euros ont des frais qui s'élèvent à 1 803 euros pour les frais d'hébergement et à 521 euros pour les frais de dépendance, en moyenne, par mois. La part des GIR 1 ou 2 dans cette tranche de ressources est de 54 %.

Notes > Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Les ressources sont prises « au sens de l'APA », telles que prises en compte par les conseils départementaux, mais redressées de manière à ne pas pouvoir être inférieures à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) personne seule si le senior est seul, et à la moitié de l'ASPA couple si le senior est en couple.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte ; personnes âgées résidant en Ehpad ou en USLD en 2019.

Sources > Enquête CARE-Institutions 2016 appariées aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES.

aides. Le montant moyen de celles-ci (toutes aides confondues, avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement [ASH]) est de 428 euros par mois en moyenne : 338 euros d'APA, 44 euros d'aides au logement⁶ et 46 euros de réduction d'impôt. Le reste à charge moyen (avant prise en compte de l'ASH) est ainsi de 1 957 euros par mois, d'après le modèle Autonomix.

En fonction des ressources des personnes, les aides perçues et leurs montants ne sont pas les mêmes : les personnes aux ressources les plus modestes perçoivent des aides au logement et l'ASH, tandis que les personnes les plus aisées bénéficient de réductions d'impôt.

Les taux d'effort des résidents avant l'ASH, qui rapportent les dépenses aux ressources des personnes, diffèrent peu selon le GIR et sont très élevés, même lorsque l'on tient compte des dispositifs publics qui leur apportent une aide financière (*graphique 4*). En particulier, le

reste à charge est en moyenne supérieur aux ressources (ce qui se traduit par un taux d'effort supérieur à 100 %) jusqu'à environ 2 000 euros de ressources mensuelles. Ainsi, avant la prise en compte de l'éventuelle ASH, 79 % des résidents sont dans l'impossibilité de financer leurs frais de séjour à partir de leurs seules ressources « courantes ». Une partie de ces résidents recourt à l'ASH, mais relativement peu par rapport à l'ampleur du phénomène (18 %) et leur taux d'effort avoisine 90 %, par « construction » de l'aide (*graphique 5*). Même une fois les bénéficiaires de l'ASH décomptés, 61 % des résidents – tous niveaux de ressources confondus – ont un reste à charge supérieur à leurs ressources « courantes ». Pour ces personnes qui n'ont pas recours à l'ASH, les principales options possibles pour financer ce reste à charge deviennent alors la mobilisation de leur patrimoine (en particulier de l'épargne financière accumulée) ou le financement par la famille ou par des proches. ■

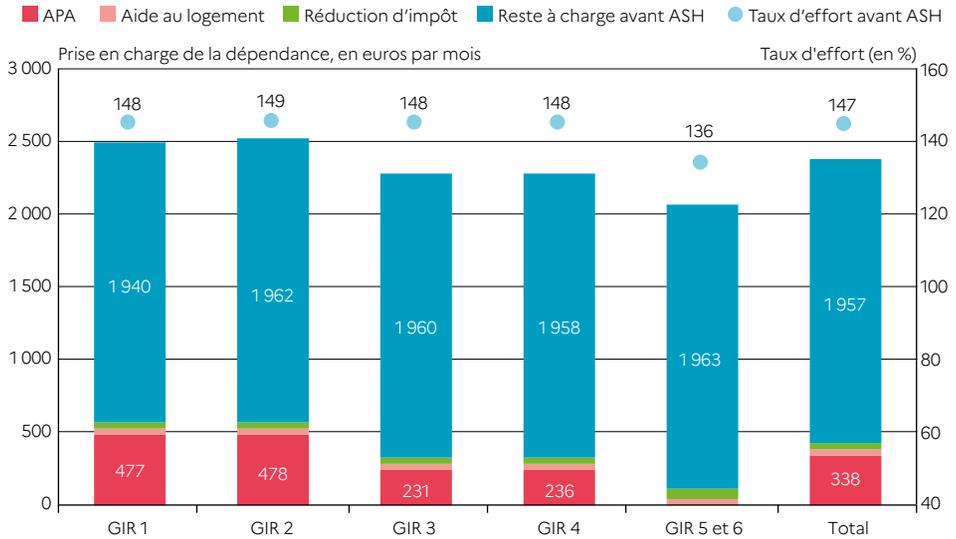
Pour en savoir plus

> **Boneschi, S., Miron de l'Espinay, A.** (2022, juillet). Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? - L'apport du modèle Autonomix – Résultats 2019. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 99.

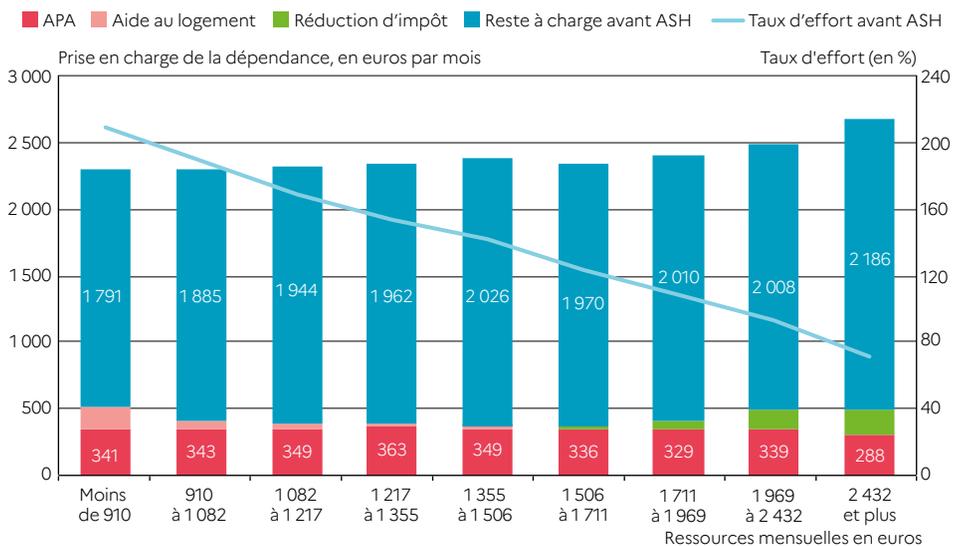
6. Les allocations logement sont toutefois sous-estimées dans le modèle Autonomix, en raison notamment de la sous-représentation des bénéficiaires en zone 1 du zonage APL dans les données utilisées.

Graphique 4 Prise en charge de la dépendance et taux d'effort en établissement, en 2019

4a - Prise en charge de la dépendance et taux d'effort selon le GIR



4b - Prise en charge de la dépendance et taux d'effort selon le revenu du bénéficiaire



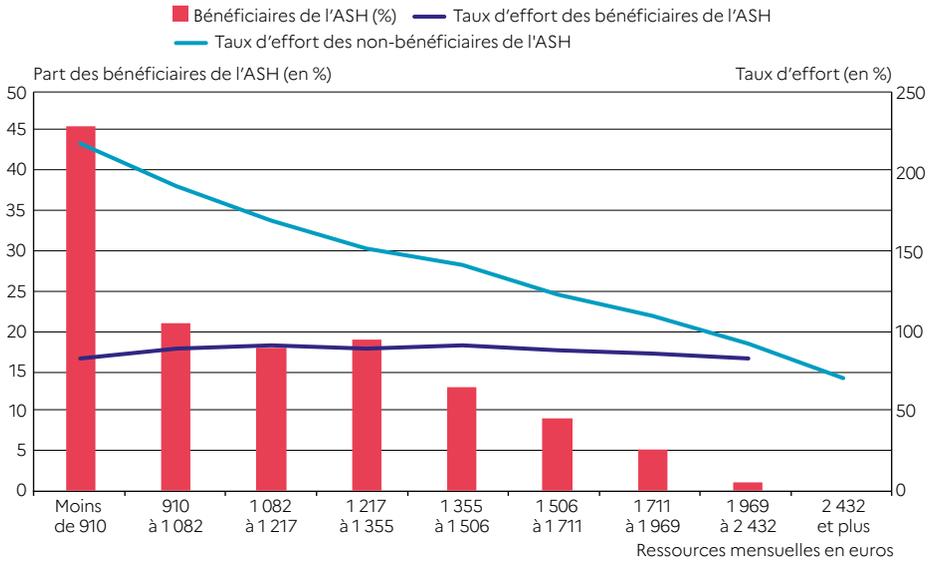
Lecture > Les seniors en GIR 1 ont un reste à charge avant l'ASH de 1 940 euros, en moyenne par mois. Le taux d'effort avant prise en compte de l'ASH est de 148 %.

Notes > Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu. Le reste à charge est défini ici comme les frais de dépendance et d'hébergement auxquels on soustrait l'APA, les aides au logement et la réduction d'impôt. Les ressources sont prises « au sens de l'APA », telles que prises en compte par les conseils départementaux, mais redressées de manière à ne pas pouvoir être inférieures à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) personne seule si le senior est seul, et à la moitié de l'ASPA couple si le senior est en couple.

Champ > France métropolitaine, personnes âgées résidant en Ehpad ou en USLD en 2019.

Sources > Enquête CARE-Institutions 2016 appariées aux données socio-fiscales ; enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES.

Graphique 5 Taux d'effort selon le fait de bénéficier de l'ASH, en 2019



Notes > Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu. Le reste à charge est défini ici comme les frais de dépendance et d'hébergement auxquels on soustrait l'APA, les aides au logement et la réduction d'impôt. Les ressources sont prises « au sens de l'APA », telles que prises en compte par les conseils départementaux, mais redressées de manière à ne pas pouvoir être inférieures à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) personne seule si le senior est seul, et à la moitié de l'ASPA couple si le senior est en couple.

Lecture > Les seniors dont les ressources sont comprises entre 1 082 et 1 217 euros ont un taux d'effort de 91 % lorsqu'ils bénéficient de l'ASH et de 170 % sinon. 18 % des résidents de cette tranche de ressources bénéficient de l'ASH.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte ; personnes âgées résidant en Ehpad ou en USLD en 2019.

Sources > Enquête CARE-Institutions 2016 appariées aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES.

Au 31 décembre 2019, 10 600 structures médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées proposent 760 000 places d'accueil. L'augmentation des capacités d'accueil constatée depuis 2007 ralentit après 2015, sauf pour les résidences autonomie (+4 % au cours des quatre dernières années). Entre 2015 et 2019, les personnes accueillies sont aussi nombreuses, mais plus âgées et plus dépendantes en moyenne. Fin 2019, 85 % des résidents sont en perte d'autonomie (GIR 1 à 4).

Fin 2019, 10 600 structures d'hébergement pour personnes âgées proposent 762 000 places d'accueil (*tableau 1*), en France métropolitaine et dans les DROM, hors Mayotte.

Une majorité de places en Ehpad

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) représentent 70 % des structures d'hébergement pour personnes âgées (*encadré 1*) et totalisent 80 % des places installées¹ (*graphique 1*). Ce sont les structures qui offrent la plus grande capacité moyenne d'accueil (82 places installées, en moyenne), largement devant les résidences autonomie² ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) qui comptent respectivement 50 et 23 places installées, en moyenne.

Le taux d'équipement moyen en structure d'hébergement pour personnes âgées – tous types confondus – atteint 120 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Ce taux d'équipement varie néanmoins selon les départements (*carte 1*). Les départements les moins équipés sont les DROM et la Corse, avec moins de 80 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Puis, dans 23 territoires situés dans l'est, le sud de la France (notamment le pourtour méditerranéen) et en Île-de-France, ce taux est compris entre 80 et 110 places. À l'opposé, un quart des départements

(dont des départements de l'Ouest et le sud du Massif central) disposent de 140 places ou plus pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus.

Entre 2015 et 2019, les capacités d'accueil en résidences autonomie ont progressé de 4 %, soit davantage que l'augmentation globale de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées (+1 % au cours de la même période). La situation était inverse auparavant, l'augmentation globale étant de +4 % entre 2011 et 2015 et de +5 % entre 2007 et 2011. L'évolution de ces capacités d'accueil peut s'expliquer par la mise en application en 2016 des mesures sur les résidences autonomie de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. La loi renforce leur place comme solution d'habitat intermédiaire pour personnes âgées en instaurant notamment le forfait autonomie leur permettant de bénéficier d'un financement spécifique pour les actions de prévention.

La part de la population totale résidant en établissement (y compris en résidences autonomie) diminue au sein de chaque classe d'âge, et ce, même aux âges les plus élevés³. Ce taux d'hébergement est plus important chez les femmes que chez les hommes dans les tranches d'âge les plus élevées. Ainsi, fin 2019, 35 % des femmes de plus de 90 ans résident en établissement pour personnes âgées, contre seulement 21 % des hommes de plus de 90 ans.

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

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

3. Sources : DREES, enquête EHPA 2019 ; Insee, estimations de population, provisoires pour 2019 (données arrêtées fin 2021).

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

Catégorie d'établissement et statut juridique	2019								Évolution entre 2015 et 2019 (en %)		
	Établissements	Places installées	dont places en hébergement permanent	Personnes accueillies	dont personnes en hébergement permanent	Personnels	Effectifs (en ETP) ¹	Taux d'encadrement (en %)	Établissements	Places installées	Effectifs en ETP
Ehpad, dont :	7 480	610 480	588 320	594 700	569 200	448 600	391 600	64,2	1,1	1,7	3,8
privés à but lucratif	1 810	137 590	132 810	129 700	125 500	86 000	78 200	56,8	2,3	3,9	6,3
privés à but non lucratif	2 340	177 280	169 530	174 900	165 800	123 500	106 100	59,9	2,2	3,2	4,1
publics	3 330	295 610	285 980	290 100	277 900	239 100	207 300	70,1	-0,3	-0,2	2,8
USLD	590	31 130	30 930	29 800	29 500	37 500	29 000	93,3	-1,7	-8,1	-17,0
EHPA non Ehpad, dont :	280	6 450	5 090	5 900	5 800	3 700	2 700	41,5	-17,6	-24,1	-16,9
privés à but lucratif	40	960	750	800	800	400	300	34,3	-33,3	-42,9	-49,2
privés à but non lucratif	150	3 740	2 930	3 700	3 500	2 000	1 600	42,9	-28,6	-25,3	-16,2
publics	60	1 190	920	700	900	600	400	31,3	-14,3	-34,3	-46,7
établissements expérimentaux pour personnes âgées	30	560	490	700	600	700	400	66,4			
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	8 350	648 060	624 340	630 400	604 500	489 800	423 300	65,3	0,3	0,8	1,9
Résidences autonomie, dont :	2 260	114 120	113 140	99 600	99 000	18 100	14 100	12,3	0,0	4,5	-2,5
privées à but lucratif	90	4 250	4 100	3 800	3 700	600	500	11,8	0,0	5,2	0,0
privées à but non lucratif	660	31 850	31 500	27 600	27 400	5 200	3 700	11,7	4,8	7,6	1,1
publiques	1 510	78 020	77 540	68 200	67 900	12 300	9 900	12,6	-1,9	3,2	-3,9
Ensemble des établissements	10 610	762 180	737 480	730 000	703 500	507 900	437 400	57,4	0,1	1,4	1,8

ETP : équivalent temps plein ; EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées ; Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; USLD : unités de soins longue durée.

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

Notes > Le nombre d'établissements comptabilisés en 2019 est inférieur au décompte des établissements du répertoire Finess car des établissements étaient fermés ou pas encore ouverts au moment de l'enquête EHPA. Les nombres de places installées et de personnes accueillies incluent les places en accueil de jour et en hébergement temporaire, ainsi que les personnes occupant ces places à la date de l'enquête.

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

Source > DREES, enquête EHPA 2019.

Ainsi, le taux d'hébergement ne cesse de diminuer depuis 2003 pour l'ensemble de la population (*graphique 2*). La plus forte prévalence de la perte d'autonomie chez les femmes, du fait de leur plus grande longévité, et leur veuvage plus fréquent peuvent expliquer leur taux d'hébergement plus élevé que celui des hommes.

Le développement des unités de vie spécifiques

Au 31 décembre 2019, l'hébergement permanent reste le mode d'accueil principal : 97 %

des places installées en institution pour personnes âgées lui sont destinées. L'offre en hébergement temporaire et en accueil de jour tend à se stabiliser après un développement entre 2011 et 2015. Au total, fin 2019, 12 700 places sont proposées en hébergement temporaire et 15 000 en accueil de jour (y compris dans les centres d'accueil de jour exclusifs). Depuis 2015, les espaces de vie spécifiquement destinés à accueillir des résidents qui présentent des troubles du comportement ont continué leur développement.

Encadré 1 Structures d'hébergement pour personnes âgées

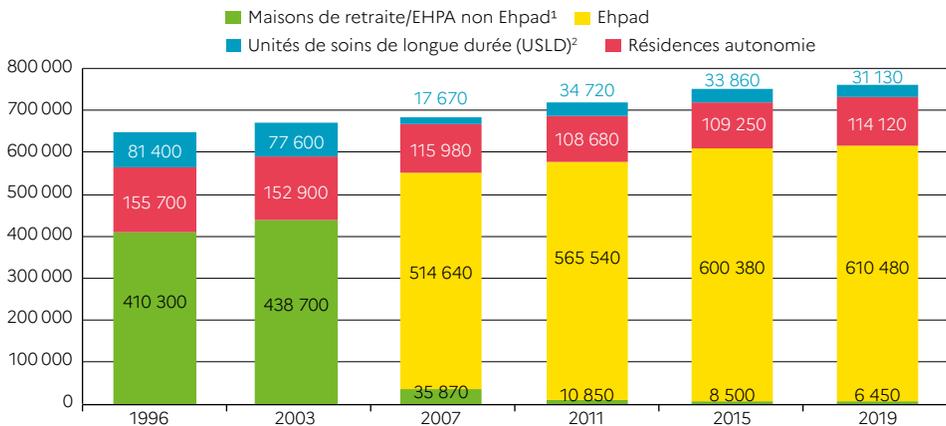
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : lieux d'hébergement médicalisés et collectifs qui assurent la prise en charge globale de la personne âgée.

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

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

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

Graphique 1 Évolution du nombre de places installées par catégorie, de 1996 à 2019



1. Y compris centres d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

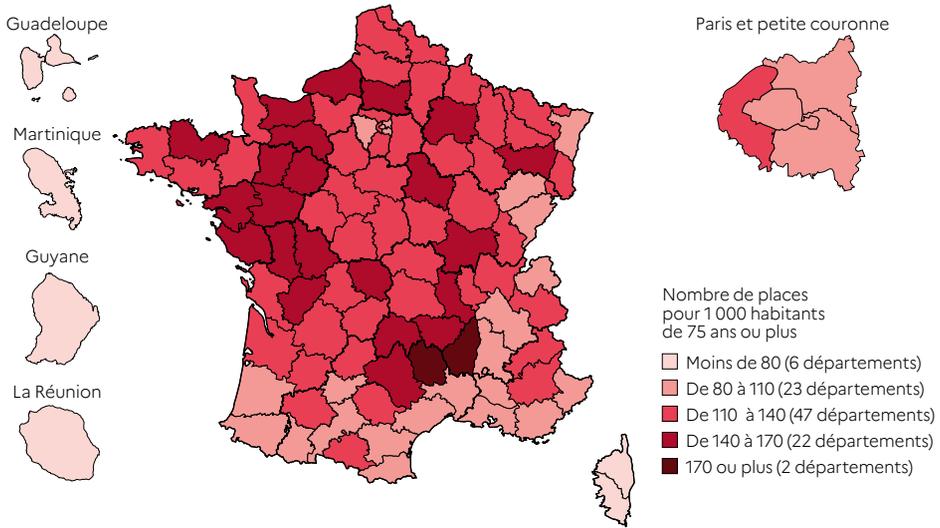
2. Établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

Notes > 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 2007, 2011, 2015 et 2019.

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

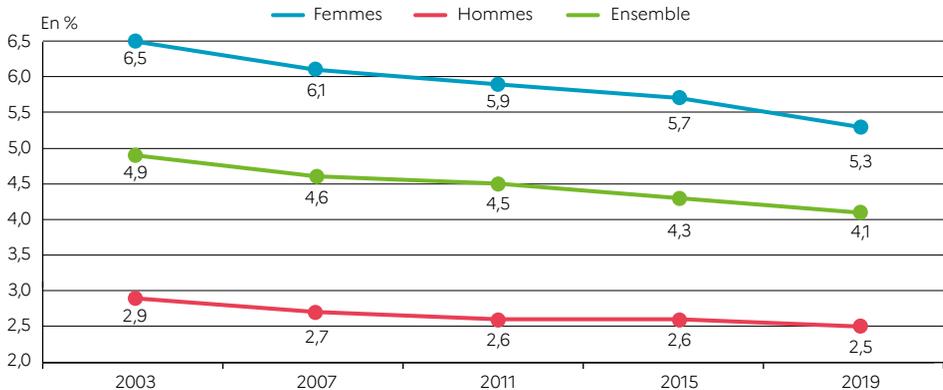


Note > Au niveau national, le nombre de places en Ehpad, EHPA, résidences autonomie et USLD est de 120 pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête EHPA 2019 ; Insee, estimations provisoires de la population au 1^{er} janvier 2020 (chiffres arrêtés fin 2021).

Graphique 2 Taux d'hébergement des personnes âgées de 60 ans ou plus, selon le sexe



Notes > Le taux d'hébergement rapporte le nombre de personnes résidant en établissements pour personnes âgées, y compris résidences autonomie, à la population générale de la même classe d'âges. Le nombre de personnes accueillies inclut les personnes occupant des places en accueil de jour et en hébergement temporaire à la date de l'enquête.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquêtes EHPA 2003, 2007, 2011, 2015 et 2019 ; Insee, estimations de population, provisoires pour 2019 (arrêtés fin 2021).

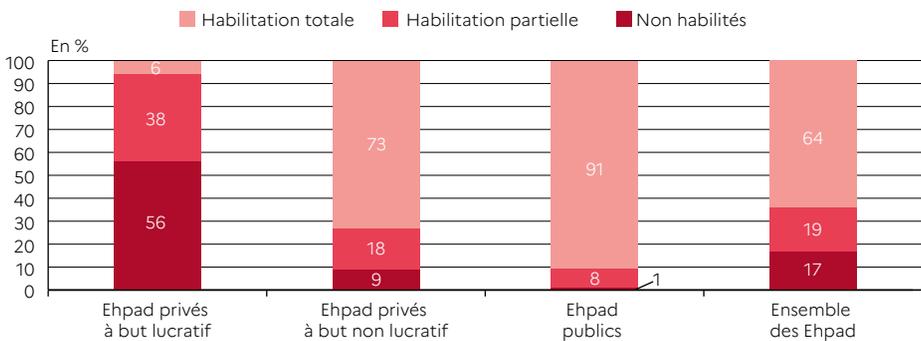
En 2019, près d'un Ehpad sur quatre dispose d'un pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa⁴), soit plus de 1 800 établissements. Dans le secteur public hospitalier, 31 % des établissements comportent un Pasa, contre 26 % en 2015 et 6 % en 2011. La présence d'unités d'hébergement renforcées (UHR)⁵ en Ehpad est moins fréquente : 3 % des structures en disposent (environ 250 structures). Par ailleurs, fin 2019, 48 % des Ehpad déclarent disposer d'une unité spécifique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (hors UHR et Pasa).

Peu de places habilitées à l'aide sociale dans les Ehpad privés à but lucratif

Le fonctionnement des Ehpad, signataires d'une convention tripartite avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé, repose à ce jour sur un mode de tarification ternaire composé de tarifs pour l'hébergement, la dépendance et les soins. Les deux premiers sont acquittés par le résident dans l'établissement, mais une

partie peut être prise en charge par le département (par le biais de l'allocation personnalisée d'autonomie [APA] et de l'aide sociale à l'hébergement [ASH] [voir fiche 12]) 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 habilités à recevoir des bénéficiaires de l'ASH sur l'ensemble de leurs places (91 %), alors que ce n'est le cas que de 6 % des Ehpad privés à but lucratif (graphique 3). Près de six Ehpad privés à but lucratif sur dix n'ont aucune place habilitée à l'aide sociale. Dans le secteur 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.

Graphique 3 Proportion d'Ehpad habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, selon le type d'habilitation, au 31 décembre 2019



Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Lecture > Au 31 décembre 2019, 56 % 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 2019.

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

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

L'habilitation totale a tendance à être un peu moins souvent choisie qu'auparavant par les Ehpad (64 % en 2019 contre 66 % en 2015 et 68 % en 2011) ; à l'inverse, la proportion d'établissements partiellement habilités a augmenté de 6 points depuis 2011 pour atteindre 19 % des Ehpad en 2019. Au total, 519 000 places habilitées (quel que soit le mode d'hébergement choisi : temporaire, permanent, accueil de jour ou de nuit) sont disponibles fin 2019 dans les divers types de structures, dont 446 500 en Ehpad (soit respectivement 67 % et 73 % du nombre total de places), ce qui représente 1,7 % de places supplémentaires par rapport à 2015. Les places habilitées sont sensiblement plus nombreuses que les bénéficiaires de l'ASH (121 000 fin 2019 [voir fiche 16]).

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

Depuis 2015, les tarifs journaliers liés à l'hébergement ont en moyenne augmenté de 6,50 euros dans les Ehpad, passant de 59,30 à 65,80 euros TTC fin 2019, soit une augmentation de plus de deux fois supérieure à celle de l'inflation observée pendant cette période (+11,0 % et +4,2 % respectivement). Les places habilitées à l'ASH sont nettement moins coûteuses que les autres (en moyenne, 59,05 euros contre 81,41 euros fin 2019). 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, +5 euros environ pour les places habilitées à l'aide sociale, et +26 euros pour les autres).

En moyenne, en Ehpad, le tarif dépendance est en légère augmentation depuis 2015 et s'élève à 5,59 euros par jour en 2019 (+1,6 %) pour les personnes les plus autonomes (GIR 5 à 6) et à 20,75 euros (+1,2 %) pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 2). Le tarif dépendance varie moins en fonction du statut juridique de l'établissement que les frais liés à l'hébergement. Il est cependant moins élevé dans les établissements privés à but lucratif.

Ces tarifs journaliers se traduisent par des frais mensuels d'hébergement qui sont supérieurs aux ressources « courantes » des résidents pour une grande partie d'entre eux (voir fiche 17).

Un taux d'encadrement lié au type de structure

Fin 2019, plus de 500 000 personnes travaillent dans une structure d'hébergement pour personnes âgées, pour un volume de travail correspondant à 437 400 personnes en équivalent temps plein (ETP). Depuis 2015, le nombre de personnes en fonction comme le nombre total d'ETP ont légèrement augmenté de respectivement 1,6 % et 1,8 %. Les femmes représentent 87 % du personnel employé. Elles sont moins représentées parmi le personnel de direction, puisqu'elles occupent 69 % des postes de directeur et médecin directeur. Elles sont majoritaires dans l'ensemble des métiers hormis au sein du personnel médical (47 % des postes de médecin coordonnateur, de médecin généraliste, de gériatre, de psychiatre ou d'autre médecin spécialiste sont occupés par des femmes).

Le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées, est resté stable à 57 ETP pour 100 places depuis 2015 (tous types de structure confondus [graphique 4]). 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. Dans les unités de soins de longue durée (USLD), structures les plus médicalisées, le taux d'encadrement a chuté de dix points depuis 2015 et le nombre d'ETP est un peu inférieur désormais, en moyenne, aux places installées. Dans les Ehpad, le taux d'encadrement s'élève à 64 ETP pour 100 places installées, contre 63 en 2015. Il varie selon le statut juridique de l'établissement. En 2019, il est de 70 ETP pour 100 places installées dans les EHPAD publics contre respectivement 60 et 57 dans les EPHAD privés à but non lucratif

et privés à but lucratif. En ce qui concerne le personnel « au chevet⁶ » le taux d'encadrement en Ehpad passe de 26 ETP pour 100 places installées en 2015 à 29 ETP en 2019.

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 65 % des effectifs en ETP employés. Ces postes représentent également 48 % des emplois en Ehpad.

Des résidents de plus en plus âgés

Fin 2019, 730 000 résidents fréquentent une structure d'hébergement pour personnes âgées, soit un nombre équivalent à celui de 2015. La moitié d'entre eux ont plus de 88 ans, soit 7 mois de plus qu'en 2015. Les hommes vivant en institution sont plus jeunes que les femmes. En moyenne, ils ont 82 ans et 5 mois, tandis que les femmes ont 87 ans et 6 mois, ce qui correspond à la différence d'espérance de vie entre les femmes et les hommes. La

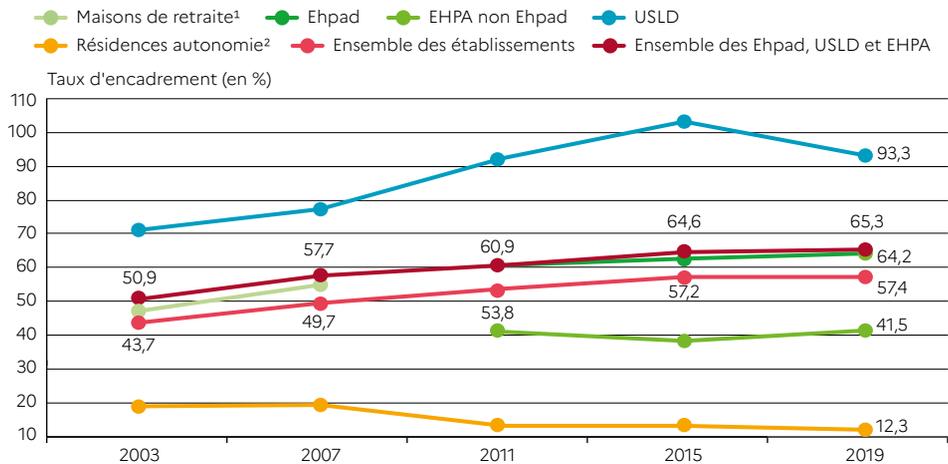
proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus parmi les résidents en institution est passée de 29 % en 2011 à 35 % en 2015 et 38 % en 2019. Cette augmentation du nombre de résidents très âgés, en grande partie due à l'allongement de l'espérance de vie, est également le reflet de l'avancée en âge des 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 et 7 mois ou plus et seuls 18 % ont moins de 80 ans, alors que les personnes de moins de 80 ans représentent un tiers des résidents accueillis en résidence autonomie ou en USLD.

Les femmes en établissement plus souvent seules que les hommes

Les femmes sont plus souvent sans conjoint que les hommes : 90 % pour les premières contre 74 % pour les seconds. Les femmes sont en effet

Graphique 4 Évolution du taux d'encadrement, selon la catégorie d'établissement



1. Compte tenu de la mise en œuvre progressive de la réforme sur la tarification, il n'est pas possible de distinguer les Ehpad des autres établissements avant 2011.

2. Logements-foyers avant 2016.

Note > Le taux d'encadrement est le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées.

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

Sources > DREES, enquêtes EHPA 2003, 2007, 2011, 2015 et 2019.

6. Le personnel « au chevet » est constitué des infirmiers et des aides-soignants.

plus nombreuses à connaître le veuvage en raison de leur plus grande longévité. Par ailleurs, à domicile, elles sont davantage confrontées à la perte d'autonomie de leur conjoint que l'inverse. Par conséquent, elles se trouvent plus fréquemment aidantes que les hommes. Le décès du conjoint peut constituer l'élément déclencheur d'une entrée en institution.

Un niveau de perte d'autonomie en hausse entre 2015 et 2019

Le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents s'accroît entre 2015 et 2019. En 2015, toutes catégories de structure confondues, 83 % des résidents étaient en perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR⁷ ; en 2019, ils sont 85 % (tableau 2). Les Ehpad continuent d'accueillir toujours plus de personnes dépendantes au sens de la grille

AGGIR (93 % de GIR 1 à 4 en 2019 contre 91 % en 2015 et 88 % en 2011). Plus de la moitié de leurs résidents (55 %) sont très dépendants (en GIR 1 ou 2). Dans les USLD, la quasi-totalité des personnes accueillies sont dépendantes (GIR 1 à 4) et 34 % d'entre elles sont confinées au lit et souffrent d'une grave altération de leurs fonctions mentales (GIR 1), une proportion qui est en baisse par rapport à 2015 (40 %).

Un peu plus de 150 000 personnes accueillies en hébergement permanent en Ehpad sont décédées en 2019, un chiffre comparable à celui de 2015. Cela représente un quart des décès annuels en France et 80 % des sorties définitives d'Ehpad. Un peu moins d'un quart de ces décès n'ont pas lieu dans l'établissement même, mais au cours d'une hospitalisation. ■

Tableau 2 Répartition des résidents selon leur niveau de dépendance par catégorie d'établissement, au 31 décembre 2019

Catégorie d'établissement	Part des résidents (en %)						Total
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	
Ehpad, dont :	16,4	38,1	18,6	20,2	4,4	2,3	100,0
privés à but lucratif	14,7	40,2	20,0	19,4	3,7	1,9	100,0
privés à but non lucratif	15,9	37,2	18,1	21,0	4,9	2,9	100,0
publics	17,5	37,8	18,3	20,0	4,3	2,1	100,0
USLD	33,6	46,8	10,5	7,5	1,1	0,5	100,0
EHPA	2,6	10,1	14,2	29,8	18,6	24,6	100,0
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	17,1	38,3	18,2	19,7	4,3	2,4	100,0
Résidences autonomie	0,1	1,3	4,2	18,8	19,1	56,5	100,0
Ensemble des établissements	15,1	33,9	16,5	19,5	6,1	8,9	100,0

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées ; Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; USLD : unités de soins longue durée.

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

Source > DREES, enquête EHPA 2019.

7. 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.

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires sur l'enquête EHPA sont disponibles sur l'espace data.drees : https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/587_l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/information/
- > L'enquête EHPA : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees>
- > **Balavoine, A.** (2022, juillet). Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. DREES, *Études et Résultats*, 1 237.
- > **Bazin, M., Muller, M.** (2018, juin). Personnel et difficultés de recrutement dans les Ehpad. DREES, *Études et Résultats*, 1 067.
- > **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.
- > **Miron de l'Espinay, A., Ricroch, L.** (2021, juillet). En 2020, trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, 1 196.
- > **Miron de l'Espinay, A., Roy, D.** (2021, décembre). Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA). DREES, *Études et Résultats*, 1 172.
- > **Muller, M., Roy, D.** (2018, novembre). L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1 094.
- > **Muller, M.** (2018, août). *L'enquête EHPA 2015 - Les différentes phases de l'enquête*. DREES, Document de travail, Série sources et méthodes, 67.
- > **Muller, M.** (2017, septembre). L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 20.
- > **Muller, M.** (2017, juillet). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1 015.
- > **Reynaud, F.** (2020, décembre). Le taux d'encadrement dans les Ehpad - Ses déterminants et ses alternatives. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 68.

L'aide sociale
aux personnes handicapées

Le dénombrement des personnes handicapées est sensible aux critères retenus pour repérer statistiquement ces dernières. Ainsi, en 2019, 7,0 millions de personnes de 15 ans ou plus déclarent avoir au moins une limitation sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive et 4,9 millions déclarent être fortement restreintes dans des activités habituelles, en raison d'un problème de santé. Au total, selon le critère ou le croisement de critères utilisé, le nombre de personnes handicapées peut varier de 2,8 millions à 9,0 millions de personnes de 15 ans ou plus vivant hors institution, en 2019. Par ailleurs, fin 2018, plus de 140 000 personnes vivent en établissements pour enfants ou adultes handicapés.

Le handicap est une notion complexe, si bien que le dénombrement des personnes handicapées ne peut se faire de façon unique. Des approches multiples permettent toutefois de fournir quelques éléments de cadrage.

Plusieurs dénombrements possibles des personnes handicapées ou en perte d'autonomie

La loi du 11 février 2005¹ précise que « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Plusieurs dénombrements peuvent être élaborés en s'appuyant sur cette définition. Pour ce faire, et en mobilisant les dernières données disponibles² permettant d'approcher ces phénomènes en

logement ordinaire, deux critères sont utilisés : déclarer une limitation³ sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive, ou déclarer une forte restriction dans les activités que les gens font habituellement⁴.

Une limitation fonctionnelle sévère pour 7 millions de personnes de 15 ans ou plus

Le premier critère – déclarer avoir au moins une limitation fonctionnelle sévère – couvre la population la plus large. Selon l'enquête santé européenne EHIS 2019⁵, il concerne 13 % des personnes de 15 ans ou plus vivant hors établissement, en France métropolitaine et dans les DROM, soit 7,0 millions de personnes (tableau 1).

Une forte restriction d'activité pour 4,9 millions de personnes de 15 ans ou plus

En 2019, 9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent une forte restriction d'activité, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème

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

2. Il s'agit des résultats de l'enquête santé européenne (European Health Interview Survey [EHIS]) de 2019 réalisée en collaboration entre la DREES, l'Irdes et l'Insee (voir Annexe 1). Ils diffèrent de ceux du panorama précédent qui s'appuyaient sur l'enquête Handicap-santé 2008-2009, notamment parce que les limitations fonctionnelles listées sont moins nombreuses dans l'enquête EHIS que dans l'enquête Handicap-Santé. La DREES prépare un nouveau dispositif national d'enquêtes Autonomie, dont la collecte, prévue entre 2021 et 2023, permettra de mesurer plus précisément le nombre de personnes handicapées selon différentes définitions, de décrire leur état de santé et leurs conditions de vie.

3. Au moins une impossibilité ou beaucoup de difficultés pour une fonction physique précise (marcher 500 mètres ou monter ou descendre une douzaine de marches d'escalier), pour une fonction sensorielle (entendre, voir) ou pour une fonction cognitive (se souvenir de quelque chose ou se concentrer).

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

5. Dans l'édition précédente du *Panorama*, cette fiche était réalisée à partir des enquêtes Handicap-Santé 2008-2009 qui permettaient d'étudier un troisième critère : la reconnaissance officielle du handicap. Cette information n'est pas disponible dans l'enquête EHIS 2019 et ne figure donc pas dans cette fiche.

de santé, dans les activités que les gens font habituellement, soit 4,9 millions de personnes. Cette proportion atteint 17 % parmi les personnes âgées d'au moins 60 ans, contre 6 % de celles ayant entre 15 et 59 ans. Selon l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV), le nombre de personnes considérées comme handicapées avec cette définition est stable en France métropolitaine depuis 2010.

De 2,8 à 9 millions de personnes handicapées, selon la mesure retenue

En 2019, 9,0 millions de personnes âgées d'au moins 15 ans vivant à domicile en France déclarent une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction. Elles représentent 17 % de la population de cette classe d'âge. Cette

proportion augmente avec l'âge : elle est de 11 % pour les personnes âgées de 15 à 59 ans, représentant 3,9 millions de personnes, contre 30 % parmi les personnes de 60 ans ou plus.

En 2019, 5 % de la population des personnes âgées de 15 ans ou plus, soit 2,8 millions de personnes, dont près de 900 000 de moins de 60 ans, répondent aux deux critères à la fois.

Plus de 140 000 personnes de 16 ans ou plus hébergées en établissement

Par ailleurs, une partie des personnes handicapées sont hébergées en établissement ; elles seraient donc à ajouter aux populations dénombrées ci-avant, enquêtées dans les logements dits « ordinaires ». Selon l'enquête ES-Handicap menée par la DREES (voir fiche 25),

Tableau 1 Effectifs des différentes populations de personnes handicapées vivant à domicile, selon l'âge et la définition retenue, en 2019

	Effectifs (en milliers)			Proportion dans la population (en %)		
	de 15 ans ou plus	de 15 à 59 ans	de 60 ans ou plus	de 15 ans ou plus	de 15 à 59 ans	de 60 ans ou plus
Ensemble de la classe d'âge	53 961	37 262	16 699	100	100	100
Personnes déclarant avoir :						
Par critère						
Au moins une limitation fonctionnelle sévère ¹ . Critère 1	6 958	2 686	4 272	13	7	26
<i>Un type de limitation</i>	5 367	2 306	3 061	10	6	18
<i>Deux types de limitation</i>	1 284	343	941	2	1	6
<i>Trois types de limitation</i>	306	36	270	1	0	2
Une forte restriction dans les activités que les gens font habituellement ² . Critère 2 (GALI)	4 873	2 097	2 776	9	6	17
Croisement des critères :						
Critères 1 et 2 à la fois	2 833	866	1 966	5	2	12
Critère 1 (limitation) sans critère 2 (forte restriction)	4 125	1 820	2 306	8	5	14
Critère 2 (forte restriction) sans critère 1 (limitation)	2 040	1 230	810	4	3	5
Ensemble des personnes appartenant à au moins un des groupes (critère 1 ou 2)	8 998	3 916	5 082	17	11	30

1. Au moins une impossibilité ou beaucoup de difficultés pour une fonction physique précise (marcher 500 mètres sur un terrain plat ou monter ou descendre une douzaine de marches d'escalier, sans l'aide de quelqu'un, d'une canne ou d'une autre assistance technique), pour une fonction sensorielle (entendre dans une pièce silencieuse ou une pièce où il y a du bruit, voir) ou pour une fonction cognitive (se souvenir de quelque chose ou se concentrer).

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

Lecture > En 2019, 8,998 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus appartiennent à au moins un des groupes (critère 1 ou 2). L'information sur la reconnaissance officielle d'un handicap, d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie qui constituait un troisième critère dans les précédentes éditions de cet ouvrage n'est pas disponible dans l'enquête EHS.

Champ > Personnes de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire en France métropolitaine et DOM.

Sources > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

139 200 adultes handicapés sont hébergés dans le cadre institutionnel⁶ au 31 décembre 2018. De plus, 1 600 personnes de plus de 16 ans sont hébergées en internat complet dans des établissements pour enfants handicapés. Au total, 0,2 % des personnes âgées de 16 ans ou

plus vivent dans un établissement pour personnes handicapées. Enfin, d'après cette même enquête, le nombre d'enfants handicapés de moins de 16 ans accompagnés par un service ou un établissement est estimé à 118 500, soit 0,9 % des personnes de cet âge. ■

Pour en savoir plus

- > Voir la page du site internet de la DREES sur les données statistiques sur le handicap et l'autonomie.
- > **Bergeron, T.** (2022, mai). Près de 170 000 enfants et adolescents handicapés sont accompagnés dans des structures dédiées fin 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1 231.
- > **Leduc, A., Deroyon, T., Rochereau, T., Renaud, A.** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 - Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.

6. Logement collectif, foyer d'hébergement, foyer occupationnel ou foyer de vie, maison d'accueil spécialisé, foyer d'accueil médicalisé, établissement de santé, établissement social, centre de rééducation professionnelle, établissement d'éducation spéciale.

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'accueil en établissement, service ou chez des particuliers et l'aide à la vie partagée.

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'accueil; l'aide ménagère; et enfin l'allocation d'éducation spéciale (AES), créée par la même loi de 1975, à destination des familles dont les enfants sont en situation de handicap. La loi du 11 février 2005² a élargi la prise en compte des conséquences du handicap et a notamment substitué à l'ACTP la prestation de compensation du handicap (PCH). Depuis, l'évaluation du handicap se fonde sur les limitations fonctionnelles et non plus sur un taux d'incapacité. En outre, cette loi substitue l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) à l'AES.

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

Les conseils départementaux prennent en charge l'aide sociale aux personnes handicapées (art. L. 121-1 du Code de l'action sociale et des

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

Par définition, les dépenses d'aide sociale sont récupérables par les conseils départementaux – au moins en partie – auprès des obligés alimentaires des personnes bénéficiaires et par recours sur succession (art. L. 132-6 et L. 132-8 du CASF³).

1. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

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

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

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

L'allocation compensatrice pour tierce personne

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

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

Aucun recours en récupération de l'ACTP ne peut être exercé ni à l'encontre de la succession du bénéficiaire décédé, ni sur le légataire ou le donataire (art. 95 de la loi du 11 février 2005).

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

La prestation de compensation du handicap

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

La PCH est disponible pour les personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie sous certaines conditions. Si une personne était déjà bénéficiaire de la PCH – ou y était éligible – avant l'âge de 60 ans⁴, ou qu'elle exerce toujours une activité professionnelle, elle peut la percevoir une fois cet âge dépassé. Elle peut aussi, à l'inverse, opter pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [voir fiche 12].

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

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

Depuis le 1^{er} janvier 2021, les bénéficiaires de la PCH ayant au moins un enfant peuvent bénéficier, dans le cadre de cette prestation, d'aides dédiées à la prise en charge des actes quotidiens liés à la parentalité⁵. Elle est destinée au financement d'aides humaines (par exemple, la rémunération d'un assistant maternel ou les frais d'accueil en crèche), d'aides techniques (par exemple, l'achat de matériel de puériculture), ainsi qu'à couvrir les besoins liés à la préparation des repas et à la vaisselle.

La PCH n'est pas soumise à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire, ni à aucun recours en récupération sur succession (art. L. 245-7 du CASF). De plus, les montants plafonds attribuables sont bien plus élevés que ceux de l'ACTP⁶ et le bénéficiaire de la PCH dispose d'un taux de prise en charge compris entre 80 % et 100 %, en fonction de ses ressources⁷. Par ailleurs, les personnes hébergées en établissement médico-social – à titre permanent ou pour une partie de l'année seulement – peuvent également être bénéficiaires de la PCH, mais à taux réduit : 10 % de l'aide humaine au bout de 45 jours consécutifs de séjour ou de 60 jours lorsque la personne doit licencier ses aides à domicile, le taux revenant à 100 % lors des retours à domicile (art. D. 245-74 du CASF); les aides techniques ou charges exceptionnelles sont, elles, délivrées lorsque l'établissement ne couvre pas les besoins identifiés dans le cadre de ses missions (art. D. 245-75 et D. 245-77 du CASF).

Depuis le 1^{er} janvier 2022, la PCH peut être attribuée à vie si l'état de santé de la personne handicapée ne peut pas s'améliorer. Sinon, elle est attribuée pour 10 ans maximum⁸.

L'aide ménagère

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

L'aide sociale à l'accueil ou à l'hébergement

Les personnes qui ne peuvent rester en continu à leur domicile en raison de leur handicap peuvent être accueillies ou 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 cet accueil. Cette aide sociale à l'accueil n'est toutefois pas applicable à tous les établissements médico-sociaux. Ainsi, l'hébergement en maison d'accueil spécialisée (MAS) relève de l'assurance maladie (art. L. 344-1 du CASF), de même que l'hébergement des enfants et adolescents handicapés (art. L. 242-10 du CASF). Les départements peuvent toutefois allouer l'aide sociale aux adultes handicapés hébergés en établissement pour enfants ou adolescents dans le cadre de l'amendement Creton⁹, ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), dans le cas où aucune autre offre d'accueil ne serait disponible.

5. Décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap.

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

7. Voir l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les taux de prise en charge mentionnés à l'article L. 245-6 du CASF. En 2020, le montant de ressources à partir duquel le bénéficiaire n'est pris en charge qu'à 80 % est de 27 002,02 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). Le montant des ressources cité précédemment fait référence à l'année 2020 pour correspondre au millésime des données commentées dans les fiches suivantes.

8. Décret n° 2021-1932 et arrêté du 30 décembre 2021.

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

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

Un revenu minimum mensuel est également garanti au bénéficiaire d'une aide sociale pour un hébergement en établissement, pour son usage personnel. Son montant, si le bénéficiaire ne travaille pas, doit être au moins égal à 10 % de ses revenus d'activité mensuels 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 revenus du travail et au tiers de ses revenus mensuels d'activité, sans que ce minimum puisse être inférieur à 50 % de l'AAH (art. D. 344-35 du CASF).

Les adultes handicapés peuvent également être accueillis par des particuliers rémunérés à cet effet (art. L. 441-1 du CASF). L'agrément de

l'accueillant familial par le conseil départemental vaut alors, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Les services d'accompagnement médico-social

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

Encadré 1 Les établissements médico-sociaux d'hébergement des adultes handicapés

Il existe plusieurs types d'établissements centrés sur l'hébergement des adultes handicapés, dont les places peuvent relever de l'aide sociale départementale :

- > **les foyers d'hébergement** qui ont pour but principal l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en milieu ordinaire 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), mais qui ont une certaine autonomie physique ou intellectuelle;
- > **les foyers d'accueil médicalisés (FAM)** destinés à recevoir des personnes dans l'incapacité d'avoir une activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante, ainsi que d'une médicalisation, sans toutefois justifier une prise en charge complète par l'assurance maladie. Une partie des frais de fonctionnement des FAM sont pris en charge par l'assurance maladie;
- > **les foyers d'accueil polyvalent** créés en 2005 pour répertorier les établissements qui proposent à la fois de l'internat, des activités occupationnelles et de la prise en charge médicalisée.

Les adultes handicapés peuvent également être accueillis dans les **maisons d'accueil spécialisées (MAS)**. Ce type d'établissement accueille des adultes handicapés nécessitant une surveillance médicale et des soins constants, notamment avec la poursuite de traitements et de rééducation d'entretien. Les MAS sont entièrement financées par l'Assurance maladie et l'accueil ne relève donc pas de l'aide sociale départementale.

L'aide à la vie partagée

À partir du 1^{er} janvier 2021, la nouvelle prestation d'aide à la vie partagée (AVP) est mise en place. Elle est ouverte de plein droit et sous condition de ressources à toute personne âgée ou toute personne en situation de handicap choisissant de résider dans un habitat accompagné, partagé et intégré à la vie locale (API) conventionné. L'AVP sera octroyée à tout habitant d'un habitat inclusif dont le bailleur ou l'association partenaire a passé une convention avec le département.

L'AVP est destinée à financer le projet de vie sociale et partagée mis en œuvre dans l'habitat inclusif, c'est-à-dire l'animation, mais aussi la coordination du projet de vie sociale ou la régulation du vivre-ensemble. Elle ne finance pas en revanche l'accompagnement individuel de la personne pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (aide et surveillance).

Au cours de l'année 2021, une trentaine de départements pilotes se sont engagés dans ce dispositif. L'objectif fixé pour 2022 est son déploiement dans au moins 60 départements. ■

Les personnes handicapées peuvent accéder à différentes prestations, liées à leur âge et à leur situation. Malgré ces aides, leur niveau de vie est en moyenne plus faible que celui des personnes non handicapées. Au-delà de la pauvreté monétaire, la pauvreté en conditions de vie, approchée par les privations ou le renoncement à certains biens de consommation, services ou équipements, est plus fréquente pour les personnes handicapées que pour les autres. Enfin, leur état de santé est plus dégradé.

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

Différentes prestations à destination des personnes handicapées

Les personnes aux revenus modestes, âgées d'au moins 20 ans et n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite, peuvent prétendre à l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Elles sont 1,24 million fin 2020, dont 1,05 million âgées de moins de 60 ans (*tableau 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 67 100 fin 2020¹.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant ou un jeune de moins de 20 ans en situation de handicap, versée à la personne qui en assume la charge. Au 30 juin 2020, 372 100 enfants et jeunes en sont bénéficiaires.

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et la prestation de compensation du handicap (PCH) sont destinées à aider au financement d'aides humaines principalement, mais aussi techniques, et de certains aménagements, la première n'accueillant plus de nouveau bénéficiaire depuis la création de la seconde en 2006 (voir fiche 23). Au 31 décembre 2020, 347 100 personnes ont un droit ouvert à la PCH et 51 900 à l'ACTP.

Par ailleurs, les personnes handicapées n'ayant pas de ressources suffisantes peuvent accéder à une aide sociale pour leur hébergement ou leur accueil en établissement ou en famille d'accueil (150 100 personnes fin 2020).

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. Fin 2020, 830 700 personnes sont bénéficiaires d'une pension d'invalidité, en dehors de celles ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite. Les personnes en invalidité qui sont empêchées de travailler

¹ Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, les effectifs de l'ASI portaient, pour la Cnam, sur les personnes ayant été allocataires au moins une fois dans l'année. Désormais, il s'agit ici des allocataires au 31 décembre.

et qui ont recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie peuvent percevoir une majoration de cette pension. Fin 2020, 13 900 bénéficiaires perçoivent ainsi la majoration pour tierce personne (MTP)².

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

44 milliards d'euros consacrés au risque invalidité

Au total, les prestations versées aux personnes handicapées en France, qui constituent le « risque invalidité » au sein des Comptes de la protection sociale, s'élèvent à 44 milliards d'euros en 2020. Elles représentent 5,4 % du total des dépenses de prestations de protection sociale. Ce montant inclut les prestations versées par les administrations publiques, les dépenses d'accueil et d'hébergement et les dépenses relatives aux

Tableau 1 Nombre de bénéficiaires des prestations dédiées au handicap, fin 2020

	Effectif	Part pour 1 000 habitants	Répartition par âge (en %)					
			Moins de 20 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 ans ou plus
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	51 900	0,8	nc	0	9	24	28	39
Prestation de compensation du handicap (PCH)	347 100	5,2	7	11	13	16	26	28
Aide sociale à l'accueil familial et en établissement (y compris de jour)	150 100	2,2	0	18	17	18	23	24
Aides ménagères	21 600	0,3	0	3	9	19	45	25
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ¹	372 100	23,1	100	0	0	0	0	0
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1 237 800	18,4	nc	13	17	23	32	15
Pensions d'invalidité (jusqu'à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite), dont :	830 700	12,3	<1	1	6	18	54	20
majoration pour tierce personne (MTP)	13 900	0,2	0	1	6	21	55	18
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ²	67 100	1,0	nc	1	6	18	54	20
Rente d'indemnisation d'incapacité permanente partielle (rente AT-MP)	1 083 000	16,0	nd	nd	nd	nd	nd	nd

nc : non concerné ; nd : non disponible.

1. Pour l'AEEH, le nombre de bénéficiaires est celui au 30 juin 2020 et la part pour 1 000 habitants est calculée pour la population âgée de moins de 20 ans.

2. Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, les effectifs de l'ASI portaient, pour la CNAM, sur les personnes ayant été allocataires au moins une fois dans l'année. Désormais, il s'agit ici des allocataires au 31 décembre.

Notes > Les anciens fonctionnaires reconnus invalides sont considérés comme bénéficiaires d'une pension d'invalidité avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite, puis d'une pension de retraite après cet âge et donc non comptés ici. À la SNCF et à la RATP, compte tenu de la part élevée des départs anticipés, l'ensemble des pensions d'invalidité sont considérées comme des pensions de retraite et ne sont donc pas prises en compte ici. Les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dénombrés ici sont des bénéficiaires ayant un droit ouvert au 31 décembre, qu'ils aient été payés ou non.

Lecture > Fin 2020, 51 900 personnes ont un droit ouvert à l'ACTP.

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

Sources > CNAF ; DREES, enquête Aide sociale, EACR ; CNAMTS et DSS ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

2. En 2020, la baisse du nombre total de bénéficiaires s'explique par une nette diminution des nouveaux bénéficiaires. Cette diminution est possiblement liée à la crise sanitaire et aux confinements, pendant lesquels certains accidents à l'origine de situations d'invalidité ont peut-être moins eu lieu. Plus probablement, ce contexte a également pu entraîner une diminution du nombre de dossiers de demande de pension d'invalidité traités ou déposés.

établissements et services d'aide par le travail, ainsi que les prestations versées par des mutuelles et institutions de prévoyance au titre de contrats de prévoyance contre l'invalidité. Les prestations du risque invalidité continuent de progresser en 2020 (+3,7 %, après +3,3 % en 2019). Leur croissance est notamment portée par les dépenses d'AAH et celles liées à l'accueil et à l'hébergement. Ces deux postes contribuent pour plus des trois quarts de la croissance globale des dépenses liées au risque invalidité en 2020.

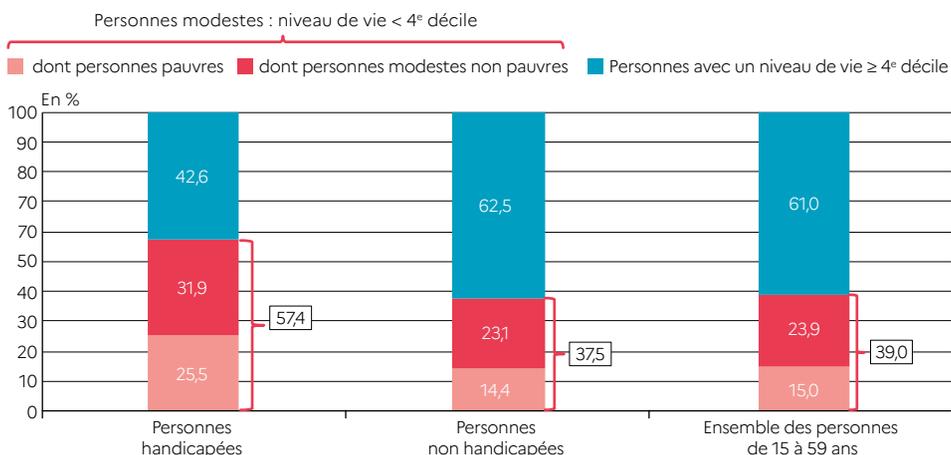
Par ailleurs, les dépenses de rentes pour incapacité permanente partielle consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle³ s'élèvent à 5,3 milliards d'euros en 2020. Ces dépenses diminuent de 2,1 % par rapport à

2019, en lien notamment avec la réduction du nombre d'accidents du travail dans le contexte de contraction de l'activité et de recours important au télétravail en lien avec la crise sanitaire.

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

Les personnes handicapées⁴ ont globalement un niveau de vie inférieur aux autres (graphique 1). En effet, en 2019, 57,4 % des personnes handicapées de moins de 60 ans vivent dans un ménage dit « modeste »⁵, contre 37,5 % de celles ne l'étant pas. Au sens statistique du terme, 25,5 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans sont pauvres⁶, contre 14,4 % des personnes de la même tranche d'âge sans handicap.

Graphique 1 Répartition des personnes de 15 à 59 ans selon leur niveau de vie, en 2019



Notes > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation. Le 4^e décile (D4) est la valeur au-dessous de laquelle se situent 40 % de l'ensemble des personnes. Une personne est dite pauvre lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian. Une personne est ici dite en situation de handicap ou de perte d'autonomie si elle déclare « être fortement limitée, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ».

Lecture > En 2019, 15,0 % des personnes âgées de 15 à 59 ans sont pauvres. Parmi les personnes de cet âge et handicapées, 25,5 % sont pauvres.

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

Sources > Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2019.

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

4. Les personnes identifiées comme handicapées ici sont celles ayant déclaré être « fortement limitées » dans les activités que les gens font habituellement, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé (indicateur « GALI »).

5. Il s'agit ici des personnes dont les revenus se situent sous le quatrième décile de niveau de vie, c'est-à-dire les 40 % des personnes dont le niveau de vie est le plus faible.

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

Comparé à l'ensemble des ménages, le niveau de vie⁷ médian mensuel⁸ des ménages dont au moins un membre âgé de 15 à 59 ans présente un handicap (1 512 euros) est inférieur de 310 euros par mois, en 2019, à celui de l'ensemble des ménages composé d'au moins un membre du même âge (1 821 euros) [tableau 2]. Une étude portant sur l'année 2010 (Levieil, 2017) a montré que l'écart entre le niveau de vie médian des personnes handicapées et celui des personnes sans handicap était d'autant plus marqué que les limitations étaient importantes. L'impact du handicap sur le niveau de vie varie selon le type de limitation motrice. Ainsi, une limitation mentale, visuelle ou un cumul de limitations implique un risque plus élevé de faible niveau de vie qu'une limitation motrice légère, psychique légère ou auditive. Ces écarts s'expliquent en partie par des situations familiales et professionnelles qui diffèrent fortement selon le type de handicap.

La composition du revenu disponible est également différente. Les revenus d'activité ne représentent que 75,7 % du revenu disponible des ménages dont au moins un membre présente un handicap et a moins de 60 ans, alors qu'ils représentent 94,9 % de celui de l'ensemble des ménages du même âge. À l'inverse, les prestations sociales⁹ contribuent à hauteur de 15,5 % à leurs revenus disponibles, contre 7,4 % pour l'ensemble des ménages. En particulier, la part des minima sociaux¹⁰ est quatre fois plus élevée pour les ménages comprenant au moins une personne en situation de handicap que pour l'ensemble des ménages.

Les personnes handicapées plus pauvres en conditions de vie que la population générale

Au-delà de la pauvreté monétaire, la pauvreté en conditions de vie se mesure sur la base des

privations ou du renoncement à certains biens de consommation, services ou équipements, pour des raisons financières. Ainsi, près de trois personnes handicapées de moins de 65 ans sur dix sont concernées par cette forme de pauvreté, contre environ une sur dix dans l'ensemble de la population du même âge. Dans le détail, 31 % des personnes handicapées déclarent une insuffisance de ressources contre 16 % dans l'ensemble de la population, 27 % des restrictions de consommation (contre 10 %), 19 % des retards de paiement du loyer, des factures ou des impôts (contre 10 %), et 14 % des difficultés de logement (contre 8 %). L'insuffisance de ressources est ainsi la dimension de la pauvreté en conditions de vie la plus fréquente parmi les personnes handicapées, qui rapportent principalement avoir puisé dans leurs économies pour équilibrer leur budget au cours des douze derniers mois : 42 % contre 35 % dans l'ensemble de la population (graphique 2). Les écarts sont toutefois davantage marqués parmi les autres indicateurs de contraintes budgétaires. Ainsi, 40 % des personnes handicapées vivent dans un ménage considérant sa situation financière difficile ou ne pouvant y arriver sans faire de dettes et 34 % dans un ménage estimant ses revenus insuffisants pour équilibrer son budget, contre 19 %, dans les deux cas, dans l'ensemble de la population. Les personnes handicapées sont aussi plus nombreuses à être issues de ménages ne disposant d'aucune épargne (28 % contre 14 %) et parmi ceux ayant été très souvent en découvert bancaire au cours de l'année (24 % contre 18 %). Elles sont, en revanche, moins nombreuses à être soumises à des remboursements d'emprunt – souvent lié au fait d'être propriétaire – trop élevés par rapport à leurs revenus (7 % contre 12 %). Les restrictions de consommation sont la seconde composante de la pauvreté en

7. Le niveau de vie d'un ménage est égal à son revenu disponible divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) qu'il contient. Le revenu disponible d'un ménage, considéré ici, comptabilise tous les revenus, y compris les prestations sociales, et est calculé après déduction des impôts directs. Il correspond ainsi aux ressources dont ce ménage dispose pour consommer et épargner. Il ne tient pas compte d'un certain nombre de prestations en nature versées par les départements à destination de personnes handicapées, notamment la prestation de compensation du handicap (PCH).

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

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

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

Tableau 2 Décomposition du revenu disponible des ménages comptant au moins un membre âgé de 15 à 59 ans, en 2019

En %

Composantes du revenu disponible	Répartition du revenu disponible		Part des ménages percevant un revenu de ce type	
	Ensemble des ménages comptant au moins un membre âgé de 15 à 59 ans (en %)	dont : avec un membre âgé de 15 à 59 ans handicapé ou en perte d'autonomie	Ensemble des ménages comptant au moins un membre âgé de 15 à 59 ans	dont : avec un membre âgé de 15 à 59 ans handicapé ou en perte d'autonomie
Revenus d'activité¹	94,9	75,7	92,0	76,4
Salaires	88,4	70,2	89,6	74,7
Revenus d'indépendants	6,6	5,5	9,9	6,5
Revenus de remplacement et pensions alimentaires¹	9,2	18,9	36,6	54,8
Chômage et préretraites	3,7	5,2	22,9	28,3
Pensions d'invalidité	0,8	5,5	3,9	19,5
Retraites et pensions alimentaires	4,7	8,2	15,3	23,9
Revenus du patrimoine	6,5	5,1	90,4	85,9
Impôts directs²	-18,0	-15,2	-	-
Prestations sociales non contributives³	7,4	15,5	60,9	71,1
Prestations familiales ⁴	2,9	3,3	35,5	29,6
Allocations logement	1,5	2,8	26,4	36,8
Minima sociaux ⁵	1,9	8,0	12,3	34,6
Garantie jeunes	0,1	0,1	0,4	1,1
Prime d'activité	1,0	1,2	25,9	24,8
Ensemble	100	100	-	-
Revenu disponible mensuel moyen des ménages (en euros)	3 482	2 957	-	-
Niveau de vie mensuel moyen des personnes (en euros)	2 069	1 747	-	-
Niveau de vie mensuel médian des personnes (en euros)	1 821	1 512	-	-

1. Les revenus d'activité et de remplacement sont présentés sans déduction de la CSG (imposable et non imposable) et de la CRDS mais sont nets des autres cotisations sociales. Les pensions alimentaires considérées ici sont la différence entre les pensions alimentaires reçues et les pensions alimentaires versées.

2. Impôt sur le revenu, taxe d'habitation, CSG (imposable et non imposable), CRDS, prélèvement libératoire sur valeurs mobilières et autres prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine. Il s'agit des impôts directs payés en 2019, calculés d'après la déclaration de revenus 2018.

3. Les prestations soumises à la CRDS sont présentées sans déduction de cette dernière.

4. Hors complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje-CMG), cette prestation familiale n'étant pas prise en compte par l'Insee dans le calcul du niveau de vie.

5. Dans ce tableau, seuls le RSA, l'AAH et le minimum vieillesse sont comptabilisés comme minima sociaux. L'ASI et l'ADA ne sont pas prises en compte, étant absentes de l'ERFS. S'agissant de l'ASS, l'AER-R, l'ATA et l'allocation veuvage, qui sont des minima sociaux imposables, ils sont classés parmi les revenus de remplacement.

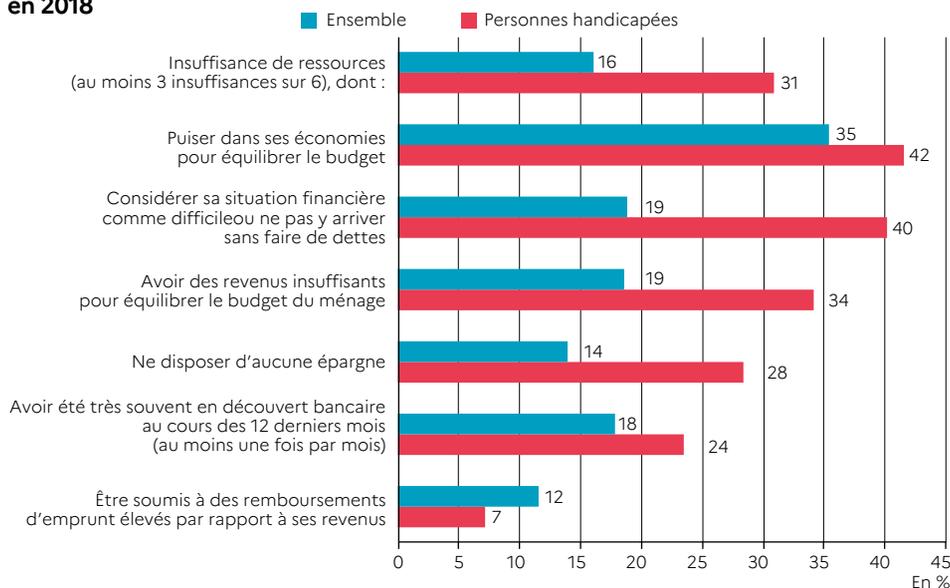
Note > Les rentes AT-MP ne sont pas prises en compte dans ces données.

Lecture > En 2019, pour les ménages dont au moins un des membres est âgé de 15 à 59 ans, la part des prestations sociales non contributives dans le revenu disponible est de 7,4 %. 60,9 % de ces ménages perçoivent ce type de prestations.

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

Sources > Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2019, calculs DREES.

Graphique 2 Insuffisance de ressource des ménages des personnes handicapées, en 2018



Note > Les personnes identifiées comme handicapées ici sont celles ayant déclaré être « fortement limitées » dans les activités que les gens font habituellement, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé (indicateur « GALI »).

Lecture > En 2018, en France métropolitaine, 31 % des personnes handicapées vivent dans un ménage déclarant des ressources insuffisantes. Cette part s'élève à 16 % dans l'ensemble de la population.

Champ > France métropolitaine, personnes âgées entre 16 et 64 ans vivant dans un logement ordinaire.

Source > Insee, enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2018.

conditions de vie la plus courante parmi les personnes handicapées : 27 % d'entre elles vivent dans un ménage confronté à cette forme de restriction, soit près de trois fois plus que dans l'ensemble de la population (10 %) [graphique 3]. Ce constat est valable quelle que soit la privation considérée. Le fait de ne pas pouvoir payer une semaine de vacances une fois par an (43 % contre 22 % dans l'ensemble de la population), remplacer un meuble hors d'usage (43 % contre 22 %) et dans une moindre mesure s'acheter des vêtements neufs (28 % contre 11 %) par manque de moyen sont les privations le plus souvent citées.

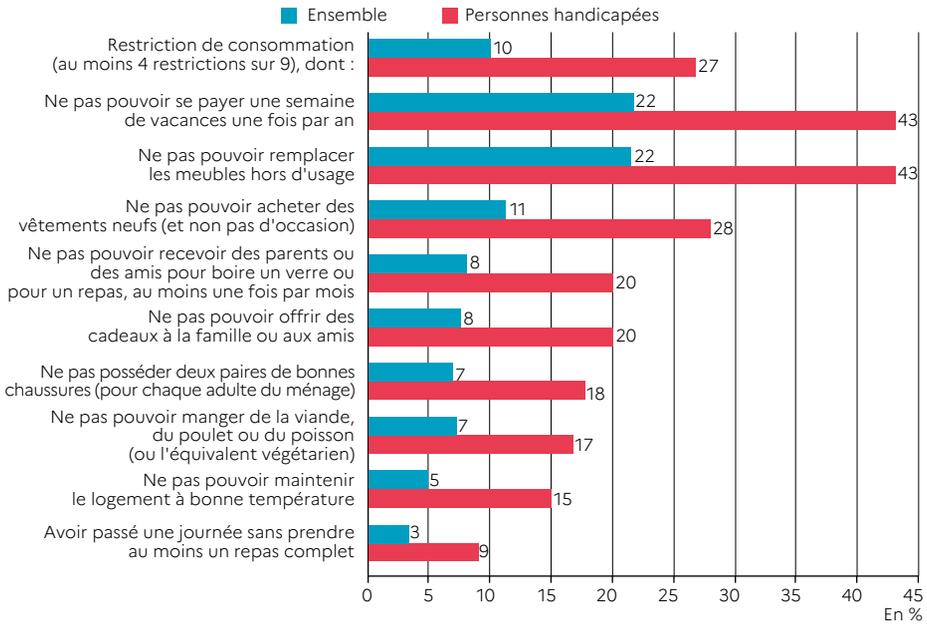
Une santé dégradée et des consultations médicales plus nombreuses parmi les personnes handicapées, excepté chez le dentiste

Les personnes handicapées présentent aussi des indicateurs de santé dégradés par rapport à l'ensemble de la population. La moitié des personnes handicapées qualifient leur état de santé

de mauvais ou très mauvais, soit huit fois plus que dans l'ensemble de la population (graphique 4). Neuf sur dix déclarent être atteintes d'une maladie chronique (trois fois plus).

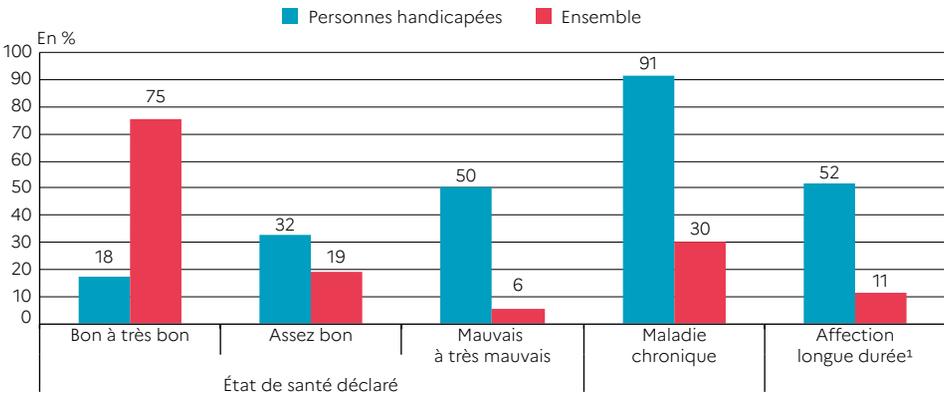
Les personnes handicapées sont plus nombreuses à avoir consulté un médecin dans l'année, plus particulièrement un spécialiste (hors dentiste) : 95 % se sont rendues chez un généraliste, 81 % chez un spécialiste, contre respectivement 81 % et 55 % dans l'ensemble de la population. Enfin, les personnes handicapées de 16 ans ou plus se distinguent également selon les indicateurs de bien-être émotionnel. Elles déclarent ainsi moins souvent que la population générale s'être senties, tout le temps ou la plupart du temps, heureuses les quatre semaines précédant leur interrogation (46 % contre 68 %), ou calmes et détendues (33 % contre 50 %) [graphique 5]. À l'inverse, les émotions négatives sont davantage rapportées par les personnes handicapées : de la nervosité pour 29 % d'entre elles tout le temps ou la plupart du temps. ■

Graphique 3 Restriction de consommation des ménages des personnes handicapées, en 2018



Note > Les personnes identifiées comme handicapées ici sont celles ayant déclaré être « fortement limitées » dans les activités que les gens font habituellement, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé (indicateur « GALI »).
Lecture > En 2018, en France métropolitaine, 27 % des personnes handicapées vivent dans un ménage déclarant des restrictions de consommation. Cette part s'élève à 10 % dans l'ensemble de la population.
Champ > France métropolitaine, personnes âgées entre 16 et 64 ans vivant dans un logement ordinaire.
Source > Insee, enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2018.

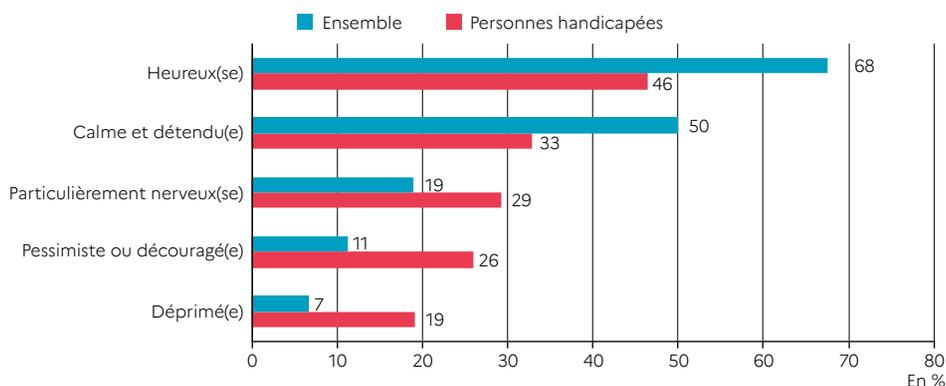
Graphique 4 État de santé selon l'âge et la situation de handicap, en 2018



1. Données issues de l'enquête SRCV 2017.

Note > Les personnes identifiées comme handicapées ici sont celles ayant déclaré être « fortement limitées » dans les activités que les gens font habituellement, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé (indicateur « GALI »).
Lecture > En 2018, en France métropolitaine, 18 % des personnes handicapées déclarent être en bon ou très bon état de santé. Cette part s'élève à 75 % dans l'ensemble de la population.
Champ > France métropolitaine, personnes âgées entre 16 et 64 ans vivant dans un logement ordinaire.
Source > Insee, enquêtes Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2017 et 2018.

Graphique 5 Émotions ressenties « tout le temps » ou « la plupart du temps » au cours des quatre dernières semaines, en 2018



Note > Les personnes identifiées comme handicapées ici sont celles ayant déclaré être « fortement limitées » dans les activités que les gens font habituellement, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé (indicateur « GALI »).

Lecture > En 2018, en France métropolitaine, 46 % des personnes handicapées déclarent s'être senties heureuses tout le temps ou la plupart du temps. Cette part s'élève à 68 % dans l'ensemble de la population.

Champ > France métropolitaine, personnes âgées de 16 ans ou plus vivant dans un logement ordinaire.

Source > Insee, enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2018.

Pour en savoir plus

- > Annexe 1 du projet de loi pour le financement de la sécurité sociale (PLFSS) [2022]. Rapport d'évaluation des politiques de Sécurité sociale (REPSS) - Autonomie.
- > Baradji, E., Dauphin, L., et al. (2021, février). *Comment vivent les personnes handicapées - Les conditions de vie des personnes déclarant de fortes restrictions d'activité*. DREES, Les Dossiers de la DREES, 75.
- > Cabannes, P.-Y., Chevalier, M. (dir.) [2022, septembre]. *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution - édition 2022*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 01, 02, 25 et 26.
- > Guidevay, Y., Guillaneuf, J. (2021, octobre). En 2019, le niveau de vie médian augmente nettement et le taux de pauvreté diminue. Insee, *Insee Première*, 1 875.
- > Levieil, A. (2017, mars). Le niveau de vie des personnes handicapées : des différences marquées selon les limitations. DREES, *Études et Résultats*, 1 003.
- > Marc, C., Mikou, M. et al. (dir.) [2021, décembre]. *La protection sociale en France et en Europe en 2020*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiche 9.
- > Marino, A. (dir.) [2022, mai]. *Les retraités et les retraites*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, fiches 23 et 24.

Depuis la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) il y a une quinzaine d'années, l'aide sociale départementale aux personnes handicapées s'est très fortement développée. Entre 2006 et 2020, le nombre de prestations est passé de 266 000 à 571 000, et les dépenses de 4,6 à 8,8 milliards d'euros. Les disparités départementales de taux de bénéficiaires ou de dépenses moyennes par bénéficiaire sont marquées. Les bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes handicapées sont majoritairement des hommes. Leur répartition par âge varie selon la prestation.

Les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier de différentes prestations gérées ou financées par l'État, les collectivités locales ou les organismes de sécurité sociale (voir fiches 20 et 21).

Diverses prestations départementales pour les personnes handicapées

Les aides sociales des départements sont principalement la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation complémentaire tierce personne (ACTP), l'aide ménagère ainsi que des aides à l'accueil : aide à l'hébergement ou à l'accueil de jour en établissement ou chez des particuliers. Des aides au recours à un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou à un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) existent également, mais ne sont pas considérées ici parmi les aides à l'accueil, afin de pouvoir rapprocher nombre d'aides et dépenses. En parallèle, les communes et leurs intercommunalités ont aussi la possibilité de mettre en place des actions sociales en faveur des personnes handicapées : c'est le cas dans 85 % des communes¹ fin 2014.

Près de 571 000 mesures d'aide sociale départementale fin 2020, pour 8,0 milliards d'euros de dépenses annuelles

Au 31 décembre 2020, 571 000 prestations² d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements (tableau 1). Elles se répartissent en 420 600 aides à domicile et 150 400 aides à l'accueil.

Pour l'année 2020, les dépenses brutes³ associées s'élevaient à 8,0 milliards d'euros, dont 2,7 milliards pour l'aide à domicile et 5,3 milliards pour l'aide à l'accueil. Au total, en 2020 en France, l'aide à domicile représente 74 % du nombre d'aides sociales aux personnes handicapées et 33 % des dépenses⁴, l'aide à l'accueil constitue 26 % des prestations attribuées et 67 % des dépenses. Ainsi, la dépense brute moyenne par bénéficiaire est cinq fois et demie plus importante pour les aides à l'accueil : 35 100 euros en moyenne par an par bénéficiaire accueilli (soit 2 920 euros par mois), contre 6 400 euros par bénéficiaire à domicile en 2020 (soit 540 euros par mois).

D'autres dépenses sont engagées par les départements, dont celles liées à l'accompagnement en

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

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

3. Les dépenses brutes sont des dépenses avant déduction des recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, des remboursements de participations et de prestations et des récupérations.

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

SAVS et en Samsah, ainsi que des participations et des subventions. En les incluant, les dépenses brutes globales sont de 8,8 milliards d'euros pour l'année 2020.

Un très fort développement de l'aide sociale aux personnes handicapées

Entre 2001 et 2020, le nombre d'aides sociales aux personnes handicapées au 31 décembre a été multiplié par 2,4 et les dépenses annuelles par 2,8, en euros courants (et par 2,2 en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation⁵)

[graphiques 1 et 2]. Cette hausse s'explique par l'élargissement de la prise en compte des conséquences du handicap via la mise en place de la PCH en 2006 (loi du 11 février 2005), ainsi que par l'accroissement du nombre d'aides à l'accueil, lié en partie au développement de l'offre en établissements médico-sociaux.

De 2000 à 2018, le nombre d'aides à l'accueil augmente continûment : entre 1 % et 5 % de croissance chaque année (+2,9 % par an en moyenne). En 2019, la hausse est plus faible (+0,4 % en un an) et en 2020, pour la première fois, le nombre d'aides

Tableau 1 Nombre d'aides sociales aux personnes handicapées et dépenses associées, en 2019 et 2020

	Nombre d'aides au 31/12			Dépenses annuelles, en milliers d'euros, évolution en euros courants			Dépenses brutes mensuelles moyennes par aide sociale départementale (en euros)
	2019	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	2019	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	2020
Aide à domicile, dont :	409 160	420 590	2,8	2 586 560	2 672 110	3,3	540
PCH et ACTP	388 010	398 990	2,8	2 522 590	2 606 370	3,3	550
aide ménagère	21 150	21 600	2,1	63 970	65 740	2,8	260
Aide à l'accueil, dont :	152 580	150 390	-1,4	5 255 360	5 313 660	1,1	2 920
accueil en établissement ¹	146 540	144 440	-1,4	5 192 810	5 250 100	1,1	3 010
accueil familial	6 050	5 940	-1,7	62 550	63 560	1,6	880
Total domicile + accueil	561 740	570 980	1,6	7 841 920	7 985 770	1,8	1 180
Autres aides, dont :	nd	nd	nd	794 940	797 630	0,3	nd
SAVS-Samsah	nd	nd	nd	373 050	380 290	1,9	nd
Total	nd	nd	nd	8 636 860	8 783 400	1,7	nd

nd : non disponible ; SAVS-Samsah : services d'accompagnement à la vie sociale et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

1. Y compris accueil de jour.

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'aide sociale à l'accueil des adultes hébergés en établissement pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton et de ceux accompagnés par un SAVS ou un Samsah a été comptabilisée dans les autres aides.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

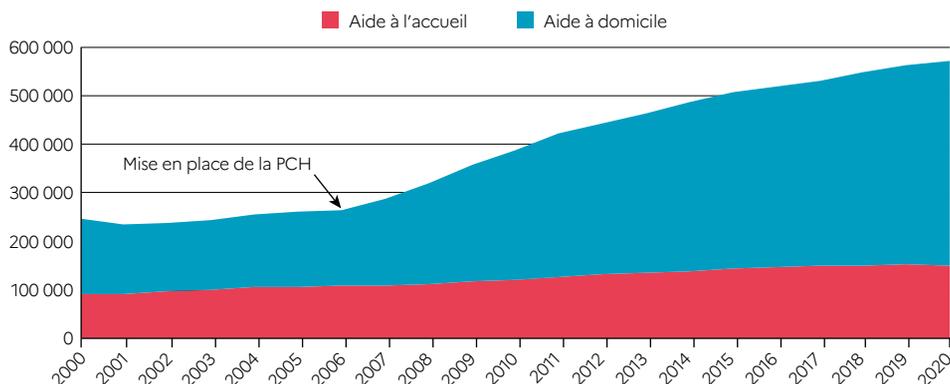
Source > DREES, enquête Aide sociale.

5. Les évolutions de dépenses en euros constants sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

à l'accueil diminue (-1,4 %), probablement en lien avec la crise sanitaire. Entre 2002 et 2006, la progression du nombre d'aides à domicile (+2,6 % par an en moyenne) est similaire à celle du nombre d'aides à l'accueil. En revanche, entre 2006 et 2011, elle est bien plus forte en raison de la montée en charge de la PCH : entre

+10 % et +18 % chaque année (+14 % de croissance annuelle moyenne). De 2011 à 2015, le taux de croissance du nombre d'aides à domicile diminue progressivement, tout en restant soutenu (+4,3 % par an en moyenne). Depuis 2016, il se stabilise autour de +3 % par an et est encore de 2,8 % entre fin 2019 et fin 2020.

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

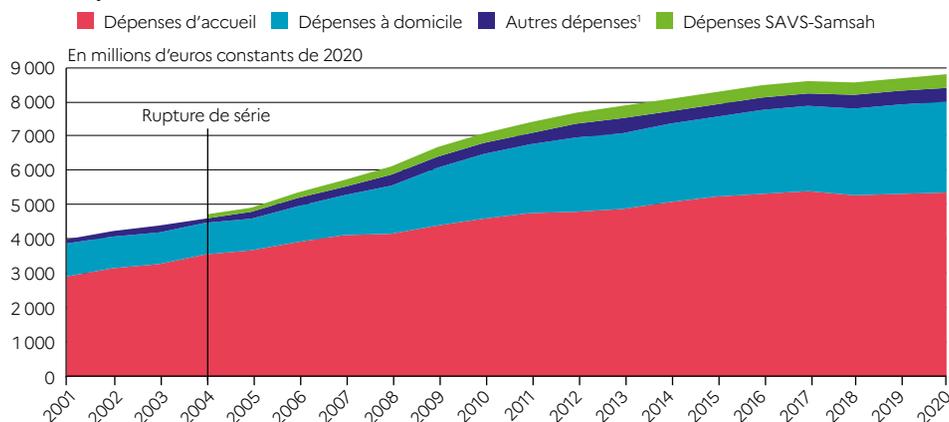


Note > Pour établir les comparaisons avec les dépenses correspondantes, les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH ont tous été comptés parmi les bénéficiaires d'une aide sociale à domicile.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquêtes Aide sociale.

Graphique 2 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées entre 2001 et 2020



1. Dont participations et subventions.

Note > L'aide sociale à l'hébergement à destination des adultes hébergés en établissement pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton a été comptée dans les autres aides. Les dépenses sont représentées ici en euros constants 2020 : elles sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. À partir de 2004, les dépenses d'accompagnement en SAVS et Samsah sont comptabilisées dans les dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées, ce qui induit une rupture de série.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

À l'inverse du nombre de bénéficiaires, les dépenses brutes d'aide sociale à l'accueil sont largement supérieures à celles d'aide sociale à domicile, en raison du coût moyen plus élevé des prestations. La part des dépenses d'aide à l'accueil dans l'ensemble des dépenses tend toutefois à diminuer, l'augmentation des dépenses d'aide à domicile étant plus dynamique que celle des dépenses d'aide à l'accueil. Ainsi, ces dernières représentent 61 % des dépenses totales aux personnes handicapées en 2020 – parmi lesquelles, les dépenses d'accompagnement en SAVS et Samsah et les autres dépenses, qui en constituent 9 % – contre 75 % au début des années 2000. Elles augmentent de 1,0 % en 2020, en euros courants, et les dépenses d'aide à domicile de 3,3 %. Au total, en 2020, les dépenses d'aides aux personnes handicapées sont en hausse de 1,7 %.

De 2002 à 2009, deux effets se cumulent pour expliquer la hausse globale des dépenses d'aide sociale à domicile : la très forte augmentation du nombre de bénéficiaires due, notamment, à l'introduction de la PCH ; la croissance, à un rythme moindre mais non négligeable, du coût moyen des prestations (+4,1 % par an, en moyenne, en euros courants et +2,4 % en euros constants). Depuis 2009, seul le premier effet explique la croissance de la dépense totale. En effet, la dépense moyenne par bénéficiaire d'une aide à domicile a tendance à décroître depuis lors, notamment jusqu'en 2015. Entre 2009 et 2015, elle baisse de 2,2 % en moyenne par an, en euros constants (-1 % en euros courants). Elle continue d'augmenter moins que le niveau des prix depuis (-0,4 % par an en moyenne en euros constants et +0,5 % en euros courants). Elle est de 540 euros en moyenne par mois et par bénéficiaire en 2020. De la même manière, la dépense moyenne par bénéficiaire d'une aide à l'accueil a augmenté lors de la première décennie des années 2000. Dans la deuxième décennie, la tendance, plus accidentée, est à une légère diminution, notamment en

tenant compte de l'inflation. Cette évolution pourrait traduire les efforts des départements pour contenir la dépense, notamment via des négociations des tarifs avec les établissements. Néanmoins, la dépense moyenne par bénéficiaire repart à la hausse entre 2018 et 2020, où elle s'établit à 2 920 euros en moyenne par mois et par bénéficiaire.

De fortes disparités départementales

Le nombre d'aides sociales aux personnes handicapées est en moyenne de 8,5 pour 1 000 habitants sur le territoire national⁶. Ces aides sociales se répartissent de façon très inégale sur le territoire : de 2,3 ‰ à 16,8 ‰ selon les départements en 2020 (carte 1). Dans 38 collectivités, cette proportion est relativement proche de la médiane⁷, égale à 8,9. Un tiers des territoires ont un taux supérieur à 9,8 ‰ (110 % de la médiane), dont 12 au-dessus de 11,5 ‰ (130 % de la médiane). À l'inverse, 3 départements ont un ratio particulièrement faible (inférieur à 6,0 ‰) et dans 27 autres, il est compris entre 6,0 ‰ et 8,1 ‰, soit entre 70 % et 90 % de la médiane.

En matière de dépenses moyennes par bénéficiaire, les disparités sont également marquées (carte 2). En 2020, 4 départements sur 10 dépensent en moyenne entre 13 900 et 16 900 euros par an et par bénéficiaire, des montants relativement proches (plus ou moins 10 %) de la valeur médiane, égale à 15 400 euros. En revanche, dans 5 collectivités, ce montant varie de 8 700 à 10 800 euros et est donc inférieur à 70 % de la médiane. À l'opposé, 5 départements ont des dépenses par bénéficiaire supérieures à 20 000 euros (soit 130 % de la médiane).

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces disparités :

- des prévalences du handicap variables selon les territoires ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;

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

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

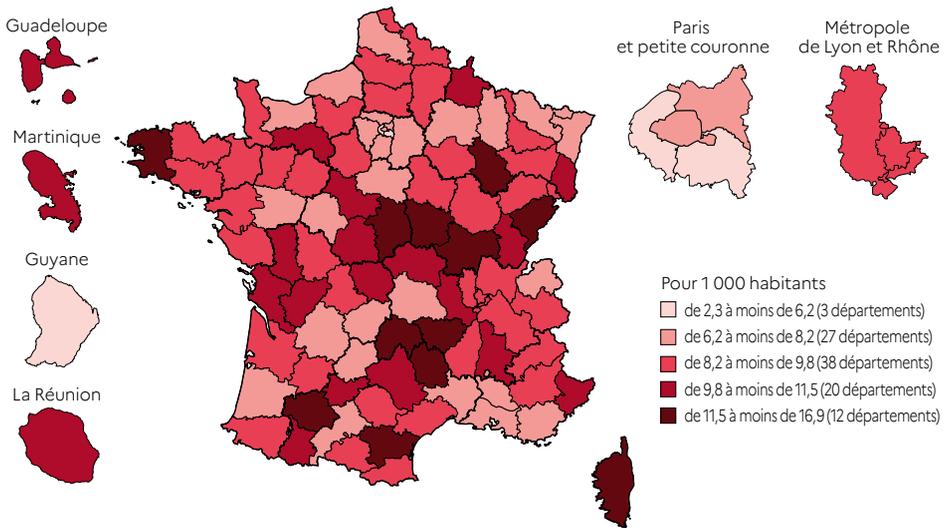
- le nombre de places d'hébergement, très divers selon les départements ;
- la montée en charge de la PCH, qui n'est pas encore achevée et qui peut être plus avancée dans certains départements que dans d'autres (voir fiche 23) ;
- la substitution de l'APA à la PCH ou à l'ACTP aux âges « avancés » peut 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 aux aides à l'accueil : plus les personnes sont modestes, plus elles peuvent prétendre à l'aide sociale.

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

Les aides sociales à l'accueil et à l'hébergement, hors ACTP en établissement, sont accordées majoritairement à des hommes (56 %) alors que les aides ménagères, l'ACTP et la PCH se répartissent quasiment à parts égales entre femmes et hommes.

La répartition par âge des bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes handicapées varie selon la prestation (graphique 3). Les bénéficiaires d'une aide ménagère, dont près de la moitié ont entre 50 et 59 ans, sont relativement âgés en comparaison des bénéficiaires des autres aides. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'ACTP sont également relativement plus âgés, puisqu'aucune nouvelle aide de ce type n'est attribuée depuis 2006.

Carte 1 Taux d'aides sociales départementales aux personnes handicapées, au 31 décembre 2020

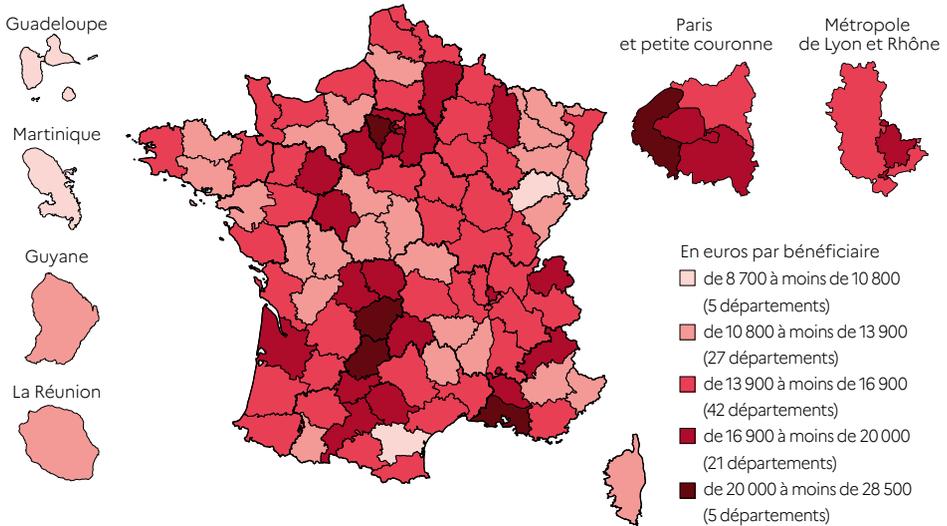


Notes > Au niveau national, au 31 décembre 2020, la proportion de personnes handicapées bénéficiaires d'une aide sociale départementale est de 8,5 pour 1 000 habitants. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 8,9 pour 1 000 habitants.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

Carte 2 Dépenses brutes annuelles moyennes par aide sociale départementale aux personnes handicapées, en 2020

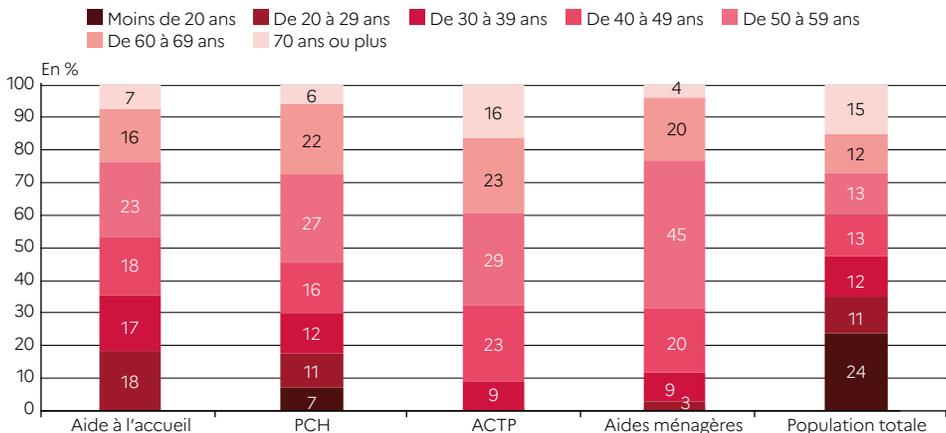


Notes > Au niveau national en 2020, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes handicapées s'élève à 15 500 euros. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 14 400 euros. Les dépenses présentées ici ne comprennent pas les dépenses des services d'accompagnement (SAVS, Samsah...) et les autres dépenses.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 3 Répartition par âge des personnes handicapées selon le type d'aide, au 31 décembre 2020



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

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

Les bénéficiaires des aides à l'accueil sont globalement un peu plus jeunes que ceux de la PCH. La part des personnes de 60 ans ou plus n'y est que de 24 % contre 28 % pour les bénéficiaires de la PCH et celle des personnes de 50 à 59 ans est de 23 % contre 27 %.

Les personnes de moins de 20 ans⁸ sont recensées presque uniquement parmi les bénéficiaires de la PCH dont ils représentent 7 % contre 24 % dans la population totale. Cette relative sous-représentation pourrait, pour partie au moins, s'expliquer par le fait qu'une grande partie des parents d'enfants handicapés ont opté pour des compléments de l'allocation d'éducation aux enfants handicapés (AEEH)⁹ plutôt que pour la PCH. À titre de comparaison, les bénéficiaires de l'AEEH représentent en effet 23 personnes pour

1 000 de moins de 20 ans en France fin 2020, contre 2 % pour la PCH. La PCH « enfants » ne peut être attribuée qu'aux parents disposant de l'AEEH de base. Si leurs droits sont ouverts pour un complément AEEH, ils ont le choix entre bénéficier d'un tel complément ou bien des éléments de la PCH. Seul l'élément 3 de la PCH « aménagement du logement et du véhicule et éventuels surcoûts résultant du transport » est cumulable avec un complément AEEH, ou accessible lorsqu'il n'y a pas de droits ouverts aux compléments AEEH. Par ailleurs, les aides à l'accueil ne concernent pas les personnes de moins de 20 ans, dans la mesure où les établissements pour enfants et adolescents handicapés relèvent d'un financement par l'Assurance maladie et ne sont donc pas concernés par l'aide sociale départementale. ■

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires détaillées, nationales et départementales, sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.
- > **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.
- > **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (2021, novembre). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021.
- > **Marquier, R.** (2016, juin). Dix ans d'aide sociale aux personnes handicapées 2004-2013. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 2.
- > Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Autonomie (2022).

8. 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.

9. L'AEEH 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. L'AEEH est versée par les caisses d'allocations familiales, contrairement à la PCH qui est versée par les conseils départementaux.

Fin 2020, 400 000 personnes sont bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), pour une dépense annuelle brute de 2,6 milliards d'euros. La croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH est une nouvelle fois soutenue (+4,2 % entre fin 2019 et fin 2020), même s'il s'agit de la hausse annuelle la moins élevée depuis 2006. Les différences départementales de taux de bénéficiaires et de dépenses relatives sont marquées.

Introduite en 2006, la PCH a vocation à remplacer l'ACTP, qui était auparavant le principal dispositif d'aide humaine pour les personnes handicapées délivré par les départements. Les anciens bénéficiaires de l'ACTP de moins de 60 ans en 2006 ont eu la possibilité de conserver leurs droits à cette allocation ou d'opter pour la PCH, ce choix étant, dans ce dernier cas, définitif. Par ailleurs, depuis 2008, la PCH est ouverte aux personnes de moins de 20 ans et peut se substituer au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). À partir de 60 ans, le bénéficiaire de la PCH peut choisir l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Le développement de la PCH encore très soutenu

En raison, notamment, de l'élargissement des conditions d'attribution de la PCH par rapport à l'ACTP (voir fiche 20), le recours à la PCH a connu un fort développement, jusqu'aux années récentes. La montée en charge de la prestation ne semble d'ailleurs pas encore achevée en 2020, car le rythme de croissance du nombre de ses bénéficiaires reste encore bien supérieur à celui de la population dans son ensemble. Fin 2020, 347 100 personnes sont bénéficiaires de la PCH (tableau 1), c'est-à-dire qu'elles ont un droit ouvert à cette prestation (encadré 1). En 2020, la croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH est une nouvelle fois soutenue (+4,2 % entre fin 2019 et fin 2020), même s'il s'agit de la hausse

annuelle la moins élevée depuis 2006. Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue de 5,6 % et atteint 51 900 personnes fin 2020. Au total, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH a été multiplié par près de 3 depuis 2006, passant de 138 300 à 399 000 fin 2020 (+2,8 % entre fin 2019 et fin 2020). Parallèlement au nombre d'aides, les dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP progressent de 3,3 % entre 2019 et 2020 pour s'établir à 2,6 milliards d'euros. La baisse des dépenses d'ACTP de 18 millions d'euros (-4,8 %) est très inférieure à la hausse de celles de PCH (+101 millions d'euros, soit +4,7 %).

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

Rapportées aux nombres moyens de bénéficiaires, les dépenses d'ACTP et de PCH présentent des trajectoires différentes (graphique 1). La PCH a été associée, au début de sa mise en œuvre, à une forte dépense par bénéficiaire, avant de baisser rapidement. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution : d'une part, les coûts de mise en place de la prestation peuvent être très importants, pour diminuer ensuite avec les gains de gestion ; d'autre part, la prestation a probablement d'abord bénéficié aux personnes les plus lourdement handicapées nécessitant une aide humaine¹ importante, mais dont l'accès aux aides était auparavant limité par

1. 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.

le plafonnement de l'ACTP. Enfin, la PCH permet de prendre en charge des aides techniques² ainsi que l'aménagement du logement, entraînant des dépenses qui peuvent être élevées (même

si elles sont plafonnées) et 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 Évolutions de l'ACTP et de la PCH

	Effectifs au 31/12 ou dépenses sur l'année						Taux d'évolution annuel moyen (en %)			
	2000	2005	2010	2015	2019	2020	2005/2010	2010/2015	2015/2019	2019/2020
Nombre de bénéficiaires, en milliers										
ACTP et PCH, dont :	142	137	247	342	388	399	12,6	6,8	3,2	2,8
ACTP	142	137	92	69	55	52	-7,7	-5,6	-5,4	-5,6
PCH	-	-	155	273	333	347	-	12,0	5,1	4,2
<i>Part de la PCH dans le total (en %)</i>										
	-	-	63	80	86	87				
Dépenses annuelles, en millions d'euros courants										
ACTP et PCH, dont :	764	753	1652	2171	2523	2606	17,0	5,6	5,1	3,3
ACTP	764	753	559	447	369	352	-5,8	-4,4	-6,2	-4,8
PCH	-	-	1094	1724	2153	2255		9,5	7,7	4,7
<i>Part de la PCH dans le total (en %)</i>										
	-	-	66	79	85	87				
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire, en euros courants										
ACTP et PCH	422	466	590	541	552	552	4,8	-1,7	0,6	0,1
ACTP	422	466	486	528	543	548	0,9	1,7	0,9	1,0
PCH	-	-	662	544	553	553		-3,8	0,5	0,0

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

Note > Pour le calcul de la dépense mensuelle moyenne par bénéficiaire, le nombre moyen de bénéficiaires sur l'année est estimé comme la demi-somme des effectifs au 31 décembre des années *n* et *n-1*. Il s'agit donc d'une approximation.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête 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). Cette notion ne doit pas être confondue avec celle de bénéficiaires payés au titre de la PCH, qui 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 2020 ont été payés au titre du mois de décembre 2020. La dépense moyenne par bénéficiaire payé est alors d'environ 9 250 euros en 2020, soit environ 770 euros par mois en moyenne.

2. L'aide technique est destinée à l'achat ou à la location, par la personne handicapée et pour son usage personnel, d'un matériel conçu pour compenser son handicap.

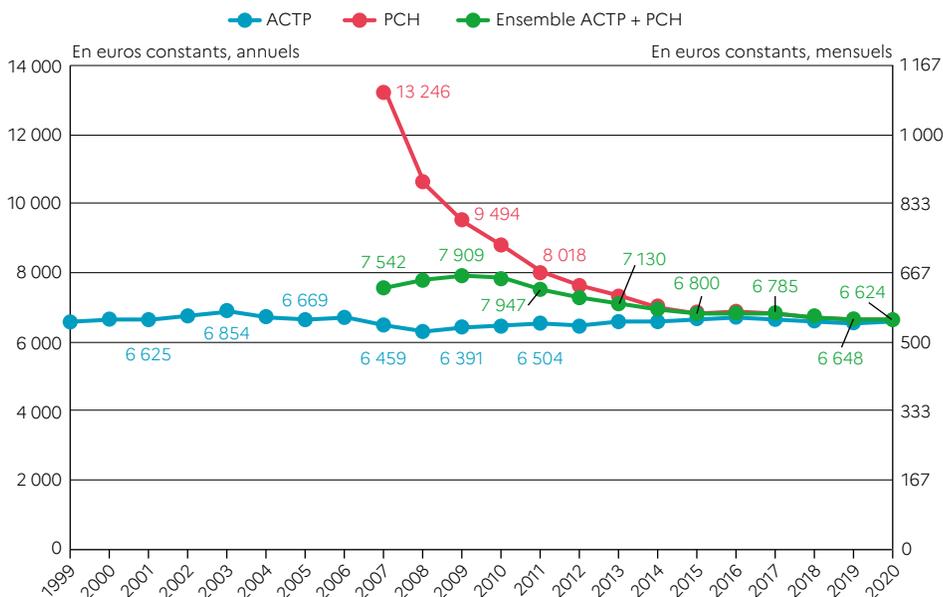
La baisse tendancielle de la dépense moyenne de PCH par bénéficiaire s'est atténuée avec le temps. Elle s'est stabilisée à partir de 2015 et n'augmente depuis que très légèrement (+0,3 % par an en moyenne en euros courants). Cependant, en tenant compte de l'inflation, cette évolution peut être interprétée comme une légère baisse (-0,6 % par an, en moyenne, en euros constants³). La dépense totale de PCH augmente donc à un rythme très proche de celui du nombre moyen de bénéficiaires (respectivement +4,7 % en un an, en euros courants, et +4,2 %). Entre 2015 et 2020, la dépense moyenne d'ACTP augmente légèrement aussi (+0,7 % par an en moyenne, et +1,0 % entre 2019 et 2020), mais moins que le niveau des prix. En effet, en euros constants, ces évolutions sont de

respectivement -0,2 % par an en moyenne entre 2015 et 2020, et de +0,5 % entre 2019 et 2020.

Dans l'hypothèse où les bénéficiaires souffrant des handicaps les plus lourds auraient 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 relative 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 de moindres besoins.

Au total, les dépenses par bénéficiaire de la PCH et de l'ACTP convergent. Toutes allocations confondues, la dépense globale par bénéficiaire a

Graphique 1 Évolution des dépenses annuelles moyennes d'ACTP et de PCH par bénéficiaire, de 1999 à 2020



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

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

Lecture > En 2007, la dépense moyenne par bénéficiaire de l'ACTP s'élève à 6 460 euros et celle de la PCH à 13 250 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

3. Les évolutions de dépenses exprimées en euros constants sont les évolutions déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

augmenté avec la création de la PCH, puis a diminué entre 2010 et 2015. Depuis, elle augmente un peu, en euros courants, mais son évolution corrigée de l'inflation est en légère baisse (-0,5 % par an, en moyenne, en euros constants). En 2020, elle s'établit à 6 600 euros par an et par bénéficiaire, soit 550 euros par mois.

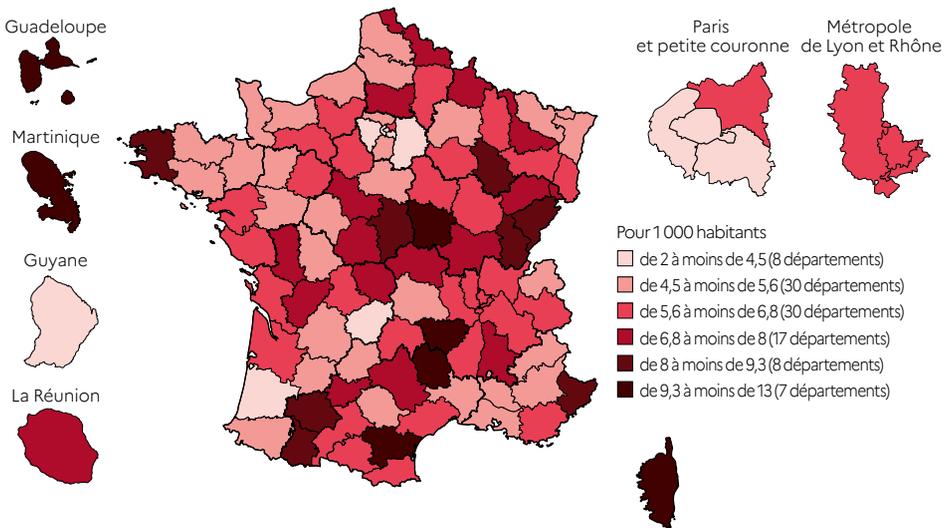
Des différences départementales de taux de bénéficiaires et de dépenses moyennes marquées

En 2020 en France, 5,9 personnes sur 1 000 sont bénéficiaires de l'une des deux prestations, dont 5,2 ‰ pour la PCH et 0,8 ‰ pour l'ACTP. Elles se répartissent de façon inégale d'un département à l'autre : de 2,1 ‰ à 12,8 ‰ (carte 1). Si trois départements sur dix ont un taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP compris entre 5,6 ‰ et moins de 8,0 ‰ – soit entre 90 % et 110 % de la médiane⁴, qui s'élève à 6,2 ‰ – les autres

collectivités s'en éloignent davantage. Cette proportion est particulièrement élevée dans une quinzaine de collectivités où elle est supérieure à 8,0 ‰, c'est-à-dire à 130 % de la médiane. Dans sept collectivités parmi elles, le taux de bénéficiaires égale ou excède même 9,3 ‰ (soit 150 % de la médiane). À l'inverse, huit collectivités se distinguent par des taux plus faibles, inférieurs à 4,5 ‰. Il s'agit notamment de départements franciliens et de la Guyane. Ces différences peuvent s'expliquer par :

- des différences territorialisées de prévalence du handicap ou de répartition par âge de la population ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;
- la montée en charge de la PCH, qui n'est pas encore achevée et qui peut être plus avancée dans certains départements que dans d'autres ;
- le fait que le remplacement de la PCH ou de l'ACTP par l'APA aux âges avancés peut être plus

Carte 1 Taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP, au 31 décembre 2020



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

Note > Au niveau national, au 31 décembre 2020, le taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est de 5,9 pour 1 000 habitants. La valeur médiane, c'est-à-dire celle au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 6,2 pour 1 000 habitants.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021) ; ISD n° HAO6.

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

ou moins prononcé selon le territoire.

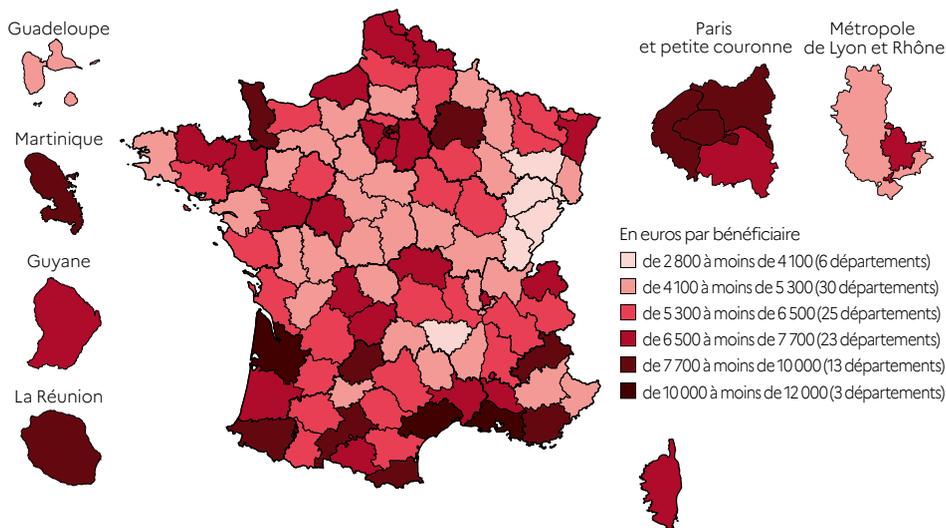
Les dépenses annuelles moyennes de PCH et d'ACTP par bénéficiaire sont elles aussi hétérogènes d'un département à l'autre, allant de 2 800 à 11 800 euros en 2020 (carte 2). Dans un quart des départements, elles varient entre 5 300 et 6 500 euros, et sont donc proches de la médiane⁵ (entre 90 % et 110 %). Une trentaine de collectivités ont des dépenses plus faibles, et dans onze départements, elles sont même inférieures à 4 100 euros, soit 70 % de la valeur médiane. À l'opposé, un quart des collectivités ont une dépense moyenne comprise entre 6 500 et 7 700 euros, et treize dépensent, par an et par bénéficiaire, de 7 700 à 10 000 euros (soit de 130 % à 160 % de la médiane). Enfin, trois départements (la Gironde, l'Hérault et les Bouches-du-Rhône) se distinguent par des dépenses moyennes particulièrement élevées,

supérieures à 10 000 euros par bénéficiaire et par an.

La PCH essentiellement destinée à l'aide humaine

La PCH permet de financer cinq types de dépenses : en 2020, 94 % d'entre elles sont consacrées à l'aide humaine, 3 % à l'aménagement du logement, du véhicule ou à des surcoûts liés au transport, 1 % à l'aide technique. Des dépenses spécifiques et exceptionnelles les complètent à hauteur de 2 %. L'aide animalière (frais relatifs aux chiens guides d'aveugle et aux chiens d'assistance) ne représente que 0,03 % de ces dépenses. Parmi les bénéficiaires de la PCH payés au titre d'une aide humaine apportée au mois de décembre, un sur deux recourt à des aidants familiaux⁶. Un quart peuvent également faire intervenir des services prestataires. Plus rares sont

Carte 2 Dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP moyennes par bénéficiaire en 2020



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

Note > Au niveau national, la dépense de PCH et d'ACTP est de 6 600 euros par bénéficiaire en 2020. La valeur médiane, c'est-à-dire celle au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 5 900 euros par an et par bénéficiaire.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

5. Égale à 5 900 euros.

6. Il peut s'agir d'un appui apporté par les parents, ou les frères et sœurs, notamment pour les plus jeunes, ou par les conjoints et les enfants, en particulier pour les plus âgés.

ceux qui emploient directement un salarié (10 %) ou font appel à des services mandataires (1 %). Par ailleurs, un bénéficiaire payé sur cinq l'est dans le cadre d'un forfait surdité ou cécité⁷.

Peu d'enfants bénéficiaires de la PCH, mais un montant moyen plus élevé

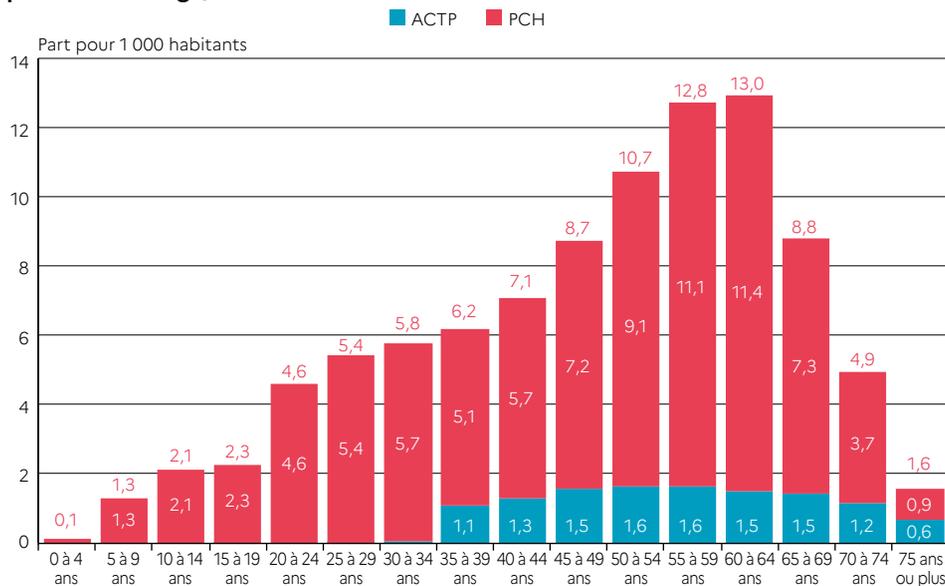
La PCH des moins de 20 ans ou PCH « enfant » concerne 7,4 % des bénéficiaires de la PCH⁸ fin 2020, soit 25 800 bénéficiaires, ce qui représente près de deux personnes pour 1 000 de moins de 20 ans en France. À titre de comparaison, les bénéficiaires de l'allocation d'éducation aux enfants handicapés (AEEH) représentent 23 personnes pour 1 000 de moins de 20 ans en France, soit 372 100 personnes fin juin 2020. La dépense annuelle associée à la PCH « enfant » s'élève à 25 millions d'euros en 2020, soit 11,5 %

de la dépense totale de PCH des conseils départementaux. La dépense annuelle par bénéficiaire est en moyenne de 10 400 euros pour les moins de 20 ans, soit 77 % de plus que la dépense moyenne par bénéficiaire des 20 ans ou plus.

Les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP davantage représentés parmi les adultes de 50 à 64 ans

La part des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP⁹ dans la population varie fortement selon l'âge (graphique 2). Elle double à 20 ans, passant de 2,3 bénéficiaires pour 1 000 habitants entre 15 et 19 ans à 4,6 entre 20 et 24 ans. Cela s'explique par le fait que l'AEEH ne peut plus être attribuée à partir de 20 ans, ses bénéficiaires devant alors opter pour la PCH.

Graphique 2 Part des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dans la population par tranche d'âge, en décembre 2020



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

Note > Les chiffres en rouge correspondent à la part totale des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dans la population par âge.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

7. La somme de ces parts n'est pas égale à 100 % car un même bénéficiaire peut recourir à différents types d'intervenants.

8. La répartition par âge et par sexe des bénéficiaires de la PCH est présentée dans la fiche 22.

9. Les plus jeunes bénéficiaires de l'ACTP ont 33 ans fin 2020, car ils devaient avoir au moins 16 ans (âge minimal pour bénéficier de cette prestation) en 2005 (dernière année avant son remplacement par la PCH).

Le taux de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP augmente avec l'âge. Il dépasse 10 pour 1 000 habitants à partir de 50 ans et est le plus élevé entre 55 et 59 ans et entre 60 et 64 ans (13 bénéficiaires pour 1 000 habitants en 2020). Il diminue ensuite pour atteindre 1,6 pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, d'une part parce que les personnes qui deviennent handicapées après 60 ans ne sont plus éligibles à la PCH (mais le sont à l'APA) ; d'autre part parce que certains bénéficiaires de la PCH et l'ACTP basculent vers l'APA.

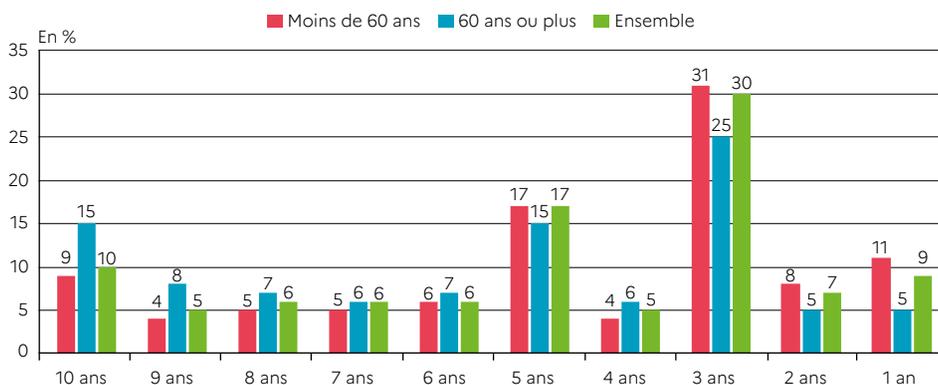
Un bénéficiaire sur dix entré ou sorti de la PCH en 2016

Au cours de l'année 2016¹⁰, 11 % des bénéficiaires sont entrés ou sortis de la PCH¹¹. Plus nombreux avant 60 ans, les entrants sont nettement plus jeunes que les sortants : 44,6 ans en moyenne, contre 49,5 ans pour les sortants. La proportion d'entrants est importante

à 20 ans en raison de la fin de l'éligibilité à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) à cet âge.

Les décès, les déménagements, le fait de percevoir une autre aide ou de ne plus être éligible à la PCH constituent les principaux motifs de sortie de la prestation. En 2016, près d'un sortant sur cinq a quitté le dispositif pour cause de décès, et ce, davantage parmi les hommes que les femmes (22 % contre 18 %). La durée de présence varie en fonction de l'âge. En effet, les bénéficiaires âgés de 60 ans ou plus ont plus souvent des durées de présence plus longues que les autres : 15 % d'entre eux avaient des droits ouverts depuis dix ans, soit depuis la mise en place de la PCH, contre 9 % des moins de 60 ans (graphique 3). Enfin, les bénéficiaires ayant quitté la PCH après trois ou cinq ans de présence (respectivement 30 % et 17 % des sortants) sont surreprésentés parmi les sortants de l'année 2016.

Graphique 3 Répartition des bénéficiaires sortis en 2016 selon l'ancienneté de leur droit à la PCH (en années révolues)



PCH : prestation de compensation du handicap.

Note > Les informations relatives aux sorties des bénéficiaires entrés au cours de l'année 2016 ne sont pas disponibles, les sortants 2016 étant définis comme les personnes présentes au 31 décembre 2015 et absentes au 31 décembre 2016. Ainsi, seules les durées de présence égales ou supérieures à un an peuvent être calculées.

Lecture > 9 % des bénéficiaires de moins de 60 ans sortis au cours de l'année 2016 avaient des droits à la PCH ouverts depuis dix ans.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, RI-PCH.

¹⁰. Les données présentées dans ce paragraphe sont issues de la base statistique RI-PCH, dont la dernière vague disponible porte sur la situation jusqu'au 31 décembre 2016.

¹¹. Les entrants sont définis ici comme les personnes comptabilisées parmi les bénéficiaires au 31 décembre 2016, mais pas au 31 décembre 2015. À l'inverse, les sortants sont les personnes présentes au 31 décembre 2015 et absentes au 31 décembre 2016.

Ces deux durées correspondent au nombre d'années maximum attribué pour une aide technique ou une aide pour des charges exceptionnelles

(trois ans), pour l'aménagement du véhicule, les surcoûts liés aux frais de transport, ainsi que pour une aide animalière (cinq ans). ■

Pour en savoir plus

- > Des données détaillées, départementales et nationales, sont diffusées sur l'Open Data de la DREES.
- > **Baradji, É., Dauphin, L.** (2021, février). Prestation de compensation du handicap : une majorité des paiements financent un aidant familial. DREES, *Études et Résultats*, 1182.
- > **Baradji, É.** (2019, juin). Parcours et profils des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1117.
- > **CNSA** (2018, octobre). La prestation de compensation du handicap en 2017. *Analyse statistique*, 06.
- > **Dos Santos, S., Lo, S.** (2011, août). Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes. DREES, *Études et Résultats*, 772.
- > **Espagnacq, M.** (2012, octobre). Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap ayant des limitations fonctionnelles physiques. Profils, aides techniques et aménagements du logement. DREES, *Études et Résultats*, 819.
- > **Marquier, R.** (2016, juin). Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 2.

Fin 2020, 150 000 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement ou chez des particuliers. Cela représente une dépense annuelle de 5,3 milliards d'euros. Le nombre de bénéficiaires d'une aide à l'accueil et les dépenses associées ont très fortement augmenté depuis 2000. La dépense moyenne par bénéficiaire, après plusieurs années de baisse, semble augmenter en 2020. Elle est de 2 900 euros en moyenne par mois mais est variable d'un département à l'autre.

Les personnes ne pouvant rester en continu à leur domicile en raison de leur handicap peuvent être hébergées chez des particuliers ou dans des établissements médico-sociaux (voir fiche 25), qui proposent également des accueils de jour. Pour financer ces accueils, elles peuvent bénéficier, si leurs ressources personnelles ne sont pas suffisantes, d'une aide sociale procurée par les départements (voir fiche 20).

La présente fiche est centrée sur une partie de ces aides, afin de pouvoir rapprocher le nombre d'aides et les dépenses associées. Par conséquent, les « aides à l'accueil » ne comprennent ici ni l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) en établissement, ni l'accompagnement en service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou en service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (Samsah), ni l'hébergement de jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés. Centrée sur l'aide sociale des départements, cette fiche ne détaille pas non plus le financement de certains établissements accueillant des personnes handicapées par l'assurance maladie (Guibert, 2016). Avec cette définition restreinte, les aides sociales à l'accueil représentent, fin 2020, 26 % des aides départementales octroyées aux personnes handicapées. Les dépenses brutes associées représentent, quant à elles, 67 % de celles consacrées par les

départements à l'aide sociale aux personnes handicapées pour l'ensemble de l'année 2020.

Une baisse inédite du nombre de bénéficiaires d'aides à l'accueil en 2020, après plusieurs années de croissance

Fin 2020, pour la première fois, le nombre de bénéficiaires d'une aide à l'accueil en établissement ou par des particuliers en raison de leur handicap diminue, probablement en lien avec la crise sanitaire. Il baisse de 1,4 % en un an pour atteindre 150 400. Entre 2000 et 2019, le nombre de bénéficiaires est passé de 91 000 à 153 000, soit une évolution annuelle moyenne de +2,7 % (*graphique 1*).

Fin 2020, 125 100 personnes perçoivent une aide sociale pour un hébergement en établissement, soit 83 % des bénéficiaires d'une aide à l'accueil, hors ACTP en établissement. 19 400 personnes handicapées perçoivent une aide pour un accueil de jour en établissement. Enfin, une minorité de prestations concernent un accueil par des particuliers : 5 900 personnes.

Parmi les personnes bénéficiant d'une aide pour un hébergement en établissement fin 2020, 28 % vivent en foyer d'hébergement et 37 % en foyer de vie, soit un total de 81 100 personnes pour 95 800 places en établissement d'accueil non médicalisé¹ (voir fiche 25). 21 % des bénéficiaires d'une aide à l'hébergement en établissement

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

résident en foyer d'accueil médicalisé (26 200 personnes pour 30 900 places) et 14 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad et maisons de retraite) ou en unité de soins de longue durée (17 700 personnes).

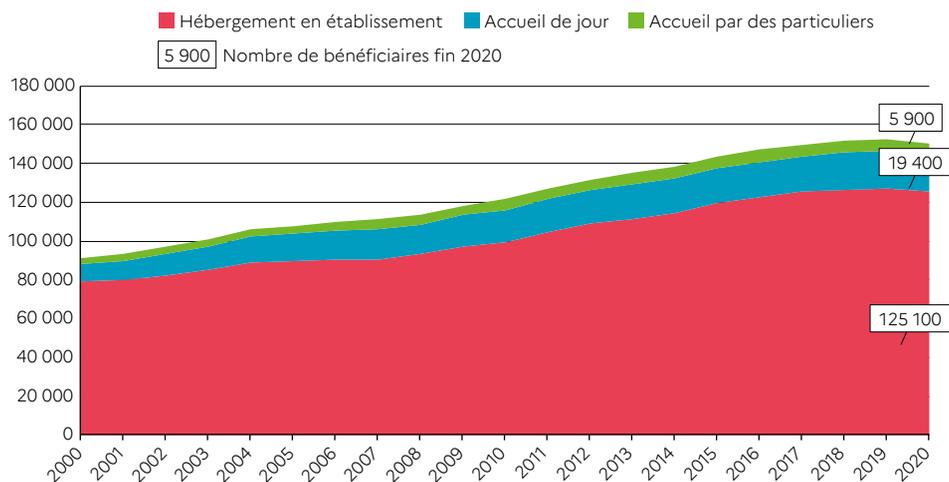
Une hausse de la dépense moyenne par bénéficiaire

Les dépenses annuelles brutes d'aide à l'accueil, comprenant l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers, s'établissent à 5,3 milliards d'euros en 2020². Entre 2000 et 2017, ces dépenses d'accueil ont progressé de près de 140 % en euros courants. En euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'évolution générale des prix³, cette augmentation est de 88 %, soit +3,8 % en moyenne par an (graphique 2). Entre 2017 et 2018, les dépenses

annuelles d'aide sociale à l'accueil diminuent de 0,2 % en euros courants mais de 2,0 % en euros constants. Depuis, les dépenses augmentent légèrement (+1,3 % par an en moyenne et en euros courants, +0,5 % en euros constants).

En 2020, la dépense moyenne d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire est de 35 100 euros par an, soit 2 900 euros par mois. Entre 2000 et 2010, malgré quelques baisses, cette dépense tend à augmenter. Elle a ainsi progressé, en moyenne annuelle, de +3,7 % en euros courants (+2,0 % en euros constants). Depuis 2010, la tendance s'est quasiment inversée. La dépense moyenne par bénéficiaire croît globalement moins que le niveau général des prix : +0,1 % en moyenne par an et en euros courants, soit -0,9 % en euros constants. En 2020, la dépense moyenne augmente : +1,6 % en euros courants par rapport à 2019

Graphique 1 Nombre de personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale à l'accueil au 31 décembre, de 2000 à 2020



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

Lecture > Le nombre de personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale départementale à l'accueil est passée de 91 000 en 2000 à 150 400 en 2020, dont 125 100 pour un hébergement en établissement.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

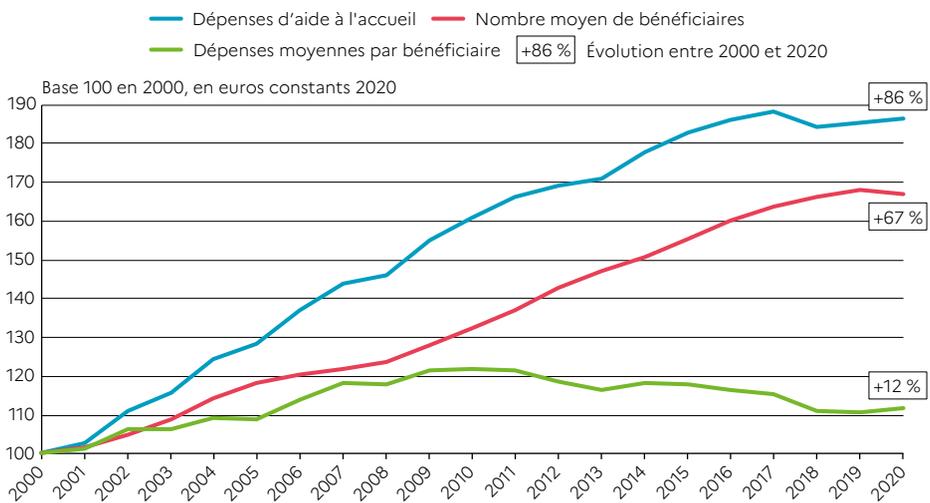
2. À ce montant s'ajoutent les autres dépenses d'aide à l'accueil des départements (non prises en compte dans cette fiche afin de pouvoir rapprocher la dépense du nombre de bénéficiaires), qui s'élèvent à 544 millions d'euros en 2020. Elles concernent l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), l'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et d'autres dépenses d'accueil non ventilées par ailleurs.

3. Les évolutions de dépenses en euros constants sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

et +1,2 % en euros constants. Pour autant, cet éventuel changement de tendance reste à confirmer, car la hausse peut être due, au moins en partie, à un décalage entre l'évolution de la dépense annuelle et celle du nombre moyen de bénéficiaires. D'une part, certaines dépenses réalisées en 2020 peuvent l'être au titre de 2019 et, d'autre part, le nombre de bénéficiaires a pu diminuer davantage en fin d'année, ce qui retarderait quelque peu l'effet sur les dépenses totales. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire varie du simple au triple d'un département à l'autre : de 20 000 à 59 100 euros en 2020 (carte 1). La moitié des départements consacrent moins

de 34 200 euros par an à leurs bénéficiaires alors qu'ils sont 19 à leur attribuer au moins 41 200 euros (120 % de la valeur médiane⁴), dont 2 au-delà de 48 200 euros. Ces écarts sont à nuancer en raison des différences départementales de gestion de l'aide sociale à l'hébergement : les dépenses brutes d'aide à l'accueil peuvent inclure ou non des avances faites par le département aux bénéficiaires. Toutefois, cela ne suffit pas à expliquer l'ensemble des disparités. D'autres facteurs explicatifs peuvent être avancés : les différences de structure démographique (population plus ou moins âgée notamment) et économique des territoires, ou encore la variation du coût à la place. ■

Graphique 2 Évolution des dépenses et des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'accueil des personnes handicapées, de 2000 à 2020



Notes > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2020. 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 l'hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers. Les dépenses d'aide à l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), d'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et les autres dépenses d'accueil ne sont pas prises en compte ici.

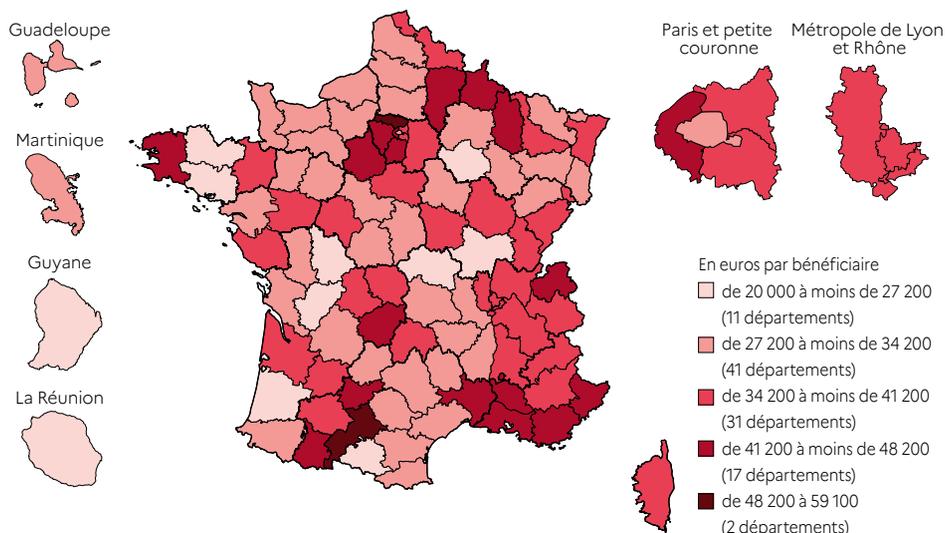
Lecture > La dépense moyenne par bénéficiaire a augmenté de 12 % entre 2000 et 2020.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

4. La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, soit 34 200 euros ici.

Carte 1 Dépenses annuelles brutes d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire en 2020



Notes > Au niveau national, la dépense moyenne par bénéficiaire et par an est de 35 100 euros. La valeur médiane, au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 34 200 euros. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n-1* et des bénéficiaires au 31 décembre *n*. Les dépenses brutes d'aides à l'accueil comprennent celles liées à l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers. Les dépenses d'aide à l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), d'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et les autres dépenses d'accueil ne sont pas prises en compte ici.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale; ISD n° F110.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires, nationales et départementales, sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.

> **Guibert, G.** (2016, juin). La dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux. Dans Beffy, M. et al. (dir.). *La protection sociale en France et en Europe en 2014 : Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

Au 31 décembre 2018, la capacité d'accueil ou d'accompagnement d'adultes ou d'enfants handicapés dans des structures médico-sociales s'élève à 510 620 places. Cette offre a augmenté de 25 % depuis 2006, l'évolution étant davantage portée par le développement des services que par celui des établissements. Les hommes sont surreprésentés parmi les personnes accompagnées.

Les personnes en situation de handicap peuvent être orientées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de leur département vers un établissement ou un service médico-social, selon la forme d'accueil ou d'accompagnement préconisée.

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

Au 31 décembre 2018, 12 430 établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées proposent 510 620 places, dont 68 % sont destinées aux adultes et 32 % aux enfants (*tableau 1*) [encadré 1]. Si les établissements ont vocation à accueillir ou à héberger, les services accompagnent les personnes sur leurs lieux de vie (domicile, lieux scolaires, loisirs, etc.). L'offre de places est plus importante dans les premiers que dans les seconds. Ainsi, près de 80 % des places installées¹ le sont en établissement. C'est encore davantage le cas pour les adultes que pour les enfants : 84 % des places pour adultes sont en établissement, contre 66 % au sein des structures pour enfants. Entre 2006 et 2018, l'offre s'est toutefois davantage développée dans les services (+67,3 % dans les services pour enfants et +105,2 % dans ceux pour adultes) que dans les établissements (+2,1 % pour

les enfants et +20,2 % pour les adultes). Ainsi, l'accroissement de l'offre d'accompagnement des enfants est portée presque exclusivement par les services.

Les 311 650 adultes handicapés accueillis dans des établissements ou accompagnés par des services sont principalement en foyers² (154 120 personnes) ou en établissements et services d'aide par le travail (Esat) avec 125 650 personnes. Parmi les 167 310 enfants accompagnés par des structures médico-sociales, 72 050 le sont au sein d'instituts médico-éducatifs (IME) et 57 850 par des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad).

De 2006 à 2018, le personnel en équivalent temps plein (ETP) a augmenté de 27,2 % pour l'ensemble des structures, plus particulièrement pour les services pour enfants (+71,9 %) et pour adultes (+153,1 %). En 2018, le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le personnel en ETP et le nombre de places offertes, est inférieur à 30 ETP pour 100 places dans les services pour adultes et pour enfants et dans les Esat ; il est supérieur à 100 ETP pour 100 places dans les structures pour enfants polyhandicapés, les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisés (FAM), établissements d'accueil médicalisé en tout ou partie (EAM).

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

2. Foyers d'hébergement pour adultes handicapés, foyers occupationnels et foyers de vie pour adultes handicapés, foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés et établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées (EANM), foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (FAM), établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées (EAM) et maisons d'accueil spécialisées (MAS).

Tableau 1 Nombre de structures, de places, de personnes accompagnées et de personnel, au 31 décembre 2018

	Situation au 31 décembre 2018					Évolution entre 2006 et 2018 (en %)		
	Nombre de structures	Nombre de places (capacité installée)	Nombre de personnes accompagnées	Personnels (en ETP)	Taux d'encadrement (ETP pour 100 places)	Nombre de structures	Nombre de places	Personnels (en ETP)
Ensemble des structures	12 430	510 620	478 960⁷	257 600	52,1	31,0	25,0	27,2
Ensemble des structures pour enfants	4 170	164 700	167 310⁷	94 020	57,1	23,4	17,7	12,6
Établissements pour enfants, dont :	2 370	108 900	110 860	78 080	71,7	14,1	2,1	5,1
IME	1 300	70 730	72 050	46 040	65,1	6,0	1,2	6,5
Itep	460	15 980	15 960	12 650	79,2	28,0	6,8	7,0
Établissements pour enfants polyhandicapés	200	5 680	5 930	6 440	113,4	5,8	12,9	7,2
IEM	140	7 180	7 080	6 390	89,1	9,9	-2,4	-1,5
Établissements pour jeunes déficients sensoriels ¹	120	6 740	6 790	5 000	74,2	-11,9	-19,8	-19,7
Autres établissements ^{2,3}	150	2 600	3 050	1 560	60,1	270,7	157,5	203,6
Services pour enfants^{4,5}	1 800	55 790	57 850	15 940	28,6	38,2	67,3	71,9
Ensemble des structures pour adultes	8 250	345 880	311 650⁷	163 550	47,3	35,0	28,8	37,5
Établissements pour adultes, dont :	6 790	290 240	293 920	154 920	53,5	26,0	20,2	34,1
Esat	1 500	119 830	125 650	25 580	21,3	3,7	11,0	8,8
Centres de formation et d'orientation professionnelle	160	11 230	8 880	3 690	32,8	33,3	7,0	-5,9
MAS	710	29 300	29 310	36 150	123,4	45,9	49,3	53,5
Foyers d'hébergement	1 290	38 400	36 150	17 950	46,7	7,1	-0,3	4,3
Foyers occupationnels et foyers de vie	1 820	53 710	55 790	36 490	67,9	29,3	25,1	26,1
Foyers d'accueil polyvalent et EANM ³	100	3 650	3 530	1 650	45,1	1,0	-12,0	-45,4
FAM et EAM ³	1 010	29 640	29 340	31 950	107,8	116,8	117,6	117,1
Autres établissements ⁶	210	4 470	5 270	1 480	33,2	26,1	7,0	27,8
Services pour adultes	1 460	55 640	64 190	8 630	15,5	103,5	105,2	153,1
Lieux de vie et d'accueil (LVA)³	10	40	30	30	63,3	-	-	-

IME : institut médico-éducatif ; Itép : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique ; IEM : institut d'éducation motrice ; MAS : maison d'accueil spécialisée ; Esat : établissement et service d'aide par le travail ; EANM : établissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées ; FAM : foyer d'accueil médicalisé ; EAM : établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées.

- Instituts pour déficients visuels, établissements pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles.
- Autres établissements pour enfants : établissements d'accueil temporaire, jardin d'enfants, établissements expérimentaux et foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés.
- Les EAM, les EANM, les foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés et les lieux de vie et d'accueil sont de nouvelles catégories de structure en 2018.
- Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad).
- Depuis 2018, la mise en place du dispositif intégré Itép a pu avoir un effet sur les nombres de places en Sessad et en Itép comptabilisées ici.
- Autres établissements pour adultes : établissements expérimentaux pour adultes handicapés et établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés.
- Nombre total de personnes accompagnées calculé sans double compte. Une même personne peut en effet être accompagnée dans deux structures à la fois. De ce fait, la somme des personnes accompagnées par chaque type de structure n'est pas égale au total, calculé lui, sans double compte.

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

Champ > France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

Encadré 1 Les structures dédiées à l'accueil ou à l'accompagnement des enfants et adultes handicapés

Les établissements pour enfants et adolescents handicapés

- > Les instituts médico-éducatifs (IME) s'adressent aux enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle et proposent une prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique équilibrée.
- > Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) accueillent des enfants présentant des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle. Leur objectif est de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté.
- > Les enfants polyhandicapés, présentant un handicap grave à expressions multiples associant déficiences motrices et déficiences mentales qui entraînent une restriction de leur autonomie, nécessitent une assistance constante pour les actes de la vie quotidienne. Ils sont accueillis et suivis par les établissements pour enfants polyhandicapés.
- > Les établissements pour jeunes déficients sensoriels accompagnent des enfants présentant une déficience auditive ou visuelle incompatible avec des conditions de vie et de scolarité dans un établissement d'enseignement ordinaire ou adapté. Cet établissement leur assure par conséquent des soins et une éducation spécialisée.
- > Il existe aussi des jardins d'enfants spécialisés, des établissements d'accueil temporaire, des foyers d'hébergement pour enfants et adolescents, ainsi que des établissements expérimentaux pour les enfants handicapés.
- > Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) interviennent au sein des différents lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Ils apportent un soutien éducatif et thérapeutique individualisé.

Les établissements de travail protégé et de formation professionnelle

- > Les établissements et services d'aide par le travail (Esat) offrent des activités productives et une prise en charge médico-sociale aux adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide.
- > Les centres de pré-orientation (CPO) et les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) proposent une évaluation des capacités des travailleurs handicapés ainsi qu'un accompagnement à l'élaboration d'un projet professionnel.
- > Les centres de rééducation professionnelle (CRP) ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale des travailleurs handicapés et de leur assurer une formation qualifiante.

Les établissements centrés sur l'hébergement des adultes handicapés

- > Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) accueillent des adultes handicapés nécessitant une surveillance médicale et des soins constants, notamment avec la poursuite de traitements et de rééducation d'entretien.
- > Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) ont pour vocation d'accueillir des personnes lourdement handicapées voire polyhandicapées, qui ne peuvent exercer une activité professionnelle.
- > Les foyers d'hébergement ont pour principal but d'héberger des travailleurs handicapés en provenance d'Esat, d'entreprises adaptées ou encore du milieu ordinaire.
- > Les foyers occupationnels ou foyers de vie sont destinés à des personnes handicapées ne pouvant pas travailler, mais qui ont une certaine autonomie physique ou intellectuelle.
- > Les foyers d'accueil polyvalent ont été créés en 2005 pour répertorier les foyers d'hébergement qui proposent à la fois de l'internat, des activités occupationnelles et de la prise en charge médicalisée.
- > Les établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées (EAM) sont censés remplacer les FAM, alors que les établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées (EANM) devraient remplacer les foyers de vie, les foyers d'hébergement et les foyers d'accueil polyvalent pour adultes handicapés. ●●●



> Des établissements d'accueil temporaire ainsi que des établissements expérimentaux accueillent également des adultes handicapés.

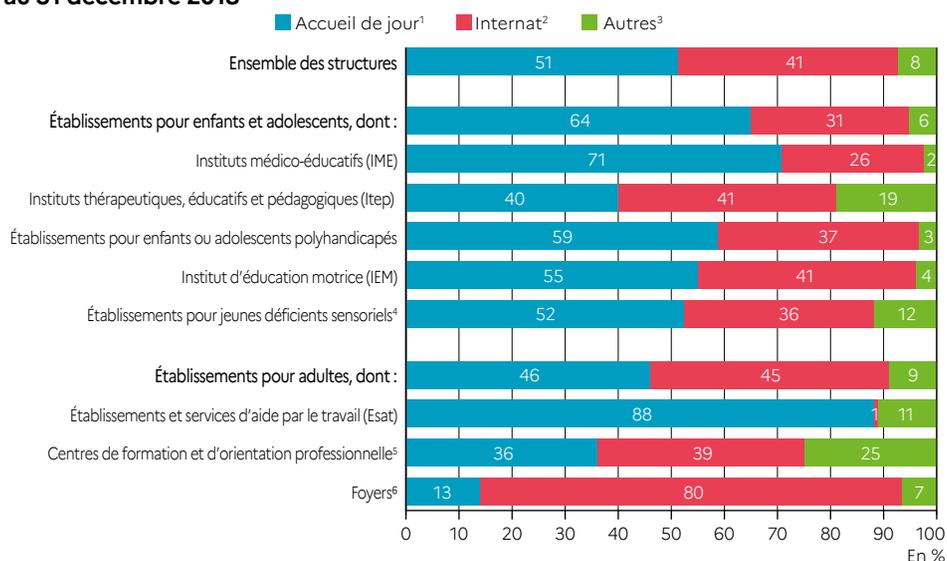
> Les services d'accompagnement comprennent les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) concourent au maintien à domicile des personnes handicapées et à la préservation de leur autonomie ainsi que de leurs activités sociales.

Dans les établissements pour enfants, l'accueil de jour sans hébergement est plus fréquent que dans les établissements pour adultes : 64 % des capacités d'accueil contre 46 % (graphique 1). Pour les adultes, le mode d'accueil des établissements est très lié à la fonction de l'établissement : 88 % des places en Esat sont proposées en accueil de jour sans hébergement contre 13 % des places en foyer.

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

Les personnes accompagnées (en journée ou en hébergement) dans les structures pour adultes ou enfants handicapés se distinguent de l'ensemble de la population par une plus forte proportion d'hommes (67 % des enfants et 59 % des adultes)

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



1. Accueil de jour/externat (sans hébergement).

2. Internat (complet, de semaine, etc.).

3. Dont hébergement éclaté, accueil familial, accueil temporaire, prestation sur le lieu de vie, etc.

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

5. Centres de pré-orientation pour adultes handicapés (CPO), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (JEROS).

6. Foyers occupationnels et foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalent, maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées (EAM) et établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées (EANM).

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

Champ > Établissements pour personnes handicapées, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

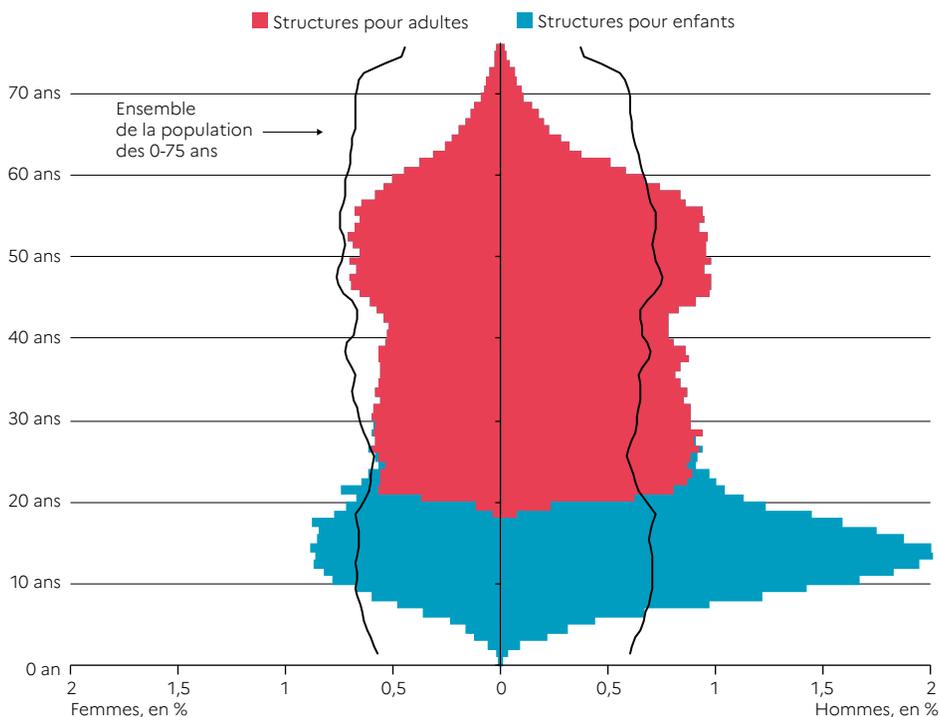
[graphique 2]. Cette surreprésentation masculine est particulièrement marquée entre 8 et 20 ans. La pyramide des âges des personnes accompagnées en structures médico-sociales est très concentrée sur les âges intermédiaires de la vie, tandis que les âges les plus bas et les plus élevés sont très peu représentés. Les jeunes enfants 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 3 ans sont donc accompagnés en établissements médico-sociaux. Ils ne représentent que 0,2 % des personnes accueillies, contre 3,6 % de l'ensemble de la population âgée de 0 à 70 ans. 1,7 % des enfants accompagnés par ces structures ont moins de 6 ans alors qu'ils représentent 7,4 % de la population.

À l'autre extrême de la pyramide des âges, les plus de 60 ans sont, en proportion, moins nombreux dans les établissements médico-sociaux. Une partie d'entre eux sont accueillis dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (voir fiche 18).

Le lien entre déficience principale et type de structure plus fort pour les enfants que pour les adultes

Les établissements et services médico-sociaux sont, pour la plupart, organisés en fonction du type de handicap présenté par leurs bénéficiaires. Beaucoup de structures disposent ainsi d'un agrément pour accueillir une catégorie particulière de personnes, même si certaines peuvent avoir des agréments plus larges.

Graphique 2 Pyramide des âges des personnes accompagnées en structures pour adultes ou enfants handicapés, au 31 décembre 2018



Note > Cette pyramide des âges est calculée « hors doubles comptes » (c'est-à-dire en ne comptant qu'une seule fois les enfants ou adultes handicapés accompagnés par plusieurs structures).

Lecture > Au 31 décembre 2018, les filles de 12 ans représentent 0,9 % des personnes accompagnées dans une structure pour adultes ou enfants handicapés.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > DREES, enquête ES-Handicap 2018; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2019 (résultats arrêtés fin 2021).

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

Déficience principale (en %)	Déficiences intellectuelles	Troubles du psychisme, du comportement ou de la communication	Déficiences sensorielles	Déficiences motrices	Polyhandicap	Autres	Total	Effectifs
Type de structure								
Adultes								
Ensemble des établissements pour adultes	62	21	2	6	4	5	100	293 920
Esat	68	23	2	3	<1	4	100	125 650
Centres de formation et d'orientation professionnelle	3	13	9	44	<1	30	100	8 880
MAS	43	14	1	11	26	6	100	29 310
Foyers d'hébergement	73	20	1	3	<1	3	100	36 150
Foyers occupationnels et foyers de vie	69	20	1	5	1	3	100	55 790
Foyers d'accueil polyvalent et EANM	78	11	<1	2	1	8	100	3 530
FAM et EAM	47	27	2	13	5	5	100	29 340
Autres établissements ¹	47	35	1	9	1	7	100	5 270
SAVS/Samsah	37	32	9	13	<1	9	100	64 190
Enfants								
Ensemble des établissements pour enfants et adolescents	52	27	5	6	5	4	100	110 860
IME	76	18	<1	1	2	3	100	72 050
Itep	3	94	<1	<1	<1	2	100	15 960
Établissements pour enfants polyhandicapés	21	4	1	6	64	4	100	5 930
IEM	7	4	1	71	9	8	100	7 080
Établissements pour jeunes déficients sensoriels ²	1	2	77	2	<1	17	100	6 790
Autres établissements ³	38	44	1	3	3	9	100	3 050
Sessad	31	31	15	11	1	11	100	58 280

Esat : établissement et service d'aide par le travail ; MAS : maison d'accueil spécialisée ; EANM : établissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées ; FAM : foyer d'accueil médicalisé ; EAM : établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées ; SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale ; Samsah : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ; IME : institut médico-éducatif ; Itép : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique ; IEM : institut d'éducation motrice ; Sessad : services d'éducation spéciale et de soins à domicile.

1. Autres établissements pour adultes : établissements expérimentaux pour adultes handicapés et établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés.

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

3. Autres établissements pour enfants : établissements d'accueil temporaire, jardin d'enfants, établissements expérimentaux et foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés.

Note > Le nombre de personnes accompagnées comporte des doubles comptes puisqu'une même personne peut être accompagnée dans deux structures à la fois.

Lecture > Au 31 décembre 2018, 68 % des adultes handicapés accompagnés en Esat ont pour déficience principale une déficience intellectuelle.

Champ > Personnes accompagnées dans une structure pour enfants ou adultes handicapés, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

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 accompagnées au sein des Esat, des foyers occupationnels, des foyers d'hébergement, des foyers d'accueil polyvalent ou des EANM ont une déficience intellectuelle ou des troubles du psychisme. D'autres établissements accueillent majoritairement des personnes présentant une déficience principale motrice, comme les centres de formation et d'orientation professionnelle comprenant les centres de rééducation professionnelle (CRP) et les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS).

Les personnes accompagnées par des services

Au sein des services destinés aux adultes (SAVS et Samsah) accompagnant principalement des personnes en âge de travailler, la classe d'âge la plus représentée est celle de 45 à 54 ans (tableau 3). Après 55 ans, leur nombre diminue. Les services pour adultes handicapés

accompagnent massivement des personnes qui travaillent en milieu protégé (32 % en Esat) ou qui n'ont pas d'activité professionnelle ni d'accueil en journée (47 %).

La plupart des enfants accompagnés par les Sessad ont entre 8 et 14 ans inclus (tableau 4). Après 14 ans, moins d'enfants sont accompagnés par ce type de structure. Conformément aux objectifs d'accompagnement et de scolarisation des enfants en milieu ordinaire des Sessad, la part des enfants non scolarisés y est relativement faible, notamment entre 4 et 16 ans. Le type de scolarisation évolue avec l'âge : la scolarisation en unité localisée pour l'intégration scolaire du premier degré (ULIS-école) augmente rapidement à partir de 6 ans et devient le type de scolarisation majoritaire à 10 ans. Après 11 ans, ce type de scolarisation s'efface au profit d'une scolarisation en unité localisée pour l'intégration scolaire du deuxième degré (ULIS-collège/lycée) ou en section d'enseignement général et professionnel adapté (Segpa), ce qui correspond au passage du primaire au collège. Cependant, la scolarisation dans un établissement scolaire à temps complet (hors ULIS) est elle aussi significative, dès 4 ans. ■

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

	Répartition (en %)									Total	Effectifs
	Travail en Esat à temps plein ou partiel	Travail dans une entreprise adaptée	Travail en milieu ordinaire	En formation ou en stage	Demandeur d'emploi en milieu ordinaire	Accueil en foyer occupationnel, foyer de vie ou accueil de jour	Accueil en MAS ou en FAM	Autre activité ou accueil en journée	Sans activité professionnelle ou accueil médico-social en journée		
18-24 ans	22	1	7	10	7	2	<1	11	40	100	5 530
25-34 ans	39	2	7	3	4	2	<1	7	36	100	12 640
35-44 ans	40	2	6	1	3	2	<1	7	38	100	13 140
45-54 ans	36	2	5	1	2	2	<1	7	45	100	16 920
55-70 ans	19	1	3	<1	1	3	<1	8	66	100	15 090
Ensemble	32	2	5	2	3	2	<1	7	47	100	64 190

Esat : établissement et service d'aide par le travail ; MAS : maison d'accueil spécialisée ; FAM : foyer d'accueil médicalisé ; SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale ; Samsah : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Lecture > 5 530 adultes de moins de 25 ans sont accompagnés par un SAVS ou un Samsah au 31 décembre 2018, dont 22 % travaillent en Esat à temps plein ou partiel.

Champ > Adultes accompagnés par un SAVS ou un Samsah, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

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

	Répartition (en %)									Effectifs	
	Non scolarisé	Enseignement ordinaire à temps complet ¹	Enseignement ordinaire à temps partiel ¹	Scolarité partagée entre établissements médico-social et scolaire	ULIS-école, ex-Clis	ULIS-collège, ULIS-lycée	Segpa	EREA	Autre ²		Total
Moins de 3 ans	92	3	2	1	-	-	-	-	2	100	790
3	25	28	21	8	4	-	-	-	14	100	1 000
4	11	39	23	10	3	-	-	-	15	100	1 460
5	6	51	18	10	3	-	-	-	12	100	2 040
6	3	59	11	8	13	<1	-	1	5	100	2 870
7	3	49	6	4	33	<1	-	1	4	100	3 560
8	2	44	4	3	43	1	-	<1	3	100	4 300
9	1	40	3	3	49	1	-	<1	2	100	4 580
10	1	39	3	2	50	1	<1	1	2	100	5 430
11	1	38	2	2	42	9	2	1	2	100	5 570
12	2	34	3	2	7	37	12	1	2	100	5 170
13	2	29	2	2	2	43	15	1	3	100	4 720
14	2	29	2	2	1	45	14	2	3	100	4 410
15	2	29	2	2	1	41	14	3	5	100	3 640
16	8	41	1	1	1	28	2	6	12	100	2 840
17	10	44	2	1	1	23	1	6	13	100	2 280
18	24	34	1	1	<1	19	<1	4	16	100	1 730
19-20 ans	38	29	1	<1	<1	9	1	3	20	100	1 500
Ensemble	6	38	4	3	20	17	5	2	6	100	57 890
dont : ensemble des 6-15 ans ³ inclus	2	38	3	3	25	18	6	1	3	100	44 250

ULIS : unité localisée pour l'intégration scolaire ; Clis : classe pour l'inclusion scolaire ; Segpa : section d'enseignement général et professionnel adapté ; EREA : établissement régional d'enseignement adapté.

1. Hors ULIS, Segpa et EREA.

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

3. L'instruction est obligatoire à partir de 3 ans et jusqu'à l'âge de 16 ans révolus depuis la loi pour une École de la confiance de juillet 2019. Précédemment, l'instruction était obligatoire de 6 à 16 ans révolus.

Lecture > 790 enfants de moins de 3 ans sont accompagnés par un Sessad au 31 décembre 2018, dont 92 % ne sont pas scolarisés.

Champ > Enfants accompagnés par un Sessad, France métropolitaine et DOM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

Pour en savoir plus

- > Les résultats détaillés de l'enquête sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.
- > **Bellamy, V.** (2022, mai). 25 000 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance. DREES, *Études et Résultats*, 1230.
- > **Bergeron, T.** (2022, mai). Près de 170 000 enfants et adolescents accompagnés dans des structures dédiées fin 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1231.
- > **Bergeron, T., Dauphin L.** (2020, novembre). L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux fin 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1170.
- > **Bergeron, T., Eidelman, 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.
- > **Bessière, M.** (2019, juin). Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, *Les Dossiers de la DREES*, 36.
- > **Falinower, I.** (2016, septembre). L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014. DREES, *Études et Résultats*, 975.
- > **Reynaud, F.** (2019, septembre). Les personnes handicapées vieillissantes : évolutions récentes. Article libre propos, *Gérontologie et société*, 41.

L'aide sociale à l'enfance

Les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) mettent en œuvre diverses actions dans le cadre de la politique de protection de l'enfance, à des fins de prévention, de repérage des situations de danger ou de risque de danger, et de protection. Les deux principaux modes d'intervention sont l'aide à domicile et la prise en charge matérielle. La première recouvre à la fois des interventions à domicile et des aides financières. La seconde correspond essentiellement à des mesures d'accueil 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 : prévention, organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger, décisions administratives ou judiciaires, et mise en œuvre de mesures de protection 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 de l'ASE sont chargés de trois grandes catégories de missions (art. L. 221-1 du CASF), en partie avec le service de la protection maternelle et infantile (PMI) et le service départemental d'action sociale (art. L. 226-1 du CASF). Tout d'abord, les services de l'ASE ont un rôle de sensibilisation et d'information des personnes pouvant être en contact avec 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 mesures de protection dont lui et sa famille pourraient bénéficier, voire le signalement à l'autorité judiciaire. Ensuite, les services de l'ASE développent des actions à portée préventive auprès des mineurs et de leurs familles ainsi que de jeunes majeurs, soit individuelles, soit collectives (prévention spécialisée). Enfin, ils doivent pourvoir aux besoins matériels, éducatifs et psychologiques 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. Ces interventions sont également destinées aux mineurs émancipés et aux majeurs de moins de 21 ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre¹ (encadré 1).

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

1. Les deux lois successives décrétant l'état d'urgence sanitaire puis la période transitoire de sortie de crise interdisaient les sorties dites « sèches » de l'ASE des jeunes de 18 ans pris en charge par celle-ci durant leur minorité. L'article 18 de la loi du 23 mars 2020, puis l'article 9 de celle du 31 mai 2021 visent la protection de ces jeunes majeurs, notamment financière. Cette obligation est désormais permanente, à la suite de l'adoption de la loi relative à la protection des enfants (loi du 7 février 2022).

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. Ces aides sont également destinées aux majeurs de moins de 21 ans.

Les aides financières et l'accompagnement social et familial

Les départements peuvent verser des aides financières aux familles ne disposant pas de ressources suffisantes, sous forme d'allocations mensuelles ou de secours exceptionnels. Elles sont attribuées à un des parents ou à la personne qui assume la charge effective de l'enfant et peuvent l'être sous condition de remboursement.

Les familles rencontrant des difficultés éducatives et sociales perturbant leur vie quotidienne peuvent bénéficier d'une aide ménagère ou de l'action d'un TISF. 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 2007², des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale peuvent être proposées aux familles. Elles ont pour but d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial qui peuvent avoir des conséquences sur les conditions de vie de l'enfant. Cet accompagnement peut être mis en place à la demande ou en accord avec les parents ; il s'agit alors d'une mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAAESF). Il peut également être décidé par le juge des enfants ; il s'agit alors d'une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF).

Encadré 1 La loi relative à la protection des enfants de 2022

La loi du 7 février 2022 relative à la « protection des enfants » vise notamment l'amélioration de la situation des enfants protégés par l'ASE. En particulier, les dispositions suivantes s'appliquent aux mesures d'aide sociale à l'enfance décrites dans cette fiche.

Déjà possible, l'accompagnement des jeunes de 18 à 21 ans pris en charge par les services de l'ASE durant leur minorité devient obligatoire. Le texte dispose également que soit systématiquement proposé à ces jeunes un Contrat d'engagement jeune, qui a pris le relais de la Garantie jeunes depuis le 1^{er} mars 2022.

S'agissant des modalités d'accueil à l'ASE, la recherche d'un membre de la famille ou d'un « tiers digne de confiance » en mesure d'accueillir l'enfant concerné doit désormais être systématiquement privilégiée. Les fratries ne peuvent plus être séparées et doivent bénéficier d'une prise en charge dans un même lieu d'accueil, le cas échéant. Concernant les modalités de prise en charge des enfants et jeunes accueillis à l'ASE, la loi interdit, à partir de 2024, le recours à l'hébergement en hôtel ou tout autre établissement non autorisé par le CASF. Dans l'attente de l'entrée en vigueur de cette interdiction, l'accueil en hôtel ne sera possible que pour une durée maximale de deux mois et dans des conditions de sécurité renforcées, précisées par décret.

Enfin, plusieurs dispositions concernent les mineurs non accompagnés (MNA). Il n'est plus possible de réexaminer la minorité d'un MNA, dès lors qu'elle a déjà été évaluée. Leur prise en charge par les départements devra par ailleurs être systématiquement signalée en préfecture et le jeune être inscrit au fichier national d'appui à l'évaluation de la minorité (AEM).

2. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

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.

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

Les mesures d'accueil à l'ASE

Les mesures administratives d'accueil

Un mineur qui ne peut demeurer dans son milieu de vie habituel ou dont la situation 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, à temps complet ou partiel. Ces mesures sont des accueils provisoires de mineurs. Les jeunes majeurs ou mineurs émancipés, qui ne bénéficient pas de ressources ou de soutien familial suffisants, sont pris en charge par le service de l'ASE lorsqu'ils lui

ont été confiés avant leur majorité, et peuvent l'être aussi quand ce n'est pas le cas. Il s'agit alors d'accueils provisoires de jeunes majeurs. Enfin, les pupilles de l'État sont aussi confiés au service de l'ASE. Ces situations sont regroupées sous le terme de mesures administratives d'accueil à l'ASE. Plusieurs modes d'accueil des mineurs et des jeunes majeurs existent : accueil par des assistants familiaux, en établissement d'éducation spéciale, en maison d'enfant à caractère social (MECS) [encadré 2], en pouponnière, ou encore par un tiers digne de confiance, en internat ou en foyer d'étudiants ou de jeunes travailleurs...

Les mesures judiciaires d'accueil

Les mesures judiciaires d'accueil sont décidées par le juge des enfants. Le mineur est alors confié au service de l'ASE qui détermine les modalités de son accueil. 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 du Code de justice pénale des mineurs³.

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 celui-ci. Il peut s'agir d'un placement auprès d'un établissement ou auprès d'un tiers digne de confiance, ou encore d'une délégation de l'autorité parentale à un particulier ou à un établissement.

Des formes alternatives ou temporaires d'accueil

Au cours des années 2000, de nouveaux modes de prise en charge ont été développés afin de mieux répondre à certaines situations spécifiques.

L'accueil de jour

Sur décision administrative, donc en accord avec la famille, le service de l'ASE peut accueillir un jeune

3. Depuis son entrée en vigueur au 30 septembre 2021. Auparavant prévalait l'application de l'ordonnance de février 1945 relative à l'enfance délinquante (de manière provisoire ou pour les mineurs de moins de 13 ans).

sur tout ou partie de la journée (art. L. 222-4-2 du CASF, créé par la loi du 5 mars 2007). Cette modalité d'intervention se situe entre l'action éducative et l'accueil, avec hébergement à l'ASE. En effet, le mineur passe au moins une partie de la journée dans un lieu lui assurant le soutien éducatif nécessaire. Le juge peut aussi choisir de confier un mineur à un service ou à un établissement pour un accueil à la journée.

L'accueil à domicile (PAD)

Ce dispositif est une modalité d'accueil à l'ASE qui permet au mineur un maintien, ou un retour, au sein du domicile familial. En cas de crise, une place en famille d'accueil ou en établissement lui est assurée. Cette forme de prise en charge, d'ordre administratif ou judiciaire, nécessite une collaboration entre la famille du jeune et les services de l'ASE. Un suivi soutenu est assuré par l'intervention régulière (plusieurs fois par semaine) d'un éducateur au sein du domicile familial. Il est parfois appelé placement « hors les murs ».

L'accueil d'urgence

Précisée dans l'article L. 223-2 du CASF, cette mesure administrative de protection peut être mise en place lorsque la situation est jugée

nécessaire par les services de l'ASE et que le représentant légal du jeune est dans l'impossibilité de donner son accord. Le procureur de la République est parallèlement et immédiatement avisé de sa mise en œuvre. Si le représentant légal est en capacité de donner cet accord mais qu'il le refuse, l'autorité judiciaire est alors saisie en application de l'article 375-5 du Code civil.

L'accueil de 72 heures

Destinée à l'accueil des mineurs en situation de rupture relationnelle avec leurs parents ou en situation de fugue, cette action d'ordre préventive prévoit un accueil ponctuel (pour une durée maximale de 72 heures). Les services de l'ASE préviennent immédiatement les parents ou le représentant légal, ainsi que le procureur de la République. Durant ce laps de temps, le mineur n'est pas admis à l'ASE mais juste « recueilli » et ce, même sans l'accord des parents ou du représentant légal. À l'issue de cet accueil provisoire et de l'évaluation de la situation du jeune, des réponses graduées sont apportées. Elles vont de la mise en place d'une médiation familiale visant à préparer le retour du jeune au domicile familial à l'accueil prolongé du mineur au sein des services de l'ASE.

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** prennent en charge, 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 en famille, accueil chez un assistant familial, en établissement, adoption).

Les **pouponnières à caractère social** accueillent des enfants de la naissance à 3 ans, qui ne peuvent rester au sein de leur famille ou bénéficier d'un placement familial surveillé.

Les **villages d'enfants** prennent en charge des frères et sœurs dans un cadre de type familial avec des éducateurs familiaux qui s'occupent, chacun, en particulier d'une ou de deux fratries.

Les **lieux de vie et d'accueil** offrent un accueil de type familial à des jeunes en grande difficulté. Ils constituent le milieu de vie habituel des jeunes et des permanents éducatifs.

Les accueils peuvent également se faire en **établissement sanitaire** ou en **établissement médico-social d'éducation spéciale** (institut médico-éducatif [IME] ; institut thérapeutique, éducatif et pédagogique [Itep], etc.).

Les mineurs non accompagnés

Les mineurs non accompagnés (MNA)⁴ 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 (art. R. 221-11 du CASF). Les articles L. 112-3 et L. 221-2-2 du CASF font référence à la notion de « mineurs

privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille » et précisent qu'ils entrent dans le droit commun de la protection de l'enfance et relèvent donc à ce titre de la compétence des départements. La loi du 7 février 2022 encourage la poursuite de la prise en charge de ces jeunes une fois acquise leur majorité, au travers de la révision des critères sur lesquels s'appuie la répartition des accueils des MNA sur le territoire. ■

4. Également désignés comme « mineurs isolés étrangers (MIE) » avant 2016.

En 2020, les départements ont consacré 8,9 milliards d'euros à la protection de l'enfance. Ce montant, utilisé à 81 % pour des mesures d'accueils, finance également le versement d'allocations, ou encore la mise en œuvre d'actions éducatives et de la prévention spécialisée. Au 31 décembre 2020, les mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficient de 370 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE), composées pour 54 % de mesures d'accueils à l'ASE et pour 46 % d'actions éducatives.

Représentant 8 % des mesures d'aide sociale des départements et 23 % des dépenses brutes associées¹ en 2020, 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 2020, 370 000 mesures d'ASE (encadré 1) sont en cours (tableau 1). Ce nombre progresse depuis 1996 (graphique 1). Entre 1996 et 2020, il a augmenté de 40 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 1,4 %. En 2020, il croît de 0,8 %, une hausse bien moins importante que celles des années précédentes, notamment en lien avec la crise sanitaire. En France, entre 1996 et 2020, la population des moins de 21 ans a crû de seulement 2,7 %. Ainsi, le taux de mesures dans cette population² augmente régulièrement au cours de cette période. Alors qu'il était de 1,6 % en 1996, il est de 2,2 % en 2020 (stable par rapport à 2019 et +0,1 point comparé à 2018).

Le taux de mesures dans la population des moins de 21 ans varie de 1,1 % à 4,5 % selon les départements (carte 1). Plus de deux tiers des collectivités présentent un taux compris entre 1,8 % et moins de 3 %, ces valeurs représentant respectivement

75 % et 125 % de la médiane égale à 2,4 %. Seul un peu plus d'un département sur dix présente un taux inférieur à 1,8 %. À l'opposé, six collectivités se distinguent par des taux plus particulièrement élevés, allant de 3,6 % à 4,5 % (soit plus de 150 % de la valeur médiane).

Une part des mesures d'accueil croissante au cours des dernières années

Les mesures d'ASE peuvent consister en des mesures d'accueil en dehors du milieu de vie habituel³ ou en des actions éducatives (accompagnement matériel et éducatif du mineur et de sa famille ou du jeune majeur). Fin 2020, les premières (200 000 accueils à l'ASE) sont plus nombreuses que les secondes (171 000 actions éducatives). En 1996, les accueils à l'ASE représentaient 54 % des mesures d'ASE. Cette part a ensuite progressivement diminué jusqu'en 2007. Après une répartition à parts quasi égales entre 2007 et 2015, la part relative des mesures d'accueil reprend l'ascendant depuis. Cette évolution récente tient notamment à l'importante augmentation d'accueils de mineurs non accompagnés (MNA) entre 2016 et 2019 (voir fiche 29). La progression du nombre d'accueils provisoires de jeunes majeurs observée entre 2018 et 2020 (+26 % par an en moyenne) y

1. Le périmètre des mesures d'aide sociale des départements comprend ici les aides sociales aux personnes âgées, aux personnes handicapées, les principales mesures d'aide sociale à l'enfance (actions éducatives et accueils à l'ASE) ainsi que les allocataires du revenu de solidarité active (RSA). Les dépenses associées désignent ici l'ensemble des dépenses brutes hors dépenses de personnel mais incluent les rémunérations des assistants familiaux et des frais de personnel liés au RSA quand ils sont identifiés.

2. Une action éducative et une mesure d'accueil 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.

3. Les mesures de « placement à domicile » constituent une mesure atypique par rapport aux autres mesures d'accueils à l'ASE qui impliquent que le jeune vive au moins en partie hors de son « milieu d'origine ». Ces dernières demeurent majoritaires.

contribue également. Cette progression s'explique par le maintien de la prise en charge des jeunes majeurs en 2020 pour lesquels des mesures spécifiques ont été mises en place dans le contexte de la crise sanitaire, conjugué à l'incitation à la prolongation des prises en charge après la majorité dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, dès 2019. À l'inverse, le nombre d'actions éducatives, qui augmentait moins depuis 2016 que celui des accueils à l'ASE, baisse pour la première fois en 2020 (-0,3 %) [voir fiche 28].

La part des mesures d'accueil parmi les mesures d'ASE varie d'un département à l'autre (carte 2).

Les départements se répartissent de manière quasi égale autour de la valeur nationale de 54 % (qui est donc aussi la valeur médiane) et une grande majorité d'entre eux affichent une proportion relativement proche. En effet, la part des mesures d'accueil varie pour près de la moitié des départements entre 50 % et 60 % (soit entre environ 90 % et 110 % de la médiane). À l'inverse, 35 départements se distinguent par des proportions plus faibles (13 entre 37 % et moins de 45 %, 22 entre 45 % et moins de 50 %) et environ 20 autres par des parts plus élevées (entre 60 % et 69 %).

Encadré 1 Les autres actions départementales dans le champ de la protection de l'enfance

Les aides à domicile

Le dénombrement statistique des aides financières, des actions réalisées par 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 le fait que la DREES ne soit pas en mesure de diffuser de données statistiques détaillées sur ces items à partir de l'enquête Aide sociale. Cependant, à partir des données transmises par les départements répondants sur plusieurs années, des ordres de grandeur peuvent être estimés.

Ainsi, entre 30 000 et 40 000 familles ont bénéficié de l'intervention d'un TISF ou d'une aide ménagère à domicile au cours de l'année 2020. Au 31 décembre 2020, elles sont entre 20 000 et 30 000 à bénéficier de ces aides.

Plus de 80 % des départements répondants à l'enquête Aide sociale en 2020 indiquent mettre en place des mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale. La majeure partie de ces mesures est décidée par le juge des enfants. Ainsi, entre 10 000 et 14 000 familles bénéficient d'une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF) au 31 décembre 2020, en France métropolitaine et dans les DROM, contre 2 000 à 3 000 familles bénéficiaires d'une mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAAESF), mise en place à la demande ou en accord avec les parents.

Les données relatives aux aides financières restent particulièrement fragiles, notamment lorsqu'il est question des aides financières accordées aux jeunes majeurs. En revanche, il est possible d'établir un ordre de grandeur du nombre de familles bénéficiaires d'une aide financière à destination d'au moins un mineur. Ainsi, environ 200 000 familles ont bénéficié d'une aide financière à destination d'un mineur (secours exceptionnels et allocations mensuelles) au cours de l'année 2020.

L'accueil de jour

En 2020, 68 % des départements répondants à l'enquête Aide sociale indiquent mettre en œuvre de l'accueil de jour. Environ 5 000 jeunes bénéficient d'un accueil de jour au 31 décembre 2020. D'après les données de l'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE), ces jeunes sont majoritairement (les trois quarts fin 2017) accueillis dans des maisons d'enfants à caractère social (MECS).

Une majorité de décisions judiciaires à l'origine des mesures

Les actions éducatives peuvent être des actions éducatives directes (AED) ou des actions éducatives en milieu ouvert (AEMO). Alors que les premières sont mises en œuvre à la suite d'une décision administrative, les secondes le sont à la suite d'une décision judiciaire (voir fiches 26 et 28). Dans l'ensemble, les mesures relèvent majoritairement de décisions judiciaires. Ainsi, en 2020, les AEMO représentent près de 70 % des mesures d'actions éducatives, même si des disparités départementales existent (voir fiche 28). De la même manière, les accueils à l'ASE peuvent faire suite à une décision administrative ou judiciaire. Près de huit mesures sur dix sont décidées par le juge (voir fiche 29).

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

En 2020, les dépenses brutes⁴ totales des conseils départementaux pour l'ASE s'élèvent à 8,9 milliards d'euros, hors dépenses de personnel du département à l'exception de la rémunération des assistants familiaux. Celles-ci sont attribuées à 80 % aux accueils (*graphique 2*), et notamment à ceux en établissement (voir fiche 30). 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 2020, les dépenses totales d'ASE ont été multipliées par 2,1. En tenant compte de l'inflation, cela représente une augmentation

Tableau 1 Nombre de mesures d'aide sociale à l'enfance et dépenses associées en 2020

	Nombre de mesures au 31/12			Dépenses ¹ annuelles, en millions d'euros courants			Dépenses mensuelles moyennes par mesure en 2020
	2019	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	2019	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	
Accueils à l'ASE²	196 010	199 530	1,8	6 820	7 180	5,3	3 030
- dont en famille d'accueil	76 070	75 150	-1,2	2 160	2 220	2,9	2 450
- dont hors famille d'accueil ³	119 950	124 390	3,7	4 670	4 960	6,4	3 390
- dont en établissements	70 130	72 290	3,1	nd	nd	nd	nd
Actions éducatives	171 210	170 670	-0,3	510	530	4,4	260
Total des mesures d'accueil et d'actions éducatives	367 220	370 200	0,8	7 330	7 720	5,2	1 740
Autres ⁴	nd	nd	nd	710	650	-7,8	nd
Total⁴	nd	nd	nd	8 570	8 900	3,7	nd

ASE : aide sociale à l'enfance ; nd : non disponible.

1. Les dépenses présentées ici sont des dépenses brutes hors dépenses de personnel du département, à l'exception des rémunérations des assistants familiaux.

2. Les accueils à l'ASE peuvent se faire dans différents lieux : en famille d'accueil, en établissement, en logement ou hébergement pour adolescents et jeunes majeurs autonomes (foyers d'étudiants ou de jeunes travailleurs, en hôtel, en location, etc.) ainsi que selon d'autres modalités (internat scolaire, placement auprès d'un tiers digne de confiance, attente de lieu d'accueil, placement chez la future famille adoptante, placement à domicile, etc.).

3. Les mesures d'accueil à l'ASE hors famille d'accueil comprennent les accueils en établissements de l'ASE, en logement ou en hébergement pour adolescents et jeunes majeurs autonomes ainsi que dans d'autres lieux, y compris les modalités de placement direct, décidées par le juge (voir note 1).

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

Note > Le calcul du montant mensuel de dépenses résulte du montant des dépenses mensualisées rapportées au nombre moyen de mesure en 2020. Ce dernier est égal à la moyenne du nombre de mesures au 31 décembre 2019 et de celui observé au 31 décembre 2020.

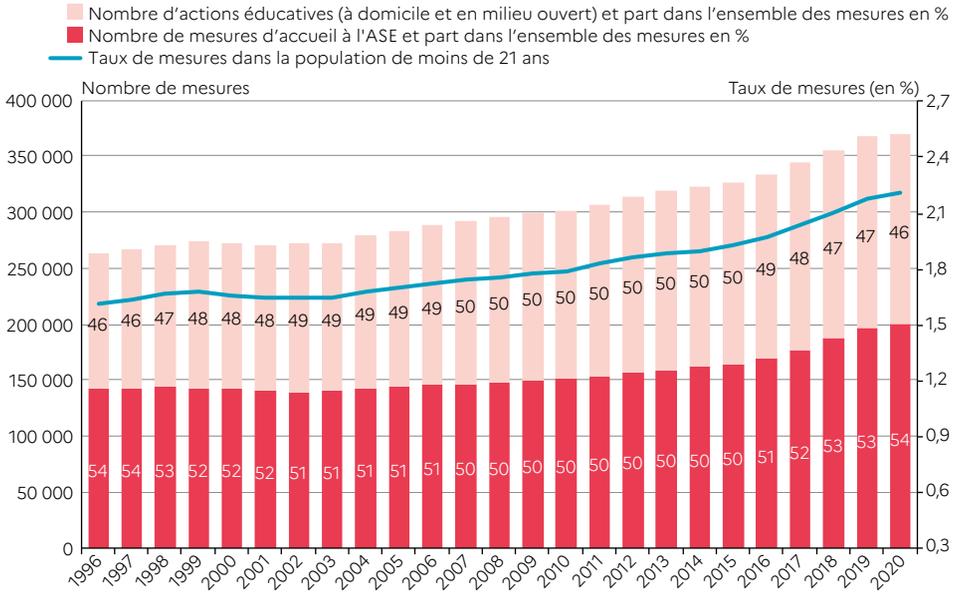
Lecture > Au 31 décembre 2020, 199 530 mesures d'accueil à l'ASE sont en cours.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

4. Les dépenses brutes sont les dépenses avant déduction des éventuelles récupérations, des recouvrements auprès d'autres collectivités locales et des remboursements de participations et de prestations.

Graphique 1 Évolution des mesures d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre, de 1996 à 2020

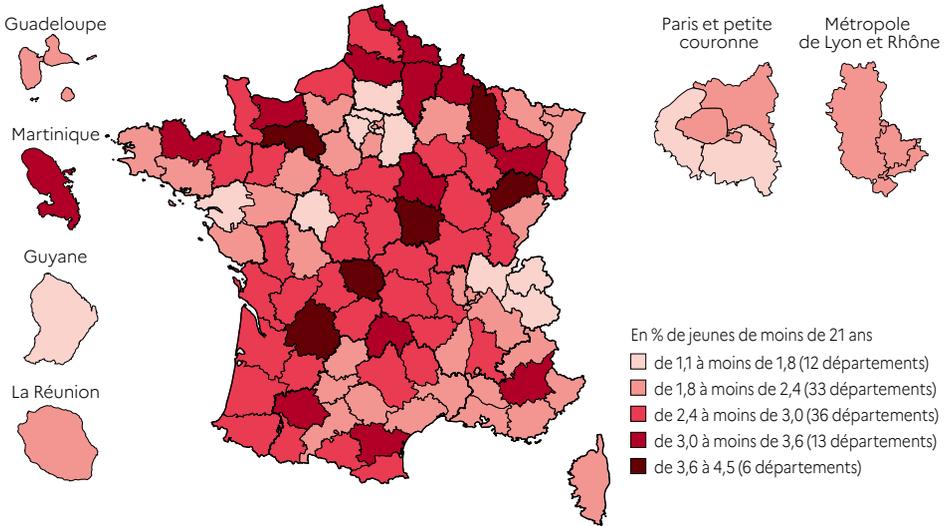


Lecture > Au 31 décembre 2020, les mesures d'actions éducatives (à domicile et en milieu ouvert) représentent 46 % de l'ensemble des mesures.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Carte 1 Taux de mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2020



Note > Au niveau national, le taux de mesures d'aide sociale à l'enfance est de 2,2 %, au 31 décembre 2020. Ce taux n'est pas corrigé des doubles comptes possibles de mesures bénéficiant à la même personne.

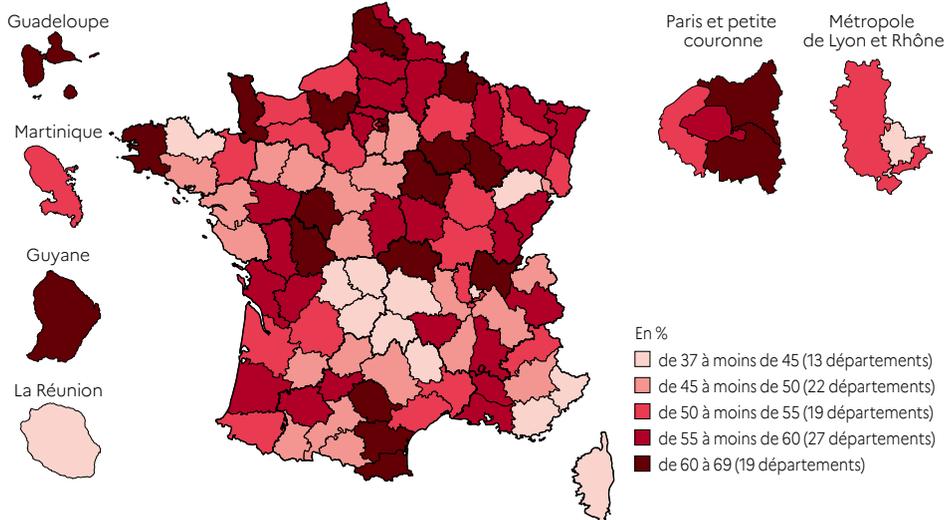
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

de 54,5 %, en euros constants⁵ (graphique 3). Les dépenses globales d'ASE croissent encore de 3,2 % entre 2019 et 2020 en euros constants (+3,7 % en euros courants). Cette hausse est essentiellement portée par celle des dépenses

d'accueil à l'ASE, alors que les dépenses consacrées aux allocations et à la prévention spécialisée ont tendance à décroître depuis 2010 (respectivement -1,7 % et -3,1 % en moyenne annuelle en dix ans, en euros constants). ■

Carte 2 Part des mesures d'accueil dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance, au 31 décembre 2020



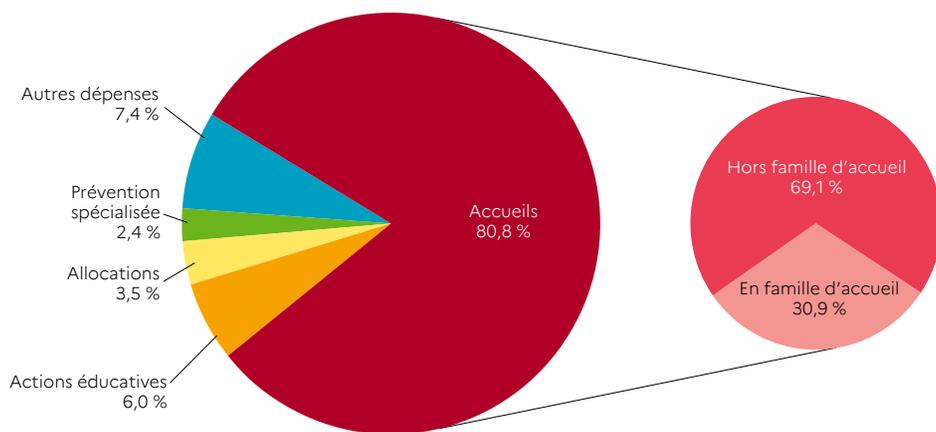
Note > Au niveau national, la part des mesures d'accueil dans l'ensemble des mesures d'aide sociale à l'enfance est de 54 %, au 31 décembre 2020.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

5. Les évolutions en euros constants sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

Graphique 2 Répartition des dépenses d'aide sociale à l'enfance en 2020



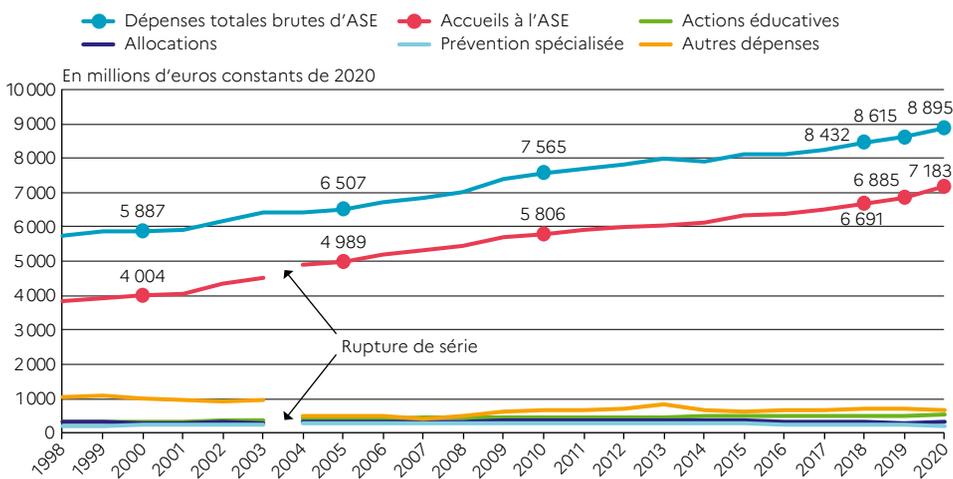
Note > Les autres dépenses d'ASE correspondent aux subventions et aux participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance.

Lecture > En 2020, les dépenses d'accueil représentent 80,8 % de l'ensemble des dépenses brutes d'ASE des départements.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 3 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale à l'enfance, de 1998 à 2020



Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants de 2020. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. Les « Autres dépenses » d'ASE correspondent aux subventions et participations ainsi qu'aux autres dépenses des départements en faveur de l'enfance. Entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « Autres dépenses » d'ASE sont, depuis, davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses d'accueil. Cette évolution induit une rupture de série statistique, hormis pour le total des dépenses d'ASE.

Lecture > En 2020, les dépenses totales brutes d'ASE atteignent 8 895 millions d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

> Des données nationales et départementales sur les bénéficiaires et les dépenses d'ASE sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.

Fin 2020, près de 171 000 enfants ou jeunes de moins de 21 ans font l'objet d'une mesure d'action éducative. Ce nombre augmente régulièrement depuis vingt ans, mais baisse légèrement (-0,3 %) entre 2019 et 2020. Les mesures d'action éducative comprennent 31 % d'actions éducatives à domicile (AED) et 69 % d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO). Cette répartition varie fortement selon les départements.

À la fin de l'année 2020, les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements français (hors Mayotte) mettent en œuvre 370 000 mesures. Près de la moitié d'entre elles (46 %) sont des actions éducatives.

Pour la première fois, les actions éducatives en léger repli en 2020

Au 31 décembre 2020, 171 000 mesures d'action éducative sont en cours¹. Ce nombre a progressé de 30 % en vingt ans, soit un taux d'évolution annuel moyen de 1,3 % (*graphique 1*). La hausse du nombre d'actions éducatives durant cette période est nettement plus forte que celle de la population globale des moins de 21 ans, qui ne s'est accrue que de 2,1 % entre 2000 et 2020². Entre 2019 et 2020, pour la première fois, le nombre de mesures en cours au 31 décembre recule légèrement (-0,3 %), au même rythme que celui du nombre de jeunes de moins de 21 ans. En tirer des conclusions quant à un changement de tendance est prématuré. En effet, la crise sanitaire et, en particulier, le confinement au printemps 2020 ont eu un effet sur l'organisation des services d'ASE. La moitié des services d'actions éducatives (associatifs délégués ou des départements) ont en effet connu une baisse de leurs effectifs de professionnels³. Les mesures d'action éducative concernent 1 % de la population de moins de 21 ans, fin 2020.

Parmi les mineurs, 1,2 % bénéficient d'une action éducative. Cette proportion varie de 0,6 % à 3,0 % selon les départements, qui se répartissent à parts égales entre des taux inférieurs et supérieurs à 1,3 (*carte 1*). Dans près des deux tiers des collectivités (63 sur 100), le taux est compris entre 1,0 et moins de 1,7, donc relativement proche de cette valeur médiane (entre environ 75 % et 125 % de celle-ci). À l'inverse, certains départements sont plus atypiques. D'une part, 16 % d'entre eux se caractérisent par un taux inférieur à 1,0 %. Ils se situent en Île-de-France et alentour (six départements franciliens sur huit, ainsi que l'Oise et l'Eure), dans le nord des Alpes et comprennent aussi deux DROM, en plus de l'Indre-et-Loire, du Tarn et des Bouches-du-Rhône. D'autre part, huit départements se distinguent par un taux particulièrement élevé, égal ou supérieur à 2,0 (plus de 150 % de la médiane). Tous métropolitains, ces départements sont répartis sur l'ensemble du territoire.

Les actions éducatives peuvent concerner des jeunes majeurs, mais ces derniers ne constituent qu'une faible part des bénéficiaires. Fin 2020, 1,7 % des bénéficiaires d'une action éducative sont de jeunes majeurs, soit 2 800 personnes. Si leur nombre a fortement augmenté de 2008 à 2011 (+29 %), il a ensuite diminué de 19 % entre 2011 et 2016, et oscille depuis autour de 2 800.

1. Les mesures sont décidées au niveau administratif ou judiciaire, puis mises en œuvre auprès du jeune, les délais d'exécution pouvant varier selon les départements. Le terme « en cours » désigne ici l'ensemble des mesures prises, qu'elles soient déjà en cours d'exécution ou non. Les départements ne sont en effet pas toujours en capacité de distinguer, au sein de leur système d'information, la date de décision de celle de mise en œuvre effective de la mesure.

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

3. Voir notamment le tableau 4 dans *Le Dossier de la DREES* n° 56 (mai, 2020).

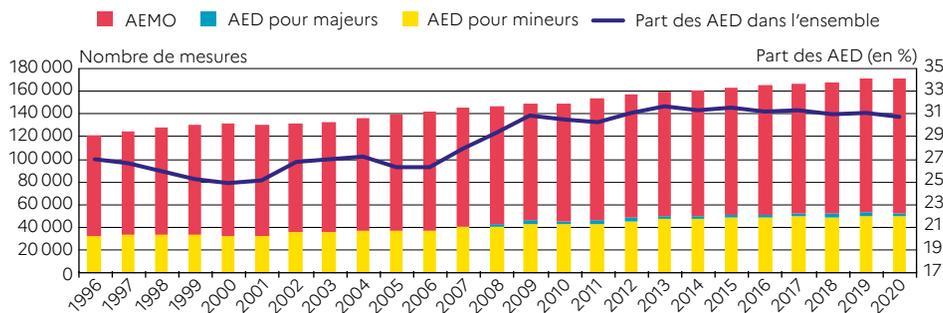
Plus de deux actions éducatives sur trois font suite à une décision judiciaire

Parmi les actions éducatives, sont distinguées 52 000 actions éducatives à domicile (AED) et 118 000 actions éducatives en milieu ouvert (AEMO). Alors que les premières sont décidées en accord avec les familles, les secondes sont

contraignantes à leur égard et sont ordonnées par le juge⁴ (voir fiche 26).

Au cours de la première décennie des années 2000, la hausse du nombre d'AED a été plus rapide que celle du nombre d'AEMO. La part des premières dans l'ensemble atteint ainsi 31 % en 2009, contre 25 % dix ans plus tôt.

Graphique 1 Évolution du nombre d'actions éducatives au 31 décembre, de 1996 à 2020



AEMO : actions éducatives en milieu ouvert ; AED : actions éducatives à domicile.

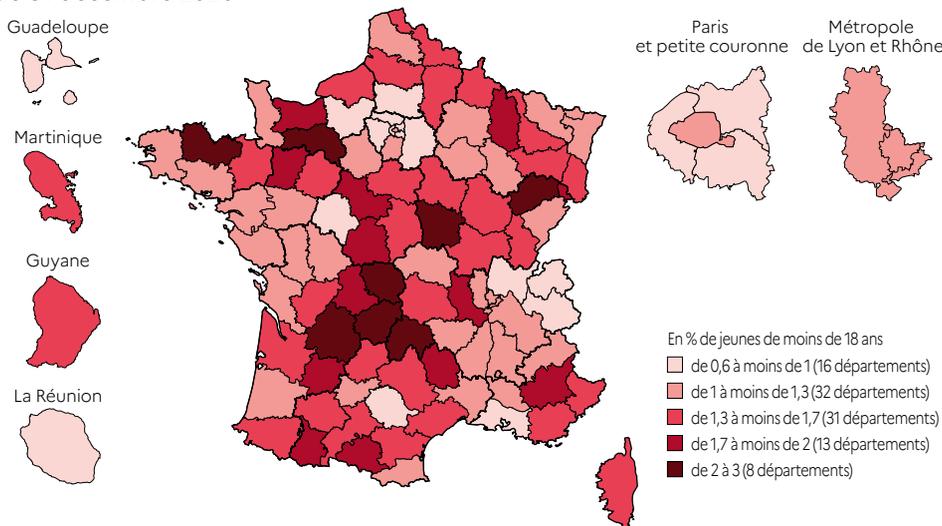
Note > Pour les années 1996 à 2007, les AED pour majeurs ne peuvent être distinguées de celles des mineurs.

Lecture > Au 31 décembre 2020, 171 000 mesures d'actions éducatives sont en cours, 31 % d'entre elles sont des AED.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Carte 1 Nombre de mesures d'actions éducatives pour 100 jeunes de moins de 18 ans, au 31 décembre 2020



Note > Le taux d'actions éducatives pour mineurs, au niveau national, est de 1,2 % au 31 décembre 2020.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

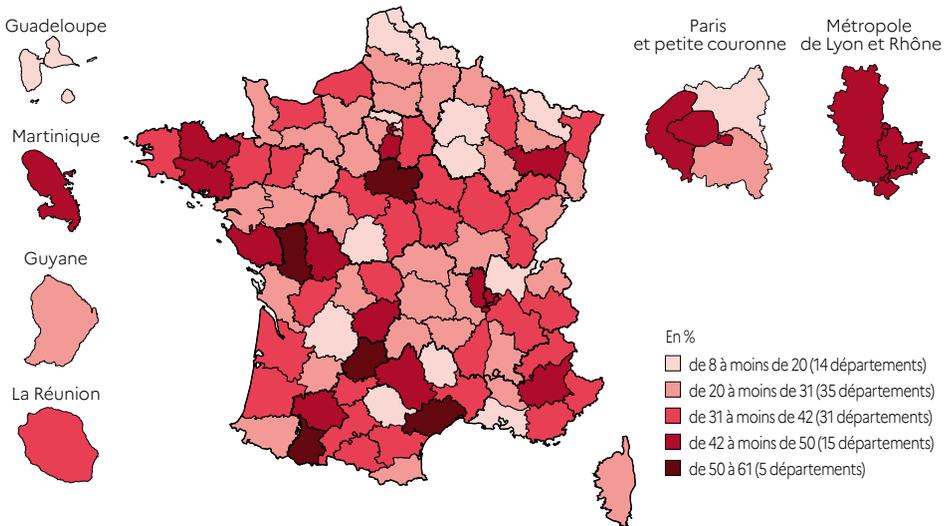
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021.

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

Cette proportion est relativement stable depuis et les AEMO restent largement majoritaires (69%). Entre 2019 et 2020, la légère diminution du nombre total d'actions éducatives résulte d'une baisse du nombre d'AED (-1,4 %) et d'une quasi-stabilité de celui d'AEMO (+200 mesures), sans que cela ne modifie significativement la part relative de chaque type de mesure. La répartition entre AED et AEMO est très hétérogène sur le territoire : la part d'AED dans

l'ensemble des actions éducatives fluctue d'un peu moins de 10 % à environ 60 % selon les départements (carte 2). Dans 49 d'entre eux, cette proportion est inférieure au taux national (31 %) et, dans 35 territoires au sein de cette petite moitié, elle est comprise entre 20 % et 30 % inclus. À l'inverse, la part d'AED varie entre 31 % et 41 % inclus, dans une trentaine de départements ; et elle est encore plus élevée dans 20 collectivités. ■

Carte 2 Part des AED dans l'ensemble des mesures d'actions éducatives, au 31 décembre 2020



AED : actions éducatives à domicile.

Note > La part d'AED dans l'ensemble des actions éducatives (AED et actions éducatives en milieu ouvert [AEMO]) est de 31 % au niveau national, au 31 décembre 2020.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

- > Des données nationales et départementales sur les actions éducatives sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.
- > **Abassi, E.** (2020, mai). Les établissements et services de l'aide sociale à l'enfance durant le confinement. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 56.
- > Des données complémentaires sur l'activité et le personnel des services d'action éducative ainsi que sur les enfants et jeunes adultes qu'ils accompagnent sont disponibles sur data.DREES dans le jeu de données « L'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) ».

Au 31 décembre 2020, 200 000 mesures d'accueil à l'aide sociale à l'enfance (ASE) sont en cours. Ce nombre, tout comme les dépenses associées, n'a cessé d'augmenter depuis la fin des années 1990. Huit mesures sur dix font suite à une décision d'ordre judiciaire. La part relative des bénéficiaires accueillis chez des assistants familiaux, qui atteignait 50 % il y a encore 5 ans, s'établit, en 2020, à 41 %. Les types de mesures et les modalités d'accueil, ainsi que les dépenses associées, varient d'un département à l'autre.

Parmi les 370 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) mises en œuvre par les départements (voir fiche 26), un peu plus de la moitié consistent en un accueil en dehors du milieu de vie d'origine¹.

Jusqu'en 2015, les dépenses d'accueil à l'ASE ont davantage augmenté que le nombre de bénéficiaires

Au 31 décembre 2020, 200 000 mineurs et jeunes majeurs sont accueillis à l'ASE. Après avoir légèrement diminué entre 1998 et 2002, ce nombre a continuellement augmenté : +42,8 % entre 2002 et 2020 (graphique 1), alors que la hausse de la population âgée de moins de 21 ans n'a été que de 1,8 % au cours de cette période. Le nombre de jeunes accueillis ne progresse que de 1,8 % en 2020, après une hausse annuelle moyenne de 5,0 % entre 2016 et 2019. Cette dernière s'explique principalement par l'importante augmentation du nombre de mineurs non accompagnés (MNA) à partir de 2016, leur part dans l'ensemble des enfants accueillis à l'ASE étant passée de 1 sur 10 à 1 sur 5 de 2015 à 2019 (encadré 1). En effet, le nombre de MNA s'est accru de 52 % entre fin 2016 et fin 2017. Cette augmentation ralentit ensuite mais reste importante : +27 % en 2018 et +17 % en 2019. La crise sanitaire survenue en 2020 et la forte chute

des flux migratoires qui en a découlé, combinées aux difficultés rencontrées par les départements pour la prise en charge de ces jeunes au cours de cette même année², expliquent la légère diminution observée en 2020 du nombre de MNA pris en charge par les services de l'ASE (-1 %).

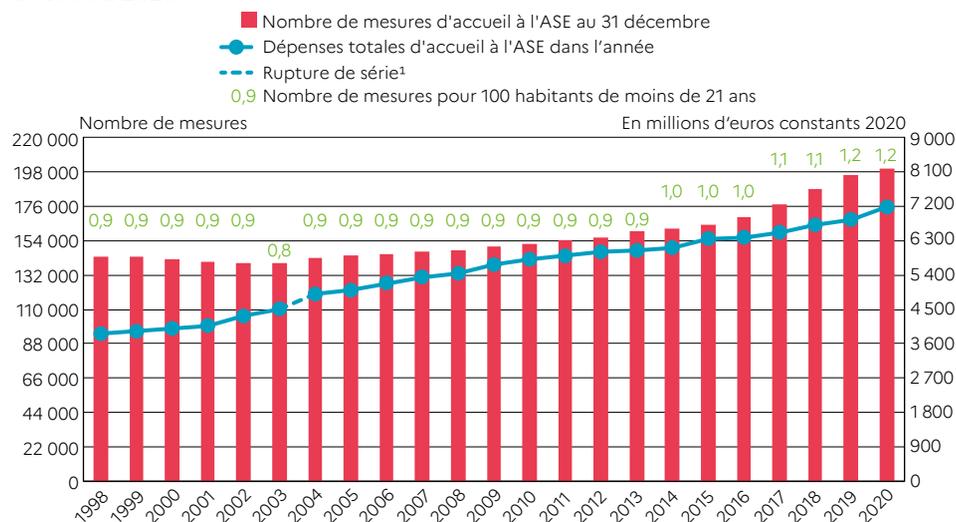
En 2020, la progression du nombre total de jeunes accueillis à l'ASE par rapport à fin 2019 est très largement portée par la hausse du nombre d'accueils provisoires de jeunes majeurs (+34 % en un an). Les mesures spécifiques mises en place au cours de la crise sanitaire pour le maintien de la prise en charge des jeunes majeurs se conjuguent à celles prévues dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté. Lancée fin 2018, cette dernière vise notamment, par le biais d'une contractualisation entre l'État et les départements, à empêcher les sorties dites « sèches » de l'ASE une fois la majorité atteinte par les jeunes concernés (voir aussi fiches 26 et 27). Le nombre d'accueils provisoires de jeunes majeurs a ainsi progressé de 25 % en moyenne entre fin 2018 et fin 2020, alors que ce chiffre était stable les années précédentes (+0,3 % en moyenne par an entre 2010 et 2018). Cette poursuite de la prise en charge des jeunes majeurs s'observe également parmi les MNA³.

1. Les mesures de « placement à domicile » constituent une prise en charge atypique par rapport aux autres mesures d'accueils à l'ASE, et sont minoritaires parmi ces dernières. En effet, bien qu'ils s'agissent de mesures d'accueil, leurs bénéficiaires vivent au moins en partie à leur domicile d'origine, dans lequel ils bénéficient en revanche d'un suivi soutenu et doivent disposer d'une place d'accueil en cas de crise (voir fiche 26).

2. Voir le rapport annuel d'activité 2020 de la cellule mission mineurs non accompagnés (MMNA) [en ligne]

3. À champ constant (84 départements répondants en 2018 et 2020), les jeunes majeurs représentent, fin 2020, 41 % des MNA pris en charge contre 21 % fin 2018. L'âge des MNA implique qu'ils atteignent la majorité très peu d'années après leur prise en charge à l'ASE. Les données de flux transmises à la cellule MMNA montrent ainsi qu'en 2020, 80 % des MNA entrés dans le dispositif de la protection de l'enfance ont 16 ans ou 17 ans (cette part était plutôt de l'ordre de 60 % les trois années précédentes).

Graphique 1 Évolution du nombre de mesures et des dépenses d'accueil à l'ASE, de 1998 à 2020



1. Rupture de série : entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont, depuis, davantage détaillées, et une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, et notamment à celui des dépenses d'accueil. Cette évolution a induit une rupture de série statistique dans les dépenses d'accueil, légèrement sous-estimées entre 1998 et 2003.

Note > Le nombre de mesures pour 100 jeunes de moins de 21 ans en 2020 est égal au rapport entre le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2020 et le nombre d'habitants au 1^{er} janvier 2021. Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2020. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.

Lecture > Au 31 décembre 2020, le nombre de mesures d'accueil à l'ASE est de 199 530, soit 1,2 mesure d'accueil pour 100 habitants de moins de 21 ans et le montant total des dépenses d'accueil à l'ASE s'élève à 7,2 milliards d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

Encadré 1 Les mineurs non accompagnés pris en charge par l'ASE

L'enquête Aide sociale de la DREES interroge, depuis 2013, les conseils départementaux sur le nombre de mineurs isolés étrangers (MIE), puis de mineurs non accompagnés (MNA) pris en charge par le service d'ASE de leur département (voir fiche 26). Fin 2013, en France métropolitaine et dans les DROM, hors Mayotte, l'effectif des MNA pris en charge par les services de l'ASE est estimé à environ 10 000 et, fin 2020, à environ 41 200. Néanmoins, les estimations pour 2013 restent fragiles car ce n'est qu'à partir de 2015 que ces données semblent mieux renseignées dans l'enquête. Le taux de croissance pour l'ensemble des départements est ainsi estimé à 177 % entre 2015 et 2020. Entre fin 2019 et fin 2020, en raison de l'impact de la crise sanitaire sur les flux migratoires et des difficultés rencontrées par les départements pour les mises à l'abri (voir rapport annuel 2020 MMNA), ce taux est pour la première fois négatif (-1,2 %). Cette évolution est en rupture par rapport aux années précédentes : le nombre de MNA pris en charge par les services de l'ASE avait ainsi progressé de 27 % entre 2017 et 2018 et de 52 % entre 2016 et 2017.

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 des jeunes majeurs accueillis à l'ASE, les MNA représentent 21 % des jeunes accueillis à l'ASE en 2019 et 2020, contre 16 % en 2017 et 9 % en 2015.

Parallèlement, les dépenses d'accueil à l'ASE n'ont cessé de croître, jusqu'à récemment, à un rythme légèrement plus dynamique que le nombre de mesures. Entre 2004 et 2020⁴, la hausse est en effet de 77,5 % en euros courants, ce qui en tenant compte de l'inflation correspond à un taux de croissance annuel moyen de 2,4 % en euros constants⁵, contre +2,1 % pour le nombre de bénéficiaires. En 2020, les dépenses d'accueil à l'ASE s'élevaient à 7,2 milliards d'euros et représentent 80,8 % des dépenses brutes⁶ totales d'ASE des départements. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire⁷ a ainsi sensiblement augmenté, passant de 34 800 euros en 2004 en euros constants de 2020⁸ à 36 300 euros par an et par bénéficiaire en 2020. Depuis 2015 et jusqu'en 2019, la hausse du nombre de bénéficiaires est supérieure à celle des dépenses. Entre 2018 et 2019, le nombre de bénéficiaires et les dépenses associées avaient ainsi augmenté respectivement de 4,9 % et de 2,5 %. Cette évolution s'expliquait en grande partie par l'accroissement du nombre de mineurs non accompagnés (MNA), davantage pris en charge dans des modes d'accueil moins onéreux (hébergement autonome, appartements partagés, accueil par des familles bénévoles...)⁹. En 2020, le contexte sanitaire chahute les tendances jusqu'alors observées : le nombre de bénéficiaires progresse moins (+1,8 %), cette fois, que les dépenses (+5,3 % en euros courants, +4,8 % en euros constants). L'accroissement est essentiellement porté par celui des dépenses d'accueil hors familles d'accueil¹⁰. Il résulte de la prise en charge croissante des jeunes majeurs, à la fois dans le contexte de

la crise sanitaire mais également dans le cadre de l'application de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté.

Au niveau national, 1,2 % des enfants et jeunes de moins de 21 ans bénéficient d'un accueil à l'ASE, mais ce taux varie selon le territoire (carte 1). Si la majorité des collectivités présentent des taux relativement proches de la valeur médiane¹¹, égale à 1,3 %, les disparités géographiques sont bien plus marquées dans les autres départements. Dans près de deux tiers des collectivités, la part d'enfants et de jeunes accueillis à l'ASE est ainsi comprise entre 1,0 % et moins de 1,7 %, soit entre 75 % et 125 % de la médiane. Cependant, dans 17 territoires, le ratio est plus bas, variant de 50 % à 75 % de la valeur médiane. À l'opposé, le taux d'accueil à l'ASE est supérieur ou égal à 1,7 % dans 18 départements. Parmi ces derniers, 5 ont un taux supérieur ou égal 2,0 %, c'est-à-dire excédant 150 % de la médiane. Les territoires avec les taux les plus faibles sont plus fréquents en Île-de-France et dans le quart sud-est.

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 d'accueil et pour lesquels le département est uniquement financeur, et ceux qui sont confiés à l'ASE par une mesure administrative ou judiciaire. Fin 2020, 16 000 enfants sont placés directement par le juge et 184 000 mineurs et jeunes majeurs sont spécifiquement confiés à l'ASE. Le nombre

4. L'année 2004 est ici retenue comme base car, entre 2003 et 2004, le questionnaire d'enquête a été modifié afin d'affiner la description des dépenses. En particulier, les « autres dépenses » d'ASE sont, depuis cette date, davantage détaillées. Une partie d'entre elles peuvent ainsi être affectées aux postes de dépenses adéquats, notamment à celui des dépenses d'accueil à l'ASE. Cette évolution a induit une rupture de série statistique dans les dépenses d'accueil, lesquelles sont légèrement sous-estimées entre 1998 et 2003.

5. Les évolutions en euros constants sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

6. Les dépenses brutes sont les dépenses avant déduction des éventuelles récupérations, des recouvrements auprès d'autres collectivités locales et des remboursements de participations et de prestations.

7. 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 .

8. 28 700 euros en euros courants.

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

10. Voir Observatoire national de l'action sociale (2021, octobre). Enquête annuelle - Dépenses sociales et médico-sociales des départements : Un cycle inquiétant s'ouvre en 2020. Odas, *La Lettre de l'Odas*.

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

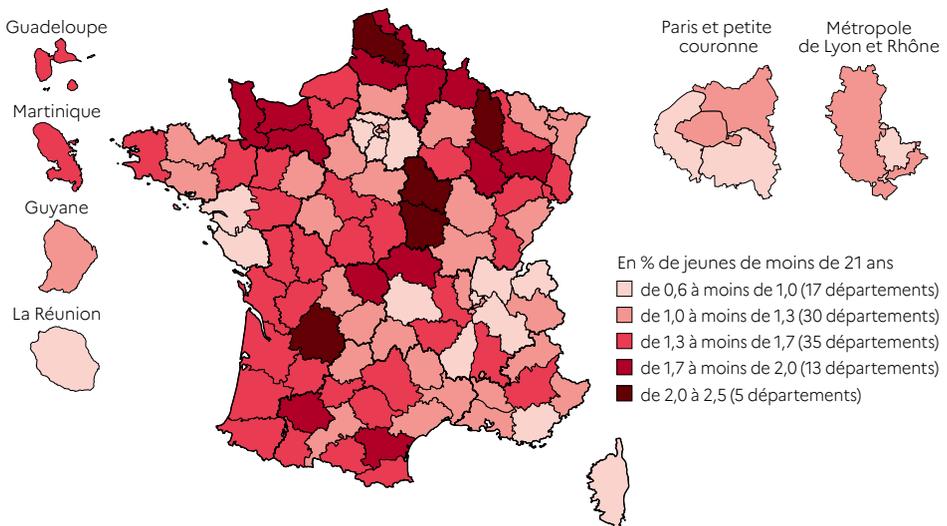
d'enfants placés directement augmente légèrement entre 2019 et 2020 (+1,3 %). Néanmoins, la tendance est à la baisse régulière depuis près de vingt-cinq ans (-2,5 % par an en moyenne et -45,5 % entre 1996 et 2020). En 2020, ils représentent 8 % des enfants accueillis à l'ASE, contre 20 % en 1996 (graphique 2). Une très large majorité d'entre eux sont placés directement auprès d'un tiers digne de confiance (83 % fin 2020).

Les jeunes confiés à l'ASE peuvent l'être par une mesure administrative. Cela concerne les mineurs en cas d'accord avec leur famille mais également les jeunes majeurs. Il s'agit alors des pupilles, des accueils provisoires de mineurs et des accueils provisoires de jeunes majeurs (APJM). Fin 2020, 44 000 jeunes bénéficient de ces mesures. La progression de leur nombre a été particulièrement marquée en 2020 (+18 % en un an) et principalement portée par l'augmentation du nombre d'APJM (+33,9 %). Ces derniers représentent par ailleurs la majorité des mesures administratives depuis 2004. Leur proportion atteint un niveau inédit fin 2020 (67 %), cet accroissement marqué

ayant déjà été amorcé en 2019. En revanche, les accueils provisoires de mineurs diminuent pour la troisième année consécutive et représentent, fin 2020, 26 % des mesures administratives. Le nombre de pupilles (7 % de ces mesures en 2020) progresse davantage depuis 2016 (+6,8 % en moyenne sur la période, soit 190 mesures supplémentaires en moyenne par an).

Hors placements directs, les mesures judiciaires concernent 140 000 enfants, soit 76 % de ceux confiés à l'ASE et 70 % de ceux accueillis à l'ASE. Leur nombre a progressé de +72 %, soit 2,3 % par an en moyenne depuis 1996. 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 environ neuf mesures judiciaires sur dix, en 2020 comme en 1996. Les autres mesures judiciaires, c'est-à-dire les délégations de l'autorité parentale et les mesures de tutelle, restent, elles, relativement marginales, bien que ces dernières se soient un peu plus développées au cours de la période récente. Ainsi, entre fin 2016 et fin 2019,

Carte 1 Nombre de jeunes accueillis, pour 100 jeunes de moins de 21 ans, au 31 décembre 2020



Note > Au niveau national, le taux de mesures d'accueil est de 1,2 %, au 31 décembre 2020.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

leurs nombres ont augmenté de respectivement +4,2 % et +15,2 % en moyenne par an, avant de diminuer en 2020. En particulier, la part des mesures de tutelle dans les mesures judiciaires a ainsi un peu plus que doublé en dix ans pour atteindre 7 %, fin 2020.

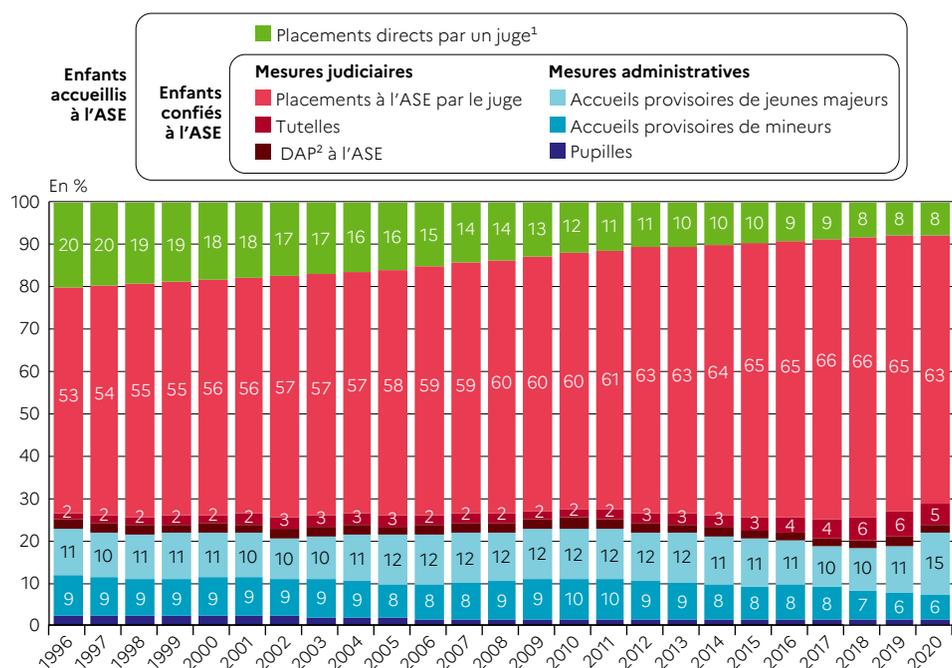
Fin 2020, les 140 000 mesures judiciaires et les 16 000 placements directs par le juge concernent donc près de 156 000 enfants au total, soit 78 % de ceux accueillis au titre de l'ASE. Cette proportion oscille entre 77 % et 79 % entre 1996 et 2010, et progresse ensuite régulièrement jusqu'en 2018 où elle atteint 82 %. En 2019 et 2020, cette proportion baisse à nouveau, en lien avec l'augmentation du nombre d'APIJM. Quel que soit le département, la part des accueils consécutifs à

une décision judiciaire est majoritaire, mais elle varie de 62 % à 95 % sur le territoire, révélant ainsi des pratiques diverses. Néanmoins, dans une large majorité des collectivités, les disparités ne sont pas importantes. En effet, dans 80 départements, cette proportion fluctue dans une fourchette comprise entre 73 et 91 % (soit entre 90 % et 110 % de la médiane, située à 81 %).

L'accueil chez un assistant familial, en recul, reste la modalité de prise en charge la plus fréquente

Au 31 décembre 2020, 75 000 mineurs et jeunes majeurs confiés à l'ASE (hors placements directs par le juge¹²) sont accueillis chez des assistants familiaux, soit 41 % d'entre eux (graphique 3).

Graphique 2 Répartition des mesures d'accueil à l'ASE au 31 décembre, selon le type de décision, de 1996 à 2020



1. Mesures pour lesquelles les services de l'ASE sont uniquement financeurs.
 2. Délégations de l'autorité parentale, y compris retraits partiels de l'autorité parentale.
Lecture > Au 31 décembre 2020, les placements directs représentent 8 % des mesures d'ASE.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

12. 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.

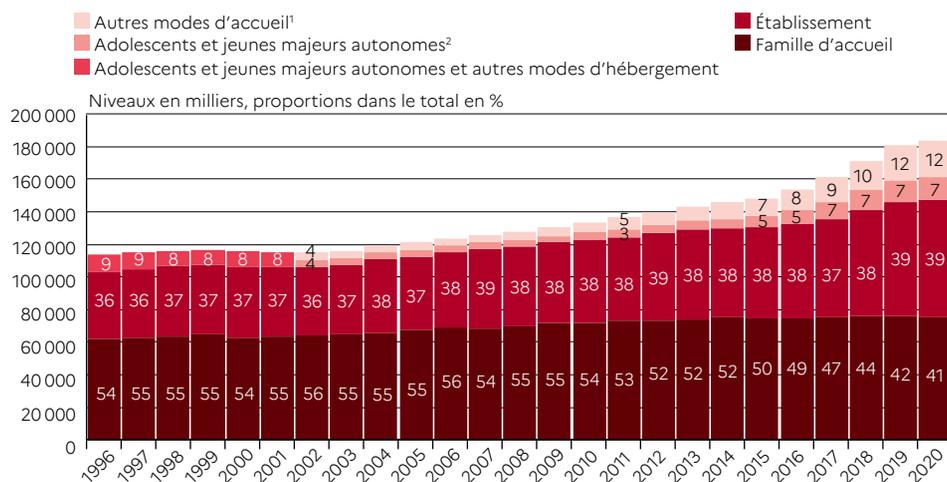
L'accueil en établissement public relevant de l'ASE ou du secteur associatif habilité et financé par elle (voir fiche 30) concerne quant à lui 39 % des jeunes confiés à l'ASE. Les 20 % restant regroupent diverses modalités d'hébergement, telles que celles à destination d'adolescents et jeunes majeurs autonomes ou à d'autres modes comme, par exemple, l'internat scolaire, le placement chez la future famille adoptante, une partie des placements à domicile¹³, etc.

Le nombre d'enfants et de jeunes accueillis chez des assistants familiaux a progressé de 23 % entre 1996 et 2019. Cependant, une légère baisse (-1,2 %) est observée en 2020. Parallèlement, la part relative de ces jeunes en famille d'accueil est en régulière diminution depuis presque quinze ans. Cette proportion passe ainsi de 56 % en 2006, son niveau le plus élevé, à 41 % en 2020. En effet, le recours à des hébergements autonomes

ou à d'autres modalités d'accueil croît beaucoup plus vite durant cette dernière période : respectivement +223 % et +428 % entre 2006 et 2020, contre +9 % en famille d'accueil. Le nombre d'enfants accueillis en établissement, qui représente 66 % des accueils à l'ASE en dehors de chez un assistant familial, a augmenté de +3,1 % en 2020. L'accroissement du nombre de jeunes vivant dans un établissement a été particulièrement dynamique en 2018 et 2019 (respectivement +9,1 % et +7,7 %). Leurs effectifs ont ainsi progressé de 56 % depuis 2006 et de 74 % depuis 1996.

Les deux principaux modes de prise en charge, en établissements et en familles d'accueil, sont présents sur l'ensemble du territoire, mais le recours à l'un ou à l'autre est particulièrement variable d'un département à l'autre. Ainsi, près de 20 % à plus de 70 % des accueils sont réalisés par des assistants familiaux en 2020, selon

Graphique 3 Évolution de la répartition par mode d'accueil principal des enfants confiés à l'ASE au 31 décembre, de 1996 à 2020



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

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

Lecture > Au 31 décembre 2020, 75 100 jeunes confiés à l'ASE, soit 41 %, vivent principalement en familles d'accueil.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

13. Dans l'enquête Aide sociale, le placement à domicile, de par sa nature, est distingué des accueils en établissement. Néanmoins, tous les départements ne sont pas en mesure de dénombrer séparément les placements à domicile, et une partie d'entre eux sont comptés parmi les accueils en établissement.

le département considéré (carte 2). La moitié des départements présentent une proportion variant de 33 % à moins de 54 %, soit entre 75 % et 125 % de la médiane (égale à 43 %), 19 se situent en deçà de cette fourchette. À l'inverse, près d'un tiers des collectivités recourent davantage, en proportion, à des assistants familiaux. En particulier, dans 13 départements, au moins 65 % des jeunes accueillis au titre de l'ASE le sont en familles d'accueil, une proportion supérieure à 150 % de la valeur médiane de cet indicateur. Les départements recourant le moins à des accueils familiaux sont davantage représentés dans l'est de la France, en particulier le sud-est, ainsi qu'en Île-de-France.

Les coûts diffèrent selon le mode d'accueil

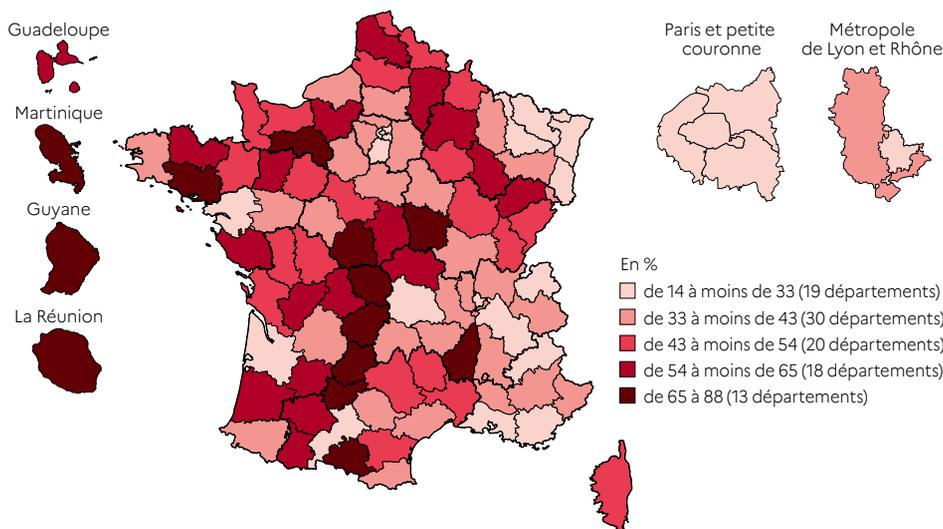
En 2020, les 7,2 milliards d'euros de dépenses totales d'accueils au titre de l'ASE se

décomposent en 5,0 milliards d'euros de dépenses hors accueil familial (soit 69,1 %) et 2,2 milliards d'euros de dépenses d'accueil familial (soit 30,9 %).

La dépense d'accueil moyenne par bénéficiaire est sensiblement moins élevée en famille d'accueil que pour les autres modes de prise en charge. En 2020, elle est ainsi estimée à 29 400 euros par an (soit 2 450 euros par mois en moyenne), contre 46 500 euros pour les autres modalités d'accueil (soit 3 880 euros par mois)¹⁴.

Entre 2004 et 2020, la dépense moyenne par bénéficiaire a fortement augmenté pour la prise en charge par un assistant familial (+23 % en euros constants) contrairement à celle des autres types d'accueil, qui a baissé (-27 % en euros constants) [graphique 4]. À l'inverse, le nombre de bénéficiaires hors famille d'accueil (en moyenne

Carte 2 Part des accueils chez un assistant familial parmi les enfants confiés, au 31 décembre 2020



Note > Au niveau national, la part des enfants vivant principalement en famille d'accueil parmi les enfants confiés est de 41 % au 31 décembre 2020.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

¹⁴. Les données de l'enquête Aide sociale ne permettent malheureusement pas de distinguer précisément les dépenses pour chaque type d'accueil. C'est donc la dépense moyenne pour l'ensemble des modes hors familles d'accueil qui est présentée.

dans l'année) a davantage progressé que celui en famille d'accueil (respectivement +102 % et +16 % entre 2004 et 2020). Au total, la masse des dépenses d'accueil familial a progressé un peu moins vite, au cours des deux dernières années, que celle des dépenses hors accueil familial. En seize ans, les dépenses ont ainsi été multipliées respectivement par 1,4 et 1,5, en euros constants.

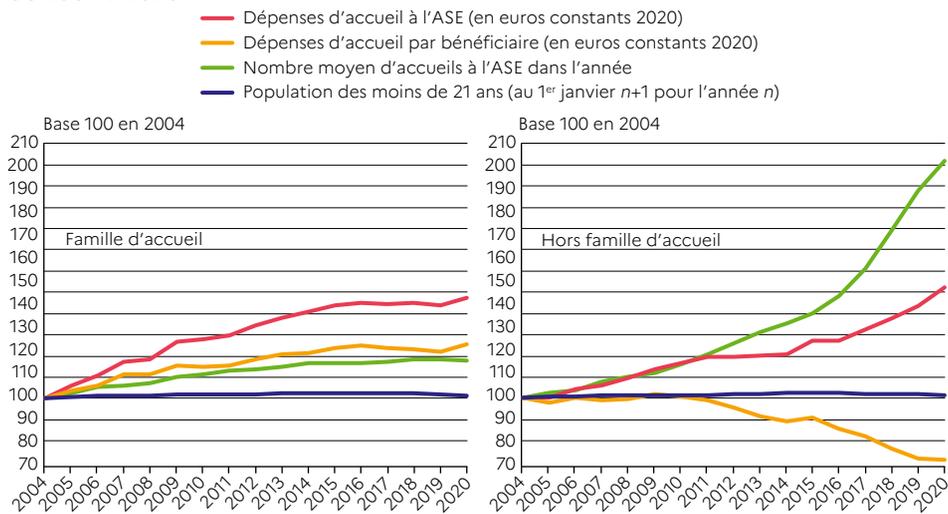
Les dépenses d'ASE par bénéficiaire varient du simple au triple selon les départements

Les dépenses d'ASE diffèrent d'un département à l'autre, du fait des disparités de taux de bénéficiaires et de dépenses moyennes par bénéficiaire. En 2020, la dépense annuelle d'accueil par bénéficiaire, de 36 300 euros au niveau national, varie de 18 300 à 63 900 euros selon le territoire,

soit du simple au triple (carte 3). Dans 72 départements, les montants moyens sont compris entre 80 % et 120 % du montant médian situé à 34 300 euros, soit une fourchette allant de 27 400 à 41 200 euros. Dans 12 collectivités, majoritairement situées dans la moitié nord de la France métropolitaine, ce montant moyen est plus faible, alors qu'il est plus élevé dans 17 autres.

Ces disparités de dépenses départementales peuvent en partie s'expliquer par le poids variable du recours aux différents modes de prise en charge (accueil familial ou en établissement notamment) et par les écarts de coûts de ces derniers. Les dépenses ont tendance à être plus élevées dans les départements où les accueils en établissement et les autres modes modalités de prise en charge hors famille d'accueil sont proportionnellement plus importants. ■

Graphique 4 Évolution des dépenses et du nombre de mesures d'accueil à l'ASE, de 2004 à 2020

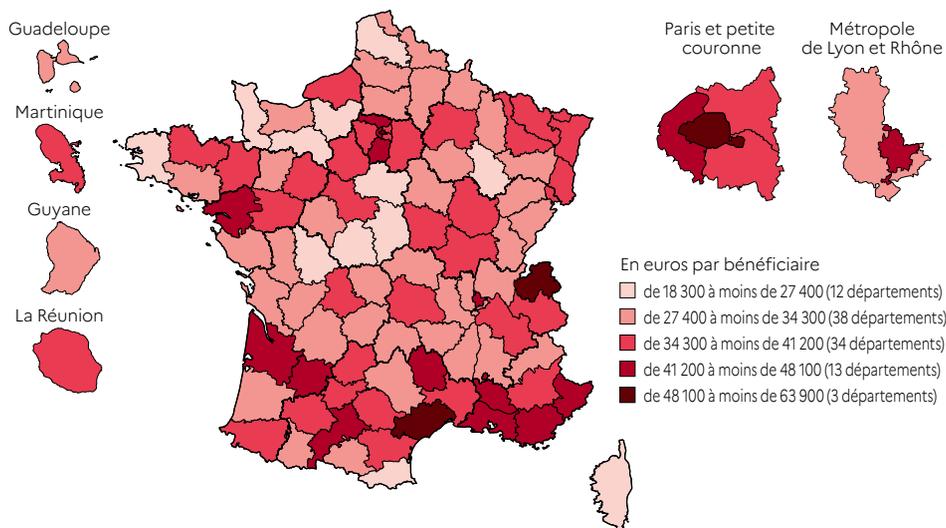


Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2020. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre 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 d'accueil à l'ASE. Cette évolution a induit une rupture de série statistique dans les dépenses d'accueil à l'ASE légèrement sous-estimées entre 1998 et 2003.

Lecture > En 2020, le nombre moyen d'accueil en famille d'accueil est de 116 (base 100 en 2004), il a augmenté de 16 % sur la période.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

Carte 3 Dépenses totales annuelles brutes d'accueil à l'ASE par bénéficiaire en 2020

Note > La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année n au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre $n-1$ et des bénéficiaires au 31 décembre n . Les dépenses par bénéficiaire sont, au niveau national, de 36 300 euros en 2020.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

- > Des données nationales et départementales sur les bénéficiaires de l'ASE sont diffusées sur l'Open Data de la DREES.
- > Des données nationales et départementales sur les dépenses d'ASE sont diffusées sur l'Open Data de la DREES.
- > **Abassi, E.** (2020, mai). Les établissements et services de l'aide sociale à l'enfance durant le confinement. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 56.
- > **Bellamy, V.** (2022, mai). 25 000 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance. DREES, *Études et Résultats*, 1 230.
- > La direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) publie, depuis 2017, un état des lieux des caractéristiques et des flux des MNA remontés à la cellule MMNA par les départements. Son dernier rapport annuel d'activité est accessible sur le site internet du ministère de la Justice.

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

L'accueil en établissement est l'une des principales mesures mises en œuvre par l'aide sociale à l'enfance (ASE), avec l'accueil chez un assistant familial 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 26). Ces établissements accueillent des enfants ou jeunes adultes de moins de 21 ans, mais se distinguent entre eux par les caractéristiques sociodémographiques des publics, les formes d'hébergements, la durée d'accueil ou encore le taux d'encadrement¹.

Une très large prédominance des MECS et des foyers

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

totale de 11 800 places. Les capacités d'hébergement en MECS s'accroissent de 7 % depuis fin 2012 et de 20 % depuis fin 2008. En foyers de l'enfance, la hausse est de 8 % depuis 2012 et de 15 % depuis 2008.

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

Une prépondérance des prises en charge en internat malgré une diversification de l'offre d'accueil

Parmi les différents types d'accueil proposés par les établissements de l'ASE (encadré 1), l'hébergement en internat collectif reste majoritaire

1. Le taux d'encadrement est défini dans cette fiche comme le rapport entre le nombre d'emplois en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places d'hébergement.

2. L'ensemble des chiffres mentionnés dans cette fiche sont issus de l'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) de 2017. Les évolutions entre 2008 et 2012 sont calculées grâce aux éditions précédentes de l'enquête ES-PE.

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

dans l'activité des établissements et représente 59 % de l'ensemble des places disponibles (graphique 1). Cette part diminue cependant de 9 points par rapport à fin 2012 en raison d'une diversification importante des autres modalités d'hébergement, principalement dans les MECS et les foyers de l'enfance. Cette diversification s'est notamment poursuivie au profit de l'hébergement éclaté, hors de l'établissement, qui est passé de 13 % en 2012 à 17 % en 2017. Par ailleurs, décompté depuis l'édition 2017 de l'enquête ES-PE, le placement à domicile représente 10 % de l'offre

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

Pour les trois autres types de structures, l'offre est beaucoup plus homogène. On compte ainsi 71 % de places de pouponnière en pouponnières (ces établissements comptent aussi 20 % de places

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

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

MECS : maison d'enfants à caractère social.

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

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

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

Encadré 1 Les différents types d'accueil proposés par les établissements de l'ASE

- > **Hébergement en internat collectif** : hébergement regroupé dans l'établissement.
- > **Hébergement en structure éclatée ou individualisé** : hébergement hors de l'établissement, dans un ensemble de logements ou de chambres dispersés dans l'habitat social, le logement ordinaire ou à l'hôtel.
- > **Placement à domicile** : hébergement quotidien au domicile parental, suivi par les travailleurs sociaux (par exemple, à travers des visites à domicile), et laissant la possibilité d'une place de « repli » en structure d'accueil si la situation le nécessite.
- > **Assistant(e) familial(e)** : hébergement chez un(e) assistant(e) familial(e), dès lors que le placement est géré et rémunéré par la structure.
- > **Accueil mère-enfant** : hébergement de femmes enceintes ou de jeunes mères (y compris mineures) accompagnées d'enfant(s) de moins de 3 ans.
- > **Pouponnière** : hébergement d'enfants de moins de 3 ans.
- > **Lieu de vie et d'accueil** : structure ou section d'hébergement gérée par une personne physique ou morale autorisée à accueillir entre trois et sept enfants (jusqu'à dix enfants par dérogation).

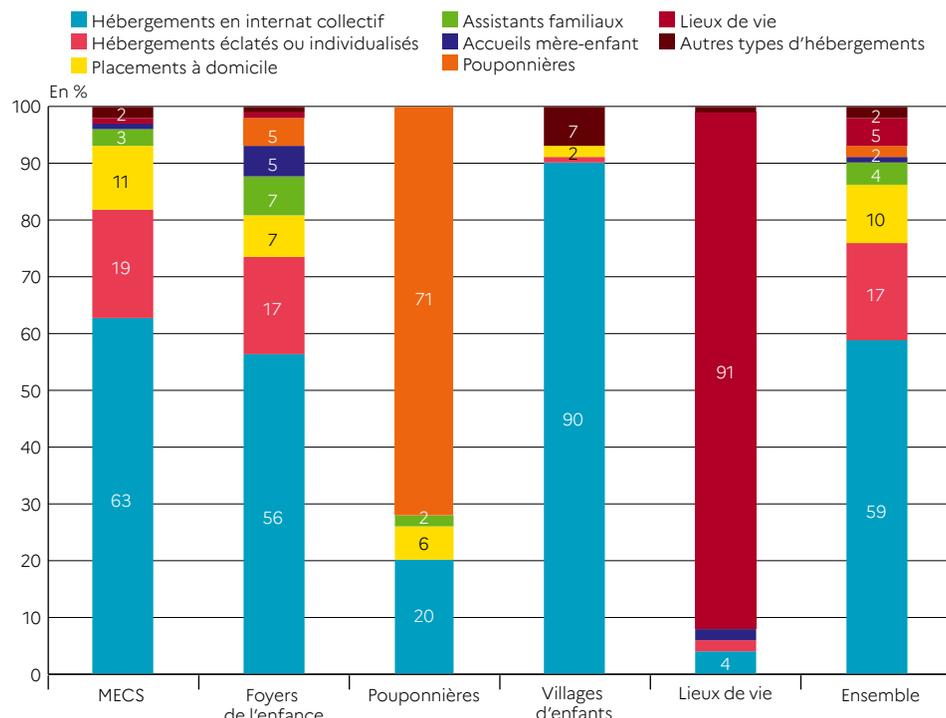
d'internat collectif, qui peuvent accueillir des enfants au-delà de l'âge de 3 ans), alors que 90 % des places des villages d'enfants correspondent à de l'hébergement en internat collectif et que 91 % de celles proposées par les lieux de vie leur sont spécifiques.

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

En décembre 2017, les 1 963 établissements de l'ASE comptent 55 000 emplois en équivalent temps plein (ETP), ce qui représente 85 ETP pour 100 places d'hébergement (tableau 2). Ce taux d'encadrement a diminué par rapport à 2008 et à 2012, où il était respectivement de 93 % et de 89 %. Fin 2017, il varie fortement en fonction des catégories d'établissements : de 67 % dans les

lieux de vie – qui sont de petites structures avec très peu d'enfants accueillis – à 160 % dans les pouponnières, où l'accueil d'enfants en bas âge nécessite plus de personnels, notamment paramédical et en particulier des auxiliaires de puériculture. Entre ces deux extrêmes, le taux d'encadrement atteint 75 % dans les villages d'enfants, 79 % dans les MECS et 109 % dans les foyers de l'enfance. Dans les MECS et les foyers de l'enfance, le nombre d'ETP pour 100 places a progressivement diminué, expliquant ainsi la baisse globale du taux d'encadrement. Ce taux a en effet diminué de 8 points dans les MECS et de 13 points dans les foyers de l'enfance depuis 2008, et respectivement de 4 et 9 points depuis 2012. Le développement du placement à domicile dans ces deux catégories d'établissements pourrait expliquer une partie de cette baisse : les jeunes concernés par ce

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



MECS : maison d'enfants à caractère social.

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

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

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

type de prise en charge sont normalement beaucoup moins présents dans l'établissement que les jeunes accueillis sur d'autres types de places, et ils requièrent donc *a priori* moins de personnels pour les accompagner. Concernant les autres types de structures, le taux d'encadrement est toujours à la hausse dans les pouponnières et les lieux de vie depuis 2008, et reste assez stable dans les villages d'enfants.

Un taux d'occupation global de 95 %

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

Des durées de séjour caractéristiques des missions des établissements

La durée moyenne de séjour, pour les enfants ou jeunes adultes⁵ sortis d'un établissement au cours de l'année 2017, est de douze mois (tableau 3). Toutefois, de grandes disparités sont observées : dans l'ensemble, un quart des jeunes sont restés moins d'un mois, la moitié moins de cinq mois et un quart plus de seize mois. Les durées moyennes de séjour varient fortement par type d'établissement, notamment en raison des différences de missions.

Les foyers de l'enfance assurent des missions d'orientation et d'évaluation de la situation des enfants, mais aussi d'accueil d'urgence. Les séjours au sein de ces établissements sont donc courts : cinq mois en moyenne, et la moitié des jeunes accueillis le sont pour moins d'un mois. Aussi, le renouvellement des jeunes accueillis est bien plus élevé que dans les autres établissements de l'ASE (1,8 sortie par place pour l'ensemble de l'année 2017 contre, par exemple, 0,7 dans les MECS). Le séjour en pouponnière est aussi d'assez courte durée, puisque ces structures sont réservées aux enfants en bas âge. De fait, les enfants n'y restent pas longtemps : huit mois en moyenne et un quart

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

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

MECS : maison d'enfants à caractère social.

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

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

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

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

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

des enfants sont accueillis pour moins de deux mois. Les MECS et les lieux de vie accueillent les enfants pour des durées similaires : respectivement dix-sept et seize mois en moyenne. Enfin, les villages d'enfants, dont l'objectif est d'accueillir des fratries avec une prise en charge à long terme dans un cadre de type familial, proposent des séjours beaucoup plus longs : cinq ans en moyenne (59 mois) et un quart des enfants y restent plus de sept ans (83 mois).

Une structure par âge liée au type d'établissement

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

Malgré quelques légères différences, les publics accueillis dans les MECS et les lieux de vie présentent des similitudes en termes d'âge. Ces publics sont dans l'ensemble plus âgés (de 14 ans en moyenne) que dans les autres types d'établissements.

MECS et lieux de vie hébergent peu d'enfants de moins de 6 ans (respectivement 8 % et 3 %), une minorité d'enfants de 7 à 12 ans (26 % et 21 %) et de 13 à 14 ans (14 % et 20 %), une majorité relative de jeunes âgés de 15 à 17 ans (40 % et 44 %) et une part assez importante de jeunes majeurs (13 % et 12 %). Enfin, dans les villages d'enfants, l'âge moyen est de 10 ans, soit moins que dans l'ensemble des établissements. Cela s'explique par une surreprésentation des enfants de 4 à 6 ans (15 %) et de 7 à 12 ans (46 %).

19 % des jeunes accueillis sont des mineurs non accompagnés

À la mi-décembre 2017, 19 % des jeunes pris en charge sont des mineurs non accompagnés (MNA)⁶ [tableau 4]. Les MNA sont en grande majorité des garçons (91 %, contre 56 % des non-MNA). En raison de la prise en charge croissante des MNA (voir fiche 27), la part des garçons chez les jeunes en établissement de l'ASE (62 % dans l'ensemble) est plus importante qu'en 2012 (+5 points). La part des MNA est particulièrement importante en foyers de l'enfance (28 %), suivis des MECS (18 %) et des lieux de vie (10 %). La part de garçons est ainsi plus élevée dans ces trois catégories d'établissements par rapport aux pouponnières et aux villages d'enfants. Par ailleurs, 23 % des jeunes accueillis sont nés dans un pays étranger. La quasi-totalité des MNA sont nés hors de France, contre 6 % des non-MNA.

Tableau 3 Durée de séjour dans l'établissement des mineurs et des jeunes majeurs sortis en 2017

	MECS	Foyers de l'enfance	Pouponnières	Villages d'enfants	Lieux de vie	Ensemble
Premier décile	<1	<1	<1	4	<1	<1
Premier quartile	3	<1	2	22	1	1
Médiane	11	1	6	41	5	5
Troisième quartile	23	5	12	83	21	16
Dernier décile	38	13	18	140	44	31
Moyenne	17	5	8	59	16	12

MECS : maison d'enfants à caractère social.

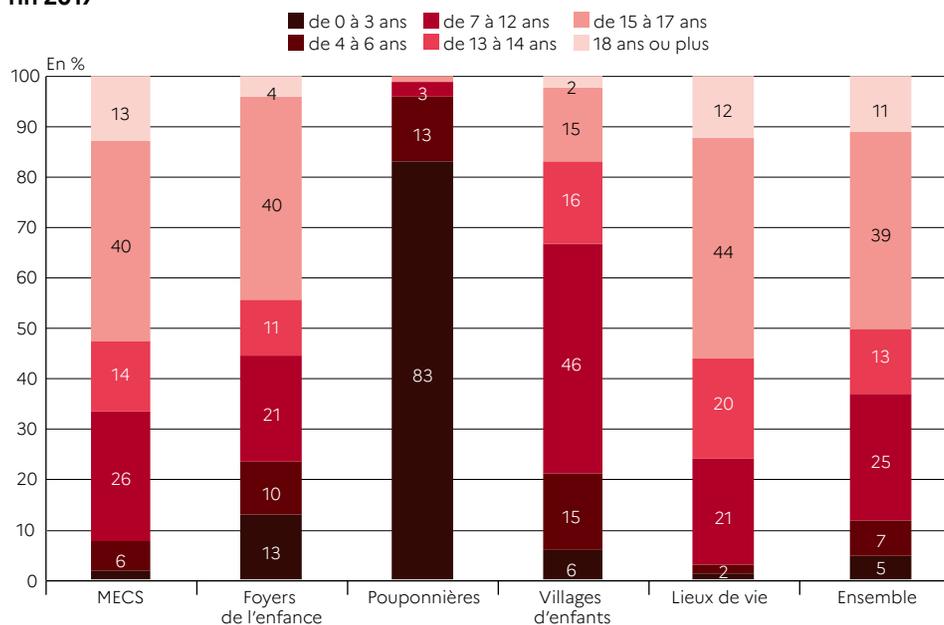
Note > Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.

Lecture > 25 % des jeunes sortis en 2017 des villages d'enfants sont restés moins de 22 mois dans l'établissement.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, jeunes sortis d'établissement en 2017.

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

6. La prise en charge des mineurs non accompagnés peut se poursuivre une fois majeurs, mais cette dénomination administrative reste toutefois identique (MNA).

Graphique 2 Répartition par sexes et par âge des enfants et des adolescents accueillis, fin 2017

MECS : maison d'enfants à caractère social.

Note > Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse.

Lecture > 40 % des jeunes accueillis au 15 décembre 2017 dans les foyers de l'enfance ont entre 15 et 17 ans (âge atteint au 31 décembre 2017).

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

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

Tableau 4 Répartition des mineurs et des jeunes majeurs accueillis selon leurs caractéristiques individuelles, fin 2017

		En %					
		MECS	Foyers de l'enfance	Pouponnières	Villages d'enfants	Lieux de vie	Ensemble
Sexe	Filles	39	34	46	51	36	38
	Garçons	61	66	54	49	64	62
MNA/Non-MNA	Mineurs non accompagnés	18	28	<1	1	10	19
	dont MNA mineurs	14	27	<1	1	8	15
	dont MNA majeurs	4	1	0	0	2	3
	Non-mineurs non accompagnés	82	72	100	99	90	81
Pays de naissance (par zone géographique)	France	76	65	99	97	86	76
	Union européenne (hors France)	1	2	<1	1	1	1
	Hors Union européenne	22	31	<1	2	13	22
	Inconnu	<1	2	<1	0	0	1
Reconnaissance administrative du handicap	En situation de handicap	13	12	4	11	28	13
	Pas en situation de handicap	87	88	96	89	72	87

MECS : maisons d'enfants à caractère social.

Notes > Les sections d'accueil mère-enfant sont exclues du champ d'analyse. Un jeune est considéré comme en situation de handicap si un handicap lui a été reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Lecture > 65 % des jeunes accueillis en foyers de l'enfance au 15 décembre 2017 sont nés en France.

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

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

D'autre part, sur l'ensemble des cinq catégories de structure, 13 % des jeunes en établissement ont une reconnaissance administrative d'un handicap par une maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Cette part est plus élevée dans les lieux de vie (28 %) et plus faible en pouponnières (4 %).

86 % des jeunes sont suivis par l'ASE avant leur entrée dans l'établissement, 67 % après leur sortie

Parmi les enfants ou jeunes adultes accueillis dans les établissements au 15 décembre 2017, 86 % étaient déjà suivis par l'ASE juste avant leur entrée dans l'établissement.

Quatre jeunes sur cinq, suivis au sein des établissements, sont protégés sur décision d'un juge des enfants. Plus précisément, 73 % le sont par mesures judiciaires de placement, dont la très large majorité correspond à des placements à l'ASE décidés par un juge des enfants au titre de l'assistance éducative, et 6 % le sont par placements directs par un juge (voir fiche 26). La part des jeunes placés en établissement par mesures judiciaires est plus importante que cinq ans auparavant (66 % en 2012), aux dépens des mesures administratives (23 % en 2012).

Les types de mesures qui conduisent au placement varient fortement selon les catégories d'établissements. Les villages d'enfants et les pouponnières accueillent principalement des enfants placés à la suite d'une mesure judiciaire (respectivement 87 % et 78 % des cas). Les foyers de l'enfance accueillent davantage de jeunes en placement direct (16 %) et en accueil d'urgence (5 %) que les autres catégories d'établissements. Les MECS et les lieux de vie ont une part plus importante de leur public en mesure administrative

(respectivement 19 % et 23 %), notamment en contrat ou accueil provisoire jeune majeur (10 % et 8 %), contrairement aux autres structures où ces parts restent faibles.

À la sortie de l'établissement, 34 % des enfants ou jeunes adultes vont vivre chez un parent ou un proche (famille, amis ou tiers digne de confiance) alors qu'ils étaient 46 % à y résider avant la prise en charge dans l'établissement⁷. Cette situation à la sortie n'en reste pas moins la plus courante, devant la poursuite de prise en charge dans un autre établissement de l'ASE (20 %), dans une famille d'accueil (10 %), ou encore dans un logement personnel ou accompagné (11 %). Enfin, deux tiers (66 %) des jeunes continuent de bénéficier d'une mesure d'ASE à leur sortie de l'établissement. En particulier, 40 % font l'objet d'une mesure judiciaire de placement et 9 % sont orientés vers une action éducative à domicile (AED) ou en milieu ouvert (AEMO).

Un retard scolaire à l'entrée au collège plus important pour les enfants accueillis par l'ASE

Parmi les enfants accueillis fin 2017, 40 % de ceux de 11 ans, en âge d'aller au collège, sont scolarisés à l'école primaire, traduisant un important retard scolaire. À titre comparatif, le taux de retard à l'entrée au collège est de 10 % dans l'ensemble de la population en 2017-2018⁸.

97 % des jeunes placés en établissement âgés de 6 à 15 ans sont scolarisés, contre 100 % de la même classe d'âge dans l'ensemble de la population. La déscolarisation est plus fréquente pour les jeunes entrés récemment dans l'établissement : 92 % des jeunes de 6 à 15 ans arrivés depuis moins de trois mois dans l'établissement sont scolarisés, contre 98 % pour ceux arrivés depuis trois mois ou plus. ■

7. Les situations de logement avant et après le passage dans l'établissement ne sont pas connues pour, respectivement, 10 % et 11 % des jeunes.

8. Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, enseignement public et privé. Source : DEPP.

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires et détaillées de l'enquête ES-PE sont disponibles sur [data.drees](http://data.drees.fr), dans le jeu de données « L'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) »
- > Voir également le communiqué de presse accompagnant les données sur le personnel des établissements de l'aide sociale à l'enfance fin 2017.
- > **Abassi, E.** (2020, mai). 61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 55.
- > **Bellamy, V.** (2022, mai). 25 000 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance. DREES, *Études et Résultats*, 1 230.
- > **Mainaud, T.** (2013, juillet). Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance. DREES, *Études et Résultats*, 845.
- > **Pliquet, E.** (2016, septembre). Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissements. DREES, *Études et Résultats*, 974.
- > **Pliquet, E.** (2016, mars). Fin 2012, les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance offrent 60 000 places d'hébergement. DREES, *Études et Résultats*, 955.

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

Fin 2020, les services d'aide sociale à l'enfance (ASE) des départements français (hors Mayotte) mettent en œuvre 370 000 mesures d'aide. La part des mesures d'accueil à l'ASE (54 %) est supérieure à celle des actions éducatives (46 %).

Huit bénéficiaires d'une action éducative sur dix ont entre 6 et 17 ans

Les enfants et les jeunes adultes faisant l'objet d'une action éducative sont le plus souvent des garçons (56 %). C'est 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).

La moitié des bénéficiaires d'une action éducative ont entre 11 et 17 ans et près d'un tiers sont âgés de 6 à 10 ans. La classe d'âge des 6-17 ans est ainsi plus importante parmi les enfants accompagnés dans le cadre d'une action éducative, que dans l'ensemble des jeunes de 0 à 21 ans : 81 % contre 57 % (*graphique 1*). En revanche, les aides de ce type pour des enfants de moins de 5 ans, et à plus forte raison de moins de 3 ans, sont relativement peu répandues. Ces derniers sont proportionnellement 2,5 fois moins représentés qu'au sein de la population générale des moins de 21 ans.

Plus de garçons confiés à l'ASE et une majorité d'adolescents

Parmi les enfants accueillis à l'ASE, 184 000 sont spécifiquement confiés à l'ASE, soit 92 %¹. En moyenne, ils ont 12,5 ans et sont globalement plus âgés que les bénéficiaires d'une action éducative, âgés quant à eux de 10,5 ans en moyenne.

Les enfants âgés de 14 à 17 ans et les jeunes majeurs de 18 et 19 ans sont surreprésentés parmi les enfants confiés à l'ASE (*graphique 2*). En effet, ils constituent 50 % des enfants confiés contre 30 % des bénéficiaires d'une action éducative, et 28 % de la population générale des moins de 21 ans. À l'inverse, les plus jeunes, âgés de 13 ans ou moins, sont plutôt sous-représentés. En particulier, les enfants de moins de 6 ans constituent 14 % des enfants confiés contre 17 % des bénéficiaires d'une action éducative et 25 % de la population générale des moins de 21 ans.

Les garçons sont, par ailleurs, plus nombreux que les filles. Alors qu'ils constituent 51 % de la population générale des moins de 21 ans et 56 % des bénéficiaires d'une action éducative, ils représentent 62 % des enfants confiés, voire plus parmi les adolescents (70 % des 16-17 ans).

Relativement stable durant la dernière décennie, la répartition par âge et par sexe des enfants confiés à l'ASE connaît cependant quelques changements au cours des dernières années. La part des enfants confiés à l'ASE âgés de moins de 6 ans est inchangée dans le temps (14 % en fin d'année, de 2010 à 2020). Les proportions d'enfants âgés de 6 à 10 ans et de 11 à 15 ans ont, elles, eu tendance à diminuer, passant respectivement de 22 % et 32 % fin 2010 à 20 % et 27 % fin 2020. En revanche, la part des jeunes de 16 à 17 ans a lentement progressé entre 2010 et 2016, passant de 17 % à 21 %, puis plus fortement entre 2016 et 2018, où elle atteint 25 %. Fin 2020, cette proportion est à nouveau plus faible (23 %). Cette évolution concerne en réalité essentiellement les jeunes garçons : fin 2016, 23 % des garçons

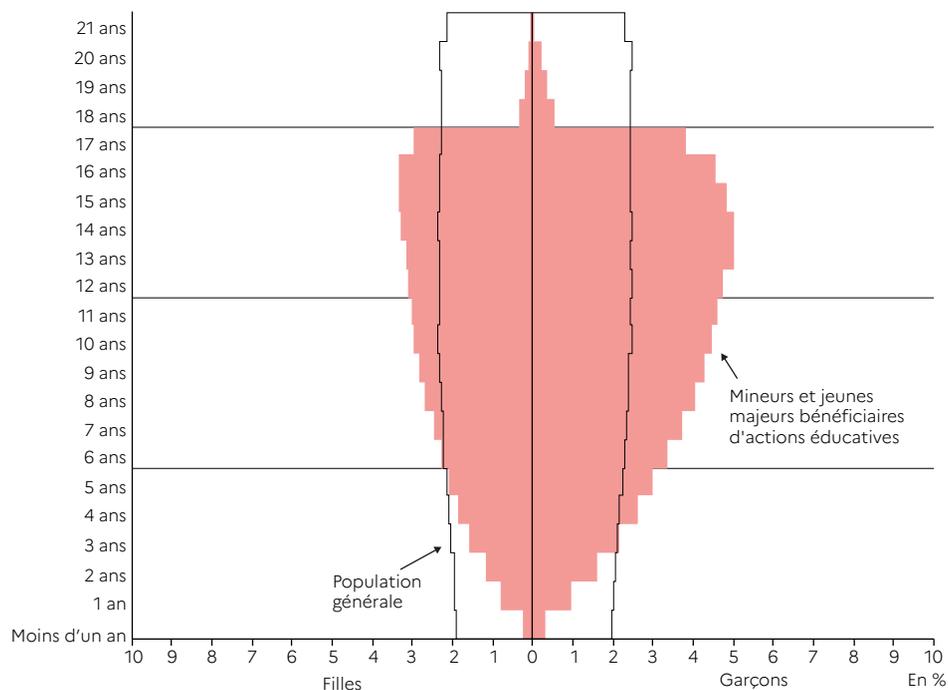
¹ Les 8 % restants sont placés directement par le juge, le service de l'ASE n'assurant que le financement de la mesure. Il s'agit majoritairement d'accueils chez un tiers digne de confiance (voir fiche 29). Les caractéristiques des enfants concernés sont moins bien connues et ne peuvent être décrites ici.

confiés à l'ASE avaient 16 ou 17 ans, ils étaient 30 % en 2018 et 25 % en 2020. La part de jeunes filles confiées à l'ASE âgées de 16 ou 17 ans est quasiment stable sur la même période (entre 18 % et 19 %).

La part des majeurs a un peu augmenté en 2019 (+1 point), puis significativement en 2020 (+4 points). Fin 2020, ceux-ci représentent ainsi 17 % des jeunes confiés. Là aussi, cette tendance est surtout observée parmi les jeunes hommes. En effet, fin 2020, un garçon confié à l'ASE sur cinq est majeur, contre 11 % en 2018, alors que parmi les filles confiées à l'ASE, la part

de jeunes majeurs reste de 12 %. Ces évolutions résultent vraisemblablement de l'effet conjugué de la forte hausse jusqu'en 2019 du nombre de mineurs non accompagnés (MNA), majoritairement de jeunes garçons de cette classe d'âge², et de la prise en charge accrue des jeunes majeurs en 2019 et 2020. Cette dernière est le résultat, en premier lieu, des mesures législatives prises dans le cadre de la crise sanitaire en faveur d'un maintien de leur prise en charge et, en second lieu, de celles déjà amorcées fin 2018 par le biais de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté³.

Graphique 1 Répartition par sexe et par âge des enfants bénéficiaires d'actions éducatives, au 31 décembre 2020



Lecture > Au 31 décembre 2020, les filles âgées de 12 ans représente 3,1 % des bénéficiaires d'une action éducative et 2,3 % des jeunes de 0 à 21 ans.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021.

2. Les garçons représentent près de 95 % des flux de la population des MNA selon le rapport d'activité 2020 de la cellule mission mineurs non accompagnés (MMNA), direction de la protection judiciaire de la jeunesse, ministère de la Justice.

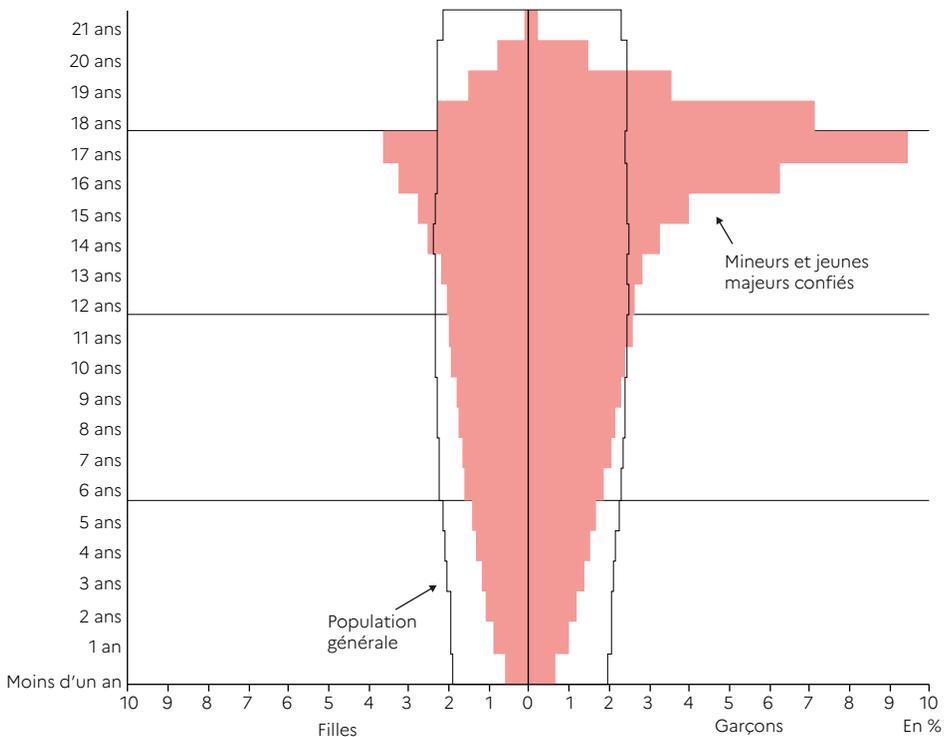
3. Les deux lois successives du 23 mars 2020 puis du 31 mai 2021 décrétant l'État d'urgence sanitaire et la période transitoire de sortie de crise interdisaient les sorties dites « sèches » de l'ASE des jeunes de 18 ans pris en charge par celle-ci durant leur minorité. Par ailleurs, dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, l'État apporte un soutien financier aux départements s'engageant par voie contractuelle à accompagner ces mêmes jeunes devenus majeurs afin de ne plus les laisser sans solution à la fin de leur prise en charge par les services de l'ASE (voir aussi fiche 26).

Le mode d'accueil principal varie selon l'âge des enfants confiés

Les jeunes confiés à l'ASE peuvent vivre dans différents lieux ou structures. L'accueil chez un assistant familial demeure le type de prise en charge le plus fréquent, avec 41 % des jeunes confiés concernés. Cette proportion diminue néanmoins régulièrement depuis dix ans (voir graphique 3 de la fiche 29). Fin 2010, plus de la moitié étaient pris en charge par ce biais (54 %). Les établissements constituent le deuxième mode

d'accueil : 39 % des jeunes confiés y sont hébergés (voir fiches 29 et 30). Fin 2020, 12 % des accueils se font dans d'autres lieux tels que l'internat scolaire, chez la future famille adoptante, à domicile⁴... Enfin, 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. L'âge de l'enfant ou du jeune confié et son mode d'accueil principal sont liés (graphique 3). En effet, parmi les plus jeunes d'entre eux,

Graphique 2 Répartition par sexe et par âge des mineurs et des jeunes majeurs confiés à l'ASE, au 31 décembre 2020



Lecture > Au 31 décembre 2020, les filles âgées de 17 ans représentent 3,6 % des jeunes confiés à l'ASE et 2,3 % parmi les jeunes de 0 à 21 ans.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

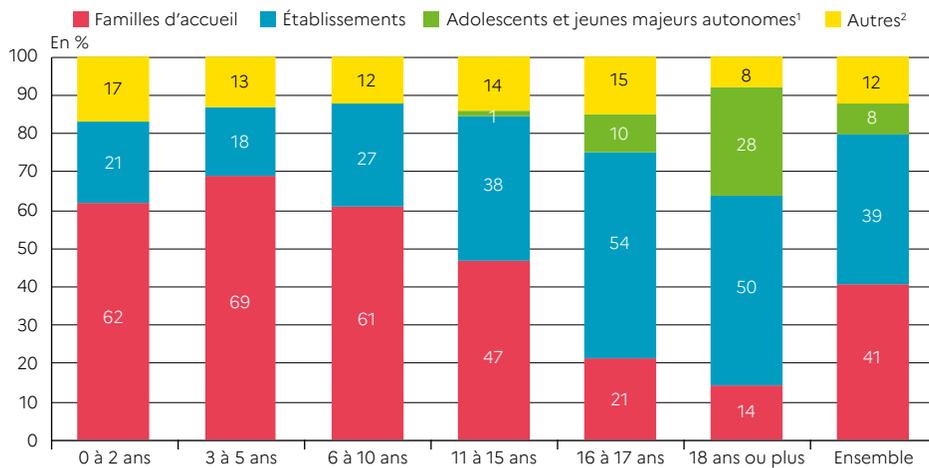
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021.

4. Les placements à domicile (PAD) [voir fiche 26] sont mis en œuvre par les établissements et sont donc considérés avec ces derniers pour l'analyse de l'offre d'accueil (voir fiche 30). Toutefois, comme l'enfant placé à domicile reste en pratique hébergé par sa famille, ils sont ici comptabilisés parmi les « autres lieux » pour l'analyse des lieux d'hébergement.

l'accueil par un assistant familial est largement plus répandu que celui en établissement. À l'inverse, les adolescents sont davantage orientés vers un établissement que leurs cadets. Ainsi, l'accueil familial est le mode d'accueil le plus

fréquent jusqu'à 15 ans, et il est même supérieur à 60 % jusqu'à 10 ans. En revanche, il ne concerne plus qu'une petite moitié des 11-15 ans confiés à l'ASE. L'établissement est le lieu de vie de 38 % de ces jeunes et de plus de la moitié des 16-17 ans. ■

Graphique 3 Répartition par mode d'accueil principal des enfants confiés à l'ASE, selon l'âge, au 31 décembre 2020



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

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

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

- > Des données nationales et départementales sur les bénéficiaires de l'ASE sont diffusées sur l'Open Data de la DREES.
- > La direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) publie, depuis 2017, un état des lieux des caractéristiques et des flux des MNA remontés à la cellule MMNA par les départements. Son dernier rapport annuel d'activité est accessible sur le site internet du ministère de la Justice.

L'aide sociale à l'insertion

Les politiques d'insertion sont portées par de multiples acteurs, dont les conseils départementaux. Ces derniers ont l'obligation d'élaborer un programme départemental d'insertion et sont chargés du revenu de solidarité active (RSA), ainsi que de l'accompagnement de ses bénéficiaires. Par ailleurs, la gestion de deux fonds d'aide obligatoires, le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) et le fonds de solidarité pour le logement (FSL), leur est confiée, de même que la mise en œuvre de la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).

L'article L. 115-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise que « l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales poursuivent une politique destinée à connaître, prévenir et supprimer toutes les situations pouvant engendrer la pauvreté et les exclusions ».

Le rôle du département

Responsable de la coordination des acteurs dans le domaine social sur son territoire, le conseil départemental doit, en particulier, élaborer un programme départemental d'insertion définissant la politique d'accompagnement social et professionnel. Il recense les besoins et l'offre locale en matière d'insertion et planifie les actions correspondantes (art. L. 263-1 du CASF). De plus, le département est chargé du revenu de solidarité active (RSA), ainsi que de l'accompagnement de ses bénéficiaires pour une meilleure insertion sociale ou professionnelle. Il gère le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) en difficulté et le fonds de solidarité pour le logement (FSL). Enfin, il doit assurer la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).

Le RSA et l'insertion sociale et professionnelle

Le RSA est à la fois une allocation visant à garantir un revenu minimum 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 est financé par les départements, hormis en Guyane et à Mayotte depuis 2019 et à la Réunion depuis 2020, territoires dans lesquels le financement du RSA a été recentralisé. De plus, le projet de loi de finances pour 2022 prévoit la possibilité d'une expérimentation de la recentralisation du financement du RSA pour les départements volontaires. Les départements de Seine-Saint-Denis et des Pyrénées-Orientales rejoignent le dispositif à compter de janvier 2022.

Que recouvre l'allocation ?

Le 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, variable selon la composition du foyer. Le RSA peut être majoré pour les personnes élevant seules de jeunes enfants. Les montants forfaitaires du RSA sont revalorisés au 1^{er} avril de chaque année selon l'inflation observée au cours des douze derniers mois. Il est exceptionnellement revalorisé de manière anticipée au 1^{er} juillet 2022 (+4,0 %), dans le cadre de la loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat. En plus de cette indexation annuelle, le RSA a été revalorisé de 2 % chaque 1^{er} septembre, de 2013 à 2017, dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté en janvier 2013.

Le RSA : qui peut en bénéficier ?

L'accès au RSA est soumis à conditions de ressources (art. L. 262-2 à 12 du CASF). L'ensemble des ressources du foyer sont prises en compte, à l'exception d'une partie des aides au logement et de certaines prestations familiales. Ce sont les ressources moyennes perçues au cours des mois précédant la demande qui sont considérées. Le bénéfice du RSA est en outre conditionné à certaines obligations, dans le cadre des « droits et devoirs » associés à la prestation (voir *infra*).

Le RSA s'adresse aux personnes âgées d'au moins 25 ans résidant en France ou, sans condition d'âge, aux personnes assumant la charge d'au moins un enfant né ou à naître. De plus, les jeunes de 18 à 25 ans ayant travaillé au moins deux années au cours des trois dernières années peuvent également en bénéficier. Ce RSA « jeune » est financé par l'État.

Le dispositif d'accompagnement des bénéficiaires du RSA

Si le bénéficiaire du RSA (allocataire ou conjoint) est sans emploi ou si ses revenus mensuels d'activité professionnelle sont inférieurs à 500 euros en moyenne au cours des trois derniers mois, il est soumis aux droits et devoirs prévus par les articles L. 262-27 à 39 du CASF. Autrement dit, le droit à l'allocation et à un accompagnement social et professionnel adapté s'accompagne du devoir de rechercher un emploi ou d'entreprendre des actions en faveur d'une meilleure insertion.

Le bénéficiaire doit être orienté vers un accompagnement social ou professionnel, selon son degré d'éloignement du marché du travail. Cet accompagnement conduit à un projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE) lorsqu'il est réalisé par Pôle emploi, ou à un contrat d'engagement réciproque (CER) lorsqu'il est accompli par un autre organisme ou une institution (dont le conseil départemental lui-même).

Dans le cadre des contrats uniques d'insertion (CUI), le département cofinance l'aide à l'insertion

professionnelle lorsqu'elle concerne le recrutement d'un bénéficiaire du RSA (art. L. 5134-72-2 et D. 5134-64 du Code du travail). Le CUI a pour objet de faciliter l'insertion professionnelle des personnes rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières d'accès à l'emploi. Il prend la forme d'un contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) dans le secteur non marchand et du contrat initiative emploi (CUI-CIE) dans le secteur marchand.

Enfin, les départements peuvent également porter ou participer au financement des dispositifs d'insertion par l'activité économique (IAE). L'IAE est un accompagnement dans l'emploi proposé par certaines structures (ateliers et chantiers d'insertion, entreprises d'insertion, associations intermédiaires, entreprises de travail temporaire d'insertion) à des personnes très éloignées de l'emploi afin de faciliter leur insertion sociale et professionnelle.

Le revenu de solidarité

Le revenu de solidarité (RSO) a été institué en décembre 2001 dans les quatre DROM existant alors et à Saint-Pierre-et-Miquelon. Il a été étendu aux collectivités territoriales de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin en 2011, mais pas à Mayotte, devenu département d'outre-mer le 31 mars 2011. Il est destiné aux personnes âgées de 55 ans au minimum, bénéficiant du RSA depuis au moins deux ans consécutifs sans avoir exercé d'activité professionnelle – ou bien, jusqu'en 2010, du revenu minimum d'insertion (RMI) depuis au moins deux ans consécutifs – et s'engageant à quitter définitivement le marché du travail. Le RSO cesse d'être versé au moment où l'allocataire peut bénéficier d'une retraite à taux plein. Cette allocation est versée à un seul membre du foyer. Elle implique que l'allocataire et son conjoint éventuel ne perçoivent pas les allocations suivantes : l'allocation aux adultes handicapés, le minimum vieillesse, l'allocation supplémentaire d'invalidité, une pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie¹. L'ouverture de droits au RSO met fin au droit au RSA.

1. Deuxième catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque. Troisième catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le RSO est financé par les conseils départementaux sauf, depuis le 1^{er} janvier 2020, en Guyane et à La Réunion, où il a été recentralisé.

Le fonds d'aide aux jeunes

Un fonds d'aide aux jeunes (FAJ) en difficulté est obligatoirement créé dans chaque département, sous l'autorité du président du conseil départemental (art. L. 263-3 du CASF). Ce fonds doit permettre d'attribuer des aides aux jeunes en difficulté, afin de favoriser leur insertion sociale et professionnelle ou de les aider à faire face à des besoins urgents.

Le financement de ce fonds est assuré par le département, mais d'autres collectivités territoriales, groupements ou organismes de protection sociale peuvent y contribuer.

L'attribution d'une aide repose sur le principe de subsidiarité : le fonds n'est mobilisé que si les jeunes ne peuvent bénéficier d'aucune autre aide existante. Dans certains cas cependant, l'intervention du FAJ peut être complémentaire (à la Garantie jeunes, par exemple, remplacée au 1^{er} mars 2022 par le contrat d'engagement jeune). 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 responsables² 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 loyer ou encore la prise en charge de factures d'énergie, d'eau ou de téléphone.

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

La mesure d'accompagnement social personnalisé

Une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) doit être proposée à toute personne majeure dont la santé ou la sécurité est menacée en raison des difficultés qu'elle éprouve à gérer ses ressources (art. L. 271-1 du CASF). La MASP comprend une aide à la gestion de ses ressources et prestations sociales et un accompagnement social individualisé.

La mise en œuvre de la MASP s'appuie sur un contrat conclu entre le département et l'intéressé, prévoyant des actions en faveur d'une insertion sociale du bénéficiaire et visant au retour à une gestion autonome de ses prestations sociales par le bénéficiaire. La durée du contrat est de six mois renouvelables. La mesure ne peut s'exercer que pendant quatre années maximum. Il est possible de demander une contribution au bénéficiaire d'une MASP, en fonction de ses ressources. ■

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

Fin 2020, 2,06 millions de foyers bénéficient du revenu de solidarité active (RSA), ce qui représente une hausse de 7,4 % par rapport à fin 2019. Cette forte augmentation est consécutive à la crise sanitaire. Elle succède à deux années de légère hausse (+1,1 % en 2018 et +0,6 % en 2019), précédées par deux années de baisse (-0,5 % en 2017 et, surtout, -4,3 % en 2016). Avec les conjoints et les enfants à charge, 4,09 millions de personnes sont couvertes par le RSA fin 2020, soit 6,0 % de la population. 20 % des allocataires perçoivent aussi la prime d'activité. Fin 2021, 1,93 million de foyers bénéficient du RSA, soit une baisse de 6,2 % en un an.

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 32). Il peut être majoré pour les personnes élevant seules des enfants.

Les effectifs augmentent fortement en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire, avant de refluer en 2021

Au 31 décembre 2020, 2,06 millions de foyers bénéficient du RSA en France¹. Avec les conjoints et les enfants à charge, 4,09 millions de personnes sont ainsi couvertes par cette prestation, soit 6,0 % de la population française. 98 % des bénéficiaires (allocataires et conjoints) du RSA, soit 2,3 millions de personnes, n'ont pas eu d'emploi ou ont perçu des revenus d'activité inférieurs à 500 euros en moyenne mensuelle durant les trois derniers mois et sont donc soumis aux droits et devoirs. Fin 2020, 20 % des foyers allocataires du RSA bénéficient également de la prime d'activité. Fin 2021, 1,93 million de foyers bénéficient du RSA, soit une baisse de 6,2 % en un an (*graphique 1*). Cette nette diminution succède à une forte hausse des effectifs en 2020 (+7,4 %), consécutive

à la crise sanitaire. La hausse en 2020 s'explique à la fois par une baisse des sorties du RSA et par une hausse des entrées dans la prestation, les deux étant dues à la dégradation du marché du travail, conduisant en 2020 à un taux d'entrée dans le RSA nettement supérieur au taux de sortie (27 % contre 21 %), alors qu'ils étaient très proches en 2019 (25 % contre 24 %).

En 2019, le nombre d'allocataires a augmenté de 0,6 %. Cette légère croissance globale est inférieure à celle constatée en 2018 (+1,1 %). Ces deux années de faible hausse des effectifs succèdent à deux années de baisse : modérée en 2017 (-0,5 %), elle était plus forte en 2016 (-4,3 %). Cette diminution était la première observée depuis 2008 (en tenant compte des bénéficiaires de l'allocation de parent isolé [API] et du revenu minimum d'insertion [RMI] avant 2011 et en excluant les allocataires du RSA activité seul² avant 2016). Ces deux années de baisse confirmaient deux années de moindre croissance des effectifs (+2,5 % en 2015 et +4,8 % en 2014), après deux années de forte augmentation (+7,4 % en 2013 et +6,2 % en 2012).

L'évolution des effectifs du RSA est liée en partie à celle de la situation du marché du travail, parfois avec un certain décalage. Les effectifs ont tout d'abord très fortement augmenté de fin 2008 à

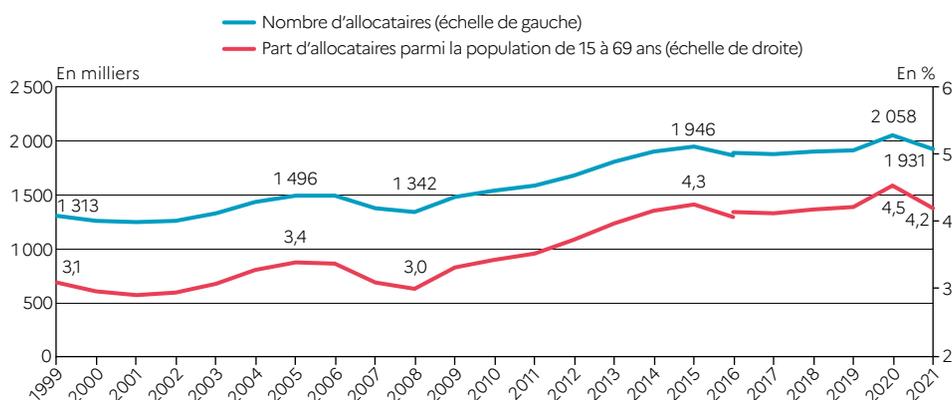
1. Le RSA est en vigueur en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), ainsi que dans trois collectivités d'outre-mer : Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Cette fiche porte sur l'ensemble de ces territoires, au contraire des autres fiches de l'ouvrage qui présentent des résultats relatifs aux dépenses départementales d'aide sociale, pour lesquelles le champ est la France métropolitaine et les DROM, hors Mayotte. De plus, les dépenses des collectivités départementales liées au RSA ne comprennent pas les dépenses de RSA pour la Guyane et La Réunion car, dans ces territoires, le financement du RSA a été recentralisé en 2019 et 2020.

2. C'est-à-dire les foyers percevant le RSA activité mais pas le RSA socle.

fin 2009 (+10,5 %) à cause de la sévérité de la crise économique. La nouvelle dégradation nette du marché du travail entre fin 2011 et fin 2013 (avec 484 000 demandeurs d'emploi de catégorie A de plus en France) a été l'occasion d'une nouvelle phase de hausse élevée (+14,0 % en deux ans). La croissance moindre des effectifs du RSA en 2014 et 2015 et la baisse de 2016 s'expliquent tout d'abord par la dégradation plus limitée du marché du travail entre fin 2013 et fin 2015, puis par son amélioration au cours de l'année 2016. Ainsi, entre fin 2013 et fin 2015, la croissance (en glissement annuel) du nombre de demandeurs d'emploi de catégorie A inscrits à Pôle emploi en France a ralenti, passant de 5,5 % fin 2013 à 2,4 % fin 2015. Fin 2016, le nombre de demandeurs d'emploi a baissé (-2,8 %) pour la première fois depuis 2007. En 2017, il a stagné, ce qui a contribué à une baisse moindre du nombre d'allocataires du RSA. En 2018 et 2019, le nombre de demandeurs d'emploi et le nombre d'allocataires du RSA évoluent, quoique faiblement, dans des sens opposés. En 2020, la détérioration de la situation économique engendrée par la crise sanitaire se répercute directement sur le nombre de bénéficiaires du RSA, tout comme son amélioration en 2021.

La baisse des effectifs en 2016 est due également, en partie, à la mise en place de la prime d'activité au 1^{er} janvier 2016. En effet, une demande de prime d'activité n'engendre pas automatiquement un calcul des droits au RSA par la caisse verseuse, alors qu'une demande de RSA valait à la fois pour le RSA socle et le RSA activité. Cela explique en partie la forte diminution du nombre des entrées dans le RSA en provenance de la prime d'activité, par rapport aux entrées en provenance du RSA activité dans le RSA socle³ (respectivement 36 000 personnes en moyenne trimestrielle en 2016 contre 59 600 en 2014 et 2015). Ce nombre d'entrées a augmenté depuis : 49 400 au dernier trimestre 2017, 60 400 au dernier trimestre 2018 et 76 000 au dernier trimestre 2019. Cela contribue à la hausse du nombre de foyers allocataires du RSA en 2018 et 2019, et en particulier de ceux bénéficiant à la fois du RSA et de la prime d'activité (+7,6 % en 2019). Un autre facteur pourrait avoir contribué à l'augmentation du nombre d'allocataires du RSA en 2018 : la mise en place d'une nouvelle forme de demande du RSA, dématérialisée, appelée « téléprocédure ». Expérimentée dans deux départements à partir de mai 2017, elle a été déployée à

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 69 ans, depuis 1999



Note > Il y a une rupture de série en 2016. Pour cette année-là, nous présentons à la fois les données semi-définitives et les données définitives de la CNAF.

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

Sources > CNAF ; MSA ; Insee, population estimée au 1^{er} janvier de l'année n+1 (pour la part d'allocataires de l'année n).

3. Cette baisse va à rebours du fait que la prime d'activité touche un public beaucoup plus large que celui du RSA activité, tout en l'incluant.

l'échelle nationale au cours du second semestre de l'année 2017⁴ (essentiellement en décembre). Cela pourrait avoir incité certaines personnes à recourir à leurs droits, alors qu'elles ne le faisaient pas avec les modalités de demande usuelles (demande au guichet et formulaire papier).

Le RSA non majoré représente 89 % des allocataires du RSA

Parmi les 2,06 millions de foyers qui bénéficient du RSA en France au 31 décembre 2020, 1,83 million (89 %) perçoivent le RSA non majoré, soit 8,2 % de plus que fin 2019. Les allocataires représentent 4,0 % de la population âgée de 15 à 69 ans. Avec les conjoints et les enfants à charge, 3,39 millions de personnes sont couvertes par le RSA non majoré, soit 5,0 % de la population française.

Parmi les allocataires du RSA non majorés, 62 % sont des personnes seules sans enfant et 24 % des foyers allocataires sont des familles monoparentales (tableau 1). Les couples, avec ou sans enfant(s), sont ainsi très minoritaires. La moitié des bénéficiaires sont des femmes (49 %). Par ailleurs, 59 % des bénéficiaires du RSA non majoré perçoivent le RSA depuis deux ans ou plus et 36 % depuis cinq ans ou plus⁵.

Compte tenu de la condition d'âge minimum pour les personnes sans enfant et de la possibilité de bénéficier des prestations vieillesse dès l'âge minimum légal de départ à la retraite, la plupart des allocataires du RSA non majoré (96 %) ont entre 25 et 64 ans fin 2020. Ils sont particulièrement surreprésentés parmi les 25-29 ans (18 % des allocataires contre 8 % dans l'ensemble de la population française âgée de 15 à 69 ans).

Les allocataires du RSA majoré sont presque exclusivement des femmes

Au 31 décembre 2020, 232 900 foyers bénéficient du RSA majoré, soit une hausse de 1,7 % en un an. Ils représentent 11 % des allocataires du RSA en France et 0,5 % de la population âgée de 15 à 69 ans.

En tenant compte des personnes à charge, 704 600 personnes sont couvertes par le RSA majoré fin 2020, soit 1,0 % de la population.

La quasi-totalité des allocataires du RSA majoré sont des femmes (96 %). Plus d'une femme sur deux a plus d'un enfant à charge. En raison du public ciblé (des parents isolés d'enfants de moins de 3 ans et des parents isolés depuis peu) et de l'absence de condition d'âge, le RSA majoré compte davantage de jeunes que le RSA non majoré : 23 % des bénéficiaires ont moins de 25 ans.

Confrontés à certaines difficultés, notamment l'absence ou le coût élevé d'un mode d'accueil pour leur(s) enfant(s), les bénéficiaires du RSA majoré sont plus éloignés du marché du travail. Seulement 36 % d'entre eux sont inscrits à Pôle emploi, contre 46 % des bénéficiaires du RSA non majoré.

Le RSA majoré étant accordé de manière temporaire, les taux d'entrée et de sortie dans le dispositif des bénéficiaires sont très élevés (respectivement 52 % et 50 % en 2020).

La répartition départementale des allocataires est liée à celle du chômage

Fin 2020, les allocataires du RSA représentent 4,5 % de la population âgée de 15 à 69 ans. Leur répartition départementale confirme le lien étroit entre la perception d'un minimum social d'insertion et le chômage. Le coefficient de corrélation entre la part d'allocataires du RSA dans la population d'un département et le taux de chômage s'établit ainsi à 0,90 en France (hors Mayotte)⁶. 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 9 %⁷. Il est notamment supérieur à 5 % lorsque le taux de chômage dépasse 10 %. C'est le cas dans certains départements du pourtour méditerranéen (Gard, Pyrénées-Orientales, Aude, Hérault), du Nord (Nord, Aisne) et en Seine-Saint-Denis (carte 1).

4. En décembre 2017, 94 départements proposaient cette modalité de demande.

5. Cette ancienneté dans le RSA ne tient pas compte de la perception éventuelle du RSA activité avant 2016.

6. La corrélation est aussi très élevée avec le taux de pauvreté monétaire à 60 % du niveau de vie médian. En France métropolitaine, elle s'établit à 0,84.

7. Sauf dans les Hautes-Pyrénées.

La proportion d'allocataires est très élevée dans les quatre départements et régions d'outre-mer (DROM) historiques, où elle représente 16,0 % de la population âgée de 15 à 69 ans. Au 31 décembre 2020, 211 000 foyers bénéficient du RSA dans les cinq DROM et deux collectivités

d'outre-mer, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, soit une hausse de 1,3 % par rapport à fin 2019. En prenant en compte les conjoints et les enfants à charge des allocataires, 458 000 personnes sont couvertes par le RSA dans les DROM, soit 21 % de la population. ■

Tableau 1 Caractéristiques des foyers allocataires du RSA, fin 2020

Caractéristiques	En %			
	RSA non majoré ¹	RSA majoré	RSA	Ensemble de la population de 15 à 69 ans
Effectifs (en nombre)	1 825 200	232 900	2 058 100	44 531 700
Sexe²				
Femme	49	96	54	51
Homme	51	4	46	49
Situation familiale³				
Seul sans personne à charge	62	Femme enceinte : 7 Femme avec 1 enfant : 33 Femme avec 2 enfants ou plus : 57	56	34
Seul avec personne(s) à charge	24	Homme avec 1 enfant : 2 Homme avec 2 enfants ou plus : 1	32	12
Couple sans personne à charge	3		3	22
Couple avec personne(s) à charge	11		10	32
Âge				
Moins de 25 ans	2	23	4	17
25 à 29 ans	18	23	18	8
30 à 39 ans	29	37	30	18
40 à 49 ans	23	13	22	19
50 à 59 ans	20	3	18	20
60 à 64 ans	7	0	6	9
65 ans ou plus	2	0	2	9
Ancienneté dans le RSA^{2,4}				
Moins de 1 an	26	36	27	-
1 an à moins de 2 ans	14	16	15	-
2 ans à moins de 5 ans	24	24	24	-
5 ans à moins de 10 ans	20	16	20	-
10 ans ou plus	16	7	15	-
Inscrits à Pôle emploi²	46	36	45	-

1. Les bénéficiaires du RSA jeune sont intégrés aux effectifs du RSA non majoré.

2. La répartition par sexe, la répartition selon l'ancienneté dans le RSA et la part d'inscrits à Pôle emploi sont calculées sur le champ des bénéficiaires (allocataires et éventuels conjoints).

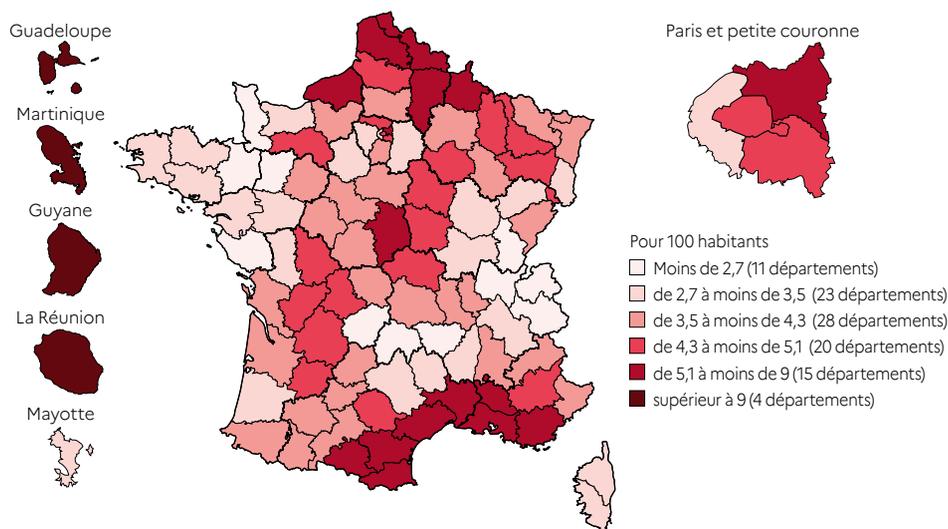
3. Dans l'ensemble de la population, la répartition par situation familiale a été calculée au niveau du ménage, sans tenir compte des ménages complexes, en se restreignant aux personnes de référence.

4. En tenant compte de l'ancienneté dans le RMI, l'API ou le RSA socle, mais sans tenir compte du RSA activité. L'ancienneté est calculée comme la présence ou non dans le dispositif au 31 décembre de chaque année.

Les allers-retours en cours d'année ne sont donc pas comptabilisés.

Champ > France ; ensemble de la population : ménages ordinaires en France (hors Mayotte).

Sources > CNAF et MSA pour les effectifs ; CNAF pour les répartitions (98,5 % des allocataires du RSA relèvent des CAF) ; DREES, ENIACRAMS pour la répartition selon l'ancienneté dans le RSA et le taux d'inscription à Pôle emploi ; Insee, enquête Emploi 2020, pour les caractéristiques de l'ensemble de la population.

Carte 1 Part d'allocataires du RSA, parmi la population âgée de 15 à 69 ans, fin 2020

Note > En France, on compte en moyenne 4,5 allocataires du RSA pour 100 habitants âgés de 15 à 69 ans.

Champ > France.

Sources > CNAF ; MSA ; Insee, population estimée au 1^{er} janvier 2021 (résultats provisoires arrêtés fin 2021).

Pour en savoir plus

- > Des données annuelles sur le RSA, le RMI et l'API sont disponibles par département dans l'espace Open Data de la DREES, dans le jeu de données « Minima sociaux, RSA et prime d'activité ».
- > Des données mensuelles sur le RSA sont disponibles par département depuis 2017 dans l'espace Open Data de la DREES, dans le jeu de données « Données mensuelles sur les prestations de solidarité ».
- > **Bourguignon, F.** (2011, décembre). Rapport final du Comité national d'évaluation du RSA. La Documentation française.
- > **Cabannes, P.-Y., Chevalier, M.** (2022, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution – édition 2022*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **Cabannes, P.-Y., Calvo, M., Echegu, O.** (2020, décembre). Plus de 2 millions d'allocataires du RSA fin octobre 2020 - Mise en place d'un suivi mensuel des prestations de solidarité pendant la crise sanitaire. DREES, *Études et Résultats*, 1 175.
- > **CNAF** (2021, avril). Estimations avancées des évolutions des foyers allocataires du RSA. CNAF, *RSA conjoncture*, supplément exceptionnel lié à la Covid-19.
- > **Cour des comptes** (2022, janvier). Le revenu de solidarité active. Rapport public thématique.

Fin 2020, 2,3 millions de personnes bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont soumises aux droits et devoirs associés à cette prestation, soit 98 % des bénéficiaires. 83 % d'entre elles sont orientées vers un organisme référent unique par les collectivités territoriales chargées de l'insertion des bénéficiaires du RSA sur leur territoire. Pôle emploi est l'organisme référent unique de 42 % des personnes orientées, les conseils départementaux et territoriaux le sont pour 31 %. 47 % des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi disposent d'un contrat d'engagement réciproque (CER). 21 % des CER contiennent au moins une action d'insertion visant à inscrire le bénéficiaire dans un parcours de recherche d'emploi. En moyenne, 95 jours s'écoulent entre la date d'entrée dans le RSA et celle de la première orientation, puis 51 jours jusqu'à la signature du premier CER.

Fin 2020, 2,06 millions de foyers sont allocataires du revenu de solidarité active (RSA) en France¹ (voir fiche 33), ce qui représente 2,32 millions de bénéficiaires du RSA (allocataires et leurs conjoints).

Presque tous les bénéficiaires du RSA sont soumis aux « droits et devoirs du bénéficiaire du RSA »

Selon la loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion, tout allocataire ou conjoint d'allocataire du RSA est soumis aux « droits et devoirs du bénéficiaire du RSA » s'il est sans emploi ou s'il a un revenu d'activité professionnelle inférieur à 500 euros par mois (en moyenne au cours des trois derniers mois). Les personnes soumises aux droits et devoirs sont tenues de rechercher un emploi, d'entreprendre les démarches nécessaires à la création de leur propre activité ou d'entreprendre les actions nécessaires à une meilleure insertion sociale ou professionnelle. En contrepartie, elles doivent bénéficier d'un accompagnement destiné à les aider dans ces démarches. Fin 2020, en France, 2,3 millions de bénéficiaires (allocataires et conjoints d'allocataires) du RSA sont soumis aux

droits et devoirs, soit 98 % des bénéficiaires. Tous n'identifient cependant pas bien l'organisation institutionnelle sous-jacente (*encadré 1*).

83 % des personnes soumises aux droits et devoirs sont orientées en vue d'un accompagnement

Selon la loi, toute personne bénéficiaire du RSA soumise aux droits et devoirs doit être orientée vers un organisme chargé de l'accompagner en vue d'une meilleure insertion sociale ou professionnelle. La décision d'orientation, qui prend en compte les caractéristiques individuelles, relève de la collectivité territoriale ayant la compétence de l'insertion des bénéficiaires du RSA sur son territoire. Il s'agit, dans la très grande majorité des cas, du conseil départemental².

Fin 2020, 83 % des personnes soumises aux droits et devoirs sont orientées (*tableau 1*) – un chiffre à peu près stable depuis fin 2016.

La part des personnes orientées parmi celles soumises aux droits et devoirs est supérieure ou égale à 76 % pour les trois quarts des collectivités et dépasse 90 % pour presque un tiers d'entre elles (*carte 1*). Cette part est inférieure ou égale à 60 % pour une collectivité sur dix.

1. Le RSA est en vigueur en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), ainsi que dans trois des collectivités d'outre-mer : Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

2. Depuis la « recentralisation » du RSA, en Guyane, à Mayotte et à La Réunion, l'orientation ne relève plus de la collectivité territoriale mais de la caisse d'allocations familiales (caisse de sécurité sociale de Mayotte pour ce département).

Encadré 1 La connaissance par les bénéficiaires du RSA de l'organisation institutionnelle de l'orientation et de l'accompagnement

Selon l'enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) de 2018, seulement 58 % des bénéficiaires du RSA fin 2017 disent avoir déjà entendu parler des droits et devoirs associés à cette prestation. Seulement 41 % déclarent savoir ce qu'est un référent unique et 35 % ce qu'est un contrat d'engagement réciproque (CER). La méconnaissance de l'organisation institutionnelle de l'orientation et de l'accompagnement par une grande partie des bénéficiaires du RSA ne relève toutefois pas que d'un problème de terminologie. En effet, seulement 50 % disent avoir, fin 2017, un référent unique ou « être suivi[s] régulièrement dans le cadre de [leurs] démarches d'insertion par une personne travaillant dans un organisme », alors que la part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs est de 83 % fin 2017, selon l'enquête annuelle sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA). Une bonne partie d'entre eux considèrent donc, à tort ou à raison, ne pas être (assez) accompagnés.

En revanche, les personnes disposant d'un CER semblent bien savoir qu'elles en ont un. Ainsi, d'après l'enquête BMS, 430 000 bénéficiaires du RSA disposent d'un CER en cours de validité fin 2017, soit un effectif inférieur mais relativement proche de celui de l'enquête OARSA (490 000).

Tableau 1 Part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs, par caractéristique, fin 2020

		Part fin 2020 (en %)	Évolution 2019-2020 à champ constant ¹ (en points de pourcentage)
Ensemble des bénéficiaires		83	+2
Tranche d'âge	Moins de 25 ans	77	+3
	25 à 29 ans	77	+1
	30 à 39 ans	83	+1
	40 à 49 ans	85	+2
	50 à 59 ans	87	+2
	60 ans ou plus	86	+3
Sexe	Femme	84	+2
	Homme	83	+1
Situation familiale	Personne seule sans enfant	83	+1
	Personne seule avec enfant(s)	87	+2
	Personne en couple sans enfant	77	+2
	Personne en couple avec enfant(s)	81	+2
Tranche d'ancienneté du foyer dans le RSA	Moins de 6 mois	57	+10
	6 mois à moins de 1 an	75	+1
	1 an à moins de 2 ans	80	0
	2 ans à moins de 5 ans	86	0
	5 ans ou plus	90	+3

1. C'est-à-dire en considérant seulement les collectivités territoriales ayant répondu à la fois à l'édition 2019 et à l'édition 2020 de l'enquête OARSA.

Lecture > Fin 2020, 77 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs de moins de 25 ans sont orientés. À champ constant, entre fin 2019 et fin 2020, la part des personnes orientées parmi celles soumises aux droits et devoirs augmente de 2 points de pourcentage.

Champ > France.

Source > DREES, vagues 2019 et 2020 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

Cette part est beaucoup plus faible pour les personnes récemment entrées dans le RSA³ que pour celles présentes depuis plus longtemps dans le dispositif. Ainsi, 57 % des personnes entrées depuis moins de six mois dans le RSA sont orientées, les trois quarts de celles ayant une ancienneté de six mois à moins d'un an et 90 % lorsque l'ancienneté dans le RSA est de cinq ans ou plus. La proportion non négligeable de 10 % de personnes non orientées parmi celles dont l'ancienneté dans le RSA est supérieure ou égale à cinq ans s'explique probablement en partie par le fait que cette ancienneté est celle du foyer auquel appartient le bénéficiaire et non celle du bénéficiaire à titre individuel (qui peut différer au sein d'un couple).

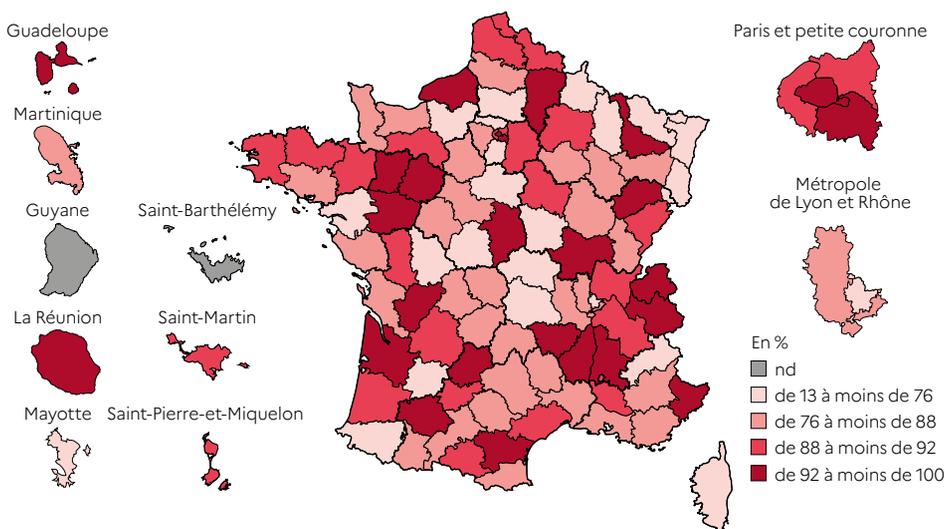
Par rapport à fin 2019, la part des personnes orientées parmi les bénéficiaires ayant une ancienneté inférieure à six mois a augmenté de 10 points de

pourcentage à champ constant⁴; cette proportion croît de 1 point de pourcentage pour ceux qui ont une ancienneté supérieure. Toutes anciennetés confondues, la part des personnes orientées augmente de 2 points à champ constant.

La part des personnes orientées a tendance à s'élever avec l'âge jusqu'à 60 ans : 77 % des jeunes de moins de 25 ans sont soumis aux droits et devoirs, contre 87 % pour celles de 50 à 59 ans. Pour les personnes de 60 ans ou plus, cette part atteint 86 %. Ces disparités selon l'âge renvoient probablement avant tout à des effets de structure par ancienneté dans le dispositif ; la part de personnes récemment entrées dans le RSA est plus élevée parmi les plus jeunes.

La part des personnes orientées diffère également suivant la situation familiale. Elle est plus élevée pour les personnes seules que pour les couples et la présence d'enfant(s) dans le foyer

Carte 1 Part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs, fin 2020



nd : collectivité répondante à l'enquête mais indicateur non disponible.

Note > En France, fin 2020, 83 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés. Les collectivités ont été réparties par quartile selon la valeur de la part de personnes orientées (chaque classe regroupe 25 % des collectivités répondantes).

Champ > France.

Source > DREES, vague 2020 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

3. Dans cette fiche, l'ancienneté dans le RSA d'une personne est celle du foyer auquel elle appartient.

4. C'est-à-dire en considérant seulement les collectivités territoriales ayant répondu à la fois aux éditions 2019 et 2020 de l'enquête OARSA.

contribue également à la hausse : 87 % des personnes seules avec enfant(s) soumises aux droits et devoirs sont orientées, contre 83 % des personnes seules sans enfant, 81 % des personnes en couple avec enfant(s) et 77 % des personnes en couple sans enfant. La part des personnes orientées est quasiment identique pour les femmes et pour les hommes (respectivement 84 % et 83 %).

Pôle emploi est l'organisme référent unique de 42 % des personnes orientées

En fonction de leurs caractéristiques, les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés vers Pôle emploi, vers un organisme autre que Pôle emploi appartenant au service public de l'emploi⁵ (SPE) ou bien vers un organisme hors du SPE. Selon la loi, un référent unique doit être désigné pour tous les bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs et orientés. Son rôle est de coordonner les actions à mettre en œuvre pour une meilleure insertion sociale ou professionnelle des bénéficiaires. L'organisme vers lequel est orienté le bénéficiaire désigne le référent unique. Il est appelé « organisme référent unique »⁶.

Pôle emploi est l'organisme référent unique de 42 % des personnes orientées (tableau 2). Presque toutes les collectivités ont recours à Pôle emploi dans leurs schémas d'insertion. La part des personnes ayant Pôle emploi comme référent unique est supérieure ou égale à 28 % pour trois collectivités sur quatre et à 53 % pour un quart d'entre elles (carte 2).

Lorsque l'organisme référent unique n'est pas Pôle emploi, ce sont les services internes des conseils départementaux et territoriaux qui sont très majoritairement privilégiés, loin devant les autres organismes du SPE : 31 % des bénéficiaires du RSA orientés ont un agent du conseil

départemental ou territorial comme référent unique, contre 6 % pour les autres organismes du SPE. Enfin, les organismes hors SPE autres que les conseils départementaux et territoriaux sont les organismes référents uniques de 21 % des bénéficiaires orientés. La part des personnes orientées ayant un service du conseil départemental ou territorial comme organisme référent unique est strictement supérieure à 20 % dans neuf territoires sur dix et dépasse même 48 % dans près d'un quart d'entre eux.

Les jeunes et les seniors sont moins souvent orientés vers Pôle emploi

La part de personnes ayant pour organisme référent unique Pôle emploi est plus élevée parmi les 25-39 ans (47 %) et décroît avec l'âge pour atteindre 24 % pour les personnes de 60 ans ou plus. Les seniors sont également moins orientés que la moyenne vers les autres organismes du SPE et davantage vers les services du conseil départemental ou territorial et les autres organismes hors SPE, notamment les CCAS et CIAS (18 % contre 8 % en moyenne). En effet, engager une démarche d'insertion essentiellement professionnelle peut probablement présenter un intérêt moindre pour les personnes plus proches de l'âge minimum légal de départ à la retraite. Si les bénéficiaires de moins de 25 ans sont également moins orientés vers Pôle emploi (24 %), ils sont en revanche plus nombreux que la moyenne à être suivis par un autre organisme du SPE (17 % contre 6 %). Ils sont notamment bien plus souvent orientés vers une mission locale (13 % contre 1 % en moyenne), dont le cœur de métier est l'insertion professionnelle et sociale des jeunes de 16 à 25 ans. Ils sont également davantage suivis que la moyenne par les services du conseil

5. Dans l'enquête OARSA, les organismes du SPE sont, par convention, les suivants : Pôle emploi, les missions locales, les maisons de l'emploi (MDE), les maisons de l'emploi et de la formation (MDEF), les plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi (PLIE), Cap emploi, les organismes d'appui à la création et au développement d'entreprise, les structures d'insertion par l'activité économique (IAE) et les autres organismes de placement ou de formation professionnels. Les organismes hors SPE sont les conseils départementaux et territoriaux, les caisses d'allocations familiales (CAF) et de la Mutualité sociale agricole (MSA), les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS) et tous les autres organismes non classés dans le SPE (associations d'insertion à visée principalement sociale, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, etc.).

6. Lorsque l'orientation n'a pas lieu vers Pôle emploi, le référent unique appartient à l'organisme vers lequel la personne a été orientée. En revanche, Pôle emploi a la possibilité de choisir un référent unique hors de son réseau mais appartenant au SPE. Dans ce dernier cas, Pôle emploi reste identifié comme organisme référent unique dans l'enquête.

départemental ou territorial (40 % contre 31 %) ou par une caisse d'allocations familiales (7 % contre 1 %), notamment du fait de la situation familiale souvent spécifique de ces jeunes⁷, qui peut conduire à préférer les orienter vers des organismes plus centrés sur la levée des freins sociaux. Les personnes seules sans enfant sont également un peu plus orientées vers Pôle emploi (46 %) que les personnes avec enfant(s). En effet, l'absence de certains freins sociaux liés aux enfants, tels que

des besoins de modes d'accueil, implique que les démarches d'insertion essentiellement professionnelle semblent plus souvent mieux adaptées. Les conseils départementaux et territoriaux choisissent, à l'inverse, moins souvent leurs propres services pour assurer le rôle de référent unique pour les personnes seules sans enfant : 25 % contre 37 % pour les personnes en couple avec enfant(s) et même 41 % pour les personnes seules avec enfant(s).

Tableau 2 Répartition par organisme référent unique des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs et orientés, par caractéristique, fin 2020

						En %
		Pôle emploi	Organisme du SPE autre que Pôle emploi	Conseil départemental ou territorial	Organisme hors SPE autre que le conseil départemental ou territorial	Ensemble
Ensemble des bénéficiaires		42	6	31	21	100
Tranche d'âge	Moins de 25 ans	24	17	40	19	100
	25 à 29 ans	47	10	26	18	100
	30 à 39 ans	47	6	28	19	100
	40 à 49 ans	44	6	31	20	100
	50 à 59 ans	40	5	32	23	100
	60 ans ou plus	24	2	43	30	100
Sexe	Femme	37	6	37	20	100
	Homme	48	7	24	21	100
Situation familiale	Personne seule sans enfant	46	6	25	22	100
	Personne seule avec enfant(s)	38	6	41	15	100
	Personne en couple sans enfant	38	6	32	24	100
	Personne en couple avec enfant(s)	39	6	37	17	100
Tranche d'ancienneté du foyer dans le RSA	Moins de 6 mois	47	8	28	17	100
	6 mois à moins de 1 an	43	10	29	19	100
	1 an à moins de 2 ans	43	8	29	20	100
	2 ans à moins de 5 ans	45	7	29	19	100
	5 ans ou plus	39	5	34	22	100

SPE : service public de l'emploi.

Lecture > Fin 2020, 42 % des personnes soumises aux droits et devoirs et orientées ont Pôle emploi comme organisme référent unique.

Champ > France.

Source > DREES, vague 2020 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

7. Si un jeune de moins de 25 ans ne peut pas justifier d'une activité de deux ans en équivalent temps plein au cours des trois années précédant la demande du RSA, il ne peut prétendre au RSA que s'il assume la charge d'au moins un enfant né ou à naître. Fin 2019, 99 % des allocataires du RSA de moins de 25 ans sont des parents (ou vont le devenir très prochainement).

Enfin, les personnes orientées dont l'ancienneté du foyer dans le RSA est supérieure ou égale à cinq ans ont moins fréquemment Pôle emploi comme organisme référent unique que les personnes dont l'ancienneté du foyer est moindre (39 % contre 43 à 47 % pour les autres anciennetés), les conseils départementaux et territoriaux privilégiant plus souvent leurs propres services pour les premières.

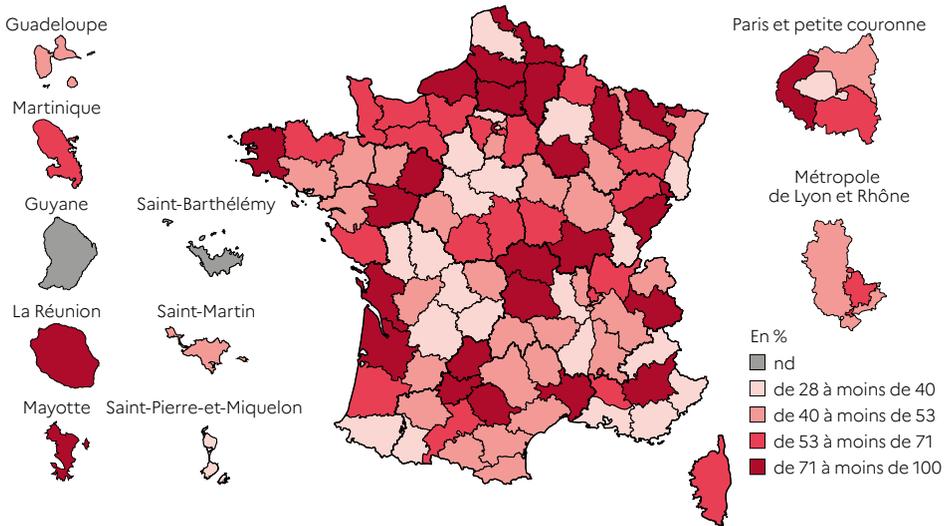
La moitié des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi disposent d'un contrat d'engagement réciproque

Selon la loi, lorsqu'un bénéficiaire du RSA soumis aux droits et devoirs est orienté vers Pôle emploi, il participe à la définition d'un projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE). Dans le cas d'une

orientation vers un organisme autre que Pôle emploi, le bénéficiaire signe alors un contrat d'engagement réciproque (CER) avec cet organisme, qu'il appartienne ou non au SPE. Le CER énumère les actions à mettre en œuvre dans le cadre du parcours d'insertion du bénéficiaire⁸.

Fin 2020, 47 % des bénéficiaires du RSA orientés vers un organisme autre que Pôle emploi ont un CER. Cette part est strictement inférieure à 40 % pour une collectivité sur quatre, à 60 % pour trois collectivités sur quatre et à 70 % pour neuf collectivités sur dix. Elle est de 46 % dans le cas d'orientations vers les services des conseils départementaux et territoriaux. Elle est un peu plus élevée (50 %) pour les bénéficiaires du RSA orientés vers les organismes hors SPE autres que le conseil départemental ou territorial.

Carte 2 Part des personnes orientées ayant Pôle emploi comme organisme référent unique, fin 2020



nd : collectivité répondante à l'enquête mais indicateur non disponible.

Note > En France, fin 2020, 42 % des bénéficiaires orientés ont Pôle emploi comme organisme référent unique. Les collectivités ont été réparties par quartile selon la valeur de la part de personnes orientées (chaque classe regroupe 25 % des collectivités répondantes).

Champ > France.

Source > DREES, vague 2020 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

⁸ Les informations relatives aux PPAE des bénéficiaires du RSA orientés vers Pôle emploi sont encore à ce jour généralement peu robustes (voire indisponibles) dans les données des conseils départementaux et territoriaux. Aussi, l'enquête OARSA permet de restituer uniquement des informations concernant les CER.

L'ancienneté du foyer dans le RSA a un effet notable sur la part des personnes disposant d'un contrat d'engagement réciproque parmi celles orientées vers un organisme autre que Pôle emploi : elle est de 28 % pour les personnes dont l'ancienneté du foyer est inférieure à six mois, contre 44 % dans le cas d'une ancienneté comprise entre six mois et moins d'un an et 48 % pour des anciennetés d'un an ou plus.

21 % des contrats d'engagement réciproque contiennent au moins une action visant la recherche d'emploi

Les actions à mettre en œuvre dans le cadre de l'insertion des bénéficiaires du RSA, et donc inscrites dans les CER, sont personnalisées suivant le profil et les besoins de chaque bénéficiaire, tant sur le contenu que sur le nombre. Elles peuvent notamment répondre à des objectifs d'insertion à visée principalement professionnelle. Fin 2020, 21 % des CER des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi contiennent au moins une action visant à s'inscrire dans un parcours de recherche d'emploi (*graphique 1*), 14 % ont au moins une action ciblant la recherche d'activités, de stages ou de formations destinés à acquérir des compétences professionnelles et 9 % au moins une action d'aide à la réalisation d'un projet de création, de reprise ou de poursuite d'une activité non salariée. Seuls 2 % des CER comportent au moins une action ayant pour but l'insertion par l'activité économique (IAE). Le constat est le même pour les actions ayant pour objectif de trouver un emploi aidé.

Certaines actions des CER peuvent aussi répondre à des objectifs d'insertion à visée principalement sociale, afin de lever divers freins sociaux à la recherche et à la prise d'un emploi adéquat. Le champ de ces actions est très large, du fait de la diversité des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les bénéficiaires du RSA (problèmes de santé, de mal-logement, contraintes liées à la parentalité, etc.).

Fin 2020, 32 % des CER contiennent au moins une action visant l'accès aux soins, 21 % une action ciblant la famille et la parentalité (soutien familial, garde d'enfant), 14 % une action cherchant à faciliter le lien social (développement de l'autonomie sociale, activités collectives, etc.) et 13 % une action ayant pour objectif l'accès à un logement, au relogement ou à l'amélioration de l'habitat.

Un délai moyen de 95 jours entre l'entrée dans le RSA et la première orientation, puis de 51 jours jusqu'à la signature du premier CER

54 % des personnes dont le foyer est entré dans le RSA en 2020 et qui sont soumises aux droits et devoirs fin 2020 sont primo-orientées à cette même date, c'est-à-dire qu'elles n'ont connu qu'une seule orientation depuis cette entrée. En moyenne, 95 jours se sont écoulés entre leur date d'entrée dans le RSA⁹ et la date de leur première orientation.

30 % des personnes dont le foyer est entré dans le RSA en 2020, soumises aux droits et devoirs et primo-orientées vers un organisme autre que Pôle emploi fin 2020, disposent d'un primo-CER à cette même date, c'est-à-dire qu'elles n'ont eu qu'une seule orientation (vers un organisme autre que Pôle emploi) et qu'un seul CER au cours de la période. Pour ces personnes, 51 jours s'écoulent en moyenne entre la date de première orientation et celle de signature du premier CER.

Les réorientations sont plus fréquentes d'un organisme hors service public de l'emploi (SPE) vers un organisme du SPE que dans le sens inverse

Les bénéficiaires du RSA peuvent être réorientés lorsque l'orientation initialement mise en œuvre s'est révélée inadéquate ou l'est devenue (évolution de la situation personnelle ou familiale, par exemple). Ces réorientations sont, dans certains cas, encadrées par la législation, que ce soit en matière de délai ou de procédure à suivre.

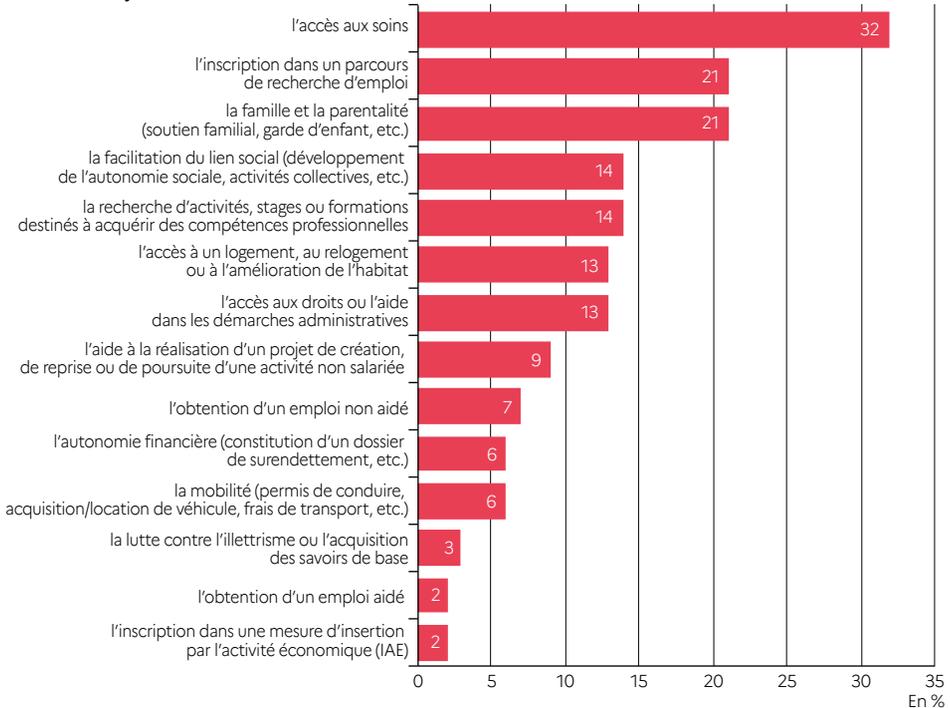
9. Dans l'enquête OARSA, la date d'entrée dans le RSA d'une personne correspond généralement au premier jour du mois de l'ouverture des droits au RSA du foyer dont dépend la personne.

6 % des personnes soumises aux droits et devoirs et orientées fin 2020 ont connu durant l'année écoulée une réorientation d'un organisme du SPE vers un organisme hors SPE, ou vice versa¹⁰. Les

réorientations d'un organisme hors SPE vers un organisme du SPE sont majoritaires en 2020 : elles représentent 62 % de l'ensemble des réorientations entre organismes du SPE et hors SPE. ■

Graphique 1 Actions inscrites dans les contrats d'engagement réciproque (CER), fin 2020

Part des CER ayant au moins une action visant à...



Note > Les CER contiennent souvent plusieurs actions appartenant à différentes catégories, la somme des pourcentages est donc supérieure à 100 %.

Lecture > Fin 2020, 32 % des CER des personnes orientées vers un organisme autre que Pôle emploi contiennent au moins une action visant l'accès aux soins.

Champ > France.

Source > DREES, vague 2020 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA).

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires sont disponibles depuis 2015 dans l'espace Open Data de la DREES, thème Minima sociaux et pauvreté, jeu de données Orientation et accompagnement des bénéficiaires du RSA : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr.

> D'Isanto, A. (2019, juillet). La moitié des bénéficiaires dont le foyer a moins de six mois d'ancienneté dans le RSA sont orientés. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 39.

> D'Isanto, A. (2018, février). L'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA en 2016. DREES, *Document de travail*, 204.

10. Dans l'enquête OARSA, une réorientation est définie comme un changement d'organisme référent unique.

Les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au revenu de solidarité active (RSA) et au revenu de solidarité (RSO) s'élèvent à 12,2 milliards en 2020. Parmi elles, 92 % sont consacrées au versement des allocations. Les dépenses totales augmentent de 6,9 % en euros courants en un an. Cette forte hausse s'explique notamment par l'augmentation du nombre d'allocataires consécutive à la crise sanitaire et sociale. Leur répartition est très hétérogène sur le territoire français, en raison des fortes disparités géographiques du nombre d'allocataires.

Avant compensation par l'État, l'ensemble des dépenses brutes¹ d'allocation et d'insertion liées au revenu de solidarité active (RSA)² et au revenu de solidarité (RSO) constituent 30 % des dépenses sociales brutes des départements³.

Les dépenses liées au RSA et au RSO augmentent fortement en 2020

En 2020, les dépenses brutes d'allocation et d'insertion liées au RSA et au RSO s'élèvent à 12,2 milliards d'euros (tableau 1). Elles augmentent de 0,6 % en un an en euros courants. Cependant, en excluant la Guyane et La Réunion du champ d'observation, territoires dans lesquels le financement du RSA et du RSO a été recentralisé en 2019 et 2020, la croissance est de 6,9 % en euros courants et de 6,4 % en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation⁴. Le versement des allocations du RSA et du RSO représente 92 % de ces dépenses, soit 11,2 milliards d'euros. En un an, ce montant progresse de +7,5 % en euros courants (+7,0 % en euros constants), hors Guyane et La Réunion, un rythme plus soutenu que celui

observé au cours des années précédentes (+1,9 % en moyenne par an en euros courants [0,9 % en euros constants], entre 2015 et 2019, sur le même champ). Cette forte croissance s'explique avant tout par la hausse de 4,2 % du nombre d'allocataires⁵ entre 2019 et 2020, du fait de la crise sanitaire liée au Covid-19 (voir fiche 33) ; et par la revalorisation annuelle du montant forfaitaire de l'allocation intervenue en avril 2020 (+0,9 % en euros courants, +0,4 % en euros constants).

Une part stable des dépenses dédiées à l'insertion

À l'inverse des dépenses d'allocations, les dépenses d'insertion – c'est-à-dire toutes les dépenses autres que celles liées au versement des allocations, qu'elles soient liées ou non aux contrats d'insertion – ont eu tendance à diminuer entre 2009 et 2018 (-3,7 % en moyenne par an en euros courants, -2,6 % en euros constants). Elles sont quasiment stables entre 2019 et 2020 (+0,1 % en euros courants), après avoir augmenté de 2,5 % entre 2018 et 2019. La hausse observée

1. Les dépenses brutes sont les dépenses avant déduction des recouvrements d'autres collectivités et des remboursements de participations ou de prestations.

2. Un reliquat de dépenses associées au revenu minimum d'insertion (RMI) subsiste parmi ces dépenses.

3. Les autres dépenses brutes d'aide sociale se répartissent en quatre postes principaux : l'aide sociale aux personnes handicapées (21 %), l'aide sociale à l'enfance (21 %), l'aide sociale aux personnes âgées (19 %) et les dépenses de personnel – à l'exception de celles liées aux assistants familiaux ainsi qu'au RMI et au RSA quand elles sont identifiées – des services communs et d'autres interventions sociales (9 %).

4. Les évolutions en euros constants sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2020, cet indice a augmenté de 0,5 % en moyenne annuelle.

5. Le nombre moyen d'allocataires est calculé ici comme la moyenne des nombres d'allocataires au 31 décembre de l'année et au 31 décembre de l'année précédente. Mais il s'agit d'une approximation qui, compte tenu du profil spécifique de l'évolution du nombre de bénéficiaires du RSA sous l'effet de la crise sanitaire (augmentation au printemps et à l'été, puis repli durant l'automne), minore un peu le taux de croissance effectif.

en 2019, à l'ampleur inédite depuis 2009, pourrait en partie s'expliquer par un effet de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté qui, parmi ses différents objectifs, vise le renforcement de l'accompagnement des bénéficiaires du RSA par les départements. S'établissant à 17,3 % en 2009, la part des dépenses d'insertion dans les dépenses totales liées au RSA et au RSO a également continuellement baissé jusqu'en 2018 pour y atteindre 8,0 %. Cette proportion est stable depuis ; elle est de 8,2 % en 2020 comme en 2019.

Ces dépenses comprennent des dépenses de personnel du département, des participations et des subventions dans le cadre, notamment, de la mission des départements d'accompagnement social et socioprofessionnel des personnes éloignées de l'emploi, ainsi que le financement partiel des contrats aidés et les subventions et participations à des structures d'insertion par l'activité économique (IAE) pour les bénéficiaires du RSA. Ces dépenses d'insertion, hors allocations, s'élèvent à 1,0 milliard d'euros en 2020. Parmi elles, 849 millions d'euros

Tableau 1 Dépenses totales d'allocation et d'insertion liées au RSA et au RSO, de 2009 à 2020

	2009	2013	2015	2017	2019	2020	Évolution annuelle moyenne 2009-2019 (en %)	Évolution 2019-2020 (en %)
Total des dépenses brutes	7 883	10 029	11 468	11 825	12 165	12 240	4,4	0,6
Total des dépenses brutes, hors Guyane et La Réunion	7 361	9 341	10 700	11 036	11 422	12 212	4,5	6,9
Dépenses d'allocation du RSA, du RSO et du RMI	6 523	8 924	10 414	10 809	11 168	11 242	5,5	0,7
Dépenses d'insertion, dont :	1 360	1 105	1 053	1 016	997	998	-3,1	0,1
Dépenses de contrats uniques d'insertion (CUI)	-	234	227	220	153	145	-	-5,1
Dépenses d'insertion du RSA, hors CUI	261	836	805	772	838	849	12,4	1,4
Autres dépenses d'insertion (y compris anciens dispositifs liés au RMI)	1 099	35	21	24	6	4	-40,3	-38,8
Part des dépenses d'insertion dans le total des dépenses (en %)	17,3	11,0	9,2	8,6	8,2	8,2	-7,2	-0,5
Dépenses mensuelles moyennes par allocataire (en euros)	500	480	500	520	530	510	0,6	-3,8
Dépenses mensuelles moyennes par allocataire (en euros), hors Guyane et La Réunion	500	480	500	520	530	550	0,6	3,8

RSA : revenu de solidarité active ; RSO : revenu de solidarité ; RMI : revenu minimum d'insertion ; CUI : contrat unique d'insertion.

Note > La dépense mensuelle moyenne par allocataire est calculée en rapportant le montant total des dépenses d'allocation et d'insertion liées au RSA et au RSO pour l'année au nombre moyen d'allocataires (du RMI avant la fin du dispositif, du RSA et du RSO), puis en divisant ce ratio par douze. Le nombre moyen d'allocataires est calculé comme la moyenne des nombres d'allocataires au 31 décembre de l'année et au 31 décembre de l'année précédente.

À partir de 2019, le financement du RSA a été recentralisé, par l'État, pour la collectivité territoriale unique de Guyane. En 2020, il l'est également pour La Réunion, ainsi que celui du RSO en Guyane et à La Réunion.

Lecture > En lien avec le RMI, le RSA et le RSO, les départements ont dépensé 7,883 milliards d'euros courants en 2009 et 12,240 milliards d'euros en 2020.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

sont alloués à l'accompagnement des bénéficiaires du RSA, 145 millions au financement des contrats uniques d'insertion (CUI) des bénéficiaires du RSA et, enfin, 4 millions à d'autres dépenses d'insertion (encore liées aux anciens dispositifs RMI, CI-RMA ou contrats d'avenir, par exemple).

Des disparités départementales marquées

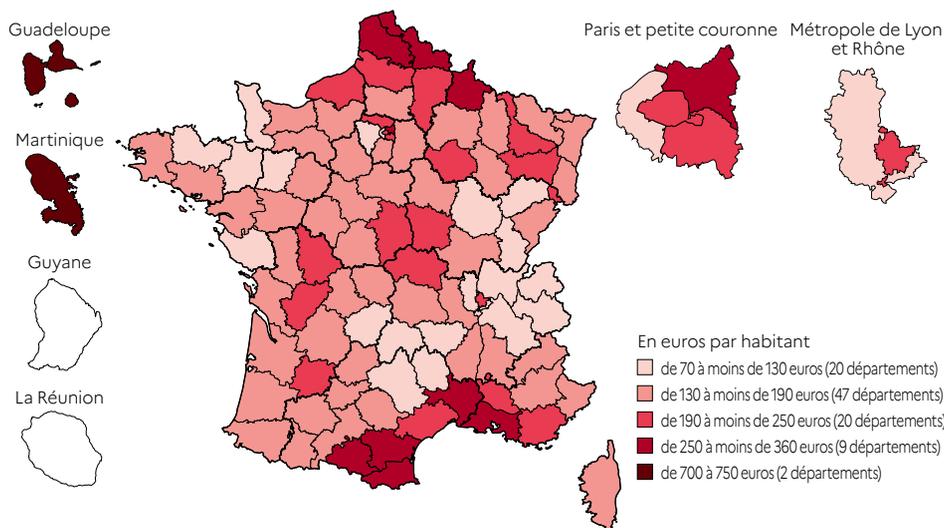
La répartition sur le territoire des dépenses totales liées au RSA et au RSO, rapportées à la population de chaque département, est hétérogène (carte 1). En 2020, les dépenses brutes d'insertion et d'allocation du RSA et du RSO par habitant varient en effet du simple au quintuple selon les départements de France métropolitaine. De plus, les montants observés dans les

collectivités territoriales de Martinique et de Guadeloupe sont les plus élevés, égaux ou supérieurs à 700 euros par an et par habitant.

Près de la moitié des départements dépensent entre 130 et moins de 190 euros par habitant, restant ainsi relativement proches (entre environ 80 % et 120 %) de la dépense médiane⁶ annuelle, qui se situe à 160 euros par habitant. En revanche, les dépenses sont très variables dans l'autre moitié des collectivités. Une sur cinq a une dépense par habitant inférieure à 130 euros et, à l'opposé, autant ont une dépense variant entre 190 et 240 euros. Enfin, 9 départements ont une dépense comprise entre 250 et 350 euros, soit entre 155 % et 225 % de la dépense médiane.

Ces disparités reflètent essentiellement des écarts de nombre d'allocataires entre les départements. En effet, le taux d'allocataires du RSA

Carte 1 Les dépenses annuelles départementales liées au RSA et au RSO par habitant, en 2020



Note > Au niveau national, la dépense annuelle brute d'insertion et d'allocation liée au RSA et au RSO est de 180 euros par habitant en 2020. La médiane, c'est-à-dire, la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 160 euros par habitant. À partir de 2019, le financement du revenu de solidarité active (RSA) a été recentralisé, par l'État, pour la collectivité territoriale unique de Guyane. En 2020, il l'est également pour La Réunion, ainsi que celui du revenu de solidarité (RSO) en Guyane et à La Réunion.

Champ > France métropolitaine, Guadeloupe et Martinique.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021) ; ISD n° F101.

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

et du RSO au sein des populations départementales des 15 à 69 ans varie de 1,8 % à 16,9 %, au 31 décembre 2020 (voir fiche 33) et le niveau de la dépense du RSA et du RSO par habitant augmente comme ce taux⁷. Les disparités des dépenses rapportées au nombre moyen d'allocataires sont en revanche moindres dans ce secteur de l'aide sociale, et ce, en raison de l'existence de barèmes nationaux fixant à la fois les montants et les conditions d'attribution. Ainsi, le rapport interdécile⁸ n'est que de 1,1 pour les dépenses

mensuelles moyennes par allocataire, contre 2,4 pour les dépenses moyennes par habitant et 2,4 pour la proportion d'allocataires dans la population (tableau 2).

À l'inverse, les disparités départementales de dépenses d'insertion (hors versement des prestations) par allocataire, comme celles de la part des dépenses d'insertion dans les dépenses totales liées au RSA et au RSO, sont élevées. Elles se traduisent, respectivement, par un rapport interdécile de 2,7 et 2,6. ■

Tableau 2 Disparités départementales de la proportion d'allocataires du RSA et du RSO et des dépenses mensuelles moyennes par allocataire, en 2020

	Proportion d'allocataires parmi la population âgée de 15 à 69 ans (en %)	Dépenses annuelles brutes d'allocation et d'insertion par habitant (en euros)	Dépenses mensuelles brutes d'allocation et d'insertion par allocataire (en euros)	Dépenses mensuelles brutes d'insertion par allocataire (en euros)	Part des dépenses d'insertion dans le total des dépenses (en %)
1 ^{er} décile	2,6	108	528	28	5,1
1 ^{er} quartile	3,2	132	535	33	6,1
Médiane	3,9	162	547	42	7,8
3 ^e quartile	4,8	202	562	57	10,2
9 ^e décile	6,2	256	577	74	13,3
Rapport interdécile	2,4	2,4	1,1	2,7	2,6
Max/Min	9,4	10,7	1,3	9,8	8,0

Notes > La médiane, les 1^{er} et 3^e quartiles, les 1^{er} et 9^e déciles sont des valeurs qui partagent en deux les observations d'une variable rangée en ordre croissant. La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements. Le 1^{er} quartile (respectivement le 3^e quartile) est la valeur au-dessous de laquelle se situent 25 % des départements (respectivement 75 % des départements).

Excepté la première colonne, tous les indicateurs de distribution et de dispersion ont été calculés en écartant la collectivité territoriale unique de Guyane et le département de La Réunion pour lesquels le financement du RSA et du RSO a été recentralisé par l'État.

Lecture > La dépense mensuelle moyenne d'allocation et d'insertion liée au RSA et au RSO est inférieure à 535 euros par allocataire dans 25 % des départements.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; MSA ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

> Pour en savoir plus

> Des données sur les dépenses départementales d'insertion sont disponibles dans l'Open Data de la DREES.

7. Plus précisément, le taux de corrélation entre le taux d'allocataires du RSA et du RSO et la dépense du RSA et du RSO par habitant est de 0,99.

8. Le 1^{er} décile est la valeur au-dessous de laquelle se situent 10 % des départements. Le 9^e décile est la valeur au-dessous de laquelle se situent 90 % des départements. Le rapport interdécile est le rapport entre la valeur du 9^e décile et celle du 1^{er} décile.

En 2020, 100 000 aides individuelles sont accordées dans le cadre du fonds d'aide aux jeunes (FAJ), un nombre en baisse depuis plusieurs années, sous l'effet de la montée en charge de la Garantie jeunes. Le montant total affecté à ces aides est de 17,5 millions d'euros, qui bénéficient à 67 000 jeunes en 2020. Un bénéficiaire du FAJ perçoit en moyenne 260 euros d'aides par an en 2020, un montant plus élevé qu'en 2019 (250 euros). En lien avec la crise sanitaire, la proportion d'aides alimentaires dans les aides individuelles est de 60 % en 2020 contre 53 % l'année précédente. La part de jeunes bénéficiaires ni scolarisés, ni en emploi, ni en stage rémunéré a augmenté de 5 points entre 2019 et 2020.

Le FAJ est un dispositif départemental de dernier recours destiné aux jeunes adultes, âgés pour la plupart de 18 à 25 ans, connaissant des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle et disposant de faibles ressources (voir fiche 32).

Le nombre de bénéficiaires de nouveau en baisse entre 2019 et 2020

En 2020, 67 000 jeunes ont bénéficié d'aides individuelles du FAJ (tableau 1), soit 1,1 % de la population âgée de 18 à 25 ans. Depuis plusieurs années, le nombre de bénéficiaires diminue (-2,8 % par an entre 2013 et 2015, puis -5,9 % par an en moyenne¹ entre 2015 et 2020), du fait notamment de l'expérimentation de la Garantie jeunes à partir de 2013, puis de sa généralisation en 2017. Les demandes d'aide dans le cadre du FAJ diminuent elles aussi depuis 2013, passant de 166 800 en 2013 à 108 000 en 2020.

Les départements peuvent attribuer plusieurs aides individuelles à un même bénéficiaire, afin de couvrir différents besoins. Au niveau national, les collectivités accordent 1,5 aide en moyenne par bénéficiaire en 2020 – entre une et deux aides dans neuf départements sur dix et plus de deux dans un département sur dix, le maximum départemental étant de 3,4 aides en moyenne par bénéficiaire.

Au total, en 2020, 99 900 aides individuelles ont été attribuées, soit une baisse de 3,7 % par rapport à

2019 et de 7 % en moyenne entre 2015 et 2019. La diminution du nombre de bénéficiaires et d'aides est moins forte entre 2019 et 2020 qu'en moyenne entre 2015 et 2019. Pour autant, la tendance à la baisse ne s'est pas enrayée en 2020, malgré la crise sanitaire et ses conséquences sociales (encadré 1).

Une des particularités du FAJ est la possibilité de débloquer des fonds en urgence, sans examen préalable du dossier par le comité local d'attribution, pour des aides individuelles destinées à subvenir à un besoin urgent (alimentation, hébergement, transport). La part de ces aides d'urgence augmente entre 2019 et 2020, passant de 46 % à 49 % du total des aides individuelles attribuées.

17,5 millions d'euros pour financer les aides individuelles du FAJ en 2020

Le montant des aides individuelles est plafonné différemment selon les départements. Les sommes versées par bénéficiaire sont donc très hétérogènes sur le territoire. Au niveau national, un bénéficiaire du FAJ perçoit en moyenne 260 euros d'aides individuelles par an en 2020, un montant plus élevé qu'en 2019 (250 euros). Dans un département sur cinq, ce montant est compris entre 210 et 250 euros, ces valeurs se situant à plus ou moins 10 % de la médiane (égale à 230 euros). En revanche, dans deux départements sur cinq, les bénéficiaires perçoivent moins de 210 euros

1. Sans données annuelles pour 2016, 2017 et 2018, il n'est pas possible de savoir si la forte diminution constatée entre 2015 et 2019 a été homogène au cours de ces années ou plus marquée une année parmi d'autres. Il est toutefois possible de faire l'hypothèse que la baisse a été un peu plus forte à partir de 2017, année de généralisation de la Garantie jeunes.

en moyenne. À l'inverse, un tiers des départements versent un montant moyen par bénéficiaire variant entre 250 et 500 euros. Enfin, dans quatre départements, ce montant est supérieur à 500 euros.

Au total, en 2020, le FAJ a mobilisé 17,5 millions d'euros pour financer les aides individuelles. Ce chiffre est stable entre 2019 et 2020, malgré la baisse du nombre d'aides, mais il avait fortement diminué depuis 2015 (-8,5 % par an entre 2015 et 2019). En moyenne, les dépenses d'aides individuelles du FAJ dans un département sont de 175 000 euros en 2020, mais elles varient très fortement d'un département à l'autre, allant de 3 600 euros à 1,1 million d'euros.

En plus des aides individuelles, le FAJ permet de financer des aides collectives et de subventionner d'autres organismes œuvrant auprès d'un public jeune. En 2020, les dépenses totales du FAJ s'élèvent à 24,4 millions d'euros, un chiffre en légère progression depuis 2019 (+1,1 %), après une baisse significative entre 2015 et 2019 (-9,4 % par an en moyenne).

Un changement des besoins et du profil des bénéficiaires en 2020

Les aides individuelles du FAJ se déclinent en plusieurs types de soutien financier. En 2020, 60 % des aides individuelles répondent à des besoins alimentaires. Cette proportion a sensiblement augmenté entre 2019 et 2020 (+7 points) [graphique 1].

Tableau 1 Montants, aides et bénéficiaires du FAJ

	2013	2015	2019	2020	Évolution annuelle moyenne (en %)		
					2013-2015	2015-2019	2019-2020
Nombre de demandes d'aides	166 800	156 700	112 800	108 000	-3,1	-7,9	-4,3
Nombre d'aides individuelles attribuées	147 800	138 700	103 600	99 900	-3,1	-7,0	-3,7
Nombre moyen d'aides individuelles attribuées par bénéficiaire	1,54	1,53	1,48	1,49	-0,4	-0,7	0,4
Nombre de bénéficiaires sans double compte	96 200	90 900	69 800	67 000	-2,8	-6,4	-4,1
Montants totaux consommés (en millions d'euros)	35,6	35,8	24,1	24,4	0,3	-9,4	1,1
Montants des aides financières individuelles (en millions d'euros)	28,1	24,9	17,5	17,5	-5,7	-8,5	0,0
Part du montant des aides individuelles dans le montant total (en %)	79	70	73	72	-6,0	1,0	-1,1
Montant moyen par aide individuelle attribuée (en euros)	190	180	170	180	-2,6	-1,6	3,8
Montant moyen des aides individuelles par bénéficiaire (en euros)	290	270	250	260	-3,0	-2,2	4,3

Notes > Les données 2013 et 2015 ont fait l'objet de quelques révisions statistiques. Elles peuvent donc différer des données publiées précédemment par la DREES sur ces années-là. Les nombres d'aides et de bénéficiaires sont arrondis à la centaine, les montants par aide et par bénéficiaire le sont à la dizaine. Les montants totaux consommés regroupent les montants des aides individuelles, des actions collectives et des subventions à d'autres organismes.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

Encadré 1 Évolutions mensuelles du FAJ en 2020 et 2021

Afin d'évaluer l'impact social de la crise sanitaire depuis le début de l'année 2020, la DREES a collecté, auprès des conseils départementaux et de certaines métropoles, des données mensuelles sur l'activité du FAJ, couvrant les mois de février et mai 2020 et le premier semestre 2021.

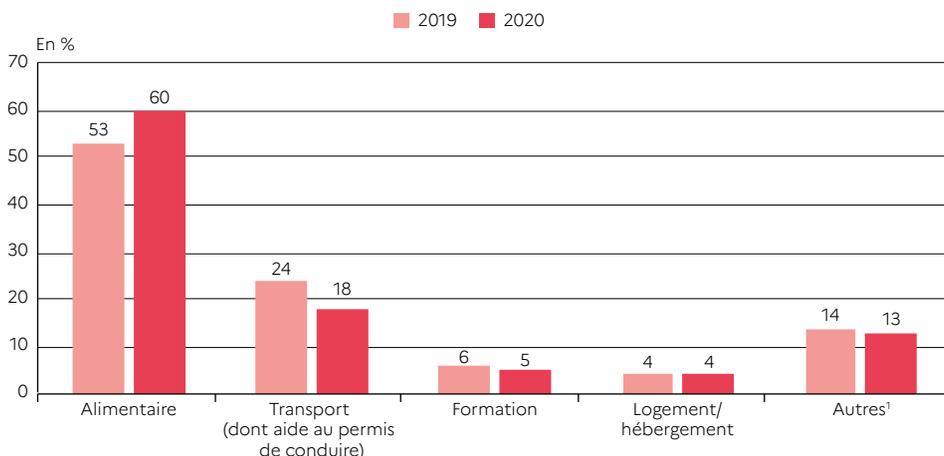
Ces données montrent une variabilité significative d'un mois sur l'autre dans les demandes et les attributions d'aides au titre du FAJ, en 2020 et en 2021. Ainsi, entre janvier et mars, les nombres d'aides et de bénéficiaires augmentent (notamment entre janvier et février), en 2021 comme en 2020. S'amorce ensuite une baisse entre mars et mai, ces mois étant les plus bas du semestre. Puis ces nombres croissent légèrement au mois de juin. Ces données mensuelles n'ayant pas été collectées avant 2020, il n'est pas possible de distinguer ce qui, dans ces évolutions, relève de la crise sanitaire ou d'une saisonnalité habituelle.

Concernant la finalité de ces aides, le suivi mensuel montre une augmentation de la part des aides alimentaires au deuxième trimestre de 2020, à l'issue du premier confinement. En effet, dans 66 collectivités sur 109¹, les aides alimentaires représentent trois quarts des aides attribuées en mai 2020, contre 60 % en février 2020 (soit juste avant le début de la crise sanitaire), tandis que la proportion d'aides au transport est de 7 % en mai contre 19 % en février. En revanche, au premier semestre de 2021, la répartition des aides par type de soutien financier est semblable à celle du début de 2020.

Entre février 2020 (soit juste avant la crise sanitaire) et février 2021, la moitié des collectivités interrogées estiment que les caractéristiques socio-économiques des demandeurs du FAJ évoluent par rapport aux profils habituels. Parmi elles, 10 % indiquent que ces évolutions concernent une part importante des demandeurs, 22 % une part modérée et 18 % une part faible. Un tiers des départements ne constatent pas d'évolution particulière. Cependant, plus d'une collectivité sur cinq ne se prononce pas sur une éventuelle évolution des caractéristiques des demandeurs au cours de cette période.

1. Dans certains départements, les réponses ont été collectées directement auprès de certaines métropoles, c'est pourquoi le nombre de collectivités interrogées est de 109. Les 66 collectivités répondant à cette question ont attribué 57 % des aides en 2020.

Graphique 1 Répartition du nombre d'aides attribuées selon leur finalité en 2019 et 2020



1. La catégorie « Autres » correspond aux aides pour le soutien à la recherche d'emploi, pour la santé, aux aides en attente de paiement et aux autres aides.

Note > Les résultats présentés ici s'appuient sur les réponses de 89 départements.

Lecture > En 2020, 60 % des aides répondent à des besoins alimentaires.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

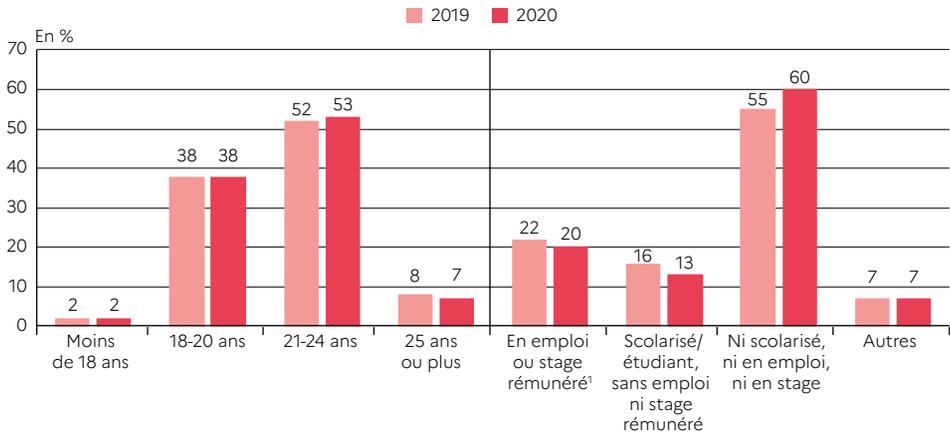
Les aides à la mobilité, telles que le financement du permis de conduire, de l'entretien d'un véhicule ou des frais de transport en commun, représentent près de 20 % des aides, une part moins élevée que l'année précédente (24 % en 2019). La part des aides à la formation a été divisée par deux entre 2015 et 2019, passant de 10 % à 6 %. Elle est quasiment stable en 2020 (5 % des aides).

L'objectif du FAJ est de venir en aide aux jeunes en grande difficulté sociale et professionnelle. Ainsi, en 2019, 55 % des bénéficiaires ne sont ni scolarisés, ni en emploi, ni en stage rémunéré (graphique 2). En 2020, 60 % des bénéficiaires

sont dans cette situation. À l'inverse, les jeunes en emploi ou en stage rémunéré et les étudiants sont moins nombreux en 2020 qu'en 2019, en effectifs comme en proportion. Ils représentent respectivement 20 % et 13 % des bénéficiaires d'aides individuelles du FAJ en 2020, contre 22 % et 16 % en 2019.

Les aides sont principalement destinées aux personnes âgées de 18 à 25 ans, ce qui explique que neuf bénéficiaires sur dix sont âgés de 18 à 24 ans. Exceptionnellement, le FAJ peut être mobilisé pour des jeunes de 16 et 17 ans ; c'est le cas dans deux départements sur dix. ■

Graphique 2 Répartition des bénéficiaires d'aides individuelles selon leur âge et leur situation d'activité, en 2019 et 2020



1. CDI, CDD, intérim, contrat aidé, contrat d'apprentissage, d'alternance ou stage rémunéré. Par exemple, un étudiant ayant un emploi ou un stage rémunéré sera comptabilisé dans cette catégorie.

Note > Les résultats présentés ici s'appuient sur les réponses de 80 collectivités interrogées sur 109 pour la répartition par âge et de 64 collectivités pour la répartition par situation d'activité.

Lecture > En 2020, 2 % des bénéficiaires sont âgés de moins de 18 ans, 38 % de 18 à 20 ans, 53 % de 21 à 24 ans et 7 % de 25 ans ou plus.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

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

Pour en savoir plus

> Des données détaillées par département sont publiées sur l'Open Data de la DREES dans le jeu de données « Le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) ».

> **Abdouni, S.** (2022, mars). Fonds d'aide aux jeunes en 2020 : un nombre de bénéficiaires encore en baisse, mais dont le profil et les besoins ont changé. DREES, *Études et Résultats*, 1224.

> **Kuhn, L.** (2017, février). Le fonds d'aide aux jeunes en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 996.

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

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

Mise en place en 2009, la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) est destinée à toute personne majeure, bénéficiaire de prestations sociales, dont la santé ou la sécurité est menacée en raison des difficultés qu'elle rencontre pour gérer ses ressources (voir fiche 32).

Une difficile montée en charge de la MASP

Au 31 décembre 2017¹, 11 300 personnes majeures bénéficient d'une MASP en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), hors Mayotte², soit une baisse de 3,6 % par rapport à l'année précédente (*graphique 1*). Après avoir atteint son niveau le plus élevé en 2014, le nombre de bénéficiaires ne cesse de baisser (-1,9 % en moyenne annuelle entre 2014 et 2017).

La MASP a pour objectif de rétablir l'autonomie du bénéficiaire dans la gestion de ses prestations sociales, en s'appuyant sur un accompagnement social individualisé et graduel mis en

œuvre par les services sociaux du département. Ce dispositif vise, notamment, la limitation du recours à des mesures de protection judiciaire en s'adressant aux personnes en décrochage social plutôt qu'à celles en incapacité juridique³ (*encadré 1*). Néanmoins, la MASP ne s'est pas développée autant qu'attendu⁴. En particulier, l'augmentation du nombre de mesures prononcées par le juge des tutelles n'a pas ralenti depuis sa création (Cour des comptes, 2016).

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer cette lente montée en charge du dispositif, dont une relative faible appropriation par les conseils départementaux ou encore une articulation complexe entre différentes mesures sociales, budgétaires et judiciaires de protection des majeurs vulnérables. Par ailleurs, certains acteurs citent également comme frein possible au dispositif son coût ou la réticence des bénéficiaires potentiels à la contractualisation, parfois assez exigeante.

1. La dernière édition du volet relatif à la MASP dans l'enquête Aide sociale a été réalisée par la DREES en 2018 sur les données au 31 décembre 2017. Une nouvelle collecte, allégée, a eu lieu en 2022 sur la situation au 31 décembre 2021. Les résultats seront diffusés au second semestre 2023.

2. De plus, la MASP n'est pas mise en œuvre dans les Yvelines, en Guadeloupe et en Guyane.

3. Le bénéficiaire ne doit pas présenter d'altération de ses facultés personnelles, qui le dirigerait vers une mesure de protection juridique, privative de droits.

4. Le rapport de la commission des lois du Sénat sur le projet de loi de 2007 prévoyait un nombre de MASP en 2009 entre 9 800 et 13 000. De même, le rapport pour avis de la commission des affaires sociales dans le cadre du projet de loi de finances 2012, chiffrait le nombre de MASP attendues pour 2010 à 22 000. Le niveau le plus élevé constaté, en 2014, est de 12 000 mesures.

Des disparités départementales dans le recours au dispositif

Fin 2017, les départements mettent en œuvre 116 MASP en moyenne⁵, ce nombre pouvant fluctuer de quelques-unes à près de 500 selon le territoire. Le taux de MASP rapporté à la population est de 22 pour 100 000 personnes majeures au niveau national mais varie du simple au décuple selon les départements (carte 1). Dans un quart des collectivités, le ratio est compris entre 20 et moins de 30 mesures pour 100 000 majeurs, ces valeurs se situant autour de la médiane⁶ (égale à 24). Dans près d'un tiers des départements, le taux est plus élevé, et est même supérieur ou égal à 40 dans 17 d'entre eux. Ces derniers se retrouvent sur tout le territoire métropolitain mais sont relativement plus fréquents autour du Massif central. À l'inverse, dans 40 départements, le ratio est inférieur à 20 mesures pour 100 000 majeurs, dont 16 collectivités où il est inférieur à 10.

Ces disparités peuvent en partie s'expliquer par la distribution des allocataires de minima sociaux selon les départements, mais traduisent également différents degrés d'appropriation du dispositif.

Un dispositif graduel aux modalités plus ou moins mobilisées

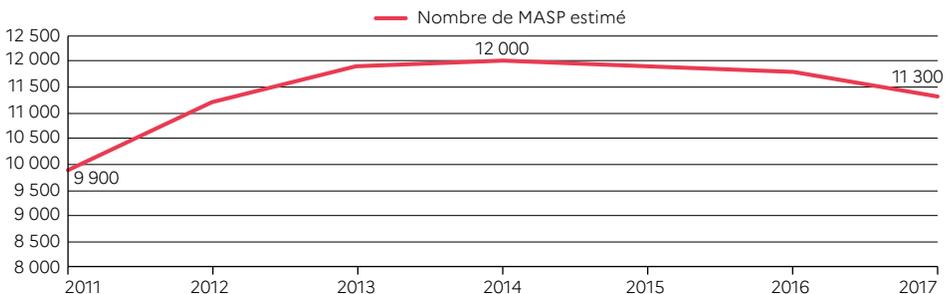
Il existe trois niveaux de MASP : les deux premiers sont contractuels et le troisième est contraignant.

La MASP de niveau 1 consiste en un accompagnement social et budgétaire de la personne concernée. Elle représente 43 % des mesures mises en œuvre fin 2017.

La MASP de niveau 2 inclut la gestion des prestations sociales perçues par l'adulte⁷. Elle est la plus mobilisée (56 % des mesures fin 2017). Des trois niveaux de MASP, le niveau 2 est celui qui se détache le plus des mesures déjà existantes relevant de l'accompagnement social et budgétaire, dédiées aux mineurs, ou de l'accompagnement des majeurs. Son application nécessite l'ouverture d'un compte bancaire dédié à la gestion des prestations sociales perçues par le bénéficiaire.

Enfin, la MASP de niveau 3 est mise en place si le majeur refuse ou ne respecte pas le contrat, et qu'il n'a pas payé son loyer depuis au moins deux mois. Les prestations sociales sont alors directement versées au bailleur à hauteur du loyer et des charges dus. Elle est très peu appliquée et représente 1 % des mesures exercées fin 2017. Sa proximité avec la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) peut expliquer en partie sa faible utilisation. Pour autant, une MASP est pensée pour précéder une MAJ afin d'éviter le recours à cette dernière quand un accompagnement social moins contraignant peut suffire. Dans le cadre d'une étude qualitative, il est apparu que la MASP de niveau 3 pouvait sembler

Graphique 1 Évolution du nombre de MASP en cours, au 31 décembre, de 2011 à 2017



Lecture > Au niveau national, 11 300 mesures étaient en cours au 31 décembre 2017.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

5. Les trois départements qui ne mettent pas en œuvre le dispositif ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne.

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

7. Y compris les prestations sociales versées pour les enfants du ménage, sauf si ces dernières ont donné lieu à une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF).

à certains acteurs incompatible avec le sens du travail social et que sa plus-value n'était pas toujours identifiée par les partenaires. En particulier, il a été relevé des difficultés à établir un contrat et à accompagner une personne qui ne souhaite pas réellement la mesure.

Au 31 décembre 2017, 8 départements sur 10 confient la gestion de la MASP à une association ou à une autre collectivité territoriale (établissement public de coopération intercommunale [EPCI], centre communal ou intercommunal d'action

sociale [CCAS/CIAS]), de façon totale ou partielle. Lorsque la gestion est déléguée, elle l'est de façon totale pour 80 % des cas. D'une manière générale, les départements adoptent plus fréquemment une gestion interne de la MASP 1 et délèguent celle des MASP 2 et 3.

L'insécurité liée au logement ou à la santé, motif majoritaire de recours à une MASP

Les MASP en cours fin 2017 ont le plus souvent été motivées, au moins en partie, par des

Encadré 1 Une articulation complexe entre la MASP et les autres mesures d'accompagnement social, budgétaire et judiciaire

Plusieurs types d'accompagnement social et budgétaire peuvent être mis en place et pilotés par les conseils départementaux, qui peuvent ensuite éventuellement déléguer leur gestion : la mesure d'accompagnement social personnalisé, l'accompagnement social dans le cadre du RSA (voir fiche 34), l'accompagnement social lié au logement, l'aide éducative et budgétaire, l'accompagnement en économie sociale et familiale... Par ailleurs, il existe d'autres dispositifs d'accompagnement relevant de la justice : la mesure d'accompagnement judiciaire, la mesure judiciaire d'aide à la gestion budgétaire et familiale et les mesures de protection juridique. Certains de ces dispositifs sont assez proches et se complètent, pouvant ainsi entraîner des difficultés d'articulation.

Les mesures portant sur les prestations familiales, dans le cadre de la protection de l'enfance

> La mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAAESF), proposée aux familles qui éprouvent des difficultés à gérer leur budget, pouvant mettre ainsi en danger les conditions de vie de l'enfant.

> La mesure judiciaire d'aide à la gestion budgétaire et familiale (MJAGBF), qui poursuit les mêmes objectifs que la MAAESF mais est ordonnée par le juge des enfants et est donc contraignante à l'égard des parents. Elle concerne uniquement certaines prestations familiales dont la gestion est confiée à un tiers. La mesure est mise en place pour une durée de deux ans maximum.

Les mesures portant sur les prestations sociales, dans le cadre de la protection des majeurs

Il existe deux grands types de mesure selon si les facultés personnelles du bénéficiaire sont altérées ou non.

> Si ses facultés sont altérées, une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) peut être mise en place pour préserver les intérêts du bénéficiaire.

> En l'absence d'altération des facultés personnelles, les personnes majeures peuvent bénéficier de mesures d'accompagnement si elles sont en grande difficulté sociale, perçoivent des prestations sociales et éprouvent des difficultés dans leur gestion. La mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) est une mesure administrative, mise en œuvre par le département sous la forme d'un contrat entre ce dernier et le bénéficiaire. La mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) est, quant à elle, une mesure judiciaire par laquelle un mandataire judiciaire à la protection des majeurs perçoit et gère tout ou une partie des prestations sociales. Elle est contraignante et s'impose à son bénéficiaire.

Les mesures portant sur d'autres ressources qui, par leur forme et leur champ d'application, peuvent recouper une partie des objectifs de la MASP

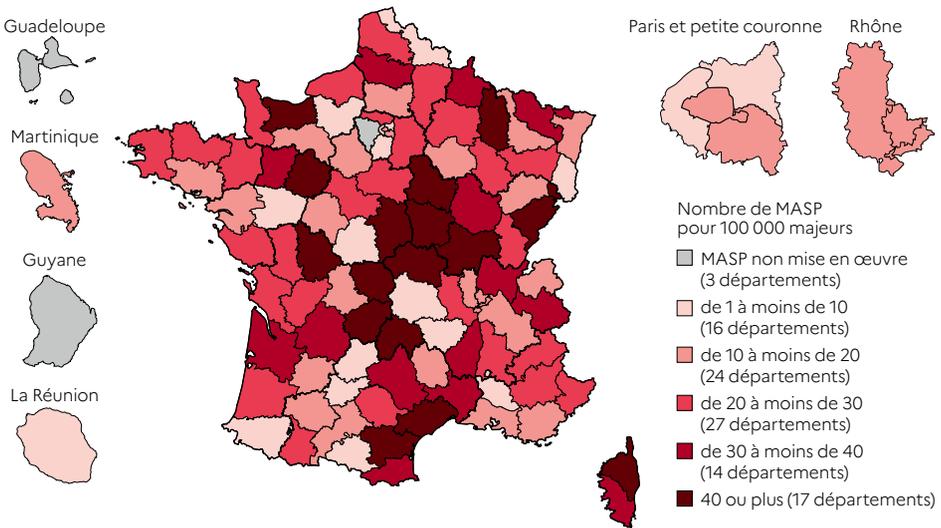
> Les aides éducatives budgétaires (AEB) s'adressent aux personnes ou aux familles rencontrant des difficultés budgétaires, quelle que soit la nature de leurs ressources.

> L'accompagnement social lié au logement (ASLL) prend la forme d'un accompagnement individualisé contractualisé. La mission d'accompagnement peut porter sur l'aide et l'accompagnement dans la recherche et l'accès à un logement autonome, sur la construction d'un processus d'accès à un logement adapté, sur l'aide à la gestion budgétaire pour le maintien dans le logement.

impayés liés au logement (environ 7 MASP sur 10), que ce soit le loyer ou les diverses factures d'eau, d'électricité, de gaz ou d'assurance habitation. Viennent ensuite les difficultés liées à la santé (accès aux soins, frais de santé, mutuelle) qui jouent pour 3 recours sur 10. Ces deux motifs⁸ confirment la vocation première de la MASP, qui est d'accompagner le bénéficiaire dans la gestion de ses ressources pour résorber les problèmes de santé et d'insécurité locative liés à sa mauvaise gestion des prestations sociales. À l'inverse, très peu de MASP font suite à une mesure judiciaire de protection (MAJ, MJAGBF, tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice) arrivée à échéance depuis moins d'un an.

Au 31 décembre 2017, les principales prestations sociales sur lesquelles portent la MASP sont le revenu de solidarité active (RSA) pour 39 % des mesures mises en œuvre, puis les aides au logement⁹ (aide personnalisée au logement [APL] et allocation de logement sociale [ALS]) pour 37 % des MASP¹⁰ (graphique 2). Les prestations familiales¹¹ et l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont citées pour, respectivement, 32 % et 29 % des mesures. En revanche, la MASP est beaucoup moins sollicitée (1 % des mesures au maximum) pour d'autres prestations telles que l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Carte 1 Nombre de MASP mises en œuvre pour 100 000 personnes majeures, au 31 décembre 2017



Note > Les Yvelines, la Guadeloupe et la Guyane ne mettent pas en œuvre de MASP en 2017.

Lecture > Au niveau national, en dehors des 3 départements qui ne mettent pas en œuvre le dispositif, 22 MASP pour 100 000 personnes majeures sont exercées fin 2017. La valeur médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 24 MASP pour 100 000 majeurs.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2018.

8. Pour 34 % des MASP, d'autres motifs ont également conduit à leur mise en œuvre (isolement préalable à une autre mesure...) mais l'enquête Aide sociale ne permet pas à ce jour de bien les décrire.

9. Les aides au logement incluent également l'allocation de logement familiale (ALF) mais, dans le questionnaire du volet d'enquête sur la MASP, celle-ci a été comptabilisée avec les prestations familiales.

10. Une MASP peut porter sur plusieurs prestations sociales à la fois.

11. Il s'agit de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje), de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de l'allocation de logement familiale (ALF), de l'allocation de soutien familial (ASF), de l'allocation de rentrée scolaire (ARS), de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), des allocations familiales et du complément familial.

Des bénéficiaires majoritairement précaires et âgés de 30 à 59 ans

Sur 10 bénéficiaires d'une MASP¹², au 31 décembre 2017, 8 ont entre 30 et 59 ans (contre 5 Français de 18 ans ou plus sur 10). La répartition des prestations sociales sur lesquelles porte la MASP explique en partie la surreprésentation de cette classe d'âge par rapport à la population générale (*graphique 3*). En effet, la quasi-totalité (95 %) des bénéficiaires du RSA sont âgés d'au moins 25 ans, les conditions d'éligibilité étant plus restreintes avant cet âge.

Fin 2017, un quart des ménages de bénéficiaires ont un niveau moyen de ressources inférieur à 700 euros par mois, en cohérence avec le montant forfaitaire du RSA pour une personne seule et sans enfant (560 euros par mois). Près de la moitié des bénéficiaires présentent un niveau mensuel de ressources compris entre 700 et 1 200 euros, pouvant correspondre au montant forfaitaire du RSA complété d'une aide au logement. Enfin, près de 30 % des ménages des bénéficiaires d'une MASP ont un niveau de ressources mensuelles supérieur à 1 200 euros. Le relatif faible niveau de ressources des bénéficiaires de la MASP peut expliquer que la très grande majorité des départements ont fait le choix

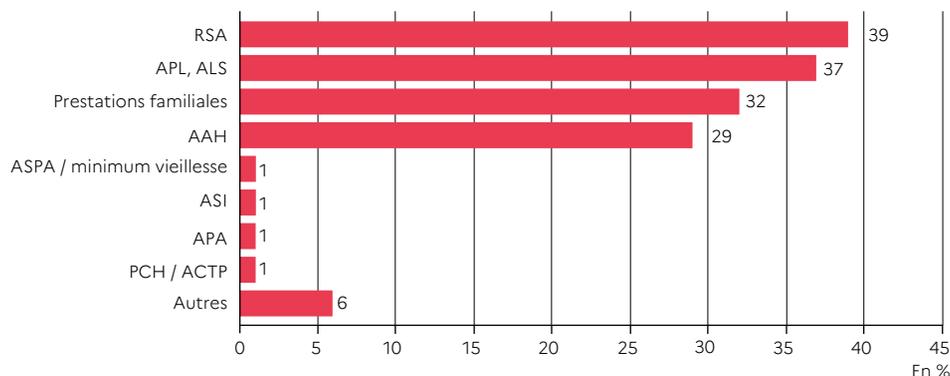
de la gratuité du dispositif. Seuls 7 % des départements prévoient qu'une participation financière puisse être demandée à leurs bénéficiaires.

La composition familiale des bénéficiaires des MASP se distingue aussi de celle observée dans l'ensemble de la population (*graphique 4*). En effet, 8 bénéficiaires sur 10 vivent seuls, contre 5 en moyenne parmi les ménages français. Plus encore, les personnes vivant seules avec au moins un enfant à charge représentent 33 % des bénéficiaires d'une MASP, contre 6 % de l'ensemble des ménages en France. Ces différences s'expliquent en partie par l'âge moyen des bénéficiaires. Parmi ceux ne vivant pas en couple, 61 % sont des femmes.

La durée d'une mesure est de 17 mois en moyenne

La durée de la MASP peut être fixée de six mois à deux ans. Elle est renouvelable après évaluation. La durée totale ne peut excéder quatre ans. Les mesures terminées au cours de l'année 2017 ont duré dix-sept mois en moyenne. Un peu moins d'une MASP terminée sur deux a duré entre un et quatre ans, 18 % des mesures ont duré moins de six mois et 38 % ont duré entre six mois et un an.

Graphique 2 Répartition des prestations sociales sur lesquelles portent les MASP en cours, au 31 décembre 2017



RSA : revenu de solidarité active ; APL : aide personnalisée au logement ; ALS : allocation de logement sociale ; AAH : allocation aux adultes handicapés ; ASPA : allocation de solidarité aux personnes âgées ; ASI : allocation supplémentaire d'invalidité ; APA : allocation personnalisée d'autonomie ; PCH : prestation de compensation du handicap ; ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne.

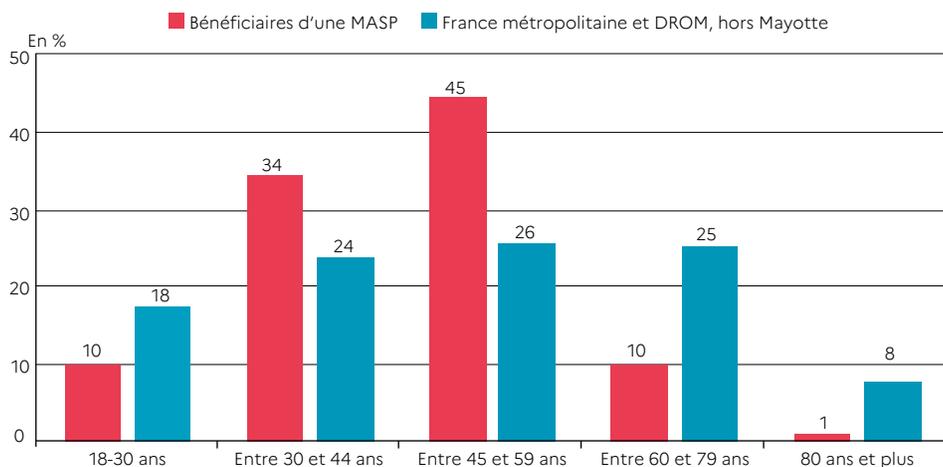
Note > Une MASP peut porter sur plusieurs prestations sociales, le total des pourcentages n'est donc pas égal à 100 %.

Lecture > 39 % des MASP en cours, au 31 décembre 2017, portent sur le RSA.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

12. Dans le cas où la MASP est signée par un couple, l'âge renseigné est celui de la personne qui perçoit la prestation.

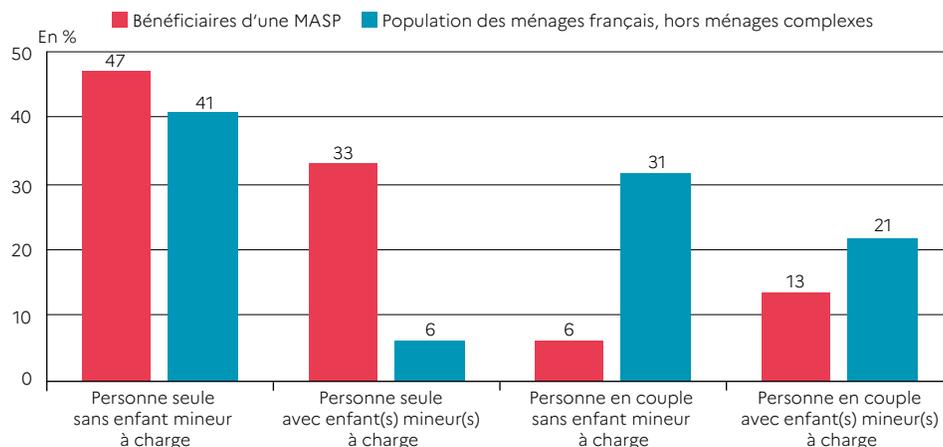
Graphique 3 Répartition par âge des bénéficiaires d'une MASP, au 31 décembre 2017

Note > Une MASP ne peut pas être proposée à une personne mineure. Dans le cas où la MASP est signée par un couple, l'âge correspond à celui de la personne qui perçoit la prestation.

Lecture > 45 % des bénéficiaires d'une MASP exercée fin 2017 avaient entre 45 et 59 ans, contre un quart (26 %) des personnes majeures en France.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2018.

Graphique 4 Répartition des bénéficiaires d'une MASP selon leur situation familiale, au 31 décembre 2017

Note > Les personnes seules avec uniquement des enfant(s) majeur(s) à charge sont comptabilisées dans l'item « personne seule sans enfant mineur à charge ». De même, les couples avec enfant(s) majeur(s) à charge sont comptabilisés comme « en couple sans enfant mineur à charge ». La répartition des bénéficiaires d'une MASP peut être comparée à celle des ménages français, la MASP pouvant être signée par un couple.

Lecture > 47 % des bénéficiaires d'une MASP sont des personnes vivant seules et sans enfant à charge, contre 41 % des ménages français en 2017, hors ménages complexes.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. Hors ménages complexes au sens du Recensement de la population, pour la population des ménages français, soit 4 % des ménages en 2017.

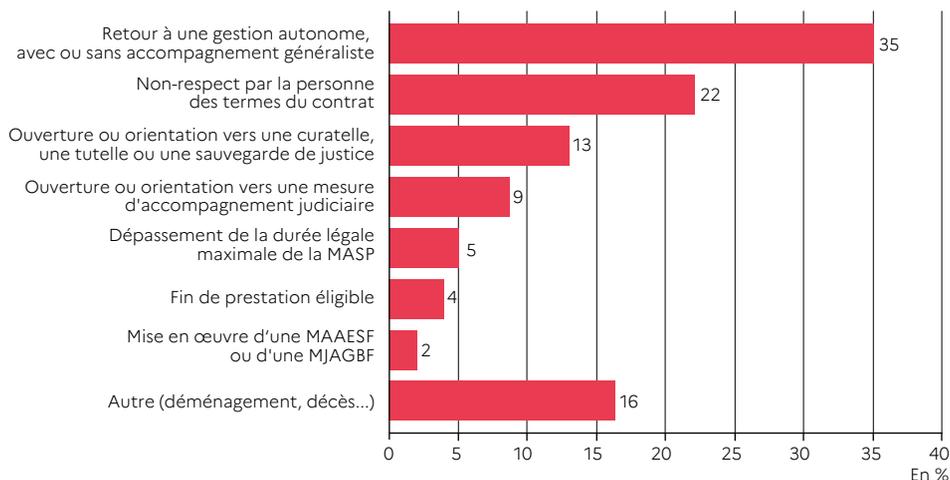
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, Recensement de la population 2017, exploitations complémentaires.

3 MASP terminées sur 10 liées à un retour à l'autonomie

En 2017, 35 % des 6200 MASP terminées dans l'année s'expliquent par un retour à une gestion autonome de ses ressources par le bénéficiaire (graphique 5). Les ouvertures ou orientations vers d'autres dispositifs d'accompagnement et/ou

de protection (tutelle, curatelle, MAJ, MJAGBF...) concernent 24 % des mesures terminées et confirment que la MASP est souvent un préalable à ces mesures. Le non-respect des termes du contrat est à l'origine de 22 % des MASP terminées. Enfin, seules 5 % le sont pour cause de dépassement de la durée légale maximale de la mesure. ■

Graphique 5 Répartition des MASP terminées par motif de sortie du dispositif, en 2017



MAAESF : mesure administrative d'accompagnement en économie sociale et familiale ; MJAGBF : mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial.

Note > Une MASP terminée au cours de l'année 2017 a été comptabilisée autant de fois que ses motifs de sortie, qui peuvent être multiples. Le total des pourcentages n'est donc pas égal à 100 %.

Lecture > Au cours de l'année 2017, 35 % des fins de MASP ont été motivées par un retour à l'autonomie du bénéficiaire.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires et départementales sont disponibles sur l'espace data.drees dans le jeu de données « La mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) ».
- > **Bonnet, E.** (2020, août). *Mesure d'accompagnement social personnalisé : un dispositif qui peine à se développer*. DREES, *Études et Résultats*, 1158.
- > **Cour des comptes** (2016, septembre). *La protection juridique des majeurs - Une réforme ambitieuse, une mise en œuvre défailante*. Rapport, pp. 10 et 44.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes ◀

Annexe 1

Sources de données

Plusieurs sources de données ont été mobilisées pour réaliser cet ouvrage.

L'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux

Chaque année, la DREES recueille auprès des conseils départementaux des données sur les bénéficiaires des aides sociales, les dépenses associées et les personnels de l'action sociale et médico-sociale. Plusieurs volets de cette enquête sont utilisés dans cet ouvrage.

Les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées et de l'aide sociale à l'enfance

Les départements transmettent des données agrégées sur le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires (sexe, âge, degré de dépendance, lieu d'accueil...) des différentes aides sociales dont ils sont responsables, comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH), l'aide sociale à l'hébergement (ASH), les actions éducatives, les accueils à l'aide sociale à l'enfance (ASE)...

La DREES publie les principaux résultats départementaux et nationaux, en décembre de l'année $n+1$, sur la situation des bénéficiaires en décembre de l'année n sur le site data.drees.solidarites-sante.gouv.fr. Dans le cadre de sa politique d'ouverture des données et des codes, la DREES met progressivement à disposition, sur ce même site, les bases de données collectées complètes.

Les dépenses d'aide sociale

L'enquête se fonde sur la nomenclature comptable M52, utilisée par les départements, tout en leur demandant des précisions sur certains domaines d'intervention (prévention spécialisée, aide sociale à l'hébergement, etc.) afin de pouvoir ventiler plus finement les dépenses associées. Elle collecte des informations issues des comptes administratifs des départements,

sur chacun des champs de l'aide sociale et pour chaque prestation.

Les données collectées sont confrontées, depuis 1998, aux comptes administratifs établis par les collectivités et transmis à la DREES en parallèle du questionnaire. Certains résultats sont également comparés avec les données produites par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la DGFiP, principalement en matière de dépenses engagées et des recouvrements d'indus ou compensations octroyées pour l'APA, la PCH, l'allocation compensatrice pour tiers personne (ACTP) et le revenu de solidarité active (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 retraitements des comptes demandé aux départements dans le cadre de l'enquête et les contrôles réalisés par la DREES, dans un second temps, assurent une meilleure comparaison interdépartementale que l'utilisation de données comptables uniquement, par ailleurs non élaborées à cette fin. Le volet consacré aux dépenses de l'enquête Aide sociale de la DREES est donc indispensable dans le dispositif statistique public sur les politiques sociales

des départements. Il constitue la seule source mettant à disposition des données sur l'ensemble des dépenses sociales, ventilées avec ce niveau de détail, comparables entre départements, et avec des séries chronologiques anciennes.

La DREES publie des estimations nationales provisoires sur les dépenses d'aide sociale de l'année n en décembre de l'année $n+1$. Les données détaillées par département sont diffusées au deuxième trimestre $n+2$ sur le site data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

Le personnel de l'action sociale et médico-sociale départementale

Ce volet de l'enquête porte sur le personnel de l'action sociale et médico-sociale des services départementaux, en activité et rémunéré au 31 décembre de l'année, y compris le personnel mis à disposition. D'autres personnels sont impliqués dans l'action sociale et médico-sociale des départements, mais au sein des établissements et services auxquels les départements recourent. Ils ne sont donc pas dénombrés ici. La répartition des équivalents temps plein (ETP) par catégorie de personnel (personnel médical, social et éducatif) et par secteur d'activité (protection maternelle et infantile [PMI], aide sociale à l'enfance [ASE], insertion...) est également demandée. Les résultats sur la situation au 31 décembre de l'année n sont publiés au premier trimestre de l'année $n+2$.

La mesure d'accompagnement social personnalisé

L'enquête porte également sur les mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP) : nature et nombre de mesures en cours et des mesures terminées, motifs de mise en œuvre et de fin de mesure... Des informations sur les personnes bénéficiaires d'une mesure en cours sont également collectées (situation familiale, âge et sexe des bénéficiaires, niveau de ressources mensuel moyen du ménage). Enfin, l'enquête fournit des informations sur les modalités de mise en œuvre de la MASP, notamment sur la délégation de sa gestion et sur la participation financière des bénéficiaires.

La dernière collecte de l'enquête a eu lieu en 2018 sur la situation fin 2017. À partir de 2022,

une enquête allégée est à nouveau réalisée chaque année.

L'enquête sur le fonds d'aide aux jeunes

La DREES interroge les conseils départementaux sur le fonds d'aide aux jeunes (FAJ). Une collecte de données agrégées a eu lieu chaque année entre 2006 et 2009, puis tous les deux ans entre 2009 et 2015. Elle portait 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). En 2021, des données annuelles ont été collectées sur les années 2019 et 2020. Des informations mensuelles sont également demandées, afin d'observer les éventuels effets de la crise sanitaire.

L'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA

Dans le cadre du suivi et de l'évaluation du RSA, la DREES pilote une enquête annuelle auprès des conseils départementaux et territoriaux sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA). L'enquête, qui fait partie du système de suivi statistique prévu par la loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le RSA et réformant les politiques d'insertion, est centrée sur les bénéficiaires soumis aux droits et devoirs et collecte uniquement des données agrégées. Elle a fait l'objet d'une refonte importante pour la collecte sur l'année 2017.

Les remontées individuelles APA-ASH

Afin d'affiner la connaissance des aides à l'autonomie ou à l'hébergement versées par les départements aux personnes âgées, ainsi que les caractéristiques des bénéficiaires de ces aides, la DREES a mis en place plusieurs opérations de recueil de données administratives individuelles (ou remontées individuelles [RI]) sur ces aides auprès des conseils départementaux. La première collecte de ce type a été réalisée en 2008 et 2009, en partenariat avec 34 conseils départementaux. Le recueil de données administratives individuelles portait alors sur la situation des bénéficiaires de l'allocation personnalisée

d'autonomie (APA). En 2012-2013, la DREES a renouvelé cette opération statistique qui a été étendue aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et portait sur l'année 2011.

En application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) du 28 décembre 2015, une opération de même type a été conduite en 2018 auprès de l'ensemble des conseils départementaux. Les données recueillies concernent les personnes ayant eu un droit ouvert à l'APA ou à l'ASH au moins un jour au cours de l'année 2017, ou ayant fait l'objet d'une évaluation pour l'obtenir. L'opération a vocation à être répétée tous les quatre ans, afin de permettre le suivi des trajectoires des demandeurs et bénéficiaires de l'APA et de l'ASH, au sein d'un échantillon longitudinal de personnes de 60 ans ou plus qui sera mis en place par la DREES dans les prochaines années : le panel ÉNÉAS (échantillon national d'études sur l'autonomie et l'hébergement des seniors). Depuis 2021, les RI-APA-ASH s'insèrent en outre dans l'opération plus large intitulée « RI-autonomie », dont elles constituent l'un des volets.

Les remontées individuelles PCH

Les remontées individuelles PCH (RI-PCH) sont une base de données statistiques, réalisée par la DREES à partir de l'extraction de données concernant la prestation de compensation du handicap (PCH), dans les bases administratives de 25 conseils départementaux représentatifs de la France entière. Ont ainsi été collectées des informations sur l'ensemble des bénéficiaires (à domicile ou en établissement) ayant des droits ouverts à la prestation au 31 décembre des années 2012 à 2016, que ce droit ait donné lieu ou non à un paiement. Outre les caractéristiques des bénéficiaires, ces extractions fournissent des éléments sur les contenus des plans de compensation et les paiements correspondants lorsqu'ils ont lieu. Ces données constituent la première base statistique permettant d'étudier les parcours des bénéficiaires dans la prestation : entrées, sorties, durées, etc.

Depuis 2021, les RI-PCH s'insèrent dans l'opération plus large intitulée « RI-autonomie », dont elles constituent l'un des volets.

Les remontées individuelles sur l'autonomie

La DREES prévoit de constituer une nouvelle base de données individuelles sur l'ensemble des aides relatives au handicap ou à la perte d'autonomie une année donnée (et avec une ou plusieurs années de recul pour certaines prestations), afin d'en permettre une description précise et complète. Cette base statistique, intitulée « remontées individuelles sur l'autonomie » ou « RI-autonomie », s'appuie sur les données administratives des collectivités territoriales et des caisses de sécurité sociale en charge de la gestion des prestations. La connaissance de l'ensemble des aides permettra notamment de mieux éclairer les cumuls d'aides, ainsi que les bascules d'une prestation à une autre.

Exhaustive, la base RI-autonomie permettra de travailler et produire des résultats à l'échelle des départements, afin de mettre en lumière les disparités entre ceux-ci. Elle prendra la suite des remontées individuelles déjà réalisées par la DREES mais qui ne couvraient que certaines prestations (RI-APA-ASH et RI-PCH), qui en deviendront des volets. La première vague des RI-autonomie porte sur la situation en 2021, et sa collecte a débuté en 2022.

Les indicateurs sociaux départementaux

Les indicateurs sociaux départementaux (ISD) désignent un ensemble d'environ 50 indicateurs, qui portent sur des éléments de contexte socio-démographiques (structure de la population par âge, taux de mortalité, etc.) et sur les quatre domaines de l'aide sociale des départements : dépendance liée à l'âge, prise en charge du handicap, enfance en danger et insertion. Ils sont mis à jour à intervalles réguliers et diffusés sur les sites internet de l'Insee (www.insee.fr) et de la DREES (drees.solidarites-sante.gouv.fr).

Ces indicateurs sont le résultat d'un exercice long, mais nécessaire lorsque l'on souhaite construire des indicateurs robustes, c'est-à-dire qui font sens et dont la définition est partagée par tous. Début 2008, un colloque organisé conjointement par l'Assemblée des départements de France (ADF), le Conseil national de l'information statistique (CNIS) et le conseil départemental de

Loire-Atlantique 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, associant producteurs nationaux (DREES, Insee, caisses...) et locaux (conseils départementaux), qui a permis de définir les indicateurs constituant les ISD. Ces premiers travaux ont été prolongés par un groupe d'expérimentation. Des indicateurs financiers – toujours relatifs à l'aide sociale – ont été insérés dans ceux déjà retenus. En parallèle, d'autres indicateurs, jugés finalement non pertinents ou dont le calcul nécessitait des procédures trop complexes, ont été retirés de la liste.

Les comptes de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale (CPS), élaborés chaque année par la DREES, visent à décrire l'ensemble des opérations qui contribuent à la couverture des risques sociaux auxquels les ménages sont exposés, à l'exception de l'éducation (santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale). Le champ des CPS comprend l'ensemble des régimes ou organismes qui ont pour mission d'assurer la protection sociale dans un cadre de solidarité sociale. Pour ces régimes et organismes, en effet, la couverture du risque ne se traduit pas, pour le bénéficiaire, par le versement d'une contrepartie équivalente au risque qu'il présente (âge, morbidité antérieure, antécédents familiaux...). Dans cette perspective, les CPS agrègent les interventions des régimes et organismes publics et certaines interventions de la sphère privée. Comptes satellites des comptes nationaux, les CPS permettent d'analyser la contribution de la protection sociale aux grands agrégats de finances publiques (déficit public, prélèvements obligatoires...) et de mesurer son importance au regard de la production 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 repose sur des

sources de données communes principalement issues de la DGFIP et de l'Insee.

L'enquête sur l'action sociale des communes et des intercommunalités

En 2015-2016, la DREES a mené une enquête quantitative sur l'action sociale des communes et intercommunalités (ASCO). L'enquête ASCO a été effectuée auprès d'un échantillon de 11 000 communes et intercommunalités de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer, hors Mayotte, sur leur situation en 2014. Les 5 087 communes et 765 intercommunalités répondantes sont représentatives de l'ensemble du territoire, au regard de leur répartition par département, selon le type d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ainsi que selon leur taille et celle des communes.

Les principaux thèmes abordés sont les types de prestations mises en place dans les communes, les établissements qu'elles gèrent (établissements pour personnes âgées, personnes handicapées, jeunes enfants, etc.), les domaines d'action et les publics visés par les prestations sociales communales, les modalités d'attribution des aides ainsi que la répartition de ces actions entre les services des communes et leur centre communal d'action sociale (CCAS), mais aussi le transfert de ces compétences aux EPCI et à un éventuel centre intercommunal d'action sociale (CIAS). Sont également évoqués les rapports des communes aux départements et à leurs autres partenaires (notamment les caisses de sécurité sociale). Des informations sur la situation financière et sur le personnel des communes dans le champ de l'action sociale ont également été collectées.

L'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance

L'enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) est réalisée tous les quatre ans par la DREES, en lien avec les directions régionales du ministère chargé des Affaires sociales. Elle s'intéresse à l'activité des établissements et services de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse, au personnel en fonction et au profil des enfants

et jeunes adultes accueillis dans ces structures. Les derniers résultats disponibles sont ceux de l'enquête réalisée en 2018 sur l'année 2017. En 2022, une nouvelle collecte a été organisée sur la situation fin 2021.

L'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés

L'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ES « handicap ») porte sur l'activité des établissements et services pour personnes handicapées, le personnel en fonction, le profil des personnes présentes dans ces structures au moment de l'enquête, ainsi que sur celui des personnes sorties de ces structures au cours de l'année précédant l'enquête. On distingue les structures pour enfants et adolescents d'une part et celles pour adultes d'autre part. Les derniers résultats disponibles sont ceux de l'édition 2019 sur l'année 2018.

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle apporte ainsi de nombreux éléments d'analyse sur les caractéristiques et les moyens de ces établissements (effectifs et qualifications des personnels, âge et niveau de dépendance des résidents, etc.), et comporte des questions sur le bâti (confort, accessibilité, sécurité) ainsi que, pour certaines vagues, sur les pathologies et la morbidité des résidents. Depuis 1996, elle est réalisée tous les quatre ans et comporte un volet sur les résidents. Les derniers résultats disponibles sont ceux portant sur l'année 2019.

Le Baromètre d'opinion de la DREES

Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, les inégalités et la protection sociale

(assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion).

Réalisée tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), l'enquête est effectuée en face à face en octobre-novembre auprès d'un échantillon de plus de 3 000 personnes, représentatif de la population habitant en France métropolitaine et âgée de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération). Le Baromètre permet, une année sur deux, d'approfondir une thématique parmi celles citées ci-avant. En particulier, des questions portant sur le soutien aux personnes handicapées ou âgées dépendantes, introduites en 2015, sont posées les années impaires.

L'échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux

L'échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux (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 et non salarié, grâce à l'appariement au panel tous actifs de l'Insee.

Le modèle de microsimulation Autonomix

Développé à la DREES, Autonomix est un modèle de microsimulation statique adossé à des

données individuelles sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [âge, sexe, situation matrimoniale, ressources, état de dépendance décrit à partir du groupe iso-ressources (GIR)], et sur les montants d'APA notifiés à ces bénéficiaires. Autonomix complète ces données en intégrant d'autres éléments liés à la dépendance des personnes âgées, comme les réductions d'impôt liées à la dépendance, une modélisation du « besoin d'aide » dépassant le montant maximal de l'APA pour les personnes à domicile, ou les caractéristiques des lieux d'hébergement pour les personnes en établissement. Le tout constitue un ensemble d'observations individuelles cohérent et représentatif 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 Capacités, Aides et REssources des seniors

Les enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE), réalisées par la DREES avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ont pour objectif de mieux connaître les conditions de vie des seniors, leurs relations avec leur entourage, leurs difficultés à réaliser certaines activités de la vie quotidienne et les aides financières et humaines qu'ils reçoivent pour surmonter ces éventuelles difficultés.

Ces enquêtes obligatoires concernent les personnes de 60 ans ou plus, quels que soient leur état de santé et leur lieu de vie, ainsi que les proches qui leur apportent un soutien.

Le dispositif comprend plusieurs volets. Le volet « CARE-Institutions » porte sur les seniors vivant en établissements pour personnes âgées. Il a été collecté de septembre à décembre 2016. Environ 3 000 seniors répartis dans 700 établissements ont été interrogés. Le volet « CARE-Ménages » porte sur les seniors vivant à domicile. Environ 15 000 seniors ont été interrogés de mai à octobre 2015. Cette collecte a été précédée de l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS,

2014), tandis que l'enquête CARE-Institutions est précédée d'un volet destiné aux établissements, qui permet notamment de déterminer l'aptitude des seniors à répondre seuls à l'enquête.

Le dispositif d'enquêtes Autonomie

La DREES prépare actuellement, entre 2021 et 2023, le dispositif d'enquêtes Autonomie. Celui-ci s'inscrit dans la lignée des grandes enquêtes sur le handicap et la dépendance initiées par l'enquête Handicap, Incapacité, Dépendance (HID) de 1998-2001, et poursuivie par l'enquête Handicap-Santé de 2007-2009, et, sur le seul champ des personnes de 60 ans ou plus, par l'enquête CARE de 2014-2016. Ce dispositif d'enquêtes Autonomie a pour objectif premier de mesurer le nombre de personnes handicapées selon différentes définitions, de décrire leur état de santé et leurs conditions de vie et d'analyser les difficultés qu'elles rencontrent dans les actes de la vie quotidienne et dans leur participation à la vie sociale. Son second objectif est d'interroger leurs aidants informels, de façon à mesurer le volume d'aide apporté, ainsi que les conséquences sur la vie des aidants.

L'enquête Santé européenne

Menée dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, l'enquête Santé européenne (European Health Interview Survey [EHIS]) a notamment pour objectif de mesurer l'évolution de l'état de santé des populations et ses déterminants, ou des recours aux soins.

Elle permet de décrire la situation des personnes handicapées, c'est-à-dire celles ayant répondu qu'elles sont fortement limitées depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement en raison d'un problème de santé, grâce à l'indicateur de restriction globale d'activité (Global activity Limitation Indicator [GALI]).

L'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie

L'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie des ménages (SRCV) est la version française du dispositif européen SILC (Statistics on Income and Living Conditions). Collectée par l'Insee, cette enquête par panel suit les ménages

sur une durée de quatre ans (neuf ans de 2004 à 2019). La première vague de l'enquête française a eu lieu en 2004. Le dispositif SRCV est régi par un règlement européen qui fixe les thèmes à aborder.

Utilisable dans cette enquête depuis 2005, l'indicateur GALI (Global Activity Limitation Indicator, ou indicateur de restriction globale d'activité) permet de repérer les personnes handicapées, définies comme celles qui se déclarent fortement limitées, depuis au moins six mois et pour un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement.

Cette enquête couvre de nombreux thèmes sur les revenus, la situation financière et les conditions de vie des ménages vivant dans un logement ordinaire (hors institutions). C'est notamment la source de référence sur les privations matérielles et la pauvreté en conditions de vie.

La pauvreté en termes de conditions de vie repose sur le repérage d'un certain nombre de privations d'éléments d'un bien-être matériel standard, c'est-à-dire largement diffusés dans la population, ou de difficultés dans la vie quotidienne. Un ménage est dit pauvre en conditions de vie selon la définition utilisée par l'Insee jusqu'en 2018 lorsqu'il cumule au moins 8 privations ou difficultés parmi 27 relatives à l'insuffisance des ressources, aux retards de paiement, aux restrictions de consommation et aux difficultés liées au logement.

L'enquête annuelle auprès des caisses de retraite

L'enquête annuelle auprès des caisses de retraite (EACR) porte sur les pensions de retraite et d'invalidité versées par les principaux régimes de retraite de base et de retraite complémentaire ainsi que par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Cette enquête recueille des données sur les retraités (effectifs, pensions versées, conditions de liquidation des droits) des caisses de retraite légalement obligatoires (régimes de retraite de base, régimes intégrés et régimes de retraites complémentaires) ainsi que sur les bénéficiaires de pensions d'invalidité et d'incapacité permanente.

Dans le cadre de cette enquête, la DREES collecte annuellement, auprès de ces régimes, des informations agrégées sur les bénéficiaires d'une pension, vivants au 31 décembre de l'année. S'agissant des pensions d'invalidité, l'enquête concerne principalement les montants moyens versés, les catégories de pension et les effectifs correspondant sur le champ de l'ensemble des bénéficiaires et sur celui des nouveaux bénéficiaires au cours de l'année.

L'enquête Revenus fiscaux et sociaux

L'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de l'Insee est une opération statistique annuelle consistant, pour une année n , en un appariement statistique du fichier de l'enquête Emploi en continu (données du quatrième trimestre de l'année n , portant sur environ 50 000 ménages) avec les fichiers fiscaux (déclarations des revenus) de la Direction générale des Finances publiques (DGFiP) portant sur les revenus de l'année n et avec les données sur les prestations perçues au cours de l'année n collectées auprès de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), de la Caisse nationale de l'assurance vieillesse (CNAV) et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Cette enquête fournit un panorama détaillé des revenus perçus par chaque ménage :

- les revenus individuels perçus par chaque membre du ménage (par exemple les salaires, retraites, indemnités de chômage, revenus d'indépendants, etc.) ;
- les revenus non individualisables, c'est-à-dire les prestations sociales non contributives (prestations familiales, allocations logement, minima sociaux, Garantie jeunes, prime d'activité) et les revenus du patrimoine ; les impôts acquittés par le ménage (par exemple l'impôt sur le revenu, la taxe d'habitation, etc.).

En revanche, l'ERFS ne prend pas en compte certains revenus non imposables, comme les aides locales. L'ERFS permet d'analyser les revenus ventilés selon des critères sociodémographiques usuels (catégorie socioprofessionnelle et âge des personnes composant le ménage, taille du ménage, activité de chaque individu, etc.), et de

mesurer le niveau de vie et la pauvreté monétaire des personnes. Son champ porte sur les ménages de France métropolitaine vivant en logement ordinaire, dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas

étudiante. Sont donc exclus les ménages vivant en collectivités (foyers, hôpitaux, Ehpad, etc.), ainsi que les personnes vivant dans des habitations mobiles (mariniers, etc.) et les personnes sans abri. ■

Pour en savoir plus

> Les diverses opérations statistiques de la DREES sont décrites sur le site drees.solidarites-sante.gouv.fr. Pour chaque opération, une page rappelle l'historique, décrit les objectifs, et fournit une bibliographie complète des résultats publiés (publications et tableaux de données en Open Data). Divers documents, dont les questionnaires, y sont également disponibles en téléchargement.

Annexe 2

Principales lois et décrets définissant l'aide et l'action sociales en France depuis 1945

1945

• Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. Les mineurs délinquants peuvent faire l'objet d'une mesure de protection. Institution du juge pour enfants.

1953

• Décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance. Ce décret définit entre autres les conditions d'accès à l'aide sociale et la participation des bénéficiaires ou de leurs obligés alimentaires. Sont concernés par l'aide sociale les enfants, les familles dont les soutiens indispensables effectuent leur service militaire, les personnes âgées, les infirmes, aveugles et grands infirmes, les personnes ayant des difficultés économiques. Les demandes d'aide sociale sont adressées à la mairie.

1958

• Ordonnance n° 58-1301 du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger. Elle vise principalement à renforcer la protection civile des mineurs. Le juge des enfants peut décider de mesures de protection, regroupées sous le terme d'assistance éducative, pour « des mineurs de vingt et un ans dont la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises. »

1970

• Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale. Définition de l'autorité parentale, priviliégiant 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 est étendue aux personnes évaluées en GIR 4. Elle n'est pas récupérable sur succession.

2002

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

2003

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

2004

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

2004 (Décentralisation II)

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

2005

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

• Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la

citoyenneté des personnes handicapées. Le handicap est défini par la loi en fonction des limitations fonctionnelles. La prestation de compensation du handicap (PCH) est créée et se substitue progressivement à l'ACTP.

2007

• Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. La prévention est renforcée, avec l'instauration d'un entretien au quatrième mois de grossesse et d'un suivi médical des enfants. Le conseil départemental se voit confier la responsabilité du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger. La loi affirme la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire. Elle crée le « projet pour l'enfant » (PPE), qui vise à l'assouplissement des modes de prise en charge et instaure des mesures administratives d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAAESF), et des mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF).

• Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Cette loi limite le prononcé d'une tutelle ou d'une curatelle aux seules personnes atteintes d'une altération de leurs facultés personnelles. Les personnes en difficulté socio-économique n'ayant aucune altération de leurs facultés mentales ne peuvent plus être mises sous tutelle ou sous curatelle. Elles doivent désormais être prises en charge dans le cadre de mesures contractuelles mises en œuvre par les services sociaux du département, ce sont les mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP).

2008

• Loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. Cette loi « institue un revenu de solidarité active (RSA) qui a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, afin de lutter contre la pauvreté, d'encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle et d'aider à l'insertion sociale des bénéficiaires. Le revenu de solidarité

active remplace le revenu minimum d'insertion, l'allocation de parent isolé et les différents mécanismes d'intéressement à la reprise d'activité. »

2014 (Décentralisation III)

• Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles. Création de la métropole de Lyon, collectivité territoriale à statut particulier. Elle exerce les compétences du département du Rhône sur son territoire, dont la gestion de l'aide sociale.

2015

• Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi. Elle institue la prime d'activité en lieu et place du RSA activité et de la prime pour l'emploi à partir du 1^{er} janvier 2016. Le RSA ne comporte plus que son volet « minimum social », le RSA socle.

• Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Les plafonds de l'APA à domicile sont revus à la hausse. La participation du bénéficiaire de l'APA est ajustée en fonction de ses revenus et du montant du plan d'aide. Un droit au répit du proche aidant est institué.

2016

• Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Cette loi a deux objectifs. Premièrement, elle vise à mieux prendre en compte les besoins de l'enfant, par le développement de la prévention à tous les âges, par l'amélioration du repérage et du suivi des situations de danger, par la recherche de cohérence et de stabilité dans les parcours des enfants. Deuxièmement, elle cherche à améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance.

2020

• Loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap. Les personnes dont le handicap a été reconnu avant leurs 60 ans peuvent désormais prétendre à la PCH quel que soit leur âge,

alors que cette demande devait être faite avant 75 ans auparavant. Par ailleurs, le droit à la PCH est dorénavant accordé à vie lorsque le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement.

• Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, actant la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale consacrée à la politique de l'autonomie. La loi inscrit dans le Code de la Sécurité sociale les principes et les objectifs de la branche autonomie et en confie la gestion à la CNSA. Elle prévoit la remise par le gouvernement d'un rapport sur les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle branche, en termes d'architecture juridique et financière, de pilotage, de gouvernance et de gestion du risque.

2021

• Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale pour 2022. Dans le domaine de l'autonomie, elle crée un tarif plancher national pour les heures de prestation des services d'aide à domicile, des revalorisations salariales dans le secteur médico-social, la revalorisation de l'allocation journalière de proche aidant et l'extension du congé proche aidant à un plus grand nombre d'aidants.

2022

• Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. Elle vise à améliorer la situation et la sécurité des enfants protégés par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), et notamment l'accompagnement de ces enfants jusqu'à 21 ans, grâce à diverses dispositions, dont l'interdiction à partir de 2024 des accueils en hôtel, l'accompagnement systématique des jeunes majeurs, la recherche d'une personne de son entourage en capacité d'accueillir l'enfant confié à l'ASE, la non-séparation des fratries, le contrôle systématique des antécédents judiciaires de tous les professionnels intervenant auprès des enfants protégés... D'autres dispositions visent à améliorer les conditions de travail des assistants familiaux et à mieux piloter la politique de prévention et de protection de l'enfance. ■

Annexe 3

Glossaire

A

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

ABS (analyse des besoins sociaux) : est une démarche reposant, d'une part, sur l'observation et l'analyse des caractéristiques de la population d'une commune et, d'autre part, sur une évaluation des politiques et des actions sociales déjà mises en place. Son objectif est de doter les communes d'un outil d'aide à la décision et au pilotage de leurs politiques sociales.

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

ADL (*Activities of Daily Living*) : ou « activités de la vie quotidienne », c'est-à-dire se laver, s'habiller, couper la nourriture ou se servir à boire, manger et boire, se servir des toilettes, se coucher ou se lever du lit, s'asseoir et se lever d'un siège.

AEB (aide éducative budgétaire) : est un dispositif qui s'adresse aux personnes ou aux familles rencontrant des difficultés dans la gestion du budget, quelle que soit la nature de leurs ressources. Le travailleur social propose ainsi un accompagnement technique (aide dans les démarches administratives, élaboration de dossiers de

surendettement, planification du budget...) et psychologique visant à conduire progressivement la famille à dépasser par elle-même ses difficultés.

AED (action éducative à domicile) : est une décision administrative d'aide sociale à l'enfance prise par le président du conseil départemental, à la demande ou en accord avec les parents. Elle apporte un soutien matériel et éducatif à la famille, lorsque les parents sont confrontés à d'importantes difficultés sur le plan éducatif.

AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) : est une aide financière destinée à compenser les dépenses des parents liées à la situation de handicap de leur enfant de moins de 20 ans. Le montant de base peut, dans certains cas, être majoré par un complément relatif aux frais engagés liés au handicap, à la cessation ou à la réduction de l'activité professionnelle de l'un des parents, à l'embauche d'une tierce personne rémunérée. Il peut éventuellement être cumulé avec la prestation de compensation du handicap (PCH) ou complété par la majoration pour parent isolé.

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

AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) : cette grille permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les niveaux de dépendance sont classés en six groupes dits « iso-ressources » (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. La grille AGGIR évalue les capacités de la personne âgée à accomplir dix activités corporelles et mentales,

dites discriminantes, et sept activités domestiques et sociales, dites illustratives.

AIS (allocations individuelles de solidarité) : regroupent le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

AJPP (allocation journalière de présence parentale) : est une aide financière versée aux parents qui ont à charge un enfant ayant besoin d'une présence soutenue et de soins contraignants à la suite d'une maladie, d'un handicap ou d'un accident d'une particulière gravité. Elle peut être versée pour une période de trois ans maximum.

ALF (allocation de logement familiale) : est une aide financière destinée à réduire le montant du loyer. Elle est versée en raison de la situation familiale (bénéficiaire de prestations familiales, personnes à charge...) et sous condition de ressources.

ALS (allocation de logement sociale) : est une aide financière destinée à réduire le montant du loyer ou d'une redevance, pour les personnes non éligibles à une autre aide au logement (aide personnalisée au logement [APL] ou allocation de logement familiale [ALF]), sous condition de ressources.

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

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

API (allocation de parent isolé) : est un minimum social à destination des personnes qui assument seules la charge d'un ou de plusieurs enfants. Depuis 2009, elle est intégrée au dispositif du RSA, dans sa partie majorée.

APL (aide personnalisée au logement) : est une aide financière destinée à réduire le montant du loyer, d'une mensualité d'emprunt ou d'une redevance. Elle est versée en raison de la situation vis-à-vis du logement, sous condition de ressources et quelle que soit la situation familiale.

ARS (allocation de rentrée scolaire) : est une aide financière, versée sous condition de ressources, aux familles ayant au moins un enfant scolarisé âgé de 6 à 18 ans. Elle permet d'aider les familles à financer les dépenses liées à la rentrée scolaire.

ASE (aide sociale à l'enfance).

ASF (allocation de soutien familial) : est versée par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou la Mutualité sociale agricole (MSA) à la personne qui élève seule son enfant, privée de l'aide de l'autre parent ou si cette aide est en dessous d'un certain seuil.

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

ASI (allocation supplémentaire d'invalidité) : est une prestation mensuelle accordée à certaines personnes invalides ayant de faibles ressources et ne remplissant pas les conditions d'âge pour percevoir l'ASPA.

ASLL (accompagnement social lié au logement) : est un accompagnement individualisé contractualisé qui a pour but d'aider à la recherche et l'accès à un logement autonome, au maintien dans un logement ou à la gestion budgétaire liée au logement.

ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) : elle permet aux personnes âgées de 65 ans ou plus (ou ayant atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'inaptitude au travail), disposant de faibles ressources, d'atteindre un seuil minimal de ressources (le minimum vieillesse).

ASS (allocation de solidarité spécifique) : créée en 1984, elle garantit des ressources minimales aux demandeurs d'emploi ayant épuisé leurs droits à l'indemnisation, sous certaines conditions de durée d'activité antérieure et de ressources.

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

C

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

CC (Code civil).

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

CCMSA (caisse centrale de la Mutualité sociale agricole).

CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) : est chargée de répondre aux demandes formulées par les personnes handicapées concernant leurs droits en matière d'orientation ou d'attribution des aides et des 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 RSA, de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'allocation de parent isolé (API) ou de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Il s'agit d'un contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée et à temps partiel (20 heures de travail hebdomadaire minimum) ou à temps plein. Le CI-RMA est conclu pour une durée minimale de six mois (ou de trois mois pour certains bénéficiaires) renouvelable. Il est remplacé par le contrat unique d'insertion (CUI-CIE) depuis le 1^{er} janvier 2010.

CNAF (Caisse nationale des allocations familiales).

CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés).

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

CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse).

CNIS (Conseil national de l'information statistique).

CPS (comptes de la protection sociale).

CPO (centre de pré-orientation) : est une structure proposant une évaluation des capacités des travailleurs handicapés ainsi qu'un accompagnement à l'élaboration d'un projet professionnel.

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.

CRP (centres de rééducation professionnelle) : ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale des travailleurs handicapés et de leur assurer une formation qualifiante.

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

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

D

DAP (délégation de l'autorité parentale) : lorsque les circonstances l'exigent, l'exercice de l'autorité parentale peut être délégué à un tiers ou à un organisme spécialisé (membre de la famille, service de l'aide sociale à l'enfance...). La DAP a pour but d'aider les parents à élever leur enfant. Elle peut être volontaire ou forcée. Elle est prononcée par le juge aux affaires familiales. La délégation est provisoire.

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

DGCL (Direction générale des collectivités locales).

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

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

DGFIP (Direction générale des finances publiques).

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

DROM (départements et régions d'outre-mer) : collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. Autrement dit, les DROM désignent la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion et Mayotte.

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

E

EAJE (établissement d'accueil du jeune enfant) : est une structure autorisée à accueillir des enfants âgés de moins de 6 ans, de façon régulière ou occasionnelle, sous la responsabilité de professionnels de la petite enfance.

EHIS (European Health Interview Survey) : enquête européenne de santé. Voir Annexe 1 sur les sources de données.

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.

ERFS (enquête revenus fiscaux et sociaux) : voir Annexe 1 sur les sources de données.

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.

EAM (établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées) : remplacent les FAM.

EANM (établissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées) : doivent regrouper les foyers de vie, les foyers hébergement et les foyers d'accueil polyvalent (voir fiche 25).

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 ou non salarié.

EPCI (établissement public de coopération intercommunale) : sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles

communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales. Les données présentées dans l'ouvrage concernent les EPCI à fiscalité propre : communauté urbaine (CU), communauté d'agglomération (CA), communauté de communes (CC), syndicat d'agglomération nouvelle (SAN), métropole (ME).

Esat (établissement et service d'aide par le travail) : sont des établissements médico-sociaux (nommés CAT antérieurement à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale) qui accueillent des adultes handicapés ayant une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale et qui, de ce fait, ne peuvent momentanément ou durablement exercer une activité professionnelle en milieu ordinaire. Les personnes admises en Esat peuvent exercer leur activité à temps plein ou à temps partiel, au sein de l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement, sous forme de mise à disposition collective (équipes de travailleurs encadrés) ou individuelle et nominative en entreprise du milieu ordinaire, ou au sein de tout organisme ou collectivité publique.

ETP (équivalent temps plein) : est une unité de mesure permettant d'exprimer un effectif d'employés pondéré par la quotité de travail. Un effectif composé de deux employés travaillant chacun à mi-temps comptera comme un ETP.

F

FAJ (fonds d'aide aux jeunes) : créé dans chaque département, il doit permettre d'attribuer des aides aux jeunes en difficulté, afin de favoriser leur insertion sociale et professionnelle. Il a également pour objet d'apporter des secours temporaires, afin de faire face à des besoins urgents.

FAM (foyer d'accueil médicalisé) : sont des établissements médico-sociaux destinés à recevoir des personnes inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante

ainsi que d'une médicalisation, sans toutefois justifier d'une prise en charge complète par l'Assurance maladie. Leur financement relève à la fois de l'Assurance maladie et des départements.

FAPI (fonds d'appui aux politiques d'insertion) : vise à apporter un soutien financier aux départements qui s'engagent à renforcer leurs politiques d'insertion dans le cadre d'une convention conclue entre l'État d'une part et le conseil départemental et ses partenaires d'autre part.

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

Finess (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) : est un répertoire dans lequel sont immatriculés les établissements et les entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément. Il constitue la référence en matière d'inventaire des structures et des équipements des domaines sanitaire, médico-social, social et de formation aux professions de ces secteurs. Les données de ce répertoire sont actualisées de façon continue par des agents en service dans les agences régionales de santé et dans les services déconcentrés de l'État.

FMDI (fonds de mobilisation départemental pour l'insertion) : dispositif qui devait initialement permettre aux départements de réaliser des projets ambitieux en matière d'insertion pour les allocataires du RMI. En raison du dynamisme insuffisant de la TIPP, puis de la TICPE (taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques), dont une partie des recettes est attribuée aux départements pour compenser les dépenses de RSA, le FMDI a été réorienté vers une compensation financière supplémentaire du transfert du RMI (puis du RSA) aux départements.

FO (foyers occupationnels) : sont, comme les foyers de vie, des établissements médico-sociaux qui ont la particularité d'accueillir des personnes adultes dont le handicap ne permet pas, ou plus, d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé (structure spécialisée). Ces personnes bénéficient cependant d'une autonomie physique ou intellectuelle suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes (activités ludiques, éducatives) et d'une capacité à participer à une animation sociale.

FSL (fonds de solidarité pour le logement) : géré et financé par les départements, il a pour objectif d'aider à l'accès ou au maintien dans le logement des personnes dans l'incapacité de faire face à leurs obligations financières.

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

G

GALI (*Global Activity Limitation Indicator*) : ou « indicateur de limitation d'activité générale », dénombre les personnes déclarant être fortement limitées depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement.

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

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

IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) : ou « activités instrumentales de la vie quotidienne », c'est-à-dire faire les courses, préparer les repas, faire les tâches ménagères courantes, faire des démarches administratives, prendre des médicaments, se déplacer dans les pièces d'un étage, sortir du logement, utiliser les transports en commun, trouver son chemin, se servir du téléphone.

IAE (insertion par l'activité économique) : permet aux personnes les plus éloignées de l'emploi, en raison de difficultés sociales et professionnelles particulières (âge, état de santé, précarité), de bénéficier d'un accompagnement renforcé qui doit faciliter leur insertion professionnelle. Des structures spécialisées, comme les entreprises d'insertion, les associations intermédiaires, les entreprises de travail temporaire d'insertion ou les ateliers et chantiers d'insertion signent des conventions avec l'État qui leur permettent d'accueillir et d'accompagner ces travailleurs.

IME (institut médico-éducatif) : accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant un déficit intellectuel, conformément à leur plan personnalisé de compensation, comprenant le projet personnalisé de scolarisation, et prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, telles que l'orthophonie, la kinésithérapie et la psychomotricité. Ces établissements et services accueillent également les enfants ou adolescents dont la déficience intellectuelle s'accompagne de troubles de la personnalité, de troubles comitiaux, de troubles moteurs et sensoriels ou de troubles graves de la communication de toutes origines, ainsi que de maladies chroniques compatibles avec une vie collective.

Insee (Institut national de la statistique et des études économiques).

IP (information préoccupante) : tout élément d'information – y compris médical – susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger, puisse avoir besoin d'aide, et qui doit faire l'objet d'une transmission à la cellule départementale pour évaluation et suite à donner.

ISBLSM (institutions sans but lucratif au service des ménages) : regroupent l'ensemble des unités privées dotées de la personnalité juridique qui produisent des biens et services non marchands au profit des ménages (par exemple, les associations). Leurs ressources principales proviennent de contributions volontaires en espèces ou en nature effectuées par les ménages en leur qualité de consommateurs, de versements provenant des administrations publiques, ainsi que de revenus de la propriété.

ISD (indicateurs sociaux départementaux) : voir Annexe 1 sur les sources de données.

Itep (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) : rénovés en 2005, ces instituts – autrefois nommés « instituts de rééducation » – accueillent des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent de ce fait, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant.

M

MAAESF (mesures administratives d'accompagnement en économie sociale et familiale) : ont pour but d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial ayant des conséquences sur les conditions de vie de l'enfant. Dans le cas des mesures administratives, l'accompagnement peut être mis en place

à la demande ou en accord avec les parents (au contraire d'une mesure judiciaire).

MAJ (mesure d'accompagnement judiciaire) : est une mesure judiciaire contraignante par laquelle un mandataire judiciaire à la protection des majeurs perçoit et gère tout ou partie des prestations sociales d'une personne majeure, en vue de rétablir son autonomie dans la gestion de ses ressources.

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

MASP (mesure d'accompagnement social personnalisé) : est une mesure administrative destinée à aider des personnes majeures dont les facultés ne sont pas altérées, mais qui sont en grande difficulté sociale et perçoivent des prestations sociales. Elle est mise en œuvre par les services sociaux du département. À la différence de la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ), la MASP fait l'objet d'un contrat d'accompagnement social personnalisé.

MDPH (maison départementale des personnes handicapées) : créées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, les MDPH exercent, dans chaque département, une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes handicapées et de leurs proches, d'attribution des droits ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

MECS (maison d'enfants à caractère social) : héritières des orphelinats, les MECS accueillent pour des séjours de durée variable, des enfants et des jeunes majeurs dont les familles se trouvent

en difficulté momentanée ou durable et ne peuvent, seules ou avec le recours de proches, assumer la charge et l'éducation de leurs enfants.

MIE (mineur isolé étranger) : terme utilisé avant la loi de 2016 pour désigner la population des mineurs non accompagnés (MNA).

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

MNA (mineur non accompagné) : est une personne âgée de moins de 18 ans privée temporairement ou définitivement de la protection de sa famille. Elle bénéficie des dispositions relatives à la protection de l'enfance.

MTP (majoration pour tierce personne) : permet à son bénéficiaire de percevoir une majoration de sa pension d'invalidité. Elle est versée sous condition d'assistance d'une tierce personne. Elle n'est pas imposable et son montant est revalorisé annuellement.



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

Odas (observatoire national de l'action sociale).

P

PAD (placement à domicile) : mesure d'aide sociale à l'enfance qui permet au mineur un maintien ou un retour au sein du domicile familial.

Paje (prestation d'accueil du jeune enfant) : est une prime à la naissance versée sous condition de ressources, en fin de grossesse, pour préparer l'arrivée de l'enfant. Elle a pour objet de faire face aux dépenses liées à la naissance d'un enfant.

Pasa (pôle d'activités et de soins adaptés) : sont des espaces aménagés au sein des Ehpad. Les Pasa ne proposent pas d'hébergement et sont destinés à accueillir, durant la journée, des résidents de l'Ehpad ayant des troubles du comportement modérés. Les résidents qui y sont accueillis à la journée peuvent éventuellement venir de l'extérieur.

PCH (prestation de compensation du handicap) : est une aide en nature, permettant de financer un ou plusieurs types de prise en charge pour les personnes en situation de handicap : aides humaines, aides techniques, aménagements du logement et du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles, aides animales. 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 peut se substituer au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

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

- le PIB est égal à la somme des valeurs ajoutées brutes des différents secteurs institutionnels ou des différentes branches d'activité, augmentée des impôts, moins les subventions sur les produits (lesquels ne sont pas affectés aux secteurs et aux branches d'activité) ;
- le PIB est égal à la somme des emplois finaux intérieurs de biens et de services (consommation

finale effective, formation brute de capital fixe, variations de stocks), plus les exportations, moins les importations ;

- le PIB est égal à la somme des emplois des comptes d'exploitation des secteurs institutionnels : rémunération des salariés, impôts sur la production et les importations moins les subventions, excédent brut d'exploitation et revenu mixte.

PMI (Protection maternelle et infantile) : service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

PPAE (Projet personnalisé d'accès à l'emploi) : est élaboré et actualisé conjointement par le demandeur d'emploi et Pôle emploi. Ce projet précise la nature et les caractéristiques de l'emploi ou des emplois recherchés, la zone géographique privilégiée et le niveau de salaire attendu. Pour les bénéficiaires du RSA orientés vers Pôle emploi par le département, le PPAE fonctionne sur le même principe que le contrat d'engagement réciproque (CER).

PSD (prestation spécifique dépendance) : créée en 1997, c'est une aide sociale destinée à prendre en charge les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées à partir de 60 ans et évaluées en GIR 1 à 3. Elle est remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis le 1^{er} janvier 2002.

R

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

RMI (revenu minimum d'insertion) : créé en 1988, il a pour objectif de garantir un niveau minimum de ressources et de faciliter l'insertion ou la réinsertion de personnes disposant de faibles revenus. Le RMI est versé à toute personne

remplissant les conditions suivantes : résider en France, être âgé d'au moins 25 ans (les femmes enceintes de moins de 25 ans peuvent cependant y prétendre), disposer de ressources inférieures au montant du RMI et conclure un contrat d'insertion. Depuis le 1^{er} juin 2009 (1^{er} janvier 2011 dans les DROM), il a fait place au revenu de solidarité active (RSA).

RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) : permet à son bénéficiaire de bénéficier d'avantages aussi bien pour trouver un emploi que pour le conserver. La qualité de travailleur handicapé est reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Elle est attribuée pour une durée d'un à cinq ans renouvelable.

RSA (revenu de solidarité active) : est une allocation visant à garantir un revenu minimum de ressources aux bénéficiaires, mais c'est aussi un dispositif d'accompagnement social et professionnel pour faciliter l'accès à l'emploi ou consolider les capacités professionnelles de ceux qui sont sans activité, ou qui ne tirent de leur activité que des ressources limitées. Le RSA, dit « socle », financé par les départements, est un revenu minimum qui s'adresse aux personnes dont l'ensemble des ressources est inférieur à un montant forfaitaire révisé chaque année et dépendant de la composition du ménage. Le RSA socle peut être majoré pour les personnes élevant seules de jeunes enfants. Jusqu'en 2015, le RSA « activité », financé par l'État, s'adressait aux foyers ayant des revenus compris entre le montant forfaitaire et un revenu garanti. Depuis le 1^{er} janvier 2016, le RSA activité a fusionné avec la prime pour l'emploi pour devenir la prime d'activité.

RSO (revenu de solidarité) : mis en place en décembre 2001, le RSO est une prestation sous conditions de ressources, spécifique aux départements et régions d'outre-mer, hors Mayotte et aux collectivités territoriales de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et 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) : son objectif principal est d'assurer le maintien des personnes handicapées en 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. Il est financé par le département.

SDIS (service départemental d'incendie et de secours).

Sessad (service d'éducation spéciale et de soins à domicile) : intervient au sein des différents lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs). Il apporte un soutien éducatif et thérapeutique individualisé.

SPE (service public de l'emploi) : est compris, dans cet ouvrage, au sens large. Par convention, les organismes appartenant ou participant au SPE sont les suivants : Pôle emploi, organismes publics (ou émanant de collectivités publiques) de placement professionnel autres que Pôle emploi (PLIE, maison de l'emploi, mission locale...), entreprises de travail temporaire, agences privées de placement, organismes d'appui à la création et au développement d'entreprises, structures d'insertion par l'activité économique (IAE), autres organismes de placement professionnel et autres organismes appartenant ou participant au SPE.

T

TICPE (taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques) : est un droit perçu par l'État sur la consommation de produits énergétiques, principalement les produits pétroliers. La TICPE correspond à un montant par unité produite (et non à un montant proportionnel au prix du produit). Une partie du produit de la TICPE est affectée aux départements pour le financement du RSA.

TISF (technicien de l'intervention sociale et familiale) : est un travailleur social qui effectue des interventions préventives dans le domaine social ou éducatif, ainsi que des actions réparatrices visant à favoriser l'autonomie des personnes et leur intégration dans leur environnement pour créer ou restaurer le lien social. Il accompagne et soutient les familles, les personnes en difficulté de vie ou en difficulté sociale, les personnes âgées, malades ou handicapées. À cette fin, il élabore avec la personne aidée un projet d'intervention en précisant les moyens pour atteindre l'objectif fixé. Il met ensuite en œuvre et évalue le déroulement de l'intervention.

TSCA (taxe sur les conventions d'assurance) : est un impôt proportionnel qui doit être acquitté

sur certaines conventions d'assurance, selon le cas, par l'assureur, le courtier ou l'assuré lui-même. Son produit est affecté pour partie aux départements, à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

U

UEROS (unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle) : est une structure proposant une évaluation des capacités des travailleurs handicapés ainsi qu'un accompagnement à l'élaboration d'un projet professionnel.

UHR (unités d'hébergement renforcé) : implantées au sein des Ehpad, elles offrent un hébergement adapté à des résidents souffrant de troubles sévères du comportement qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie, ainsi que celle des autres résidents de l'Ehpad.

USLD (unité de soins de longue durée) : est une structure d'hébergement et de soins dédiée à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

L'aide et l'action sociales en France

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

ÉDITION 2022

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale et relèvent, pour près de la moitié, de la responsabilité des départements. Elles sont aussi mises en œuvre par d'autres collectivités locales, les organismes de sécurité sociale ou encore l'État. Elles portent principalement sur l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées, l'insertion professionnelle et sociale, la famille et la protection de l'enfance.

Les départements attribuent 4,5 millions de prestations ou de mesures d'aide sociale fin 2020, couvrant plus de 6 % de la population française. Le nombre total d'aides sociales augmente de 3 % en un an, une hausse globale qui résulte d'évolutions différentes selon les domaines d'aide sociale. Néanmoins, dans chacun d'entre eux, les tendances observées les années précédentes sont affectées en 2020 par la crise sanitaire et sociale liée au Covid-19.

Les dépenses totales d'aide sociale départementale atteignent 40,4 milliards d'euros, nets des recouvrements ou remboursements, sur l'ensemble de l'année 2020. Ce montant augmente de 31 % par rapport à 2019, après une croissance annuelle moyenne de 1,9 % entre 2016 et 2019, en euros courants.

La répartition géographique des bénéficiaires d'une aide et des dépenses associées est hétérogène. Elle varie selon la prestation considérée et s'explique, en partie seulement, par le contexte sociodémographique départemental.

Dans la même collection **SOCIAL**

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

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr