RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Drees
Statistique publique
de la santé et des solidarités

PANORAMAS
DE LA DREES
SOCIAL

L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées

Perte d'autonomie et handicap

ÉDITION 2025

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

PANORAMAS

L’aide sociale aux personnes âgées ou handicapées

Perte d’autonomie et handicap

ÉDITION 2025

L’aide sociale aux personnes âgées ou handicapées – Édition 2025

Sous la direction d’**Émilie Le Caignec**

Coordination et maquettage
Émilie Le Caignec

Rédaction
Julien Blasco, Audrey Farges, Émilie Le Caignec, Claudine Pirus, Marie Rey, Camille Schweitzer, Suzanne Scott

Directeur de la publication
Thomas Wanecq

Responsable d’édition
Valérie Bauer-Eubriet

Secrétaire de rédaction
Céline Roux

Remerciements
Les auteurs tiennent à remercier particulièrement les collectivités départementales pour leurs réponses à l’enquête Aide sociale.

Avant-propos

Cet ouvrage rassemble et synthétise les statistiques disponibles en 2025 sur l'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées en France, qui relève principalement des départements. Cette compétence est l'une des composantes de la protection sociale régies par le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

En s'appuyant principalement sur les résultats de l'enquête annuelle Aide sociale de la DREES menée auprès des départements, cet ouvrage s'intéresse aux tendances nationales récentes et au cours des vingt dernières années, concernant, d'une part, les bénéficiaires et, d'autre part, les dépenses associées. Les disparités départementales en matière d'aide sociale aux personnes âgées et handicapées sont également présentées.

Il décrit en outre les ressources des bénéficiaires de ces aides, leur lieu de résidence et leurs conditions de vie, en utilisant de nombreuses sources statistiques. Enfin, cet ouvrage présente des éléments sur les établissements accueillant ces personnes âgées ou handicapées, en mobilisant les enquêtes quadriennales que la DREES mène auprès de ces structures.

Sommaire

L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées – Édition 2025

Vue d'ensemble 8

Fiches thématiques 15

Fiche 01 • L'opinion des Français sur les politiques d'aides sociales aux personnes âgées ou handicapées....17

L'aide sociale aux personnes âgées

Fiche 02 • Les personnes âgées et leurs ressources....22
Fiche 03 • Les dispositifs d'aide sociale aux personnes âgées....28
Fiche 04 • La perte d'autonomie et les aidants des personnes âgées....32
Fiche 05 • L'aide sociale départementale aux personnes âgées....37
Fiche 06 • L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)....43
Fiche 07 • L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées (ASH)....51
Fiche 08 • Le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie....58
Fiche 09 • Les établissements d'hébergement pour personnes âgées....64

L'aide sociale aux personnes handicapées

Fiche 10.1 • Les adultes handicapés à domicile....73
Fiche 10.2 • Limitations des enfants vivant à domicile....77
Fiche 11 • Les dispositifs d'aide sociale aux personnes handicapées....79
Fiche 12 • Les ressources et les conditions de vie des personnes handicapées....83
Fiche 13 • L'aide sociale départementale aux personnes handicapées....90
Fiche 14 • La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)....97
Fiche 15 • Les aides sociales à l'accueil des personnes handicapées....104
Fiche 16 • Les établissements et services pour personnes handicapées....107

Annexes 117

Annexe 1 • Les sources statistiques....118
Annexe 2 • Glossaire....123

Vue d’ensemble

Fiches thématiques

Annexes

Vue d'ensemble

En 2023, les départements ont attribué 2,13 millions de mesures et de prestations aux personnes âgées ou handicapées. Les dépenses brutes des départements pour les aides aux personnes âgées et handicapées atteignent ainsi 19,1 milliards d'euros sur l'année. Elles sont en hausse de 5,8 % par rapport à 2022 (soit +0,9 % en euros constants).

En 2023, 1,50 million de prestations d'aide sociale départementale aux personnes âgées sont accordées en France métropolitaine et dans les DROM, hors Mayotte. En un an, le nombre d'aides aux personnes âgées augmente de 2,0 %, et les dépenses associées de 5,4 % pour atteindre 8,9 milliards d'euros.

En 2023, 632 900 prestations d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements, en hausse de 4,0 %. Les aides à domicile progressent de manière plus importante que les aides à l'accueil, ce en raison de l'augmentation de la prestation de compensation du handicap (PCH) et malgré un recul des aides ménagères et de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Les dépenses associées s'élèvent à 10,3 milliards d'euros pour l'année 2023, en croissance de 6,1 % sur un an.

En France, l'attribution des aides sociales aux personnes âgées et handicapées relève principalement des départements[1]. Cette compétence, définie par les lois de décentralisation, est retranscrite dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) et mise en œuvre à travers les schémas départementaux (schémas pour l'autonomie ou pour les solidarités notamment). Les politiques publiques de l'autonomie tendent à la convergence de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, historiquement distinctes. Ainsi, la cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie a été consacrée par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie[2]. Elle est pilotée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie du 8 avril 2024[3] renforce cette convergence en prévoyant notamment la mise en place d'un service public départemental de l'autonomie (SDPA) pour les personnes âgées et handicapées et les proches aidants. Ce « guichet unique », officiellement lancé en mai 2024, est conçu pour simplifier le parcours des usagers.

Les personnes handicapées ou en perte d'autonomie peuvent disposer d'aides sociales du département, qu'elles vivent à domicile ou qu'elles soient hébergées en établissement. Ces aides, qui relèvent du champ du handicap (survenu avant 60 ans) ou de la perte d'autonomie (concernant des personnes âgées de 60 ans ou plus), ont des finalités proches. Elles peuvent prendre en charge tout ou partie des dépenses liées au handicap ou à un hébergement spécifique. L'aide sociale départementale en faveur des personnes en situation de handicap comprend l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), progressivement remplacée par la prestation de compensation du handicap (PCH). Pour les personnes âgées de plus de 60 ans, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est destinée à couvrir des frais dus à leur perte d'autonomie. Les personnes éligibles aux deux aides, *i.e.* celles qui sont âgées de 60 ans ou plus dont le handicap a été reconnu avant 60 ans, peuvent opter pour l'une ou l'autre des prestations. À domicile, l'aide ménagère, pour les personnes handicapées, et l'allocation représentative de services ménagers, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, financent les interventions d'aide à la vie domestique (ménage, courses, entretien du linge, préparation des repas…).

Les personnes âgées et les personnes handicapées peuvent également bénéficier, sous conditions de ressources, d'un soutien à l'hébergement, qu'elles soient reçues ou logées en établissement, par des accueillants familiaux ou au sein d'un habitat accompagné, partagé et intégré dans la vie locale (API). Ainsi, l'aide sociale à l'accueil ou à l'héberge-

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

2 Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

3 Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

ment pour les personnes handicapées et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) pour les personnes âgées financent-elles tout ou partie des frais d'hébergement, l'ASH pouvant aussi rémunérer des accueillants familiaux. L'aide à la vie partagée (AVP) permet de payer la résidence dans un logement API à la fois aux personnes handicapées et aux personnes âgées (***fiches 3 et 11***).

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES, en 2024, sept personnes sur dix sont favorables à une prise en charge de la perte d'autonomie par l'État ou les pouvoirs publics (***fiche 1***).

En 2023, les départements ont attribué 2,13 millions d'aides aux personnes âgées ou handicapées. Les dépenses brutes des départements pour ces prestations atteignent 19,1 milliards d'euros sur l'ensemble de l'année 2023, 46 % pour les personnes âgées et 54 % pour les personnes handicapées. Elles sont en hausse de 5,8 % par rapport à l'année 2022 en euros courants (et de 0,9 % en euros constants[4]), portées principalement par l'augmentation des dépenses pour les personnes handicapées (72 % de la hausse).

Le nombre d'aides sociales aux personnes âgées poursuit sa hausse en 2023

Au 1er janvier 2024, 18,9 millions de personnes, soit 28 % de la population française, ont 60 ans ou plus, dont 7,0 millions ayant plus de 75 ans (***fiche 2***). À l'horizon de 2070, en France, 23,8 millions de personnes âgées seront âgées de 60 ans ou plus et 12,1 millions, de 75 ans ou plus.

En 2022, entre 1 % et 8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile sont en perte d'autonomie au sens d'une mesure synthétique de la perte d'autonomie (***fiche 4***). Les seniors vivant à domicile sont moins souvent en perte d'autonomie qu'en 2015, alors que la proportion de personnes âgées en établissement a elle aussi baissé.

Si, en 2022, le niveau de vie des seniors est proche de celui des personnes plus jeunes, celui des personnes âgées en restriction d'activité est plus souvent modeste. C'est ainsi que le taux de pauvreté des plus âgés atteint dans l'ensemble 11 %, contre 16 % pour les moins de 60 ans, mais il s'élève à 15 % parmi les seniors en restriction d'activité (***fiche 2***).

En 2021, les personnes âgées de 60 ans ou plus vivent pour 96 % d'entre elles à domicile (59 % sont en couple) et pour 4 % en communauté (la plupart en établissement). La part des personnes habitant en établissement ou vivant seules à domicile augmente avec l'âge. Par exemple, 13 % des 85 ans ou plus résident en établissement (***fiche 2***).

Fin 2023, 1,50 million de prestations ont été allouées par les départements aux personnes âgées en perte d'autonomie (*graphique 1*), dont 834 140 aides à domicile et 666 260 aides à l'accueil (***fiche 5***). Au total, le nombre d'aides allouées a progressé de 2,0 % par rapport à 2022. Cette hausse est légèrement plus marquée pour les aides à domicile (+2,6 %) que pour celles destinées à l'accueil en établissement (+1,2 %). La mise en place de l'APA en 2002 a entraîné des changements majeurs dans l'aide sociale aux personnes âgées. Ainsi, entre 2002 et 2023, le nombre moyen annuel d'aides à domicile aux personnes âgées a plus que doublé, tandis que celui des aides à l'accueil a été multiplié par 1,5. Les dépenses annuelles d'aide sociale aux personnes âgées, nettes[5] des différents recouvrements et récupérations et hors frais de personnels du département, augmentent de 5,4 % (en euros courants) en un an pour atteindre 8,9 milliards d'euros en 2023. Outre l'augmentation du nombre de bénéficiaires, la revalorisation des salaires des professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et la hausse du tarif national minimum de ces services expliquent la croissance soutenue des dépenses brutes[6] dans un contexte de résurgence de l'inflation.

L'APA représente plus de 91 % des aides sociales aux personnes âgées. Fin 2023, 1,36 million de personnes de 60 ans ou plus la perçoivent, soit 7,2 % des personnes âgées de 60 ans ou plus et 35 % des 85 ans ou plus (***fiche 6***). Le nombre de bénéficiaires de l'APA a connu une baisse inédite lors de la crise sanitaire en 2020 (-1,5 % entre 2019 et 2020) ; il croît de nouveau depuis (+0,9 % en 2021, +0,6 % en 2022, +2,1 % en 2023). Les dépenses associées s'élèvent à 7,1 milliards d'euros en 2023. Trois périodes se distinguent nettement quant à l'évolution des dépenses sur ces vingt années. Tout d'abord, entre 2003 et 2010, elles augmentent fortement en

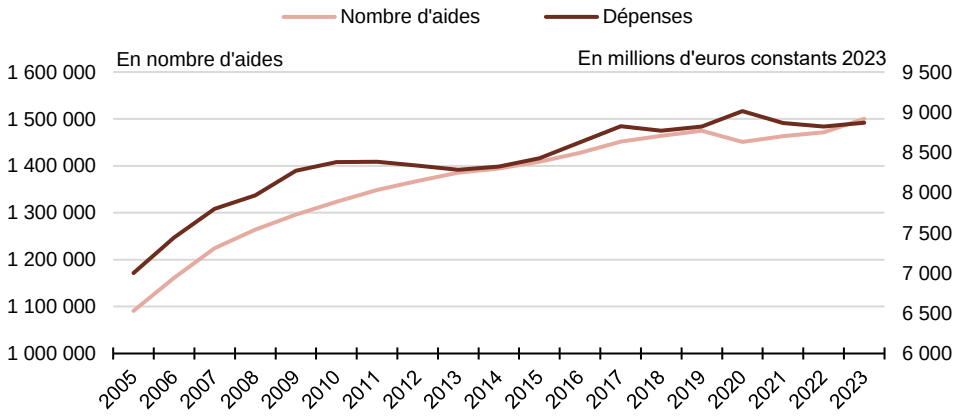
4 Tenant compte de l'inflation, les évolutions de dépenses en euros constants sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2023, cet indice a augmenté de 4,9 % en moyenne annuelle.

5 Les dépenses nettes sont estimées après déduction des récupérations et recouvrements, mais elles englobent les dépenses prises en charge par l'État par l'intermédiaire de la CNSA, du fonds de mobilisation départementale pour l'insertion (FMDI) et de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE).

6 Les dépenses brutes sont comptabilisées avant déduction des recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, des remboursements de participations et de prestations, et des récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires ou de leurs héritiers (hormis pour l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées pour laquelle les récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession sont déduites).

euros constants (+5,8 % par an en moyenne), ce encore plus nettement en établissement qu'à domicile. De 2010 à 2014, leur évolution globale est relativement stable, ce qui masque une baisse des dépenses d'APA à domicile et à l'inverse une croissance de celles en établissement. Depuis 2014, la croissance des dépenses d'APA se poursuit, mais à un rythme moins soutenu que durant la première période de montée en charge de l'allocation (+0,8 % par an en moyenne en euros constants).

Graphique 1 Évolution du nombre d'aides sociales en fin d'année et des dépenses d'aide sociale aux personnes âgées depuis 2005



Lecture > Fin 2023, le nombre d'aides sociales accordées aux personnes âgées est de 1,50 million. Les dépenses associées s'élèvent à 8,9 milliards d'euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Près de quatre bénéficiaires de l'APA sur dix résident en établissement en 2023

Quatre bénéficiaires de l'APA sur dix résident en établissement (***fiche 6***). L'APA en établissement est ainsi versée à 548 960 personnes âgées fin 2023 (+1,2 % par rapport à 2022). Les dépenses associées s'élèvent à 2,7 milliards d'euros (+4,1 % en euros courants par rapport à 2022). Parmi les bénéficiaires de l'APA en établissement, 57 % sont en perte d'autonomie sévère (évalués en groupe iso-ressources [GIR] 1 ou 2[7]). Fin 2023, six bénéficiaires de l'APA sur dix vivent à domicile (soit 815 800 bénéficiaires). C'est 2,7 % de plus que fin 2022. Les dépenses associées s'élèvent à 4,3 milliards d'euros (+4,1 % en euros courants par rapport à 2022). Les bénéficiaires de l'APA à domicile sont 20 % à être perte d'autonomie sévère, c'est-à-dire évalués en GIR 1 ou 2.

Au 31 décembre 2023, 10 400 structures médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées proposent 756 000 places d'accueil. Alors que les capacités d'accueil augmentaient depuis 2007, bien que moins rapidement après 2015, elles diminuent légèrement en 2023 (-0,8 %), et ce pour tous les types d'établissements. Entre 2019 et 2023, le nombre de personnes accueillies a diminué de 4,5 %, mais leur profil en 2023, en termes d'âge et de perte d'autonomie, est similaire à celui des résidents de 2019. Fin 2023, 85 % des résidents sont en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) [***fiche 9***].

Le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est largement couvert par des aides publiques. Le reste à charge pour les bénéficiaires de l'APA à domicile est ainsi estimé à 47 euros par mois en 2019, soit 2,5 % des ressources des bénéficiaires ; il croît avec le revenu et le niveau de perte d'autonomie (***fiche 8***).

7 La grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique et groupe 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 la prestation 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 GIR, des pertes d'autonomies les plus sévères (GIR 1) aux besoins d'aide ponctuels pour les activités domestiques (GIR 6). À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Par convention, on parle de « personnes en perte d'autonomie » pour les personnes relevant des GIR 1 à 4, qui sont celles éligibles à l'APA.

Cependant, 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. Plus précisément, certaines personnes âgées, parmi les plus modestes d'entre elles, voient leurs frais de séjour en partie couverts par l'aide sociale à l'hébergement (ASH), cumulée avec l'APA. Fin 2023, 115 900 personnes de 60 ans ou plus bénéficient de l'ASH au titre d'un hébergement en établissement, pour une dépense nette des récupérations associées de 1,2 milliard d'euros sur l'ensemble de l'année (***fiche 7***). Entre 2000 et 2011, les dépenses d'ASH ont augmenté en moyenne de 1,2 % par an en euros constants par an (+3,0 % en euros courants). Ces dépenses baissent tendanciellement depuis, que ce soit en euros courants ou constants (de respectivement -0,1 % et -1,7 % par an en moyenne entre 2011 et 2023).

Un niveau de vie plus faible pour les personnes handicapées

En 2022, en France métropolitaine, 15 % des enfants de 5 à 14 ans ont une limitation fonctionnelle sévère et 2 % ont de fortes restrictions dans les activités du quotidien. Par ailleurs, 28 % des personnes de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire ont au moins une limitation fonctionnelle importante (***fiches 10.1 et 10.2***).

Les personnes handicapées peuvent accéder à différentes prestations, liées à leur situation et à leur âge (allocation aux adultes handicapés [AAH], pension d'invalidité, etc.). Malgré ces prestations, leur niveau de vie est en moyenne plus faible que celui des personnes non handicapées (***fiche 12***). En effet, en 2022, 60 % des personnes handicapées de moins de 60 ans vivent dans un ménage dit modeste[8], contre 37 % de celles ne l'étant pas. De même, 26 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans vivent sous le seuil de pauvreté[9], contre 14 % des personnes du même âge sans handicap. Au-delà de la pauvreté monétaire, la pauvreté en conditions de vie, estimée par les privations ou le renoncement à certains biens de consommation, services ou équipements, concerne 35 % des personnes handicapées de 16 ans à moins de 65 ans, contre 14 % dans l'ensemble de la population du même âge sans handicap.

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

Fin 2023, 633 000 prestations d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements (472 100 aides à domicile[10] et 160 900 aides à l'accueil) pour une dépense annuelle de 9,3 milliards d'euros. Au total, le nombre d'aides a progressé de 4,0 % par rapport à 2022. Cette hausse est plus marquée pour les aides à domicile (+5,2 %) que pour celles à l'accueil en établissement (+1,0 %). 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). Les départements contribuent également à l'hébergement de jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés et distribuent des participations à des actions menées par d'autres collectivités ou organisations, en matière de prévention notamment et des subventions de fonctionnement à destination d'associations, de communes ou intercommunalités ou d'organismes de droit privé œuvrant pour les personnes en situation de handicap (***fiche 13***). En les incluant, les dépenses brutes globales s'élèvent à 10,3 milliards d'euros pour l'année 2023.

Entre 2005 et 2023, l'aide sociale départementale aux personnes handicapées s'est fortement développée : le nombre de prestations a été multiplié par 2,4 (*graphique 2*). Cette hausse s'explique par l'élargissement de la prise en compte des conséquences du handicap et la mise en place de la PCH en 2006 (loi du 11 février 2005), ainsi que par l'accroissement du nombre d'aides à l'accueil, dû en partie au fort développement de l'offre d'accueil en établissements et de services médico-sociaux.

Le nombre de bénéficiaires de la PCH s'accroît encore en 2023 (***fiche 14***) : il s'établit à 407 200 personnes, soit +6,5 % par rapport à 2022, ce qui peut en partie s'expliquer par la meilleure prise en charge des handicaps psychiques ou cognitifs. Les dépenses afférentes atteignent 3,0 milliards en 2023, progressant en un an de 10,4 % en euros courants (et de +5,2 % en euros constants). Cette hausse s'explique par celle du nombre de bénéficiaires mais aussi par la revalorisation du tarif plancher pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, la montée en charge de la PCH parentalité ainsi que la prise en compte en année pleine du financement des revalorisations salariales pour les professionnels dans les services d'aide à domicile.

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

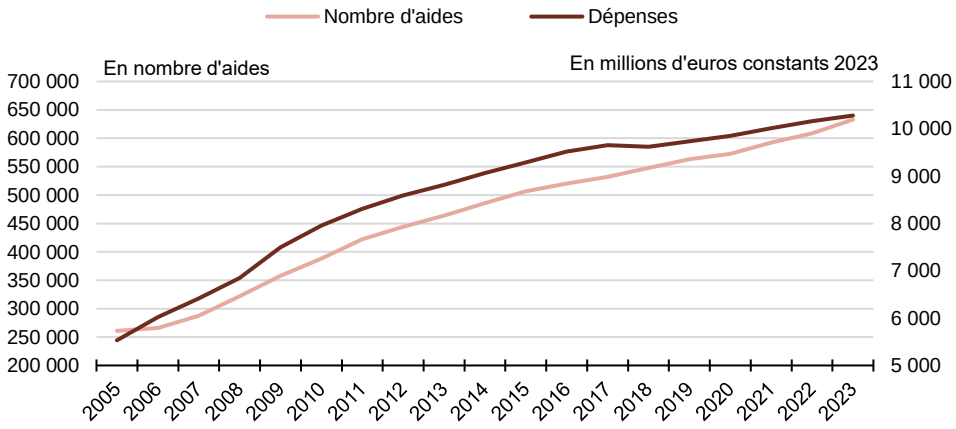
9 C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.

10 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.

Fin 2023, 160 900 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement ou chez des particuliers (***fiche 15***), pour une dépenses annuelle associée de 5,8 milliards d'euros. Ces aides à l'accueil représentent 25 % du nombre moyen d'aides sociales aux personnes handicapées[11] et 63 % des dépenses[12]. En moyenne, la dépense brute par bénéficiaire est ainsi cinq fois plus importante pour les aides à l'accueil que pour celles à domicile : 3 045 euros[13] par mois et par bénéficiaire accueilli, contre 610 euros par bénéficiaire d'une aide à domicile.

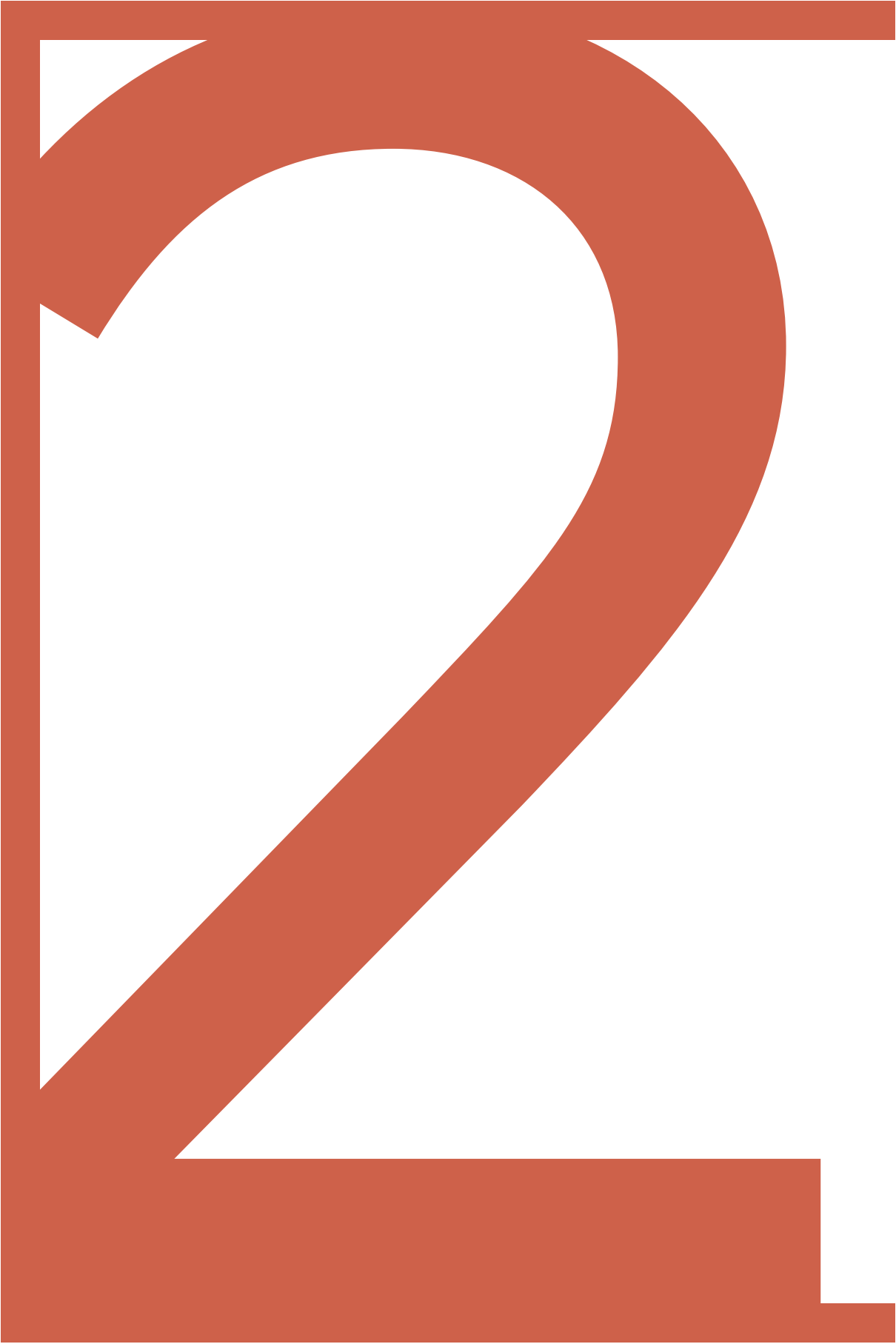
Au 31 décembre 2022, les structures médico-sociales qui accompagnent les personnes handicapées proposent 531 000 places. Cette offre a augmenté de 30 % depuis 2006, portée par le développement des services (***fiche 16***). ■

Graphique 2 Évolution du nombre d'aides sociales en fin d'année et des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées depuis 2005



Lecture > Fin 2023, le nombre d'aides sociales accordées aux personnes handicapées est de 632 900. Les dépenses associées s'élèvent à 10,3 milliards d'euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

11 Calculé comme la moyenne entre le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2022 et celui au 31 décembre 2023. Outre la PCH et l'ACTP, les aides à domicile comprennent des aides ménagères.
12 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 autres dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées, dont diverses participations et subventions.
13 Pour calculer les dépenses moyennes par bénéficiaires, est pris en compte le nombre moyen de bénéficiaires sur l'année, qui correspond à la demi-somme du nombre de bénéficiaires en fin d'année *n*-1 et en fin d'année *n*.



Vue d’ensemble

Fiches thématiques

Annexes

01 L'opinion des Français sur les politiques d'aides sociales aux personnes âgées ou handicapées

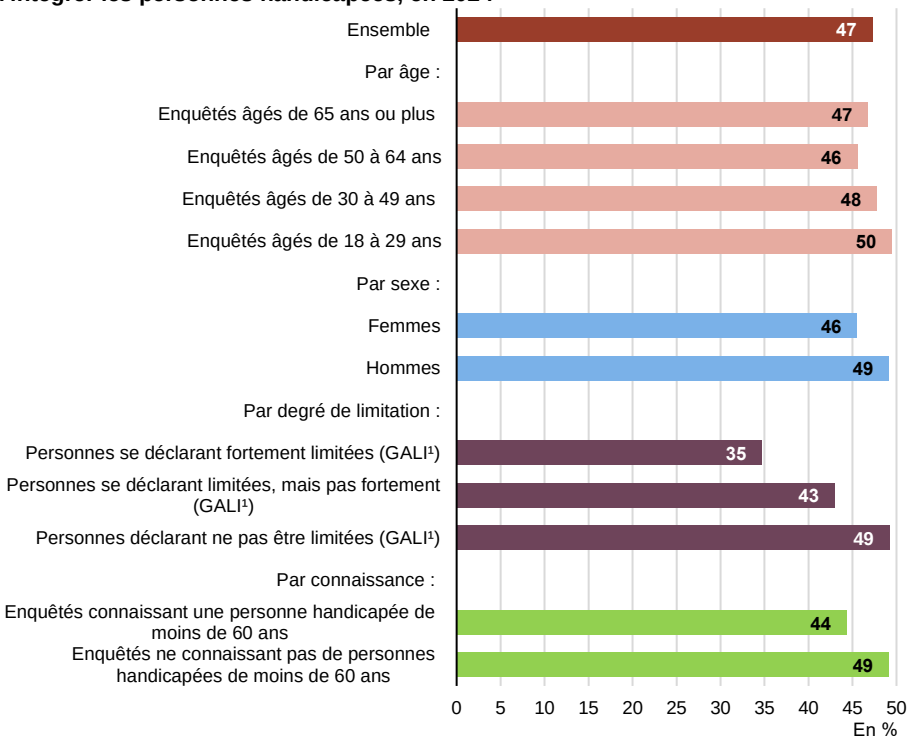
Les Français soutiennent massivement les transferts publics en direction des personnes les plus vulnérables. Une forte majorité d'entre elles approuvent aussi le principe d'un minimum social plus élevé que le RSA pour les personnes en situation de handicap. Sept personnes sur dix sont par ailleurs favorables 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 personnes résidant en France métropolitaine aux politiques d'aide en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes.

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

En 2024, 47 % des personnes résidant en France métropolitaine estiment que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées (*graphique 1*). Cette opinion, majoritaire de 2019 à 2023, a connu une baisse de 4 points de pourcentage entre 2023 et 2024. Durant la période 2014-2018, elle était partagée par environ 45% de la population. Cette opinion est un peu plus partagée par les hommes (49 %) que par les femmes (46 %).

Graphique 1 Enquêtés en accord avec le fait que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées, en 2024



1. Le GALI (Global Activity Limitation Indicator ou indicateur de limitation d'activité générale), permet de dénombrer les personnes se déclarant limitées (fortement ou pas) depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement.
Lecture > En 2024, 46 % des femmes pensent que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées.
Champ > Personnes résidant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du champ du graphique. Elles représentent moins de 3 % des répondants, sauf pour les moins de 30 ans (3,7 %).
Source > DREES, Baromètre d'opinion 2024.

Par ailleurs, les plus jeunes sont légèrement plus nombreux à approuver cette assertion : 50 % des jeunes adultes de moins de 30 ans[1] sont en accord avec le fait que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées tandis que l'opinion des personnes de 30 ans ou plus se rapproche davantage de la valeur moyenne (47 %). Parmi les personnes se déclarant limitées depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement[2], 41 % partagent cette opinion (35 % pour les personnes se déclarant « fortement limitées » et 43 % pour les personnes « limitées mais pas fortement »), contre 49 % parmi celles déclarant ne pas être limitées.

Les personnes résidant en France métropolitaine sont très nombreuses à se prononcer en faveur d'une intervention publique spécifique à l'égard des personnes handicapées. En 2023, 86 % 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 14 % estiment que les minima sociaux devraient être les mêmes pour tous, que l'on soit handicapé ou non. De fait, il existe aujourd'hui une prestation de solidarité spécifique : l'allocation aux adultes handicapés (AAH)[3]. En 2024, son montant maximal est de 1 016 euros par mois pour une personne seule et sans ressources. Il est supérieur à la plupart des minima sociaux, comme le RSA (636 euros) et il est comparable à celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) [1 012 euros en 2024], aussi qualifiée de « minimum vieillesse ».

Les personnes résidant en France métropolitaine sont majoritairement favorables à une attribution des aides aux personnes handicapées, sans condition de ressources. En 2023, deux tiers des enquêtés estiment que les aides devraient être versées à toutes les personnes en situation de handicap, quels que soient leurs revenus[4], tandis qu'un tiers d'entre eux préféreraient que les aides financières, pour compenser les surcoûts liés au handicap, soient réservées à ceux qui disposent de faibles revenus. L'universalité des prestations liées au handicap est de plus en plus soutenue dans la société française, quelle que soit la catégorie d'âge : dix ans plus tôt, moins de 40 % adhéraient à cette opinion.

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

Depuis 2021, les enquêtés sont interrogés sur leur opinion quant à la « déconjugalisation » de l'AAH[5] qui consiste, pour les personnes en couple, à ne plus prendre en compte les revenus du conjoint dans le calcul des droits à l'allocation. Si un tiers d'entre eux considère que, pour une personne handicapée vivant en couple, le montant de l'allocation doit être modulé en fonction de l'ensemble des revenus du ménage, les deux tiers estiment qu'il doit tenir compte uniquement de ses ressources propres. 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 plus nombreux que les non-bénéficiaires à soutenir la « déconjugalisation » de l'allocation (77 % contre 67 %).

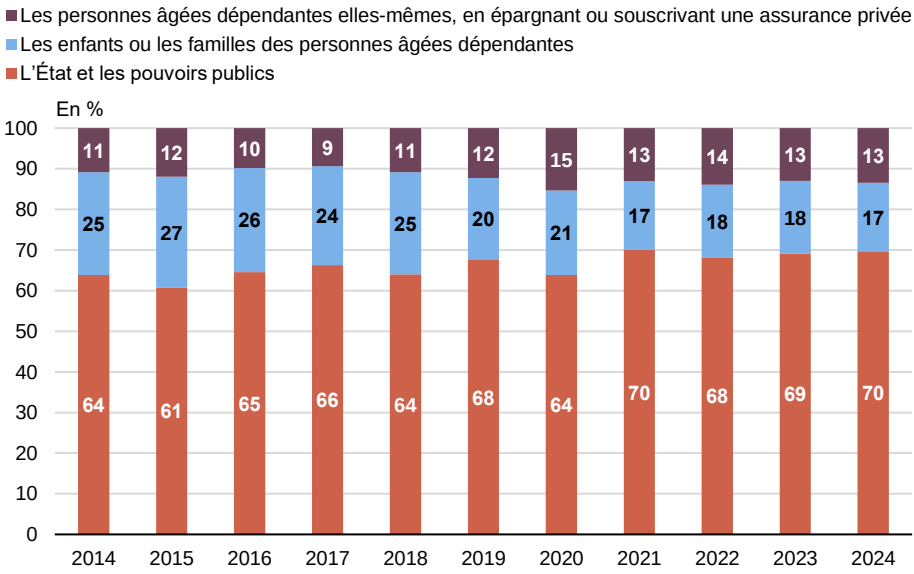
Sept personnes sur dix pensent que l'État et les pouvoirs publics doivent financer la perte d'autonomie

En 2024, 70 % des personnes résidant en France métropolitaine 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 personnes interrogées qui considèrent que la prise en charge financière devrait revenir aux enfants et à la famille a surtout baissé entre 2018 et 2021 (- 8 points de pourcentage). Parallèlement, la part de celles favorables à une prise en charge par l'État et les pouvoirs publics a augmenté, notamment entre 2020 et 2021 (+6 points). Depuis 2021, ces deux proportions sont restées stables. (*graphique 2*). Cette stabilisation concerne toutes les catégories d'âge, hormis celle des 18-25 ans, chez qui la proportion de ceux qui se prononcent en faveur d'une prise en charge étatique baisse fortement entre 2021 et 2023 puis augmente et

1 Parmi les moins de 30 ans, 3,9 % ne se prononcent pas sur cette question. Ces personnes n'ont pas été prises en compte dans l'analyse.
2 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 2024, dans le Baromètre d'opinion, 17 % des enquêtés se déclarent limités, mais pas fortement, et 6 % fortement limités.
3 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.
4 Il n'est pas précisé dans la question à partir de quel seuil cette aide pourrait être réduite.
5 Depuis le 1er octobre 2023, les revenus du conjoint ne sont plus pris en compte dans le calcul de la base ressources de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

s'élève en 2024 à 68 %. Cette opinion est partagée autant par les femmes que par les hommes et légèrement moins par les jeunes de moins de 35 ans (68 %) que par les personnes plus âgées (71 %). Quant aux personnes les plus aisées résidant en France métropolitaine, elles sont moins nombreuses à soutenir cette opinion. Elles sont six sur dix à le penser parmi les 20 % ayant le niveau de vie le plus élevé, contre plus de sept sur dix dans le reste de la population. Par ailleurs, les plus aisés estiment deux fois plus souvent que les personnes âgées devraient assumer leur prise en charge elles-mêmes (22 %, contre 12 % pour le reste de la population). Les personnes interrogées déclarant apporter une aide régulière et bénévole à une personne âgée dépendante sont un peu plus favorables à une prise en charge par l'État et les pouvoirs publics que celles n'en apportant pas (73 % contre 69 %).

Graphique 2 Opinion des enquêtés quant aux acteurs devant prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes depuis 2014



Lecture > En 2024, 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 résidant 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 2014-2024.

En 2023, 26 % des personnes résidant en France métropolitaine se prononcent en faveur de la création, pour tous, d'une cotisation obligatoire spécifique au financement de la perte d'autonomie et 20 % en faveur d'une cotisation obligatoire mais à partir d'un certain âge. La part des personnes interrogées favorables à une cotisation obligatoire pour tous a baissé progressivement depuis 2011 (- 10 points de pourcentage). À l'inverse, 54 % des personnes 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 que ceux n'apportant pas d'aide régulière (49 % contre 45 %). Cette opinion ne varie pas significativement en fonction de l'âge, à ceci près que les moins de 25 ans optent moins souvent que leurs aînés pour une cotisation obligatoire pour tous acquittée quel que soit l'âge (21 % contre 26 %). 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 2023, 53 % des personnes interrogées préféreraient que l'aide financière apportée aux personnes âgées dépendantes soit réservée à celles disposant de faibles revenus et 47 % que cette aide soit au contraire universelle, c'est-à-dire sans condition de ressources. Bien qu'elle soit en forte hausse depuis 2013 (+22 points de pourcentage), la proportion de personnes résidant en France métropolitaine en faveur d'une aide universelle pour les personnes âgées dépendantes reste cependant bien inférieure à la part de celles en faveur d'une aide universelle aux personnes handicapées, soit deux tiers des enquêtés. Par

ailleurs, cette hausse s'accentue avec l'âge : elle est de 18 points de pourcentage parmi les moins de 25 ans, de 21 points parmi les 25-49 ans et de 25 points parmi les 50 ans ou plus. Dans la pratique, la prise en charge publique de la perte d'autonomie en France passe principalement par le versement d'une prestation en nature aux personnes de 60 ans ou plus, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

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. ■

Encadré 1 Le baromètre d'opinion de la DREES

Le Baromètre d'opinion de la DREES suit chaque année, depuis 2000, l'évolution de l'opinion des personnes résidant en France métropolitaine sur leur santé, sur la protection sociale dans l'ensemble de ses dimensions (assurance maladie, retraite, famille, handicap, dépendance, solidarité, lutte contre la pauvreté et l'exclusion) ainsi que sur les inégalités et la cohésion sociale (depuis 2014). Le caractère annuel et l'ancienneté de ce Baromètre en font un outil de suivi conjoncturel de référence pour appréhender le contexte social et l'évolution des opinions sur les politiques dont les ministères sociaux ont la charge.

Cette enquête est réalisée annuellement par l'institut BVA (depuis 2004) auprès d'un échantillon de 4 000 personnes, hormis de 2014 à 2019, période durant laquelle 3 000 personnes ont été interrogées. Elle se déroule en face à face auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 18 ans ou plus résidant en France métropolitaine, construit selon la méthode des quotas, par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération. Pour cette 24e vague, l'enquête s'est déroulée du 14 octobre au 20 décembre 2024.
Les réponses à une enquête d'opinion sont particulièrement sensibles à la formulation des questions ou à leur place dans le questionnaire. Ces enquêtes permettent des comparaisons entre sous-catégories (selon le revenu, l'âge, etc.) ou dans la durée. Les plus petites variations (de l'ordre de 1 ou 2 points de pourcentage) ne sont statistiquement pas significatives

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. Ce type d'enquêtes 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.
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.

Pour en savoir plus

> Le questionnaire du Baromètre d'opinion de la DREES et ses résultats depuis 2000 sont disponibles en datavisualisation sur : http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Barometre-DREES

> **Antunez, K**. (2020, mai). Les Français souhaitent une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie des personnes âgées. DREES, *Études et Résultats*, 1148.

> **Blavet, T**. (2023, février). 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021. DREES, *Études et Résultats*, 1255.

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

L’aide sociale aux personnes âgées

02 Les personnes âgées et leurs ressources

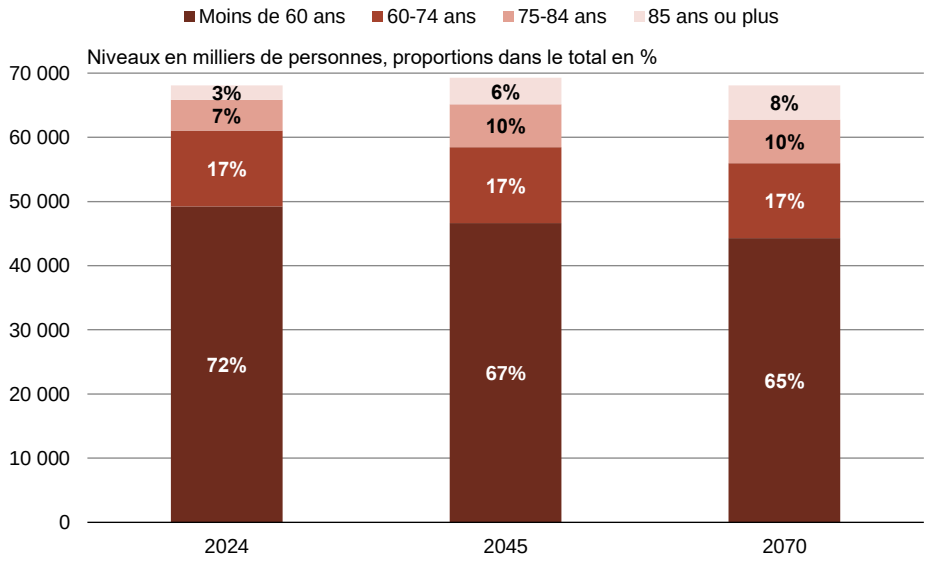
Au 1er janvier 2024, 28 % de la population française a 60 ans ou plus, une proportion qui devrait atteindre 35 % en 2070. Cette progression serait entièrement due à celle de la part des 75 ans et plus. Si, en 2022, le niveau de vie des seniors est, en moyenne, légèrement plus élevé que celui des personnes plus jeunes, celui des personnes âgées handicapées ou en perte d'autonomie est plus souvent modeste. En particulier, le taux de pauvreté des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile est en moyenne de 11 %, contre 16 % pour les moins de 60 ans. Il s'élève à 15 % parmi les seniors handicapés ou en perte d'autonomie.

Au 1er janvier 2024, 18,9 millions de personnes ont 60 ans ou plus en France, soit plus d'un quart de la population. Parmi elles, 37 % ont 75 ans ou plus (7,0 millions) et 12 % ont 85 ans ou plus (2,3 millions).

Une part croissante de la population âgée de 75 ans ou plus

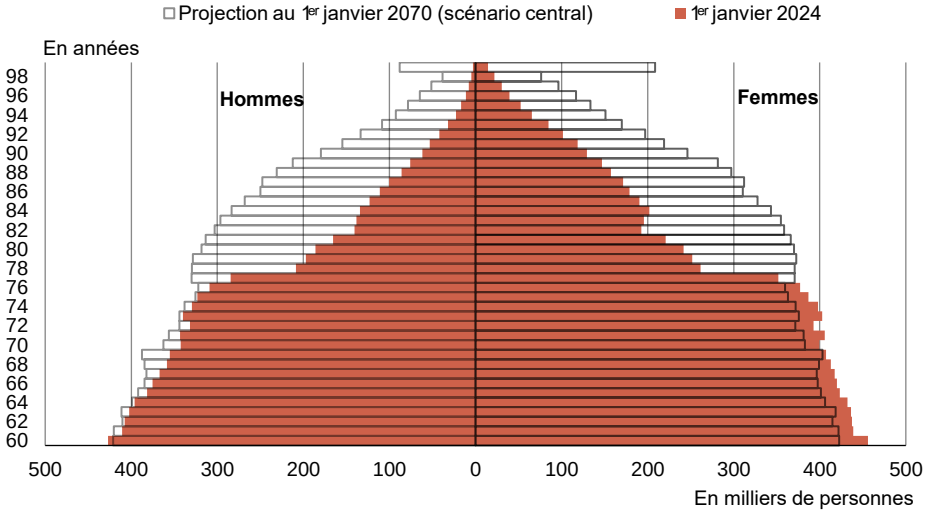
Les projections de population réalisées par l'Insee prévoient une hausse du nombre de personnes de plus de 60 ans. Selon le scénario central de projection, elles seraient 22,6 millions en 2045 et 23,8 millions en 2070 (*graphique 1*). Leur part dans l'ensemble de la population augmenterait de 28 % en 2024 à 33 % en 2045, puis 35 % en 2070. Cela proviendrait uniquement de l'augmentation de la proportion des plus âgés : en 2070, 18 % de la population serait âgée d'au moins 75 ans (12,1 millions de personnes), contre 10 % en 2024. Début 2024, 55 % des personnes de 60 ans ou plus sont des femmes (*graphique 2*). La part des femmes augmente avec l'âge : elle est de 53 % parmi les 60 à 74 ans et de 60 % parmi les 75 ans ou plus.

Graphique 1 Répartition par âge et par sexe de la population, aux 1ers janvier 2024, 2045 et 2070



Lecture > Au 1er janvier 2024, 49,2 millions de personnes ont moins de 60 ans, soit 72 % de la population.
Champ > France.
Sources > Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024) ; Insee, Omphale 2022.

Graphique 2 **Pyramide des âges des personnes de 60 ans ou plus, aux 1ers janvier 2024 et 2070**



Champ > France.
Sources > Insee, estimation provisoire de population au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024) ; Insee, Omphale 2022.

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

Au 1er janvier 2021, 59 % des Français âgés de 60 ans ou plus vivent en couple à domicile, avec ou sans enfant, 6 % avec d'autres personnes que leur conjoint (y compris leurs enfants), et 31 % vivent seuls (*tableau 1*). Au total, ils sont 96 % à vivre en logement ordinaire[1]. Ces proportions varient logiquement avec l'âge. Si la vie en couple à domicile est le mode de cohabitation majoritaire jusqu'à 84 ans, il devient ensuite de moins en moins fréquent. En effet, les personnes les plus âgées vivent plus fréquemment en établissement (13 % après 85 ans) ou seules à leur domicile (46 % entre 85 et 95 ans). La part de celles vivant à domicile avec d'autres personnes qu'un conjoint, généralement un enfant, est légèrement plus haute aux âges les plus élevés (plus de 9 % à partir de 90 ans).

Un niveau de vie plus faible pour les seniors en restriction d'activité

À domicile, le revenu[2] des ménages dont au moins un des membres a 60 ans ou plus diffère selon qu'ils comptent ou non un senior en situation de handicap ou de restriction d'activité[3] (*tableau 2*). Ainsi, en 2022[4], les revenus de remplacement (essentiellement les pensions de retraite) et les pensions alimentaires représentent 70 % du revenu disponible des ménages comptant un ou plusieurs seniors quand ceux-ci ne sont pas en situation de handicap ou de perte d'autonomie (au sens du GALI, voir note du tableau 2), et 78 % quand au moins un senior du ménage est dans cette situation (82 % des ménages comptant un senior hors situation de handicap ou de perte d'autonomie sont dans ce cas). Ces derniers ménages sont moins nombreux, en proportion (23 % contre 32 %), à percevoir des revenus d'activité, qui représentent 19 % de leur revenu disponible en moyenne, contre 33 % de celui des ménages dont le ou les seniors ne sont pas handicapés ou en perte d'autonomie. À l'inverse, le poids des prestations sociales non contributives dans le revenu disponible est plus élevé (5,6 %) dans les ménages composés d'au moins une personne de 60 ans ou plus en situation de handicap ou de perte d'autonomie que dans le reste des ménages comptant au moins un senior (2,0 %). En 2022, en raison des

1 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-abri sont considérés comme vivant hors logement ordinaire.
2 Le revenu disponible d'un ménage comprend 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.
4 Les données de l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2023 ne sont pas disponibles au moment de la rédaction de cet ouvrage. C'est donc l'ERFS 2022 qui est exploitée ici.

aides exceptionnelles liées à l'inflation, une grande majorité de ces ménages a perçu au moins une prestation sociale non contributive (89 % pour les premiers, et 77 % pour les seconds).

Le niveau de vie médian des personnes âgées de 60 ans ou plus est très proche de celui des personnes de moins de 60 ans (2 031 euros par mois contre 2 025 euros). La part de personnes dites « modestes », c'est-à-dire dont le niveau de vie les places dans les 40 % les moins aisés de la population, est également similaire pour les moins de 60 ans et pour leurs aînés (40 % contre 39 %) [*graphique 3*]. En revanche, les personnes de 60 ans ou plus vivent moins fréquemment sous le seuil de pauvreté : c'est le cas de 11 % d'entre elles, contre 16 % de celles de moins de 60 ans. Cela est notamment dû à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) qui, combinée aux allocations logement, garantit dans de nombreux cas un revenu au-dessus du seuil de pauvreté. Par ailleurs, le niveau de vie est calculé en rapportant le montant des revenus du ménage, net d'impôts, au nombre « d'unités de consommation » dans le ménage. Or, si le revenu des ménages de personnes de 60 ans ou plus est en moyenne plus bas que celui des autres ménages, cela est compensé par leur plus faible nombre d'unités de consommation, car ils ont très rarement des enfants à charge. Au total, leur niveau de vie est ainsi proche de celui du reste de la population.

En distinguant les 60 ans ou plus selon leur restriction d'activité, le constat diffère : la part de personnes modestes est de 49 % parmi celles avec des restrictions d'activité, contre 36 % parmi celles sans ces restrictions, et les taux de pauvreté sont respectivement de 15 % et 9,9 %. Ces différences sont aggravées par les coûts supplémentaires liés au handicap, qui ne sont pas pris en compte dans la mesure du niveau de vie (Blavet, 2024)[1]. Les personnes de 60 ans ou plus en restriction d'activité sont ainsi nettement plus fréquemment modestes que l'ensemble des personnes de moins de 60 ans (avec ou sans handicap). Elles sont en revanche un peu moins souvent pauvres. L'écart de niveau de vie moyen selon la situation d'autonomie au sein des personnes de 60 ans ou plus est pour partie lié à l'âge. En effet, les seniors en restriction d'activité sont en majorité les plus âgés et appartiennent aux générations plus anciennes, dont les retraites sont plus faibles. ■

Tableau 1 Répartition par âge et mode de cohabitation des personnes de 60 ans ou plus, au 1er janvier 2021

		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)		**731**	**5 513**	**10 640**	**1 083**	**17 968**	**–**
Part dans la population (en %)	**Ensemble des 60 ans ou plus**	**4**	**31**	**59**	**6**	**100**	**100**
	de 60 à 64 ans	1	25	68	7	100	**23**
	de 65 à 69 ans	1	26	67	5	100	**22**
	de 70 à 74 ans	2	28	65	5	100	**19**
	de 75 à 79 ans	3	32	60	5	100	**13**
	de 80 à 84 ans	5	38	50	7	100	**10**
	de 85 à 89 ans	12	45	35	8	100	**8**
	de 90 à 94 ans	25	47	19	9	100	**4**
	95 ans ou plus	42	40	8	10	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-abri sont considérés comme vivant hors logement ordinaire.
Lecture > Au 1er janvier 2021, 4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent hors logement ordinaire. 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 2021 exploitation complémentaire.

1 Le surcoût lié au handicap est cependant encore plus important pour les moins de 60 ans.

Tableau 2 Décomposition du revenu disponible des ménages comptant au moins un senior, en 2022

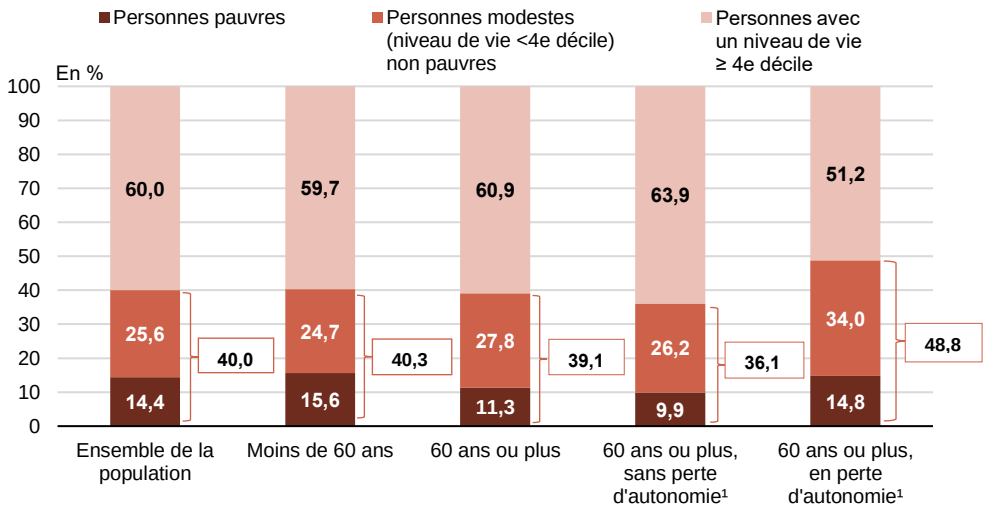
En %

Composantes du revenu disponible	Répartition du revenu disponible		Part des ménages percevant un revenu de ce type	
	Ménages avec au moins un sénior mais hors situation de handicap ou de restriction d'activité	Ménages avec au moins un sénior en situation de handicap ou de restriction d'activité	Ménages avec au moins un sénior mais hors situation de handicap ou de restriction d'activité	Ménages avec au moins un sénior en situation de handicap ou de restriction d'activité
Revenus d'activité[1]	**33,2**	**18,7**	**32,4**	**22,9**
Salaires	28,7	17,8	29,8	21,3
Revenus d'indépendants	4,5	1,0	5,5	2,7
Revenus de remplacement et pensions alimentaires[1]	**70,2**	**78,1**	**92,4**	**92,6**
Chômage et préretraites	1,4	1,1	6,4	6,4
Pensions d'invalidité	0,3	1,6	1,6	5,2
Retraites et pensions alimentaires	68,4	75,4	89,9	90,7
Revenus du patrimoine	**13,9**	**8,7**	**88,3**	**85,9**
Impôts directs[2]	**-19,4**	**-11,2**	**99,8**	**99,5**
Prestations sociales non contributives[3]	**2,0**	**5,6**	**77,3**	**89,0**
Prestations familiales[4]	0,2	0,1	1,9	1,6
Allocations logement	0,4	1,0	8,9	16,2
Minima sociaux[5]	1,0	3,9	7,4	16,4
Aides exceptionnelles liées à l'inflation[6]	0,3	0,5	76,8	88,8
Prime d'activité	0,2	0,2	5,0	4,6
Ensemble	**100**	**100**	**100**	**100**
Revenu disponible mensuel médian des ménages (en euros)	**2 114**	**1 894**	**–**	**–**
Niveau de vie mensuel moyen des personnes (en euros)	**2 518**	**2 043**	**–**	**–**

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 2022.
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.
6. Ces aides exceptionnelles comprennent l'indemnité inflation, versée entre décembre 2021 et février 2022, et la prime exceptionnelle de rentrée, versée à l'automne 2022.

Note > 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 » (indicateur GALI). Une personne est ici considérée comme senior lorsqu'elle est âgée de 60 ans ou plus. Les indicateurs de ce tableau sont calculés sur un sous-échantillon de l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS), pour lequel l'indicateur GALI est disponible. Ils ne sont donc pas directement comparables aux données en population générale.
Lecture > En 2022, pour les ménages dont au moins un des membres est âgé de 60 ans ou plus et présente un handicap ou est en restriction d'activité, la part des prestations sociales non contributives dans le revenu disponible est de 5,6 %. 89,0 % 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.
Source > Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2022.

Graphique 3 Répartition des personnes selon leur niveau de vie, en 2022



1. Ces indicateurs sont calculés sur un sous-échantillon de l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS), pour lequel l'indicateur GALI est disponible. Le taux de pauvreté des personnes de 60 ans ou plus y diffère de celui dans l'ensemble de l'ERFS : 10,8 % contre 11,1 %.

Note > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation. Le 4e décile (D4) est la valeur 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 4e 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 2022, 14,4 % de la population est pauvre et 25,6 % 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.

Source > Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2022.

Encadré 1 Le niveau de vie des seniors en institution en 2016

Les enquêtes Capacité, aides et ressources (CARE), réalisées par la DREES, portent sur les seniors vivant en institution (CARE-Institutions) ou dans un ménage ordinaire (CARE-Ménages). L'enquête CARE-Institutions a été réalisée de septembre à décembre 2016. Elle se concentre sur 3 300 seniors répartis dans 700 établissements pour personnes âgées. Le champ de l'enquête est constitué des personnes âgées de 60 ans ou plus hébergées de façon permanente dans les établissements pour personnes âgées de France métropolitaine, à savoir : les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les maisons de retraite non Ehpad et les unités de soins de longue durée (USLD). Ce champ représente l'essentiel des structures hébergeant des personnes âgées. Les seniors de l'enquête ont été recherchés dans les données fiscales et sociales de l'Insee. En 2016, selon l'enquête CARE-Institutions appariée aux données sociofiscales, la moitié des seniors vivant en institution ont un niveau de vie inférieur à 1 400 euros par mois. Parmi les seniors qui ne sont pas en couple, les personnes veuves sont dans une situation plus favorable que celles qui sont célibataires, divorcées ou séparées. La moitié des personnes seules et non veuves ont un niveau de vie inférieur à 1 150 euros par mois, alors que la moitié des personnes veuves ont un niveau de vie inférieur à 1 510 euros par mois. Toutefois, le niveau de vie des veuves, qui représentent plus de la moitié des seniors en institutions, est bien en deçà de celui des veufs. La moitié d'entre elles ont moins de 1 440 euros par mois, contre moins de 1 850 euros pour les veufs. Par ailleurs, le niveau de vie médian des seniors en couple est un peu plus faible que celui des femmes veuves. 97 % des seniors vivant en établissement ont une pension de retraite. La proportion est de 100 % parmi les veufs et les veuves, probablement grâce aux pensions de réversion. La proportion est moindre parmi les personnes seules non veuves (89 % des hommes et 92 % des femmes). Elles perçoivent plus souvent des prestations et des minima sociaux que l'ensemble des seniors vivant en institution : 6 % d'entre elles sont bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et 30 % touchent l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). Les proportions ne sont que de 2 % et de 12 % parmi l'ensemble des seniors vivant en institution. 77 % des seniors en institution ont des revenus issus d'un patrimoine, mais il existe de fortes disparités selon les situations matrimoniales. Ainsi, 87 % des couples et 85 % des veufs en déclarent, alors que la proportion est de 65 % chez les personnes seules non veuves.

Pour en savoir plus

> **Blavet, T.** (2024, mai). Comment prendre en compte le coût supplémentaire lié au handicap dans la mesure du niveau de vie des ménages en France ? Insee, *Économie et Statistique*, 542.

> **Boneschi, S., Esteban, L.** (2023, avril). La moitié des seniors en institution a un niveau de vie compris entre 1 100 et 1 900 euros par mois. DREES, *Études et Résultats*, 1264.

> **Cabannes, P.-Y., Echegu, O. (dir.)** (2024, octobre). *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panorama de la DREES-Social.

> **Guillaneuf, J., Picard, S., Rousset, A.** (2023, mars). Après 75 ans, des niveaux de vie moins élevés mais un taux de pauvreté inférieur à la moyenne de la population. Insee, *Insee Première*, 1940.

> **Pen, L., Rousset, A.** (2024, juillet). Niveau de vie et pauvreté en 2022. Des niveaux de vie et un taux de pauvreté stables malgré une inflation élevée. Insee, *Insee Première*, 2004.

> **Rieg, C., Rousset, A.** (2025, juillet). Niveau de vie et pauvreté en 2023. Taux de pauvreté et inégalités s'accroissent fortement. Insee, *Insee Première*, 2063.

> **Roy, D**. (2023, février). Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 104.

03 Les dispositifs d'aide sociale aux personnes âgées

L'aide sociale départementale aux personnes âgées comprend plusieurs prestations : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'allocation représentative de services ménagers ou aide-ménagère, 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 l'article L. 113-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : « Toute personne âgée de soixante-cinq 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 soixante 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 départements[1], mais les montants et les conditions d'attribution des différentes prestations sont encadrés par la loi[2]. 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'aides sociales]. 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) 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 si elle exerce toujours une activité professionnelle –, la PCH peut lui être accordée[3]. En revanche, elle n'est pas cumulable avec l'APA.

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

L'allocation personnalisée d'autonomie

Mise en place par la loi du 20 juillet 2001[4], l'APA a été modifiée par la loi du 28 décembre 2015[5]. L'article L. 232-1 du CASF prévoit ainsi que « Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ». La grille nationale AGGIR (autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) permet de mesurer les degrés de perte d'autonomie des demandeurs d'APA à partir des besoins d'aide 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 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 condition de ressources, la part du montant du plan d'aide financée par l'allocation est très fortement conditionnée par celle-ci. Un bénéficiaire peut ainsi ne percevoir que 10 % du

1 Par convention, les départements désignent ici les collectivités territoriales en charge de l'aide sociale départementale : les départements, la métropole de Lyon, la Ville de Paris, la collectivité européenne d'Alsace et les collectivités territoriales uniques de Corse, de Guyane, de Martinique et de Mayotte.

2 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.

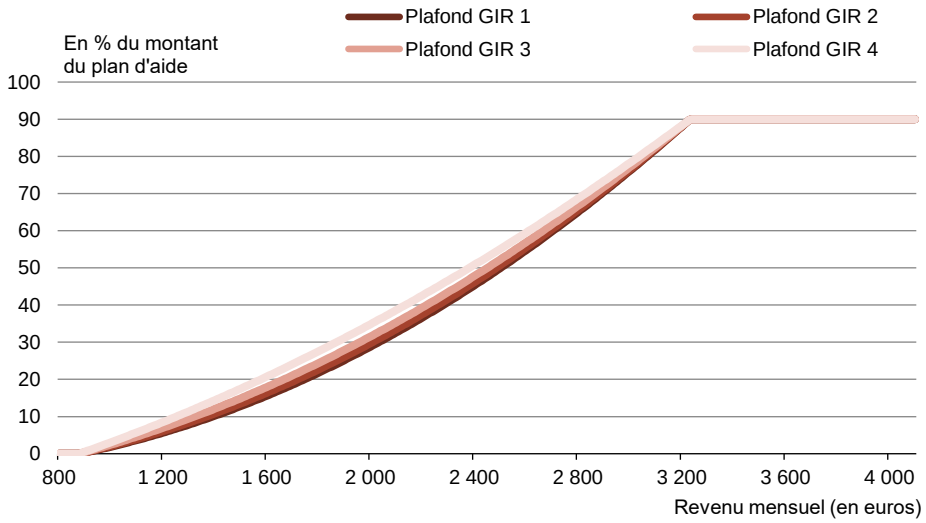
3 Dans ce cas, la demande devait avoir été faite avant 75 ans, mais cette condition a été supprimée par la loi n° 2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap.

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.

montant du plan d'aide si ses revenus dépassent un certain plafond[1] (*graphique 1*)[2]. Les ressources utilisées pour calculer la participation financière des bénéficiaires de l'APA sont définies dans l'article L132-1 du CASF et correspondent aux revenus déclarés figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition du bénéficiaire et les revenus soumis au prélèvement libératoire (l'article 125 A du Code général des impôts). À cela, s'ajoutent certains biens en capital qui ne sont ni exploités, ni placés, censés procurer un revenu annuel, disposition qui ne s'applique pas à la résidence principale.

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 1er janvier 2023



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 : 746,54 euros pour le GIR 4 ; 1 118,61 euros pour le GIR 3 ; 1 547,93 euros pour le GIR 2 et 1 914 euros pour le GIR 1 en 2023.
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 18 % du montant du plan d'aide (135 euros). Ce reste à charge est nul pour les bénéficiaires ayant des revenus mensuels inférieurs à 870 euros.
Source > Code de l'action sociale et des familles, article R. 232-11.

Ne sont pas pris en compte : les retraites de combattants, les pensions alimentaires, les concours financiers versés par les descendants, les rentes viagères, les prestations en nature (maladie, etc.), les 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.

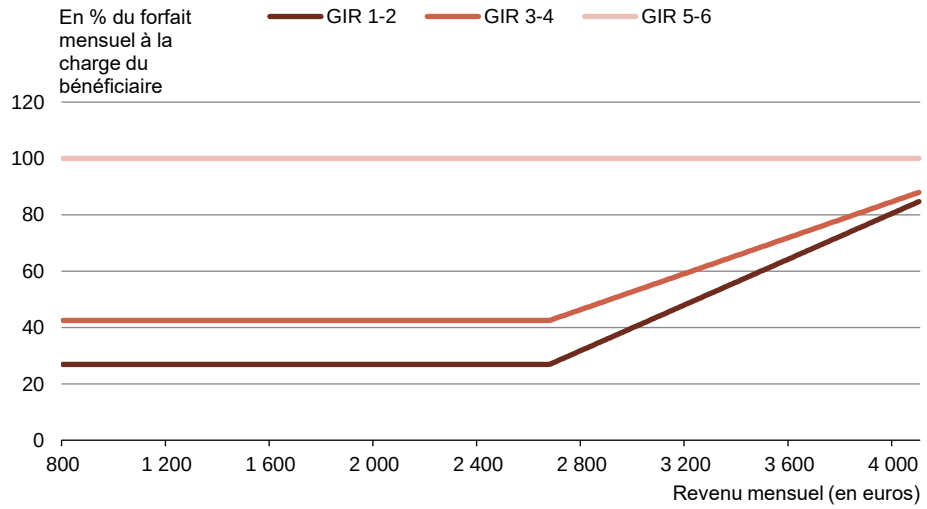
La majorité des versements liés à l'APA à domicile visent à rémunérer un intervenant à domicile. À partir du 1er janvier 2024, le dispositif des heures de lien social entre en vigueur et permet d'ajouter au maximum neuf heures par mois au plan d'aide de tous les bénéficiaires de l'APA à domicile, dans le but de lutter contre l'isolement des personnes âgées.
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

1 Pour l'APA à domicile, le plafond est fixé à 3 240 euros du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023. Les bénéficiaires disposent de la totalité de l'APA à domicile si leurs revenus sont inférieurs à 840 euros.

2 Les plafonds et montants des aides présentés dans ce document font référence à l'année 2023 pour correspondre au millésime des données commentées dans les fiches suivantes.

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 département (*graphique 2*).

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 médians observés en Ehpad au 31 décembre 2023 : 6,12 euros par jour pour les GIR 5 et 6 ; 14,40 euros par jour pour les GIR 3 et 4 ; 22,76 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 53 % du montant mensuel du tarif hébergement.
Source > Code de l'action sociale et des familles, article R. 232-19 ; DREES, enquête EHPA 2023.

L'aide ménagère

Au titre de l'aide sociale, les personnes âgées en perte d'autonomie ou en risque de perte d'autonomie à domicile, comme les personnes relevant des GIR 5 et 6, peuvent bénéficier d'une aide à domicile qui « peut être accordée soit en espèces, soit en nature. L'aide financière comprend l'allocation simple et, le cas échéant, une allocation représentative de services ménagers. […] L'aide en nature est accordée sous forme de services ménagers » (art. L. 231-1 du CASF). Communément appelée « aide ménagère », celle-ci dépend des ressources du bénéficiaire. Cette aide est par ailleurs récupérable auprès des obligés alimentaires et sur succession. Si les ressources des personnes demandant une aide ménagère dépassent le plafond de l'allocation de solidarité aux personnes âgées[1] (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 (EHPA, EHPA non Ehpad, USLD et résidences autonomie) 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'Aspa[2] (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

1 Ce plafond est fixé à 961,08 euros mensuels pour une personne seule et à 1 492,08 euros pour un couple en 2023.

2 Soit 115 euros par mois en 2023.

d'assurance, ou d'autres charges ponctuelles ou exceptionnelles (frais d'obsèques, dettes de loyer, frais d'appareillage dentaire ou auditif non pris en charge par la Sécurité sociale ou la mutuelle, pension alimentaire…).

L'aide à la vie partagée

À partir du 1er 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 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 (tel que les résidences autonomie, les habitats partagés ou intergénérationnels) dont le bailleur ou l'association partenaire a passé une convention avec le département. L'AVP est destinée à financer un projet de vie sociale et partagée mis en œuvre dans un habitat inclusif, non médicalisé, en finançant la présence d'un coordinateur afin de favoriser l'inclusion sociale. Cependant, cette aide ne couvre pas le loyer ou les aides médicales ou humaines. Depuis 2022, à l'issue des deux premières années de lancement, 95 départements se sont engagés dans le déploiement de l'habitat inclusif et de l'aide à la vie partagée (CNSA).

Les autres aides aux personnes âgées

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

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

En 2022, 1 % à 8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile sont en perte d'autonomie au sens d'une mesure synthétique de la perte d'autonomie. Les seniors vivant à domicile sont moins souvent en perte d'autonomie qu'en 2015, alors que la proportion de personnes âgées en établissement a elle aussi baissé.

Deux approches peuvent être retenues pour mesurer la perte d'autonomie : la première par des indicateurs synthétiques, qui visent à résumer les divers aspects de l'autonomie en une mesure unique, 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 230 000 et 1,3 million de personnes âgées vivant à domicile en perte d'autonomie en France métropolitaine

Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés pour identifier les personnes en perte d'autonomie au sens de la première approche. Le premier est 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). Selon cet indicateur, en 2022, 8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile (1,3 million de personnes) sont en perte d'autonomie en France métropolitaine (*tableau 1*). La prévalence des degrés les plus sévères de perte d'autonomie (GIR 1 ou 2) atteint 1 %, soit 220 000 personnes. Les indicateurs de Katz et de Colvez, quant à eux, s'attachent à repérer les situations de perte d'autonomie sévère, et sont établis sur la base d'un nombre plus restreint d'activités de la vie quotidienne que le GIR estimé.

L'indicateur de Katz évalue la capacité d'une personne à réaliser seule six activités de la vie quotidienne[2]. Si l'on se réfère à cette mesure, 2 % des personnes de 60 ans ou plus (410 000 personnes) sont incapables de réaliser seules 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 230 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, soit 1 %.

Dans certains cas, il n'est plus possible de vivre à domicile. Les personnes peuvent alors vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), en établissement médicalisé pour personnes handicapées, ou encore en unité de soins de longue dure (USLD). En 2022, 550 000 personnes sont en perte d'autonomie au sens du GIR et vivent en Ehpad. Des personnes handicapées âgées restent parfois dans leur établissement qui les accompagnent depuis plusieurs années. En faisant l'hypothèse que toutes les personnes vivant en établissement médicalisé pour personnes handicapées sont en perte d'autonomie, 10 000 personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie au sens du GIR vivent dans ces établissements en 2022. Enfin, en 2019, 30 000 personnes en perte d'autonomie sont accompagnées en unité de soin de longue durée (USLD)[3]. En faisant l'hypothèse que ce nombre n'a pas évolué entre 2019 et 2022, entre 820 000 et 1,9 million de personnes de 60 ans ou plus sont en perte d'autonomie au sens du GIR en France métropolitaine, soit entre 4,5 % et 10 % des personnes âgées de 60 ans ou plus.

Quatre seniors sur dix vivant à domicile ont une limitation fonctionnelle sévère

Une 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. Plus largement, les personnes en situation de perte d'autonomie peuvent être identifiées comme celles atteintes d'au moins une limitation fonctionnelle sévère. En 2022, 41 % des personnes âgées de 60 ans ou plus et vivant à domicile en France métropolitaine ont au moins une limitation fonctionnelle sévère[4], soit 6,9 millions de personnes.

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 GIR. À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Seuls les quatre premiers niveaux donnent droit à l'APA et caractérisent ainsi les personnes en perte d'autonomie.

2 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.

3 En attendant les résultats de l'enquête Autonomie en établissements, dont la collecte a eu lieu fin 2023, début 2024 et dont les résultats seront publiés fin 2025.

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 ou ne pas pouvoir les réaliser du tout. Les seniors déclarant « quelques difficultés » ne sont donc pas comptabilisés ici.

Tableau 1 Indicateurs de la perte d'autonomie selon l'âge et le sexe, en 2022

	75 ans ou plus			60 ans ou plus		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
Effectifs (en milliers)	**3 247**	**2 274**	**5 521**	**9 193**	**7 485**	**16 678**
GIR estimé (définition large) [en %]						
1-2 : perte d'autonomie sévère	4	3	3	2	1	1
3-4 : perte d'autonomie modérée	14	9	12	7	5	6
5 : quelques difficultés	10	8	9	6	5	5
6 : autonomes	72	80	75	86	89	87
GIR estimé (définition restreinte) [en %]						
1-2 : perte d'autonomie sévère	4	3	3	2	1	1
3-4 : perte d'autonomie modérée	5	4	5	2	2	2
5 : quelques difficultés	6	3	5	3	2	2
6 : autonomes	86	91	88	93	96	94
Indicateur de Katz (en %)						
A : personnes pouvant réaliser seules les six activités[1]	93	95	94	97	98	98
B-H : personnes incapables de réaliser seules au moins une des six activités	7	5	6	3	2	3
Indicateur de Colvez (en %)						
1-3 : confinement au lit ou en fauteuil ou besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ou pour sortir du domicile	4	2	3	2	1	1
4 : autonomes	96	98	97	98	99	99
Limitations fonctionnelles (en %)						
Au moins une limitation fonctionnelle sévère	63	52	58	46	36	41
Au moins une limitation sensorielle sévère	26	24	25	14	13	14
Au moins une limitation motrice sévère	51	34	44	31	19	25
Au moins une limitation physique autre sévère	27	18	24	15	12	14
Au moins une limitation sévère liée à la mémoire, la concentration ou l'organisation	14	12	13	11	9	10
Au moins une limitation liée au relationnel	14	10	13	11	9	10
Restrictions d'activité (en %)						
Au moins une restriction sévère d'activité (parmi les trois suivantes)	53	40	48	29	22	26
Au moins une restriction sévère d'activité dans les activités de la vie quotidienne (ADL)	12	7	10	5	3	4
Au moins une restriction sévère d'activité dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) ou les actes courants du quotidien	48	33	42	25	16	21
Restriction sévère d'activité générale (GALI)	27	24	26	16	15	16

GIR : Groupe iso-ressources.

1. L'indicateur de Katz sert à évaluer ces six activités de la vie quotidienne : 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 ses urines, manger des aliments déjà préparés.

Lecture > 3,8 % des femmes vivant à domicile âgées de 75 ans ou plus sont classées en GIR 1-2 (définition large), contre 2,6 % des hommes du même âge.

Champ > Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile en 2022 n'ayant pas déménagé à l'étranger ou dans les DOM entre la collecte de l'enquête VQS et celle de l'enquête Autonomie, France métropolitaine.

Source > DREES, enquête Autonomie ménages, 2022.

Parmi les limitations sévères, les plus répandues sont les limitations physiques. Liées à la mobilité ou à la capacité de se servir de ses bras et de porter des objets, les limitations motrices concernent 25 % des personnes de 60 ans ou plus. Dans cette classe d'âge, 14 % des personnes sont confrontées à d'autres types de limitations physiques, qui impliquent des fonctions organiques comme contrôler les selles et les urines ou mastiquer. Les limitations sensorielles (troubles de la vue et de l'ouïe, persistant après un éventuel appareillage) concernent 14 % des personnes. Viennent ensuite les limitations relationnelles (affectant la capacité de nouer des relations, de se faire comprendre des autres, ou dues à des problèmes psychologiques), pour 10 % des personnes. Enfin, 10 % ont des problèmes liés à la mémoire, la concentration ou l'organisation.

Un quart des personnes de 60 ans ou plus sont sévèrement restreintes dans les activités quotidiennes

Les limitations fonctionnelles peuvent se traduire par des difficultés à accomplir certains actes de la vie quotidienne. Ainsi, 26 % des 60 ans ou plus déclarent au moins une restriction d'activité sévère, soit 4,3 millions de seniors en France métropolitaine. Parmi les restrictions d'activité, celles qui portent sur au moins un acte courant du quotidien (faire ses courses, préparer ses repas, effectuer des démarches administratives…) sont les plus fréquentes : elles concernent 21 % des 60 ans ou plus (soit 3,5 millions de personnes). La part des 60 ans ou plus qui considèrent être fortement restreints dans les activités que « les gens font habituellement » (Global Activity Limitation Indicator [GALI][1]) est un peu plus faible, à 15 %, soit 2,6 millions de personnes, peut-être parce que les seniors ont tendance à se référer à ce que peuvent faire habituellement les personnes de leur âge. Enfin 4 % (740 000 personnes) déclarent avoir des difficultés sévères à effectuer des « activités d'entretien du quotidien » consistant à prendre soin de leur corps (se laver, se nourrir…).

Les femmes plus concernées par la perte d'autonomie

29 % des femmes de 60 ans ou plus déclarent au moins une restriction d'activité sévère, contre 22 % des hommes. L'écart se creuse chez les plus de 75 ans, et il est particulièrement important pour les restrictions dans les actes courants du quotidien : 48 % des femmes sont concernées, contre 33 % des hommes. Cela s'explique en partie par leur plus longue espérance de vie même si, à âge donné, elles restent plus nombreuses à connaître cette perte d'autonomie.

En 2022, des personnes âgées à domicile moins souvent en perte d'autonomie qu'en 2015

Entre 2015 et 2022, parmi les personnes de 60 ans ou plus qui vivent à leur domicile, la prévalence de la perte d'autonomie, établie à partir de l'estimation « large » du GIR, a reculé, passant de 10 % en 2015 à 8 % en 2022. Cette baisse du taux de perte d'autonomie compense l'effet de la hausse du nombre de seniors sur la période, si bien que le nombre de personnes en perte d'autonomie a diminué (-180 000). Dans le même temps, les créations de places en établissement d'accueil pour personnes âgées ont été faibles. Ce sont d'abord les situations de perte d'autonomie « modérée » (GIR 3 et 4) qui sont devenues moins courantes, en particulier chez les 75 ans ou plus : entre 2015 et 2022, en neutralisant tout effet lié à l'évolution de la pyramide des âges des seniors, la part de personnes en perte d'autonomie « modérée » (GIR 3 ou 4) parmi les 75 ans ou plus est passée de 16 % à 12 %.

En sept ans, l'espérance de vie sans perte d'autonomie à 60 ans a augmenté

Il est possible de partager les années d'espérance de vie d'une personne de 60 ans entre le temps passé – en moyenne – sans perte d'autonomie et le nombre d'années vécues en situation de perte d'autonomie, quel que soit le lieu de résidence. Pour les personnes âgées vivant en établissement, on retient ici comme critère de perte d'autonomie le fait de percevoir l'APA, en supposant que presque toutes les personnes éligibles font les démarches pour en bénéficier. En 2022, l'espérance de vie à 60 ans des femmes est de 27,3 ans, dont 4,2 ans en moyenne passés en situation de perte d'autonomie (2,9 années à domicile et 1,3 année en établissement). Elle est plus courte chez les hommes (23,0 années), qui vivent en moyenne 2,4 années en situation de perte d'autonomie (1,6 année à domicile et 0,7 année en établissement). Pour les hommes comme pour les femmes, la part de l'espérance de vie passée en situation de perte d'autonomie a baissé entre 2015 et 2022 (-3 points pour les hommes, -4 points pour les femmes). En 2015, les femmes vivaient en moyenne 5,1 années en situation de perte d'autonomie, et les hommes 2,9 années.

1 Le GALI dénombre les personnes qui répondent « Oui, fortement » à la question « Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». Les personnes ainsi identifiées sont généralement considérées comme handicapées, au sens où elles connaissent de fortes restrictions d'activité.

1,7 million d'aides pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées fin 2023

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. La plus fréquente est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), accordée à 7,2 % 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 83 % de celles de 95 ans ou plus.

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) s'adresse à 0,6 % des personnes de 60 ans ou plus, cette proportion atteint un maximum de 5,8 % parmi les personnes âgées de 95 ans ou plus. L'aide ménagère[1] ou encore les aides sociales à l'accueil au titre du handicap sont octroyées à des effectifs plus réduits (respectivement 0,1 % et 0,2 % de la population âgée de 60 ans ou plus). 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. Ainsi, 0,7 % 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 (1,4 %). Au total, environ 8,9 %[2] 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 âgées et handicapées. ■

Tableau 2 Part dans la population de bénéficiaires d'aide à l'autonomie, fin 2023

	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	**1 364 740**	**117 300**	**23 060**	**42 020**	**134 190**
Ensemble (en %)	**7,2**	**0,6**	**0,1**	**0,2**	**0,7**
De 60 à 64 ans	0,5	0,2	0,1	0,4	1,4
De 65 à 69 ans	1,5	0,3	0,1	0,3	1,0
De 70 à 74 ans	2,8	0,4	0,1	0,2	0,6
De 75 à 79 ans	5,5	0,6	0,1		
De 80 à 84 ans	11,9	0,9	0,1	0,1	0,2
De 85 à 89 ans	24,1	1,5	0,1		
De 90 à 94 ans	43,7	2,6	0,1		
95 ans ou plus	82,7	5,8	0,2		

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 2023, 7,2 % 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 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

1 L'aide ménagère étudiée ici est celle accordée par les départements. 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.

2 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 (DREES, EHPA, 2022). Hormis ces situations, le cumul des aides n'est pas possible.

Pour en savoir plus

> Présentation de l'enquête Autonomie sur le site internet de la DREES.

> **Louvel A., Monirijavid S.** (2024, novembre*).* Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015 – Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1318.

> **Roy, D.** (2023, février). Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? DREES*, Les Dossiers de la DREES*, 104.

05 L'aide sociale départementale aux personnes âgées

Fin 2023, 1,50 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 augmente de +2,0 %. Les dépenses brutes globales associées pour l'année 2023 s'élèvent à 8,9 milliards d'euros, en hausse de 5,4 % par rapport à 2022.

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.

Les dépenses et le nombre d'aides toujours en hausse en 2023

Fin 2023, 1,50 million de prestations[1] d'aide sociale départementale aux personnes âgées sont accordées en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), hors Mayotte, dont 834 100 aides à domicile et 666 300 aides à l'accueil (*tableau 1*). Le nombre d'aides est supérieur à celui des personnes âgées aidées, car une même personne peut percevoir à la fois l'APA et l'ASH[2]. Pour l'ensemble de l'année 2023, les dépenses brutes associées (*encadré 1*) s'élèvent à 8,3 milliards d'euros. Au total, l'aide à domicile représente 56 % du nombre moyen[3] de prestations dans l'année pour 53 % des dépenses, et l'aide à l'accueil 44 % des prestations pour 47 % des dépenses. En ajoutant les participations et subventions[4], ainsi que les autres dépenses d'aide aux personnes âgées[5], les dépenses brutes totales s'établissent à 8,9 milliards d'euros. L'APA représente 91 % du nombre moyen d'aides attribuées dans l'année et 84 % des dépenses totales.

Entre fin 2022 et fin 2023, le nombre d'aides augmente de 2,6 % pour l'aide à domicile et de 1,2 % pour l'aide à l'accueil, soit +2,0 % au total en un an. Cette hausse, plus élevée que celle observée entre fin 2021 et fin 2022 (+0,5 %), intervient après la baisse inédite en 2020 (respectivement -0,8 % et -2,5 %, soit - 1,6 % au total) – pour la première fois depuis la fin des années 1990 – en lien avec la hausse de la mortalité des plus âgés dans le contexte de la crise sanitaire, en particulier en établissement.

Dans l'ensemble, les dépenses totales d'aide sociale aux personnes âgées augmentent entre 2022 et 2023 (+4,5 % en euros courants), mais l'ampleur de cette hausse varie selon le type d'aide. Les dépenses d'aide à domicile augmentent fortement (+6,7 % en euros courants) tandis que celles d'aide à l'accueil progressent dans une moindre mesure (+2,2 % en euros courants).

L'évolution des dépenses ne peut être directement rapprochée de celle du nombre d'aides au 31 décembre, mais davantage de celle du nombre moyen d'aides dans l'année. Ce dernier est en légère hausse entre 2022 et 2023 : +1,5 % pour les aides à domicile et +1,0 % pour les aides à l'accueil (après respectivement : +0,8 % et +0,5 % entre 2021 et 2022).

La hausse des dépenses s'explique pour l'essentiel par la revalorisation des salaires des professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile, ainsi que par la hausse du tarif national minimum de ces services dans un contexte de retour de l'inflation. Enfin, les dépenses sont celles réalisées en 2023, mais elles peuvent aussi comprendre des dépenses au titre de l'année 2022 (rappels, régularisations comptables, etc.).

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 2023, 90 % des bénéficiaires de l'ASH perçoivent aussi l'APA. Aussi, le nombre de bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées fin 2023 peut-il être estimé à 1,35 million, dont 599 600 en établissement.

3 Le nombre moyen d'aides en 2023 est calculé comme la moyenne des nombres d'aides observées en décembre 2022 et en décembre 2023.

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 transport, etc.

Tableau 1 Nombre de prestations d'aide sociale aux personnes âgées et dépenses associées, en 2022 et 2023

	Nombre d'aides au 31/12			Dépenses annuelles, en millions d'euros, évolution en euros courants			Dépenses brutes mensuelles moyennes par aide (en euros)
	2022	2023	Évolution 2022/2023 (en %)	2022	2023	Évolution 2022/2023 (en %)	2023
Aides à domicile, dont :	**813 010**	**834 140**	**2,6**	**4 087**	**4 361**	**6,7**	**436**
aides ménagères	18 910	18 360	-2,9	62	68	10,0	309
APA[1]	794 100	815 780	2,7	4 025	4 293	6,7	439
Aides à l'accueil, dont :	**658 270**	**666 260**	**1,2**	**3 833**	**3 917**	**2,2**	**490**
ASH[2]	114 300	115 870	1,4	1 227	1 204	-1,9	866
accueil chez des particuliers	1 460	1 420	-2,7	19	20	4,9	1 162
APA[1]	542 510	548 960	1,2	2 587	2 693	4,1	409
Total aides à domicile et à l'accueil	**1 471 290**	**1 500 400**	**2,0**	**7 920**	**8 278**	**4,5**	**460**
dont APA[1]	1 336 610	1 364 740	2,1	6 612	6 986	5,7	427
Autres aides	**nd**	**nd**	**nd**	**493**	**591**	**20,0**	**nd**
Total	**nd**	**nd**	**nd**	**8 413**	**8 869**	**5,4**	**nd**

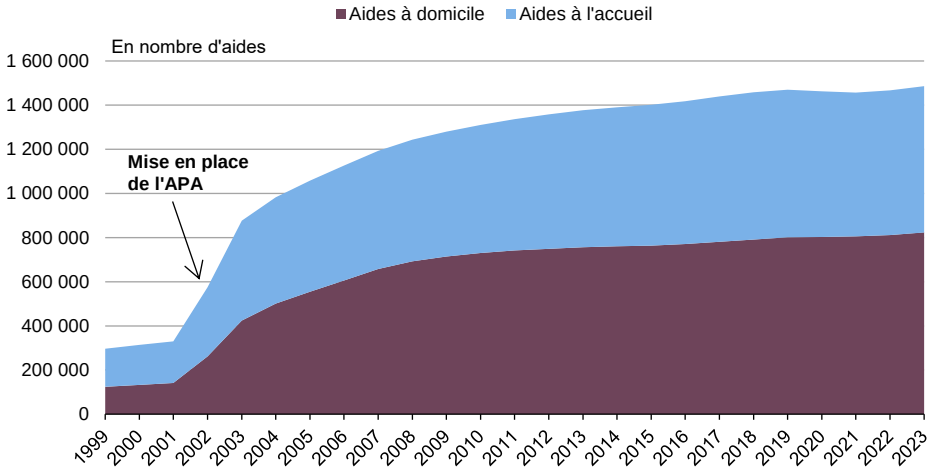
nd : non disponible, ASH : aide sociale à l'hébergement, APA : allocation personnalisée d'autonomie.
1. Pour l'APA, sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre de chaque année, alors que ce sont des bénéficiaires (personnes ayant un droit ouvert à la prestation) au 31 décembre pour les autres aides.
2. Les dépenses d'ASH sont présentées ici après déduction des récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires ou de leurs héritiers.
Note > Les effectifs des bénéficiaires ont été arrondis à la dizaine. En conséquence, certains totaux diffèrent légèrement de la somme des éléments qui les composent.
Lecture > En 2023, la dépense brute totale est de 8 869 millions d'euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Avant 2020, des évolutions majeures liées à la création et au déploiement de l'APA en 2002

Entre 1999 et 2019, le nombre moyen d'aides sociales attribuées aux personnes âgées a été multiplié par 5,0 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'inflation[1]) [*graphiques 1 et 2*].
Si le nombre moyen d'aides et les dépenses annuelles étaient croissants entre 1999 et 2001 (de respectivement +6 % 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. Contrairement à la prestation spécifique dépendance (PSD) à laquelle elle s'est substituée, l'APA n'est pas soumise à conditions de ressources et s'adresse également aux personnes moyennement dépendantes (classées en GIR 4). La montée en charge de cette allocation conjuguée à l'évolution démographique a donc occasionné une hausse considérable du nombre moyen d'aides à domicile, de 206 % entre 2002 et 2019, et du nombre moyen d'aides à l'accueil des personnes âgées dépendantes, de 113 % (respectivement +7 % et +5 % par an en moyenne).

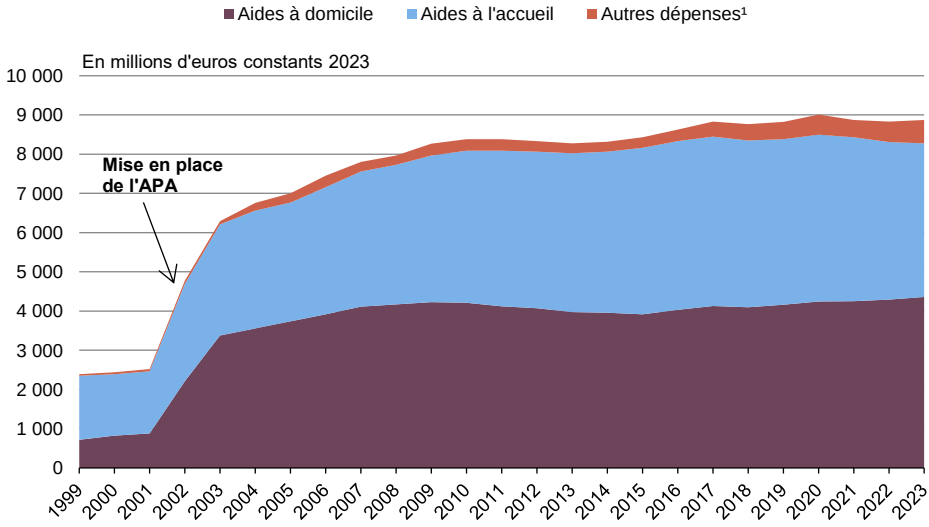
1 Les évolutions de dépenses exprimées en euros constants sont les évolutions déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2023, cet indice a augmenté de 4,7 % en moyenne annuelle.

Graphique 1 **Évolution du nombre moyen d'aides sociales aux personnes âgées, depuis 1999**



Note > 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. Le nombre moyen d'aides sur l'année est calculé comme la moyenne des effectifs au 31 décembre des années *n* et *n*-1.
Lecture > En 2023, le nombre moyen d'aides à domicile est de 823 600 et celui d'aides à l'accueil de 662 300.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 2 **Évolution des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées, depuis 1999**



1. Dont subventions et participations.
Note > Les aides à domicile comprennent la PSD à domicile (de 1999 à 2003), l'APA à domicile et les aides ménagères. Les aides à l'accueil comprennent la PSD en établissement (de 1999 à 2003), l'aide sociale à l'hébergement en établissement (nettes des récupérations) ou en famille d'accueil et l'APA en établissement. Les autres dépenses comprennent notamment d'autres dépenses d'APA non affectées à domicile ou en établissement, des subventions et des participations.
Lecture > En 2023, les dépenses d'aide à domicile s'élèvent à 4,4 milliards d'euros et les aides à l'accueil à 3,9 milliards d'euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

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 moyen d'aides sont passées de respectivement +9,7 % en euros courants (+7,9 % en euros constants) et +12,0 % en moyenne par an entre 2002 et 2009, à +1,6 % (+0,4 % en euros constants) et +2 % entre 2009 et 2015. En lien avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)[1], les dépenses d'aide à domicile augmentent de nouveau plus nettement entre 2015 et 2019, portées par la hausse des plafonds d'APA qui découlent de cette loi (+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 1,7 % en euros courants en moyenne par an (soit +0,7 % en euros constants), alors que la hausse du nombre moyen d'aides continue de ralentir (+1,2 % en moyenne annuelle).

Une hausse de la dépense moyenne par aide depuis 2015

La dépense brute annuelle moyenne par aide[2] est de 5 520 euros en 2023, soit 460 euros en moyenne par mois (soit 2,5 % de plus qu'en 2022 en euros courants). Elle est plus importante pour les aides à l'accueil que pour les aides à domicile : 5 880 euros (soit 490 euros par mois) contre 5 230 euros (soit 440 euros par mois). 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. Elle augmente de 1,9 % en moyenne annuelle en euros courants entre 2015 et 2023, soit - 0,1 % en euros constants.

De fortes disparités départementales

En décembre 2023, le nombre d'aides sociales départementales rapporté à la population des personnes âgées de 60 ans ou plus sur le territoire national est de 8,0 %[3]. Les personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale se répartissent de façon inégale sur le territoire. Fin 2023, le nombre d'aides pour 100 habitants de 60 ans ou plus varie de 4,0 % à 12,3 % 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 8,7 % ; ces valeurs se situant à plus ou moins 10 % de la médiane[4] qui s'établit à 7,9 %. Les départements aux taux d'aides les plus faibles sont des départements franciliens et la Guyane (*carte 1*).

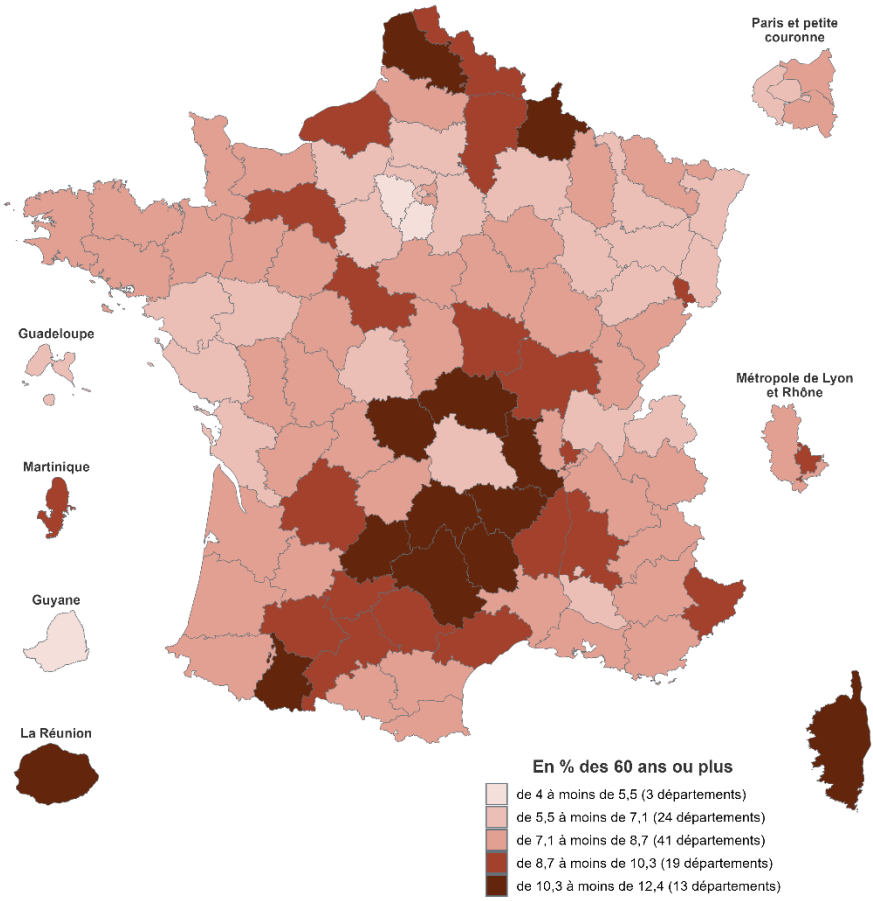
Les dépenses moyennes par aide sociale aux personnes âgées varient, selon les territoires, de 4 100 à 9 700 euros en 2023, hors Guadeloupe et Guyane[5] (*carte 2*). Néanmoins, près de six départements sur dix consacrent une dépense moyenne par aide comprise entre 5 000 et 6 200 euros, soit entre 90 % et 110 % de la médiane, égale à 5 700 euros. Onze départements présentent une dépense moyenne supérieure ou égale à 6 800 euros, soit au moins 120 % de la valeur médiane. À l'opposé, treize collectivités se distinguent par une dépense moyenne par aide comprise entre 4 600 et 5 100 euros, soit entre 80 % 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'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) aux âges « avancés », qui peut être plus ou moins prononcée selon le territoire ;
- le contexte social 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. ■

1 Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.
2 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*.
3 Le taux d'aides est de 8,0 % au niveau national, ce qui ne signifie pas que huit 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.
4 La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements.
5 Où elle atteint respectivement 11 200 et 11 600 euros.

Carte 1 Nombre d'aides sociales départementales aux personnes âgées pour 100 habitants de 60 ans ou plus selon les départements, en décembre 2023

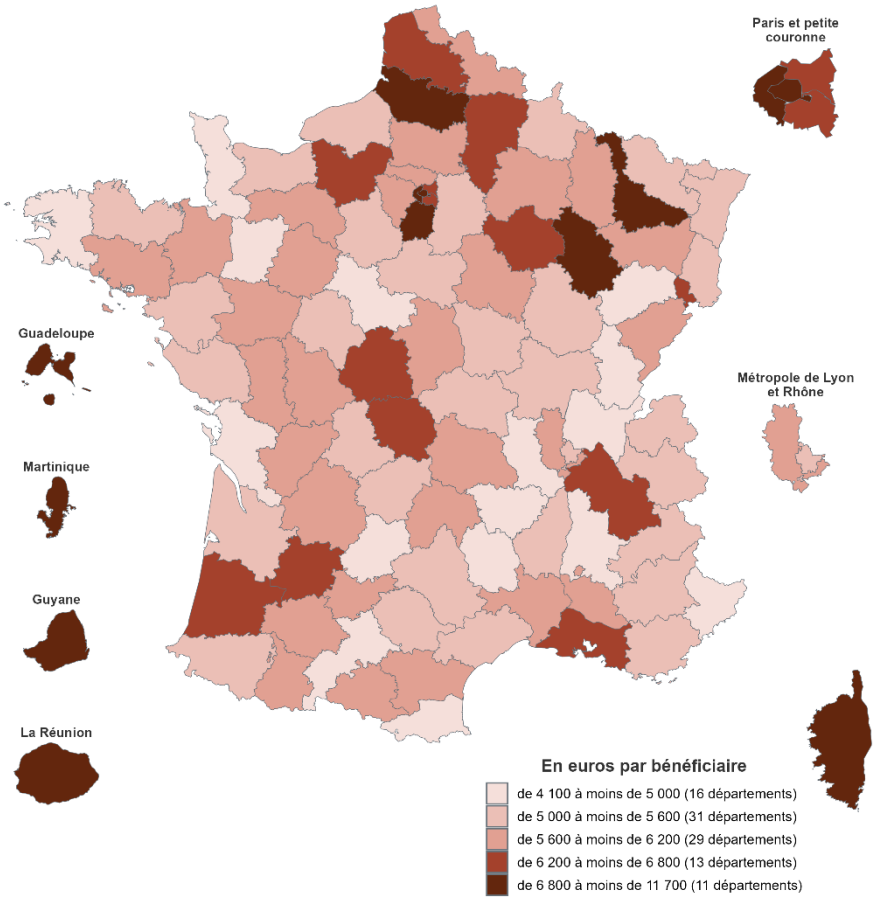


Note > Au niveau national, au 31 décembre 2023, le nombre d'aides sociales départementales aux personnes âgées est de 8,0 pour 100 habitants de 60 ans ou plus.
La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 7,9 pour 100 habitants de 60 ans ou plus.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

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 successions. 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. 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 convention pour l'ASH, et donc pour les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées dans leur ensemble, est appliquée par la DREES depuis 2019. Les données ne peuvent donc pas être comparées à celles publiées avant cette date.

Carte 2 Dépenses brutes moyennes par bénéficiaire d'une aide sociale aux personnes âgées, en 2023



Note > Au niveau national, en 2023, la dépense moyenne par mesure d'aide sociale pour les personnes âgées s'élève à 5 800 euros.
La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 5 700 euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

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

> Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) – Autonomie.

> Rapport de la branche Autonomie de la Sécurité sociale - Édition 2024 (CNSA).

06 L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Fin 2023, 1,4 million de personnes de 60 ans ou plus perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit une hausse de 2,1 % par rapport à 2022. 40 % vivent en établissement et 60 % à domicile. Les dépenses associées pour l'année 2023 s'élèvent à 7,1 milliards d'euros. En décembre 2023, plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficient de l'APA. Parmi les bénéficiaires de l'APA en établissement, 57 % sont en perte d'autonomie sévère (catégorisés en GIR 1 ou 2), contre 20 % parmi ceux vivant à domicile.

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.

Le nombre de bénéficiaires de l'APA continue d'augmenter en 2023

Les bénéficiaires de l'APA sont 1 364 700 à avoir perçu un versement au titre du mois de décembre 2023[1], un nombre en hausse de 2,1 % en un an (*tableau 1)*. L'APA en établissement[2] est versée à 549 000 personnes âgées fin 2023 (+1,2 % par rapport à 2022), soit 40 % 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 département, soit directement au bénéficiaire, soit aux établissements sous forme d'une dotation budgétaire globale. L'APA à domicile est versée à 815 800 personnes âgées fin 2023, soit 2,7 % de plus que fin 2022.

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

	Effectifs au 31 décembre ou dépenses						
	2005	2010	2015	2019	2020	2022	2023
Nombre de bénéficiaires (en milliers)							
APA, dont :	939	1 176	1 265	1 336	1 316	1 337	1 365
APA à domicile	547	713	748	789	782	794	816
APA en établissement	392	463	517	547	534	543	549
Part de l'APA en établissement (en %)	*42*	*39*	*41*	*41*	*41*	*41*	*40*
Dépenses annuelles (en millions d'euros courants)							
APA, dont :	4 043	5 296	5 622	6 148	6 277	6 662	7 058
APA à domicile	2 671	3 314	3 263	3 635	3 730	4 025	4 293
APA en établissement	1 348	1 950	2 338	2 475	2 500	2 587	2 693
Autres dépenses d'APA	24	32	21	38	47	50	72
Part de l'APA en établissement (en %)	*33*	*37*	*42*	*40*	*40*	*39*	*38*
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire (en euros courants)							
APA, dont :	373	380	372	385	395	415	431
APA à domicile	427	391	365	386	396	422	439
APA en établissement	293	356	379	378	386	397	409

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. 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.
Lecture > Fin 2023, parmi les 1,4 million de bénéficiaires de l'APA, 549 000 l'étaient en établissement, soit 40 %.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

1 Pour l'APA, le terme de « bénéficiaires » correspond ici 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. 88 % des personnes ayant un droit ouvert au 31 décembre ont été payées au titre du mois de décembre 2023.

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

En 2020, à cause de la crise sanitaire, l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA avait connu une baisse inédite depuis la création de cette aide. 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. En 2021, le nombre de bénéficiaires de l'APA n'avait pas retrouvé son niveau d'avant la crise (-0,8 % entre 2019 et 2021). Cette baisse était due à celle du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement (-2,0 % entre 2019 et 2021), car, à l'inverse, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile augmentait durant cette même période de 0,3 %. Cela pourrait s'expliquer en partie par une surmortalité en établissement[1] et par un nombre d'entrées en établissement moins important au cours de l'année 2020. Cependant, le nombre de bénéficiaires de l'APA a retrouvé en 2022 son niveau d'avant la crise, et poursuit sa hausse en 2023.

Pour l'ensemble de l'année 2023, les dépenses brutes d'APA s'élèvent à 7,1 milliards d'euros (+5,9 % en un an en euros courants), dont 4,3 milliards pour l'aide à domicile et 2,7 milliards pour l'accueil en établissement. Depuis sa création en 2002, les dépenses totales d'APA ont été multipliées par 3,8 en euros courants et par 2,7 en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation[2]. Le nombre de bénéficiaires a, dans le même temps, plus que doublé.

Des évolutions différenciées des dépenses à domicile et en établissement

En 2023, la dépense totale moyenne par bénéficiaire s'établit à 5 230 euros (soit 431 euros par mois). Cette dépense est légèrement plus élevée à domicile (5 330 euros) qu'en établissement (4 940 euros) [*graphique 1*].

Les dépenses à domicile ont augmenté en euros courants de 6,7 % entre 2022 et 2023, celles en établissement de 4,1 %. En tenant compte de l'inflation, ces évolutions sont respectivement de +1,7 % et - 0,8 %. Entre 2003 et 2023, alors que le nombre de bénéficiaires à domicile augmente très fortement, les dépenses associées par bénéficiaire baissent : tandis que les effectifs de bénéficiaires sont multipliés par 1,9, la dépense moyenne en euros courants baisse de 12 %. Sur la même période, le nombre de bénéficiaires en établissement et les dépenses associées ont été multipliés respectivement par 1,6 et 1,4. Les dépenses en établissement augmentent donc de 1,8 % en moyenne par an entre 2003 et 2023.

Trois périodes se distinguent nettement quant à l'évolution des dépenses d'APA sur ces vingt années. Tout d'abord, entre 2003 et 2010, les dépenses d'APA augmentent fortement, et encore plus nettement en établissement qu'à domicile (de respectivement +6,4 % et 4,5 % en moyenne par an en euros constants). À l'inverse, le nombre de bénéficiaires croît plus fortement à domicile (+7,8 % en moyenne annuelle) qu'en établissement (+ 3,9 % en moyenne annuelle). De 2010 à 2014, l'évolution globale des dépenses est relativement stable (-0,1 % en moyenne par an en euros constants) et correspond à une évolution à la baisse des dépenses d'APA à domicile à l'inverse de celles d'APA en établissement. Au total, si en 2003 la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est plus élevée de 77 % à domicile qu'en établissement, l'écart se réduit très rapidement (46 % en 2005) et ces deux dépenses convergent vers la même valeur en 2014. Enfin, depuis 2014, la croissance des dépenses d'APA se poursuit mais à un rythme moins soutenu que durant la première phase de montée en charge de l'allocation (+2,9 % contre +0,8 % en moyenne annuelle en euros constants).

20 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont très dépendants, près de 60 % le sont en établissement

Les bénéficiaires de l'APA en établissement ont globalement une perte d'autonomie plus sévère que ceux à domicile. En effet, fin 2023, 57 % des premiers sont en perte d'autonomie sévère et évalués en GIR 1 ou 2, contre 20 % des bénéficiaires de l'APA à domicile. Les personnes évaluées en GIR 3 représentent 19 % des bénéficiaires de l'APA en établissement, contre 22 % de ceux à domicile.

Enfin, la part de bénéficiaires de l'APA en perte d'autonomie modérée, évalués en GIR 4, est de 24 % en établissement et de 58 % à domicile. Ces répartitions sont relativement stables depuis la création de l'APA.

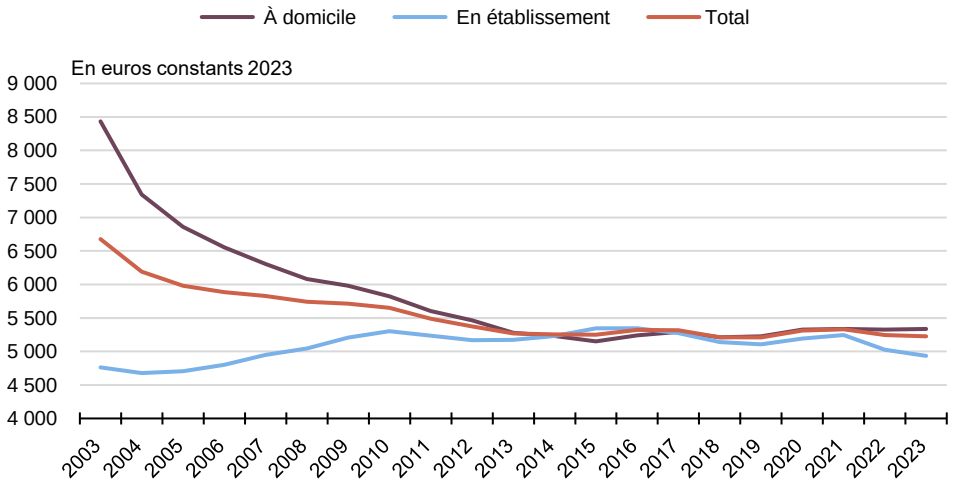
Plus de six collectivités sur dix ont une part de bénéficiaires de l'APA à domicile en perte d'autonomie très sévère (classés en GIR 1 ou 2) comprise entre 15 % et 25 %, soit assez proche de la moyenne nationale égale à 20 %. À l'inverse, un tiers des départements se distinguent très nettement : dans 18 d'entre eux, plus de 25 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont en GIR 1 ou 2, tandis que dans 20 collectivités, ils sont moins de 15 %.

Près de six collectivités sur dix ont une part de bénéficiaires de l'APA en établissement en perte d'autonomie sévère comprise entre 50 % et 60 %. À l'inverse, dans 34 départements, plus de 60 % des bénéficiaires de l'APA en établissement sont en perte d'autonomie sévère, tandis qu'ils sont moins de 50 % dans 13 départements.

1 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.

2 Les évolutions de dépenses en euros constants sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages français. En 2023, cet indice a augmenté de 4,7 % en moyenne annuelle.

Graphique 1 Évolution de la dépense annuelle moyenne d'APA par bénéficiaire, depuis 2003



Note > La dépense annuelle moyenne est calculée comme le rapport entre la dépense annuelle et la demi-somme du nombre de bénéficiaires en décembre de l'année et de celui de l'année précédente.
Lecture > En 2023, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est de 5 230 euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Près de quatre bénéficiaires sur dix résident en établissement

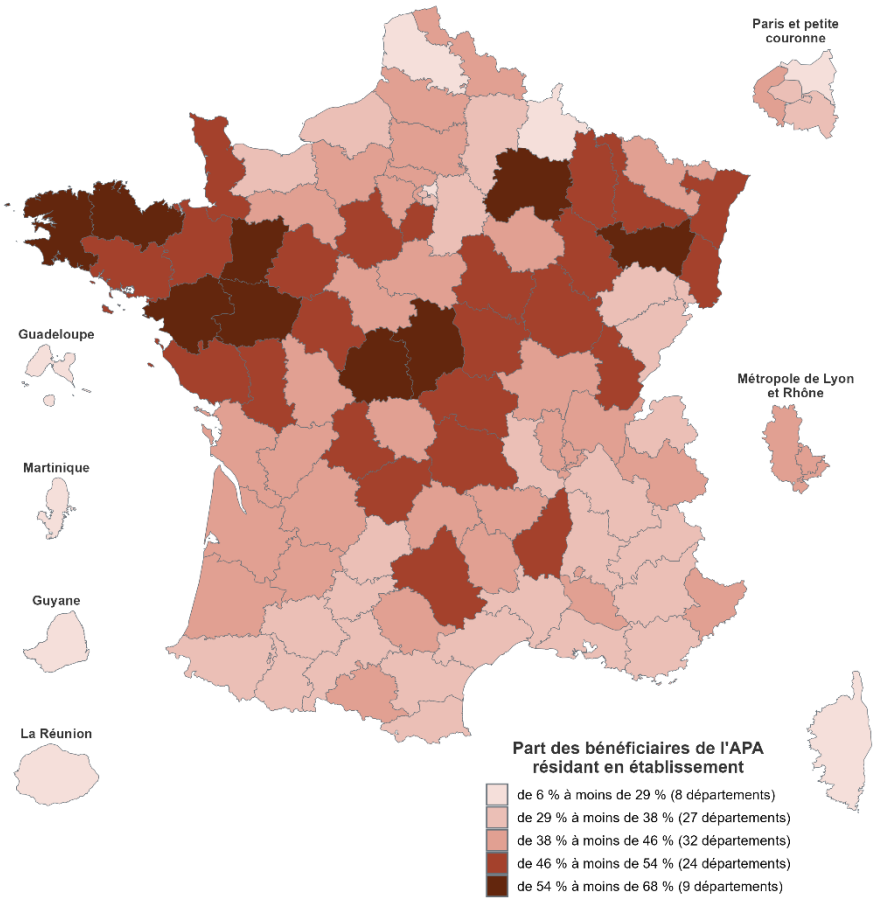
En 2023, parmi les bénéficiaires de l'APA, la part de ceux résidant en établissement est très hétérogène selon les territoires, puisqu'elle varie de 6 % à 68 % selon les départements (*carte 1*). Plus d'un tiers des départements ont un ratio compris entre 38 % et 46 %, soit entre environ 90 % et 110 % de la valeur médiane[1], égale à 42 %. Dans une collectivité sur cinq, notamment en Bretagne et dans le Pays de la Loire, au moins la moitié des bénéficiaires de l'APA vivent en établissement. À l'inverse, cette proportion est inférieure ou égale à 38 % dans un département sur trois. Elle est plus faible (inférieure à 29 %) en Corse et dans les départements et régions d'outre-mer.

Plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus sont bénéficiaires de l'APA

Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 7,2 % bénéficient de l'APA fin 2023. Selon les départements, ce taux varie de 3,3 % à 11,3 %. La proportion de bénéficiaires parmi les femmes est près de deux fois plus importante que celle parmi les hommes (respectivement 9,1 % et 4,8 %). Cette différence est de la même ampleur pour l'APA à domicile (5,3 % des femmes contre 3,0 % des hommes), que pour l'APA en établissement (3,8 % des femmes contre 1,8 % des hommes). Au total, 70 % 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 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 (2,3 %). Entre 80 et 89 ans, 17 % de la population perçoit l'APA (20 % parmi les femmes et 13 % parmi les hommes) [*graphique 2*]. Parmi les personnes âgées de 85 ans ou plus, 35 % bénéficient de l'APA. À partir de 90 ans, la moitié de la population en bénéficie (54 % des femmes et 40 % des hommes).
Parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile, la proportion de bénéficiaires de moins de 65 ans est très faible, ce quel que soit le niveau de perte d'autonomie : de 0,6 % pour le GIR 1 à 2,1 % pour le GIR 4. Les bénéficiaires de 80 à 89 ans représentent plus de 4 bénéficiaires de l'APA à domicile sur 10, quel que soit le degré de perte d'autonomie *(graphique 3)*. Enfin, la part des bénéficiaires de 90 ans ou plus est plus importante en GIR 1 (35 %) qu'en GIR 4 (25 %).
La répartition par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est proche quel que soit le niveau de perte d'autonomie. Les personnes de moins de 65 ans ne représentent que 1 % à 2 % de ces bénéficiaires, tandis que celles de 90 ans ou plus représentent presque la moitié des bénéficiaires (entre 45 % et 47 % des bénéficiaires selon le GIR).

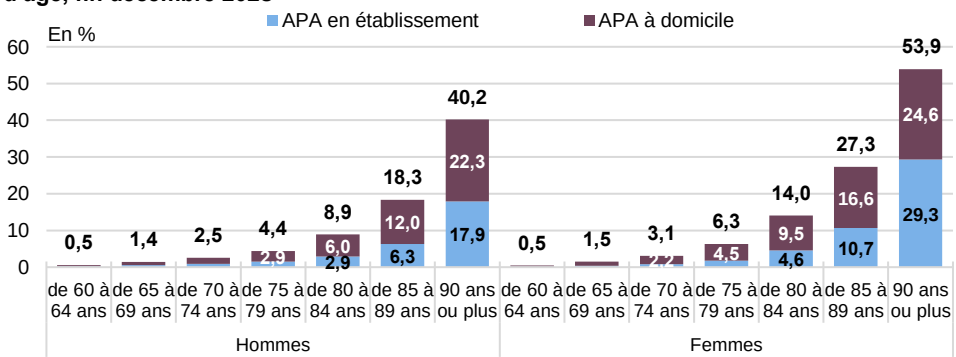
1 La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements.

Carte 1 Part des bénéficiaires de l'APA en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, en décembre 2023



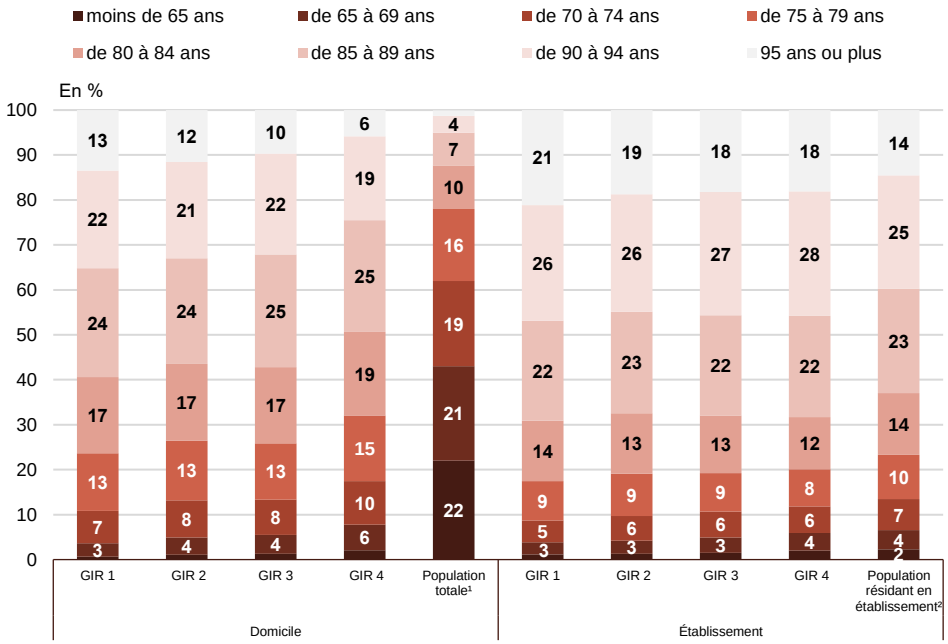
Note > Au niveau national, la part des bénéficiaires de l'APA en établissement est de 41 %.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 2 Part des bénéficiaires de l'APA dans la population par sexe et par tranche d'âge, fin décembre 2023



Lecture > 16,6 % des femmes de 85 à 89 ans perçoivent l'APA à domicile et 10,7 % en établissement. Au total, 27,3 % des femmes de cette tranche âge bénéficient de l'APA.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2024.

Graphique 3 Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement par tranche d'âge selon le GIR et le lieu de vie, fin décembre 2023



1. La répartition par âge de la population totale provient des estimations provisoires de population au 1er janvier 2024 de l'Insee.
2. La répartition par âge de la population résidant en établissement provient de l'enquête EHPA 2023 de la DREES.
GIR : groupe iso-ressources
Note > 2 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont évalués en GIR 1, 18 % en GIR 2, 22 % en GIR 3 et 58 % en GIR 4. Pour les bénéficiaires de l'APA en établissement, ces taux sont respectivement de 13 %, 44 %, 19 % et 24 %.
Lecture > En 2023, 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 2023 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

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

Fin 2022, une personne de 60 ans a une espérance de vie de 25,8 années parmi lesquelles, en moyenne, 2,4 années (soit 9,5 %) sont passées en tant que bénéficiaire de l'APA. L'espérance de vie dans l'APA est plus longue pour les femmes que pour les hommes : en 2019, elle s'élevait à 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 (Aubert, 2021). Les femmes ayant une plus grande longévité, notamment aux âges élevés, ont une 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 légèrement depuis 2010 (elle passe de 30 mois à 29,2 mois entre 2010 et 2022), 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 2022.

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'aide. En moyenne, en 2023, 88 % 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, 85 % des dépenses couvertes par l'APA pour rémunérer des intervenants à domicile concernent des services prestataires, 2,1 % des services mandataires et 13 % des recrutements directs par les personnes âgées. Les 12 % des dépenses d'APA à domicile restantes servent, pour 7 %, à financer différentes aides à l'autonomie (aides techniques, portage de repas, téléalarme, transport, etc.) et,

pour 5 %, à financer un accueil temporaire ou de jour en établissement, ainsi que le règlement des services rendus par les accueillants familiaux rémunérés au titre de l'aide sociale.

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 mois 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 par mois à un bénéficiaire dont les ressources mensuelles[1] 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 en perte d'autonomie élevée. La répartition par GIR des montants versés par le département dans l'année, après déduction de la participation financière des bénéficiaires, diffère donc de celle des bénéficiaires. Ainsi, en 2023, 37 % des montants versés pour l'APA à domicile sont destinés à des bénéficiaires en GIR 4, 26 % à ceux en GIR 3, 31 % à ceux en GIR 2 et 6,5 % à ceux en GIR 1 (contre respectivement 58 %, 22 %, 18 % et 2 % des bénéficiaires).

Tableau 2 Caractéristiques moyennes des bénéficiaires de l'APA recevant une aide humaine à domicile fin 2017

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

Note > Données pondérées pour être représentatives de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile au niveau national. En 2017, 98 % des plans d'aide prévoyaient au moins une heure d'aide humaine.
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 > DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017.

1 Les ressources considérées sont celles du bénéficiaire ou, le cas échéant, du couple.

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'aide[1] (*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 en GIR 1 et 2. 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. ■

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

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 1er mars 2016. Elle vise à allouer davantage d'aide aux personnes les plus dépendantes, à diminuer la participation financière du bénéficiaire et à offrir plus de répit aux proches aidants. Pour ce faire, les plafonds des plans d'aide par GIR ont été significativement revalorisés. En outre, avant la réforme, le calcul du ticket modérateur, soit la part du plan d'aide restant à la charge du bénéficiaire, dépendait uniquement du niveau de ressources du bénéficiaire. Désormais, le calcul prend également en compte le montant du plan d'aide, en appliquant un abattement plus élevé pour les plans aux montants les plus hauts, afin de diminuer le reste à charge des bénéficiaires aux plans d'aide les plus coûteux. Le seuil de ressources au-dessous duquel le bénéficiaire n'acquitte aucune participation financière est égal à 870 euros au 1er janvier 2023. 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 512,08 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 1 006,83 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.

[1] 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.

Pour en savoir plus

> La page sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est disponible sur le site internet de la DREES.

> Les 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,* 1153.

> **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,* 1212.

> **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,* 1214.

> **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,* 1152.

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

Fin 2023, 116 000 personnes de 60 ans ou plus bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) au titre d'un hébergement en établissement, pour une dépense nette des récupérations associée de 1,2 milliard d'euros sur l'ensemble de l'année. La dépense moyenne par bénéficiaire baisse de 2,2 % en 2023 en euros courants et 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.

Un nombre de bénéficiaires en hausse pour la première fois depuis 2017

Fin 2023, 115 900 personnes âgées bénéficient de l'ASH au titre d'un hébergement en établissement, soit 0,6 % de la population âgée de 60 ans ou plus (*tableau 1*). Elles occupent 15 % des 756 400 places d'hébergement installées en établissement pour personnes âgées au 31 décembre 2023. Parmi ces bénéficiaires, 99 800 vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), 6 900 en unité de soins de longue durée (USLD), 2 300 en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA, hors Ehpad) et 6 300 en résidence autonomie. L'ASH peut également être versée aux personnes âgées accueillies chez des particuliers (1 400 fin 2023).

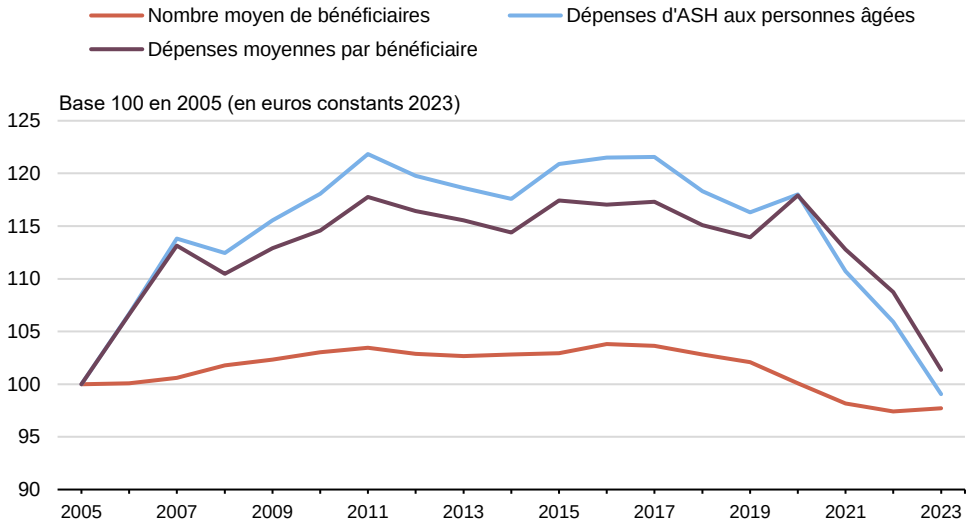
Sur longue période, le nombre de bénéficiaires de l'ASH en établissement a augmenté de +0,3 % en moyenne par an entre 2005 et 2016 (*graphique 1)*. Entre fin 2022 et fin 2023, ce nombre augmente légèrement (+1,4 %) après six années de baisse consécutives (-1,2 % par an en moyenne entre fin 2017 et fin 2022), en partie en lien avec la hausse de la mortalité des plus âgés en établissement dans le contexte sanitaire lié au Covid-19.

Tableau 1 Bénéficiaires de l'ASH aux personnes âgées en établissement et dépenses associées

							Taux d'évolution annuel moyen (en %)	
	2005	2019	2020	2021	2022	2023	2021-2022	2022-2023
Nombre de bénéficiaires au 31 décembre (en milliers)	118	120	116	115	114	116	**-0,7**	**+1,4**
Dépenses annuelles (en millions d'euros courants)	909	1 254	1 279	1 219	1 227	1 204	**+0,7**	**-1,9**
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire (en euros)	643	869	904	879	892	872	**+1,4**	**-2,2**

Note > 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 2023, 116 000 personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficient de l'ASH en établissement, pour une dépense nette des récupérations associée de 1,204 milliard d'euros sur l'ensemble de l'année.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 1 Évolution des dépenses et des bénéficiaires de l'ASH aux personnes âgées, depuis 2005



Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2023. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.
La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n*-1 et des bénéficiaires au 31 décembre *n*.
Lecture > Entre 2005 et 2023, la dépense moyenne par bénéficiaire a augmenté de 1 %, les dépenses d'ASH ont baissé de 1 % et le nombre moyen de bénéficiaires de 2 %.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

Même si les femmes sont très majoritaires parmi les bénéficiaires de l'ASH en établissement, elles le sont moins que parmi l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans vivant en établissement (65 % contre 73 %) [*tableau 2*]. En outre, les bénéficiaires de l'ASH sont relativement plus jeunes que l'ensemble des personnes âgées vivant en établissement : 28 % des bénéficiaires ont moins de 75 ans, contre 13 % des personnes âgées vivant en établissement ; à l'inverse, 43 % des bénéficiaires de l'ASH ont 85 ans ou plus, contre 64 % parmi l'ensemble des personnes âgées en établissement.
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 d'autres différences marquées[1] que l'âge moyen et la proportion d'hommes.

En particulier, en 2016, les résidents qui perçoivent l'ASH sont présents depuis plus longtemps dans l'établissement que les autres résidents. Ils ont par ailleurs une perte d'autonomie en moyenne plus sévère, 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 (Roy, 2023).

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

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

En %

	Bénéficiaires de l'ASH en établissement fin 2023	Population vivant en EHPA fin 2023	Ensemble de la population de 60 ans ou plus au 1er janvier 2024
Femmes	65	72	59
Hommes	35	28	41
Moins de 65 ans	6	2	23
De 65 à 69 ans	9	4	21
De 70 à 74 ans	13	7	20
De 75 à 79 ans	15	10	15
De 80 à 84 ans	14	14	10
De 85 à 89 ans	18	23	7
De 90 à 94 ans	15	25	4
95 ans ou plus	10	14	1

ASH : aide sociale à l'hébergement ; EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées.
Note > 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 2023, les femmes représentent 65 % des bénéficiaires de l'ASH en établissement.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; DREES, enquête EHPA 2023 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

Des dépenses en baisse en 2023

En 2023, les dépenses brutes des départements pour l'ASH en établissement (*encadré 1*), après récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers[1], s'établissent à 1,2 milliard d'euros.

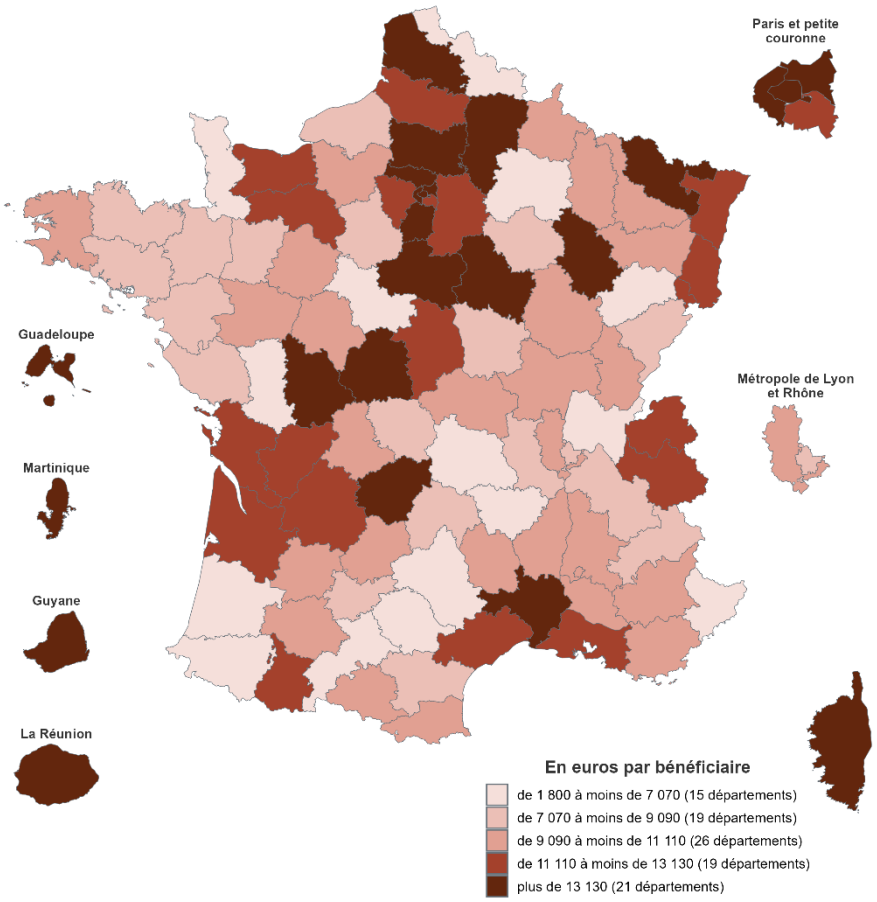
Entre 2000 et 2011, elles ont augmenté de 38,3 % en euros courants et de 14,3 % en euros constants[2], c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation, soit un taux de croissance annuel moyen de 3,0 % en euros courants et de 1,2 % en euros constants. Entre 2011 et 2019, elles connaissent des variations relativement faibles (+0,4 % en moyenne par an en euros courants, et -0,6 % en euros constants). Entre 2019 et 2020, elles augmentent de 1,9 % en euros courants (1,5 % en euros constants) puis baissent entre 2020 et 2021 de 4,6 % en euros courants et de -6,2 % en euros constants. En 2022, les dépenses repartent légèrement à la hausse en euros courants (+0,7 %) mais continuent de baisser en euros constants (-4,3 %). Dans l'ensemble, entre 2019 et 2022, les dépenses baissent de 0,7 % en moyenne par an en euros courants (et de 3,7 % en euros constants). En 2023, les dépenses diminuent, que ce soit en euros courants ou constants (respectivement -1,9 % et -6,5 % en un an).

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 relative stabilisation entre 2011 et 2019 (+0,5 % en moyenne par an en euros courants, -0,4 % en euros constants). Après une hausse de +4,0 % en euros courants entre 2019 et 2020 (3,5 % en euros constants), la dépense moyenne par bénéficiaire baisse en 2021 (- 2,8 % en euros courants, -4,4 % en euros constants), pour augmenter à nouveau en 2022, de 1,3 % en euros courants (- 3,7 % en euros constants). En 2023, la dépense moyenne par bénéficiaire diminue, que ce soit en euros courants ou constants (respectivement -2,2 % et -6,8 % en un an).

Au niveau national, la dépense moyenne annuelle par bénéficiaire s'élève à 10 500 euros en 2023, soit 872 euros par mois, avec d'importantes différences selon les départements. Près de cinq collectivités sur dix présentent une dépense annuelle moyenne par bénéficiaire qui varie entre 7 900 et 11 110 euros, soit dans un intervalle assez large de plus ou moins 10 % autour de la médiane[3], qui s'établit à 10 100 euros (*carte 1*). Quinze départements se distinguent par des montants plus faibles (à moins de 70 % de la valeur médiane). À l'opposé, quatre départements sur dix présentent des valeurs plus élevées, dont vingt-et-un pour lesquelles elles sont supérieures à 13 130 euros, soit 130 % de la valeur médiane. Les variations au sein de ce dernier groupe sont particulièrement fortes.

1 Les dépenses sont ici qualifiées de « brutes » au sens où elles sont mesurées avant recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales ou remboursements.
2 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 2023, cet indice a augmenté de 4,7 % en moyenne annuelle.
3 La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements.

Carte 1 Dépenses brutes annuelles moyennes d'ASH en établissement par bénéficiaire, en 2023



Note > La dépense brute est appréciée après récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers.
Lecture > Au niveau national, la dépense brute annuelle moyenne par bénéficiaire est de 10 500 euros. La valeur médiane, au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 10 100 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.

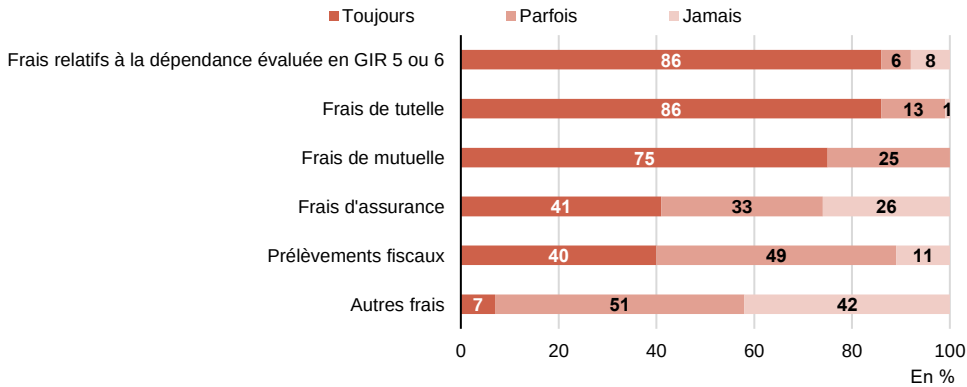
La prise en compte de certaines charges ou frais dans le calcul du montant de l'ASH

Le montant de l'aide sociale versé par le département 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 2018[1]. Certains départements vont plus loin et tiennent compte dans le calcul de ce reste à vivre un montant permettant de couvrir certaines autres dépenses – ou, ce qui revient au même, déduisent ce montant de la participation demandée au bénéficiaire. Ainsi, en 2018, dans 86 % des départements, le montant au conjoint éventuel restant à domicile : 833 euros par mois en 2018, 961 euros en 2024.

1 Ce montant est de 115 euros au 1er janvier 2024. Une somme minimale, correspondant au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, doit être laissée

d'ASH est ajusté – dans la limite du coût d'hébergement – de manière à ce que le reste à vivre des bénéficiaires puisse couvrir les frais liés à la perte d'autonomie des personnes évaluées en GIR 5 ou 6 (*graphique 2*). Dans 6 % des collectivités, cet ajustement se fait parfois ; il ne se fait jamais dans les 8 % restants.
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, etc.) sont également retenues (« toujours » et « parfois » dans respectivement 7 % et 51 % des départements en 2018).

Graphique 2 Charges et frais pris en compte dans le calcul de l'ASH par les départements, en 2018



Note > Les autres frais le 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, etc.), des frais médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale ou par une protection complémentaire et, enfin, les frais liés aux obsèques (contrats obsèques).
Lecture > En 2018, 86 % des départements prennent toujours en compte dans le calcul de l'ASH et du reste à vivre du bénéficiaire les frais relatifs à la perte d'autonomie évaluée en GIR 5 ou 6.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

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-filles[1]. Ils ne sont que 32 % à la pratiquer auprès des petits-enfants[2]. Enfin, 13 % des départements sollicitent d'autres personnes dans le cadre de l'obligation alimentaire ; il s'agit principalement des parents du bénéficiaire.
L'ASH constitue une avance qui peut être récupérée du vivant ou au décès du bénéficiaire. Les sommes versées au titre de l'aide sociale peuvent ainsi faire l'objet d'un recours sur la succession du bénéficiaire. 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

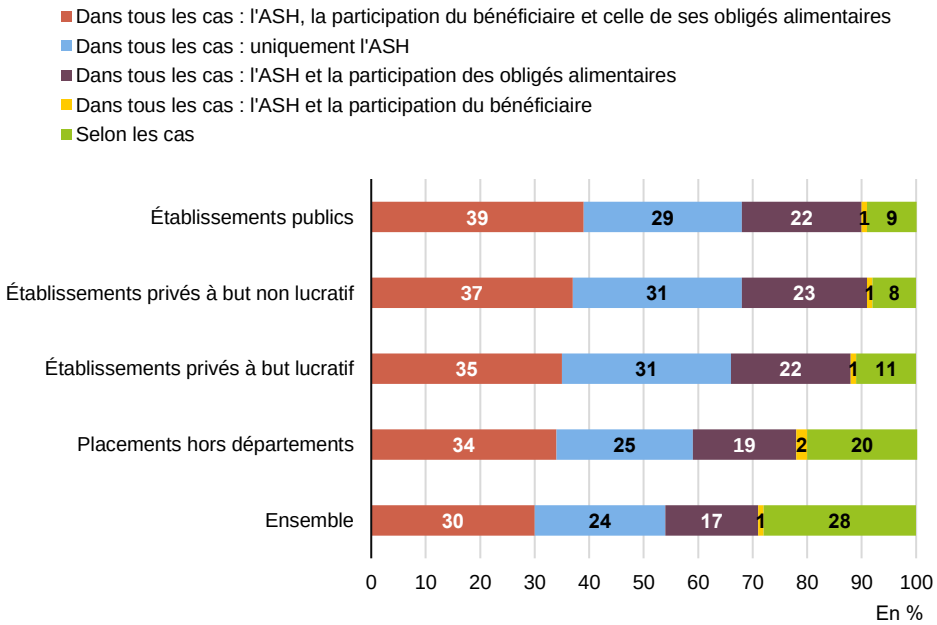
L'organisation du versement de l'ASH n'est pas identique dans l'ensemble des départements. Elle varie aussi selon les établissements ou les situations. En 2018, 30 % des collectivités versent toujours à l'établissement l'ensemble des frais d'hébergement, incluant l'ASH, la participation du bénéficiaire et celle des obligés alimentaires, lorsqu'il y en a une (*graphique 3*). Ils peuvent ensuite

1 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.

2 La loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie supprime l'obligation alimentaire pour les petits-enfants, et les enfants dans certains cas.

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 obligés alimentaires est globalement beaucoup plus souvent versée par les départements aux établissements (toujours dans 54 % des cas, parfois dans 19 % des cas), particulièrement dans les établissements publics. En 2018[1], 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. ■

Graphique 3 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.

1 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.

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	27	66
Récupérations auprès des obligés alimentaires	117 900	5	13
Recours sur successions	187 000	9	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**.**

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.

Pour en savoir plus

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

> **Guets, W., Khan, S., Martial, É.** (2023, juin). Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire. DREES, *Études et Résultats,* 1214.

> **Ricroch, L.** (2024, mai). Ehpad : un résident sur dix a moins de 75 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1302.

> **Roy, D.** (2023, février). Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? - Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 104.

08 Le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie

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 moyen 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, coûterait en moyenne 574 euros par mois et par bénéficiaire en 2019[1]. 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 2019[2]. Elle est couverte à 80 % par l'APA.

Depuis le 1er 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 ressources[3] (*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 celles 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 départements, de 12 à 97 euros[5] (*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.

1 Le modèle Autonomix (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 (Annexe 1). L'année de référence de la simulation est 2019.

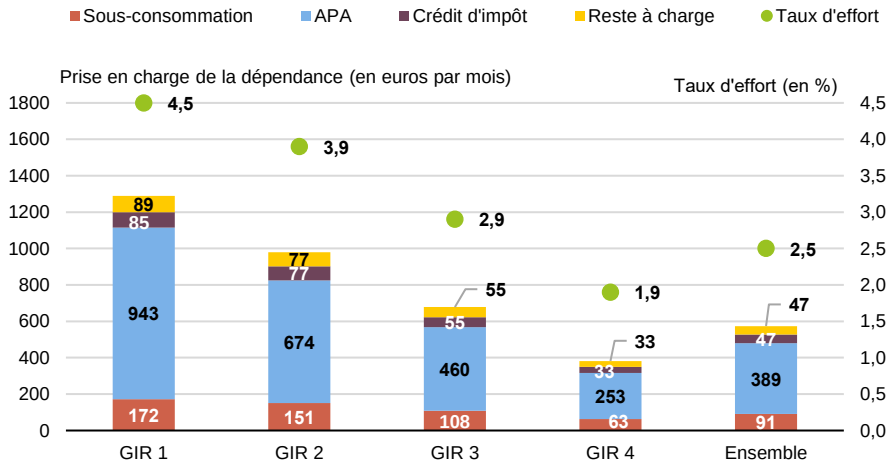
3 Les termes « ressources » et « revenu » désignent dans cette fiche les ressources au sens de l'APA mais corrigées de façon à inclure l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa, ou « minimum vieillesse »), ce qui suppose qu'il n'y a pas de non-recours au minimum vieillesse.

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

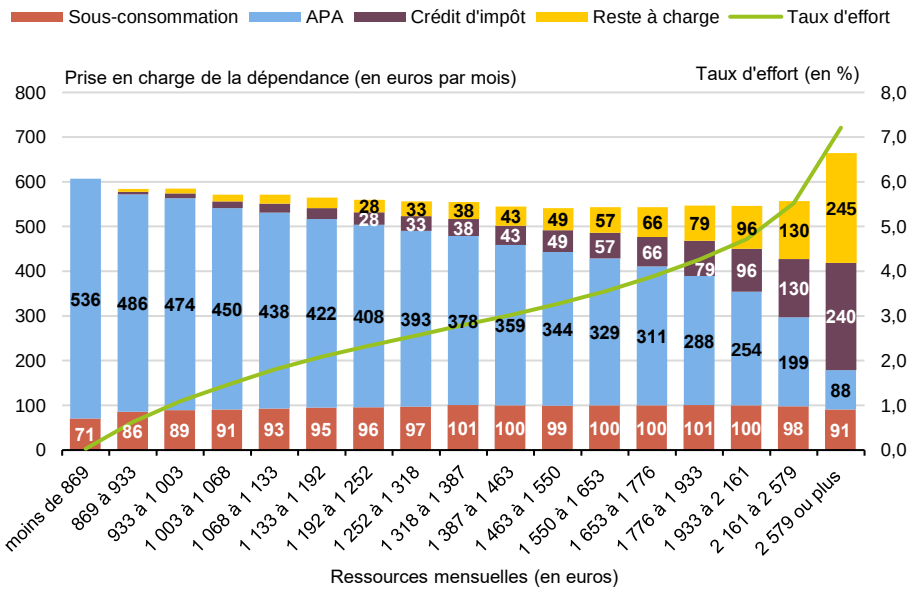
5 L'analyse peut ici être menée pour 65 départements, pour lesquels les données fournies par les conseils départementaux dans le cadre des remontées individuelles APA-ASH de 2017 sont de qualité suffisante. Pour les autres, des problèmes de couverture ou de qualité des données remontées empêchent malheureusement d'établir des résultats représentatifs au niveau départemental.

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

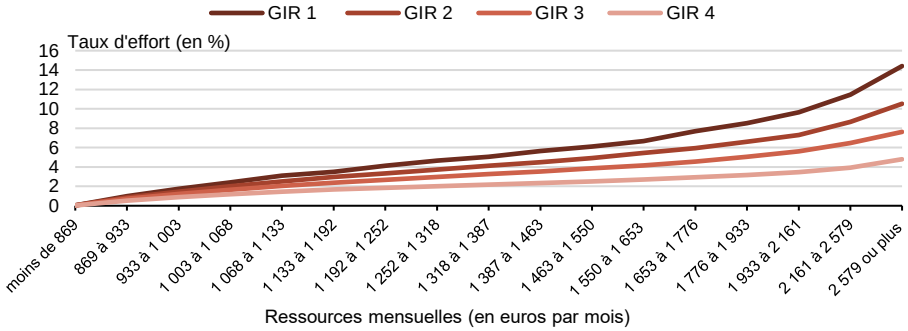


1b. Prise en charge de la dépendance et taux d'effort selon le revenu du bénéficiaire



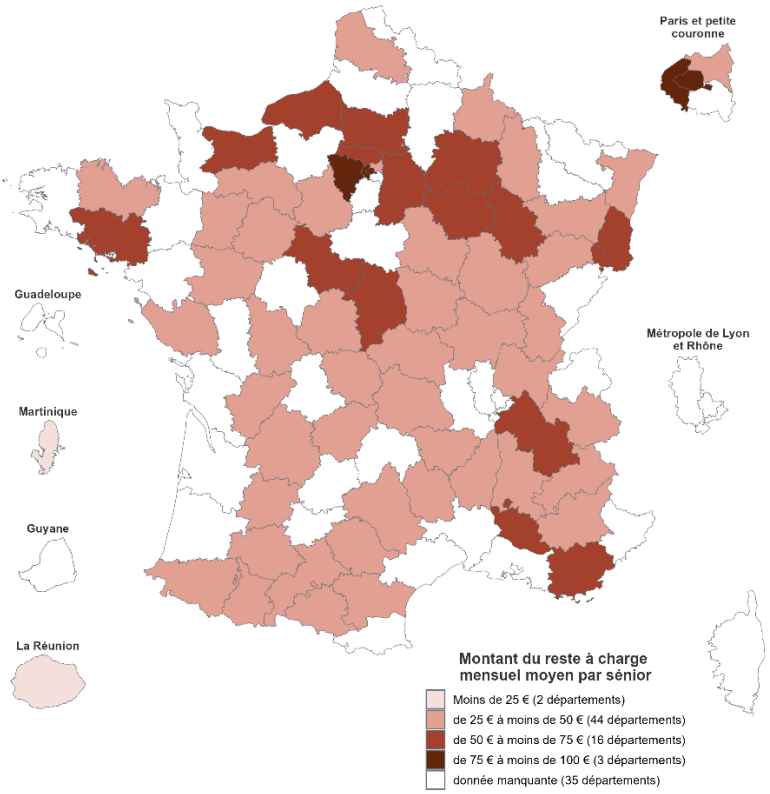
APA : allocation personnalisée d'autonomie ; GIR : groupe iso-ressources.
Note > Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile d'environ 5 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le reste à 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 départements, 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, en 2019).
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'élève à 89 euros en moyenne, ce qui correspond à un taux d'effort de 4,5 % de son revenu.
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 2 Taux d'effort des bénéficiaires de l'APA à domicile, par GIR et par ressources, en 2019



APA : allocation personnalisée d'autonomie ; GIR : groupe iso-ressources.
Note > 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 départements, 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, en 2019).
Lecture > Un senior bénéficiaire de l'APA 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.

Carte 1 Reste à charge moyen des bénéficiaires de l'APA à domicile, en 2019

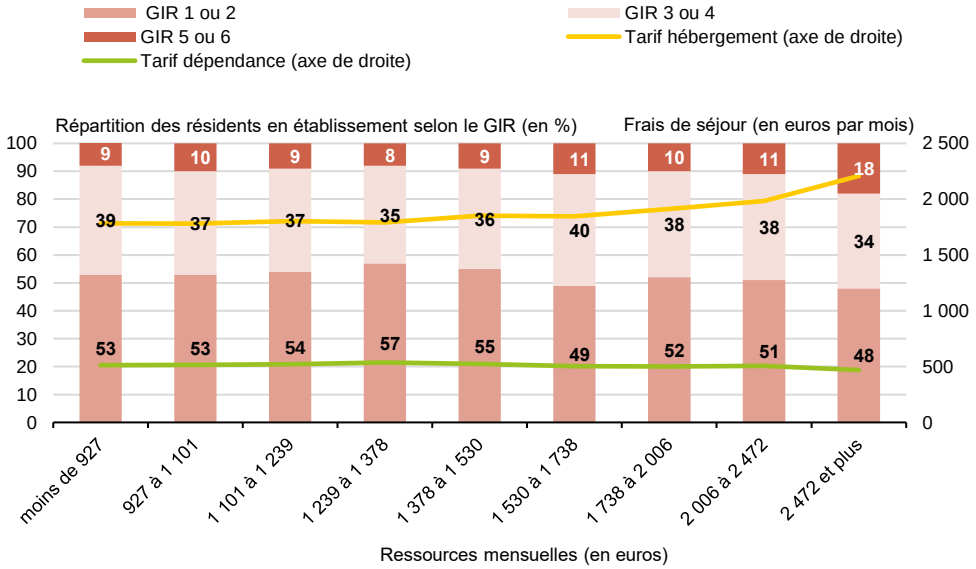


Note > Le reste à charge est défini ici comme la participation du bénéficiaire au plan consommé après l'APA et le crédit d'impôt. Au niveau national, ce reste à charge est de 47 euros en moyenne.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte ; bénéficiaires de l'APA à domicile en 2019.
Sources > DREES, remontées Individuelles APA-ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix.

De forts restes à charge en établissement

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*).

Graphique 3 Répartition des résidents en établissement par GIR et frais de séjour moyens selon le niveau de ressources, en 2019



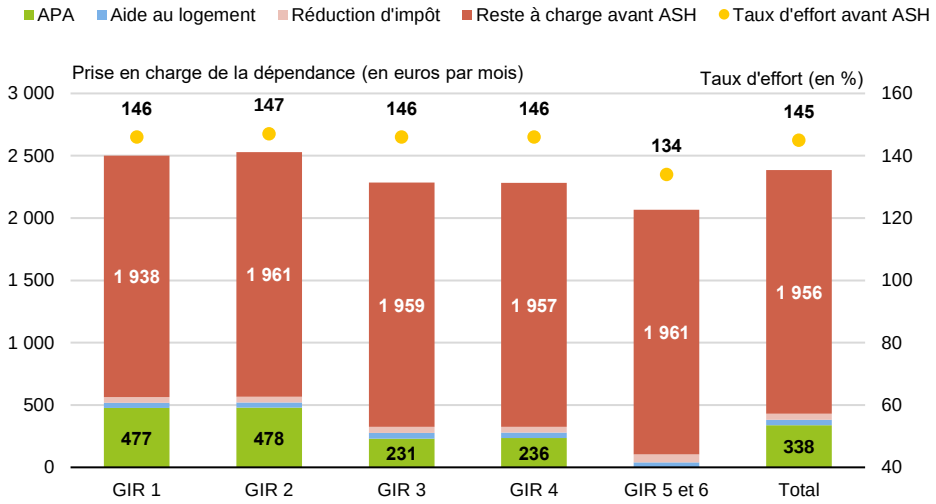
APA : allocation personnalisée d'autonomie ; GIR : groupe iso-ressources.
Note > Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Les ressources sont prises « au sens de l'APA », telles que prises en compte par les départements, 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 ayant des ressources comprises entre 1 101 et 1 239 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 %.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte ; personnes âgées résidant en Ehpad ou en USLD en 2019.
Sources > DREES, enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix ; CNSA, prix ESMS 2019.

Pour faire face aux frais de séjour (couvrant hébergement et prise en charge de la dépendance), les personnes âgées peuvent percevoir différentes 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 logement[1] 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 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*).

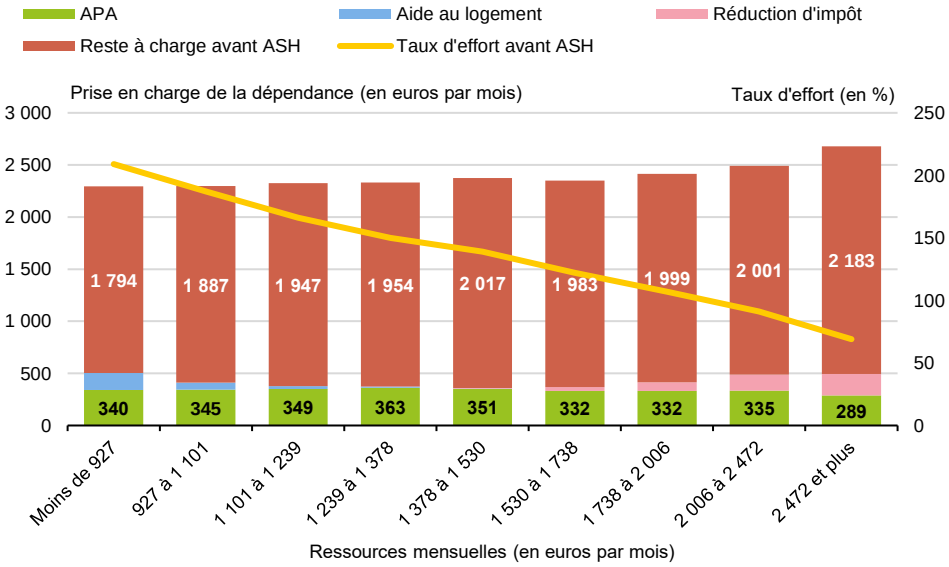
1 Les allocations logement sont toutefois sous-estimées dans le modèle Autonomix, en raison notamment de la sous-représentation des bénéficiaires en zone 1 du zonage APL dans les données utilisées.

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



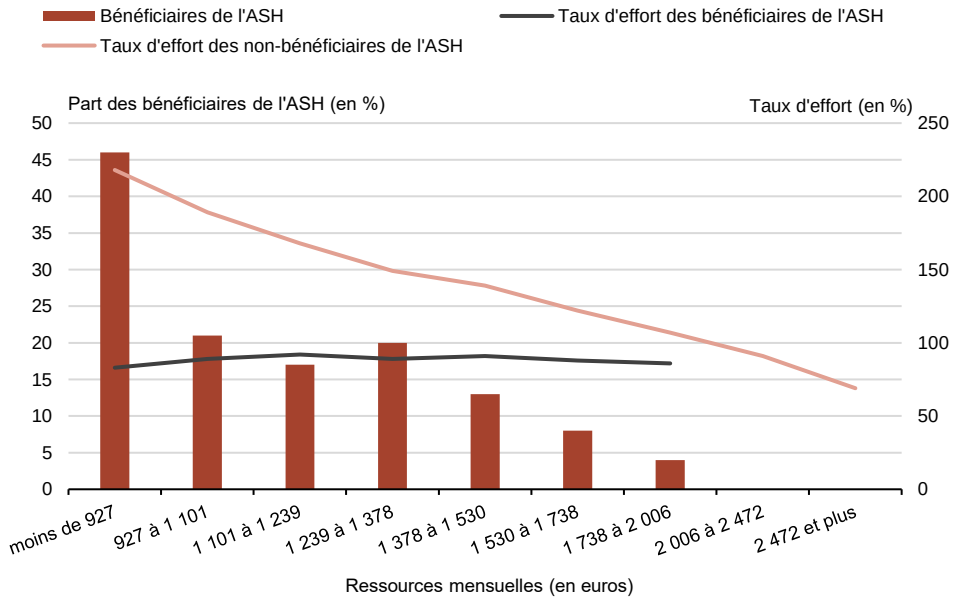
4b. Prise en charge de la dépendance et taux d'effort selon le revenu du bénéficiaire



APA : allocation personnalisée d'autonomie ; GIR : groupe iso-ressources.
Note > 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 en GIR 1 ont un reste à charge après l'ASH de 1 794 euros, en moyenne par mois. Le taux d'effort avant prise en compte de l'ASH est de 146 %.
Champ > France métropolitaine, personnes âgées résidant en Ehpad ou en USLD en 2019.
Sources > DREES, enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix ; CNSA, prix ESMS 2019.

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 recourent 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. ■

Graphique 5 Taux d'effort selon le fait de bénéficier de l'ASH, en 2019



ASH : aide sociale à l'hébergement.
Note > 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 départements, 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 1 101 et 1 239 euros ont un taux d'effort de 92 % lorsqu'ils bénéficient de l'ASH et de 168 % sinon. 17 % 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 > DREES, enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix ; CNSA, prix ESMS 2019.

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.

09 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

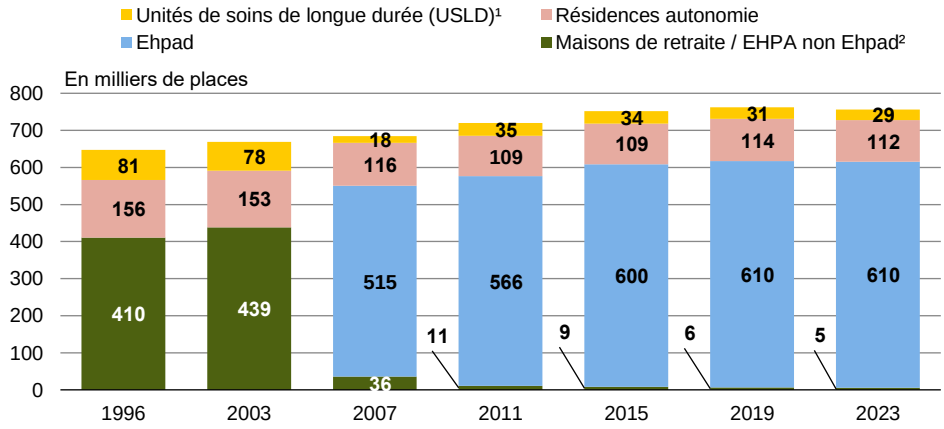
Au 31 décembre 2023, 10 400 structures médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées proposent 756 000 places d'accueil. Après avoir augmenté de 2007 à 2019, les capacités d'accueil diminuent légèrement entre 2019 et 2023 (-0,8 %), et ce, pour tous les types d'établissements. Entre 2019 et 2023, le nombre de personnes accueillies a baissé de 4,5 %, mais leur profil en termes d'âge et de dépendance est, en 2023, similaire à celui des résidents de 2019. Fin 2023, 85 % des résidents sont en perte d'autonomie (GIR 1 à 4).

Fin 2023, 10 400 structures d'hébergement pour personnes âgées proposent 756 000 places d'accueil en France métropolitaine et dans les DROM[1].

Une majorité de places en Ehpad

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) représentent 71 % des structures d'hébergement pour personnes âgées et totalisent 81 % des places installées[2] *(graphique 1)*. Ce sont les structures qui offrent la plus grande capacité moyenne d'accueil (82 places installées, en moyenne) *[tableau 1]*, largement devant les résidences autonomie ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) qui comptent respectivement 52 et 23 places installées, en moyenne. Le taux d'équipement moyen en structure d'hébergement pour personnes âgées – tous types confondus – atteint 111 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Ce taux varie néanmoins selon les départements *(carte 1)*. Les départements les moins équipés sont les DROM et la Corse, avec moins de 60 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Puis, dans 20 territoires situés dans l'est, le sud de la France (notamment le pourtour méditerranéen) et en Île-de-France, ce taux est compris entre 60 et 100 places. À l'opposé, un quart des départements (dont des départements de l'ouest et le sud du Massif central) disposent de 130 places ou plus pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Le nombre de places en Ehpad stagne par rapport à 2019 (-0,1 %), et diminue globalement sur l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées (-0,8 %).

Graphique 1 Évolution du nombre de places installées par catégorie, depuis 1996



1. Établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.
2. Y compris centres d'hébergement temporaire et établissement expérimentaux.

Note > 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.
Lecture > En 2023, le nombre de places installées en Ehpad est de 609 970.
Champ > France, hors Mayotte, structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.
Sources > DREES, enquêtes EHPA 2007, 2011, 2015, 2019 et 2023.

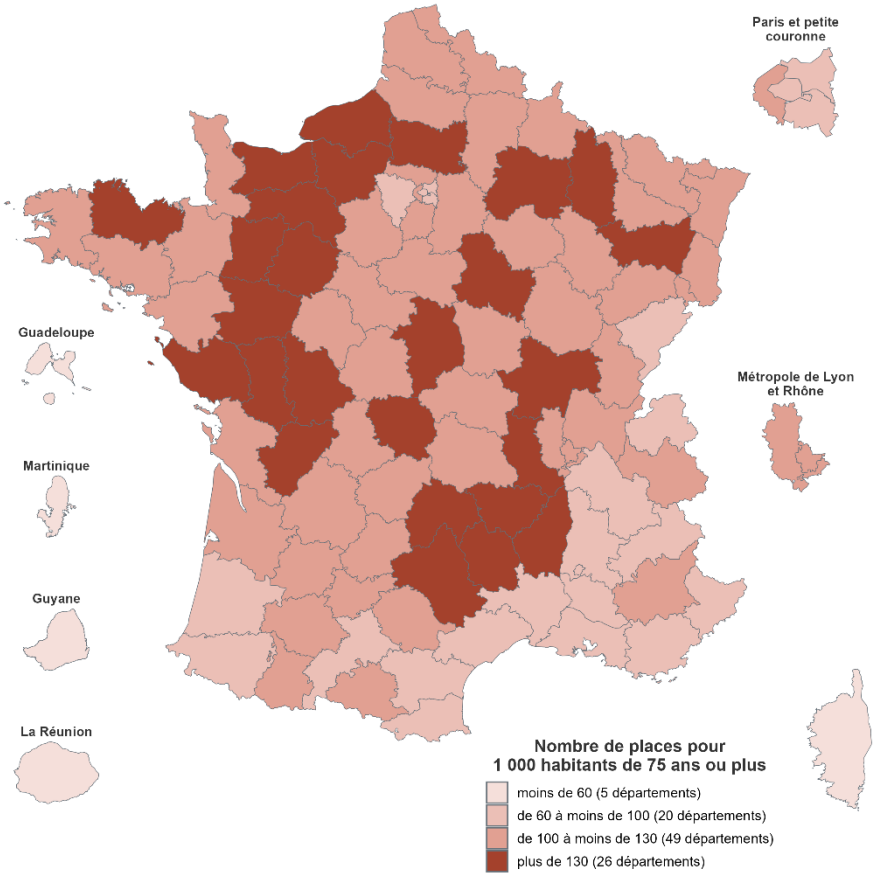
1 En 2023, Mayotte a été intégrée au champ de l'enquête EHPA. Cependant, sur l'année, les établissements n'ont pas accueilli de résidents (en cours de construction).
2 Les places installées sont celles en état d'accueillir des personnes à la date d'observation (celles fermées temporairement pour cause de travaux sont également incluses). Elles peuvent être moins nombreuses que les places autorisées, ces dernières n'étant pas nécessairement créées.

Tableau 1 Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2023

Catégorie d'établissement et statut juridique	Établissements	Places installées	dont places en hébergement permanent	Personnes accueillies	dont personnes en hébergement permanent	Personnels	Effectifs (en ETP)[1]	Taux d'encadrement (en %)
Ehpad, dont :	**7 400**	**609 970**	**586 990**	**573 100**	**550 200**	**453 600**	**402 500**	**66,0**
privés à but lucratif	1 790	137 690	132 630	124 100	120 300	90 900	84 400	61,3
privés à but non lucratif	2 340	179 440	171 690	173 100	164 800	125 400	110 200	61,4
publics	3 270	292 840	282 670	275 900	265 100	237 300	207 900	71,0
USLD	**560**	**29 030**	**28 910**	**25 000**	**25 000**	**35 400**	**27 000**	**93,0**
EHPA non Ehpad, dont :	**230**	**5 370**	**4 440**	**4 800**	**4 000**	**3 200**	**2 300**	**42,8**
privés à but lucratif	40	880	520	500	500	400	300	34,1
privés à but non lucratif	110	2 940	2 560	2 800	2 300	1 500	1 200	40,8
publics	50	950	900	900	800	600	400	42,1
établissements expérimentaux pour personnes âgées	30	600	460	600	400	700	400	66,7
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	**8 190**	**644 370**	**620 340**	**602 900**	**579 200**	**492 200**	**431 800**	**67,0**
Résidences autonomie, dont :	**2 180**	**112 000**	**111 010**	**94 100**	**93 300**	**17 500**	**13 300**	**11,9**
privées à but lucratif	100	4 870	4 670	4 300	4 000	1 100	800	16,4
privées à but non lucratif	680	33 950	33 680	28 300	28 100	5 200	3 700	10,9
publiques	1 400	73 180	72 660	61 500	61 200	11 200	8 800	12,0
Ensemble des établissements	**10 370**	**756 370**	**731 350**	**697 000**	**672 500**	**509 700**	**445 100**	**58,8**

ETP : équivalent temps plein ; EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées ; Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; USLD : unités de soins de 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.
Note > Le nombre d'établissements comptabilisés en 2023 est inférieur au décompte des établissements du répertoire Finess car des établissements étaient fermés ou pas encore ouverts au moment de l'enquête EHPA.
Le nombre de places installées et de personnes accueillies inclut les places en accueil de jour et en hébergement temporaire, ainsi que les personnes occupant ces places à la date de l'enquête.
Lecture > En 2023, 609 970 places installées dont 586 990 en hébergement permanent sont proposées par les 7 400 Ehpad. Le taux d'encadrement (rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées) dans cette catégorie d'établissement est de 66 %.
Champ > France métropolitaine et DROM ; structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.
Source > DREES, enquête EHPA 2023.

Carte 1 Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2023



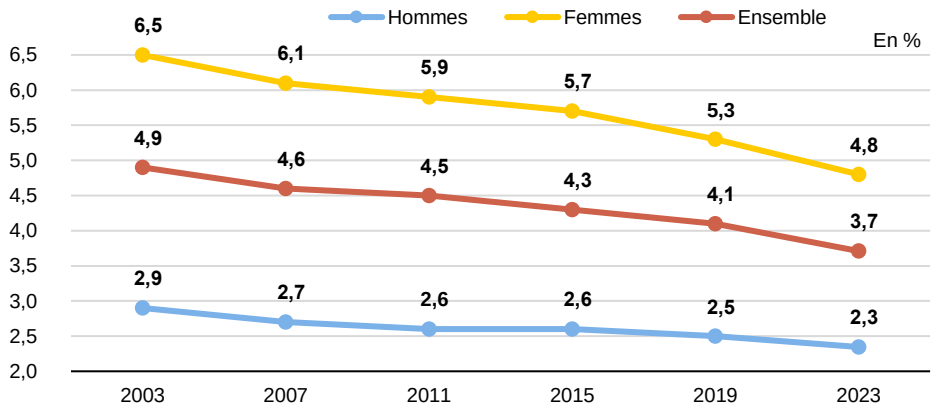
Note > Au niveau national, le nombre de places en Ehpad, EHPA, résidences autonomie et USLD est de 111 pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, hors accueil de jour.
Sources > DREES, enquête EHPA 2023 ; Insee, estimations de la population provisoires au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

La situation est contrastée selon le type d'Ehpad : les Ehpad privés à but non lucratifs offrent davantage de places que quatre ans auparavant (+1,2 %), alors que le nombre de places diminue dans les Ehpad publics. Cette baisse s'explique par la fermeture d'établissements (-1,8 % par rapport à 2019) et non par un nombre plus faible de places par établissement (en moyenne, les Ehpad publics offrent 90 places en 2023, contre 89 places en 2019).
Les capacités d'accueil en résidence autonomie sont en recul (-1,9 % par rapport à 2019). Cette évolution contraste avec la progression de 4 % entre 2015 et 2019 qui pouvait 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[1]. Cette baisse concerne uniquement les résidences autonomie publiques, qui représentent près de deux tiers des places dans ce type d'établissement, le nombre de places disponibles en résidences autonomie privées étant lui en forte hausse.
Le nombre de places en unités de soins de longue durée (USLD) continue de diminuer fortement depuis 2019 (-6,7 % après -8,0 % entre 2015 et 2019), le nombre de ces unités étant en baisse (-5,1 %). Ces structures, proposant en moyenne 52 places, sont les plus médicalisées et restent celles avec le taux d'encadrement le plus élevé (93 %).

1 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 en compris résidences autonomie) ne cesse de diminuer depuis 2003 pour l'ensemble de la population *(graphique 2)*. Ce taux d'hébergement diminue au sein de chaque classe d'âge, et ce, même aux âges les plus élevés[1]. Il est plus important chez les femmes que chez les hommes, en particulier dans les tranches d'âge les plus élevées. En effet, fin 2023, 33 % des femmes de 90 ans ou plus résident en établissement pour personnes âgées, contre seulement 20 % des hommes de 90 ans ou plus. La plus forte prévalence de la perte d'autonomie chez les femmes, du fait de leur plus grande longévité, peut expliquer leur taux d'hébergement plus élevé que celui des hommes.

Graphique 2 Taux d'hébergement des personnes âgées de 60 ans ou plus, selon le sexe



Note > 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'âge. 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.
Lecture > Le taux d'hébergement des personnes âgées de 60 ans ou plus est passé de 4,9 % en 2003 à 3,7 % en 2023.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquêtes EHPA 2003, 2007, 2011, 2015, 2019 et 2023 ; Insee, estimations de la population provisoires au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

Le développement des unités de vie spécifiques

Au 31 décembre 2023, l'hébergement permanent reste le mode d'accueil principal : 97 % des places installées en institution pour personnes âgées lui sont destinées, comme en 2019. L'offre en hébergement temporaire croit de nouveau avec au total 13 600 places proposées fin 2023. L'offre en accueil de jour se maintient par rapport à 2019, avec 15 300 places (y compris dans les centres d'accueil de jour exclusifs).

Depuis 2019, les espaces de vie spécifiquement destinés à accueillir des résidents qui présentent des troubles du comportement ont poursuivi leur développement. En 2023, 28 % des Ehpad disposent d'un pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa[2]), soit plus de 2 000 établissements. Dans le secteur public hospitalier, 35 % des établissements comportent un Pasa, contre 31 % en 2019, 26 % en 2015 et 6 % en 2011. La présence d'unités d'hébergement renforcées (UHR)[3] en Ehpad est moins fréquente : 3 % des structures en disposent (environ 260 structures). C'est en revanche le cas pour près d'une USLD sur quatre. Par ailleurs, fin 2023, 52 % 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). Ces unités sont davantage présentes dans les Ehpad privés à but lucratif, qui disposent moins souvent de Pasa que les établissements publics : 61 % déclarent disposer de ce genre d'unité, contre 46 % pour les Ehpad publics.

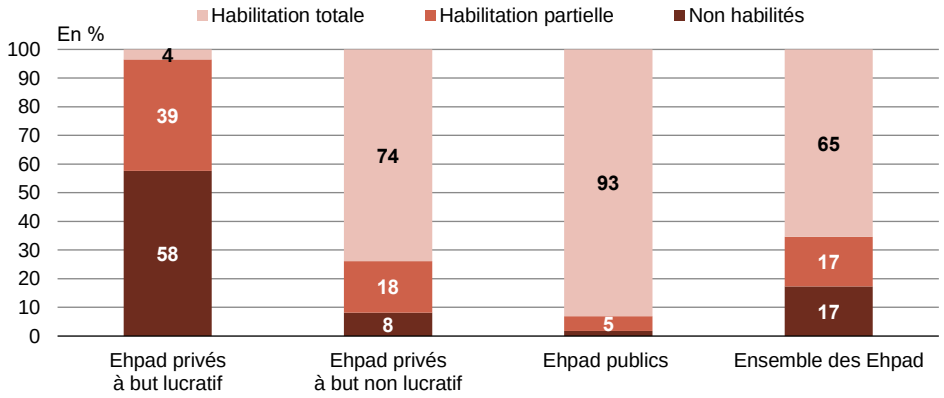
1 Sources : DREES, enquête EHPA 2023, Insee, estimations de population, provisoires pour 2023 (données arrêtées fin 2024).
2 Les pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) et les unités d'hébergement renforcées (UHR) sont des espaces de vie aménagés au sein de la structure et destinés à accueillir 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.
3 Dans les UHR, des activités sont proposées et des soins dispensés aux résidents accueillis qui souffrent de troubles du comportement sévères.

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 département 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]) 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 département dans un établissement d'hébergement. Dans le secteur public, une grande majorité des Ehpad sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'ASH sur l'ensemble de leurs places (93 %), alors que ce n'est le cas que de 4 % des Ehpad privés à but lucratif *(graphique 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, plus de neuf établissements sur dix disposent de places habilitées et près de trois Ehpad sur quatre sont habilités à l'aide sociale pour l'ensemble de leurs places. Les proportions d'établissements partiellement et totalement habilités à l'aide sociale sont stables par rapport à 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 2023 dans les divers types de structures, dont 448 000 en Ehpad (soit respectivement 69 % et 73 % du nombre total de places), ce qui représente un nombre stable par rapport à 2019. Les places habilitées sont sensiblement plus nombreuses que les bénéficiaires de l'ASH (133 000 fin 2023), même si ce nombre est en hausse de près de 10 % par rapport à 2019.

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 2023



Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
Lecture > Au 31 décembre 2023, 58 % des Ehpad privés à but lucratif n'ont pas signé de convention d'aide sociale et n'ont donc pas de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.
Champ > France métropolitaine et DROM.
Sources > DREES, enquête EHPA 2023.

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

Depuis 2019, les tarifs journaliers liés à l'hébergement ont en moyenne augmenté de 5,20 euros dans les Ehpad, passant de 65,80 à 71,00 euros TTC fin 2023, soit une hausse en valeur légèrement plus faible qu'entre 2015 et 2019. Cette augmentation de 7,9 % est en dessous de l'inflation observée sur la période (+12,2 %). Les places habilitées à l'ASH sont nettement moins coûteuses que les autres (en moyenne, 63,44 euros contre 92,58 euros pour les non habilitées fin 2023). Les tarifs des places habilitées, négociés avec le département, 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 proches de ceux en cours dans le secteur public pour les places habilitées à l'aide sociale (en moyenne, +2 euros environ), mais nettement supérieurs pour les autres places (+34 euros en moyenne), un écart plus important qu'en 2019.

En moyenne, en Ehpad, le tarif dépendance est en hausse depuis 2019 et s'élève à 6,12 euros par jour en 2023 (+9,5 %) pour les personnes les plus autonomes (GIR 5 à 6) et à 22,76 euros (+9,7 % soit 2 euros de plus en moyenne) pour les personnes les

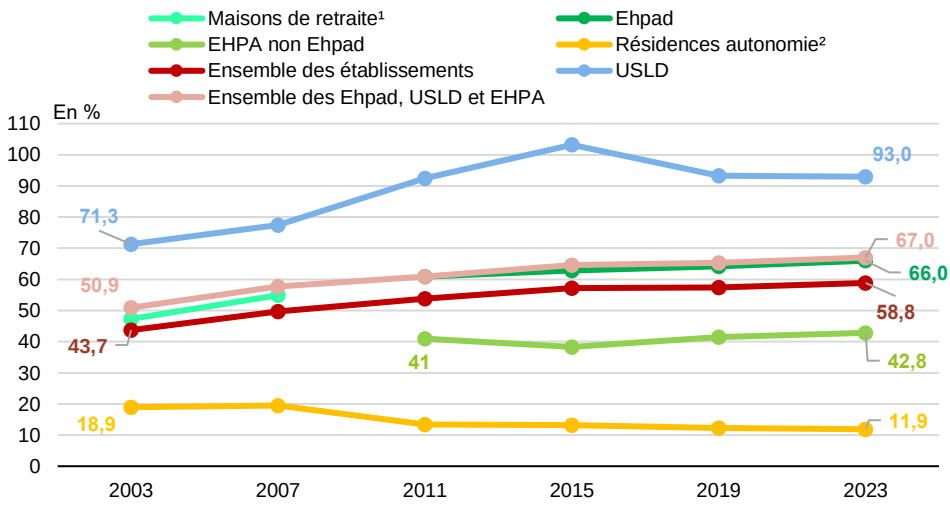
plus dépendantes (GIR 1 à 2). Le tarif dépendance varie moins en fonction du statut juridique de l'établissement que les frais liés à l'hébergement. Il est cependant un peu moins élevé dans les établissements privés à but lucratif. Ces tarifs journaliers se traduisent par des frais mensuels d'hébergement qui sont supérieurs aux ressources « courantes » des résidents pour une grande partie d'entre eux.

Un taux d'encadrement en hausse mais une part de personnels « au chevet » stable

Fin 2023, 510 000 personnes travaillent dans une structure d'hébergement pour personnes âgées, pour un volume de travail correspondant à 445 000 personnes en équivalent temps plein (ETP). Depuis 2019, le nombre de personnes en fonction comme le nombre total d'ETP ont légèrement augmenté de respectivement 0,4 % et 1,8 %, après avoir déjà augmenté entre 2015 et 2019 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 70 % des postes de directeurs et médecins directeurs. Elles sont majoritaires dans l'ensemble des métiers hormis au sein du personnel médical parmi lequel la parité est respectée : 50 % des postes de médecin coordonnateur, de médecin généraliste, de gériatre, de psychiatre ou d'autre médecin spécialiste sont occupés par des hommes, cette part étant portée par les médecins coordonnateurs, les médecins généralistes et les psychiatres.

Le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées, augmente légèrement en 2023 et s'établit à près de 59 ETP pour 100 places, après 57 en 2015 et 2019 (tous types de structure confondues) *[graphique 4]*. Il diffère selon le type d'institution et le profil des résidents : dans les structures accueillant les personnes les plus autonomes, les taux d'encadrement sont plus faibles. Ainsi, dans les résidences autonomie, au sein desquelles près de trois résidents sur quatre ont une perte d'autonomie très modérée (GIR 5 et 6), le taux d'encadrement est-il inférieur à 15 ETP pour 100 places. Dans les unités de soins de longue durée (USLD), structures les plus médicalisées, le taux d'encadrement est stable après la chute de dix points enregistrée entre 2015 et 2019, et le nombre d'ETP est un peu inférieur en moyenne aux places installées. Dans les Ehpad, le taux d'encadrement s'élève à 67 ETP pour 100 places installées, contre 64 en 2019. En ce qui concerne le personnel « au chevet[1] », le taux d'encadrement en Ehpad est stable par rapport à 2019 avec 29 ETP pour 100 places installées en 2023.

Graphique 4 Évolution du taux d'encadrement, selon la catégorie d'établissement



EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées ; Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; USLD : unités de soins longue durée.
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.
Lecture > En 2023, le taux d'encadrement des USLD est de 93,0 %. Celui des résidences autonomie est de 11,9 %.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, hors centres d'accueil de jour.
Sources > DREES, enquêtes EHPA 2003, 2007, 2011, 2015, 2019 et 2023.

1 Le personnel « au chevet » est constitué des infirmiers et des aides-soignants.

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 72 % des effectifs en ETP employés, en hausse par rapport à 2019 (65 %). Ces postes représentent également 48 % des emplois en Ehpad, une part identique à 2019.

Des résidents moins nombreux et aussi âgés qu'en 2019

Fin 2023, 697 000 résidents fréquentent une structure d'hébergement pour personnes âgées, soit une baisse de 4,5 % par rapport à 2019. L'amorce du virage domiciliaire, l'effet encore visible du Covid-19 ainsi que celui des révélations sur les pratiques de certains établissements sont des pistes d'explication de cette diminution. La moitié des résidents ont plus de 88 ans, comme en 2019.

Les hommes vivant en institution sont plus jeunes que les femmes. En moyenne, ils ont 82 ans et 2 mois, tandis que les femmes ont 87 ans et 6 mois, ce qui est très proche de la différence d'espérance de vie entre les femmes et les hommes (5 ans et 8 mois en 2023). 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, 38 % en 2019 et 39 % en 2023. Cette hausse concerne essentiellement les personnes âgées de 95 ans ou plus : elles représentent 14 % des résidents en 2023, après 13 % en 2019 et 10 % en 2015. Cette augmentation du nombre de résidents très âgés est moins importante que sur les années précédentes, l'espérance de vie étant stable entre 2019 et 2023. Elle est principalement 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. Le nombre de centenaires, seuil que commencent à atteindre ces générations, a ainsi nettement augmenté dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées en quatre ans, passant de 10 600 fin 2019 à 16 300 fin 2023.

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 8 mois ou plus et seuls 12 % ont moins de 75 ans, alors que les moins de 75 ans représentent 26 % des résidents accueillis en résidence autonomie ou en USLD. Ces résidents plus jeunes ont un profil particulier qui diffère de celui des résidents plus âgés.

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 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.

Des résidents en Ehpad presque tous en perte d'autonomie

Le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents est stable depuis 2019. En 2023, toutes catégories de structure confondues, 85 % des résidents sont en perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR[1] *(tableau 2)*. Les Ehpad continuent d'accueillir toujours plus de personnes en perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR (95 % de GIR 1 à 4 en 2023 contre 93 % en 2019, 91 % en 2015 et 88 % en 2011). Plus de la moitié de leurs résidents (55 %) sont en perte d'autonomie sévère (en GIR 1 ou 2). Dans les USLD, la quasi-totalité des personnes accueillies sont en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) et 30 % 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 (34 % en 2019 et 40 % en 2015). Dans les résidences autonomie, où la part de personnes en perte d'autonomie ne peut pas dépasser un certain seuil (15 % de GIR 1 à 3 et 10 % de GIR 1 et 2), 27 % des résidents sont en perte d'autonomie (GIR 1 à 4). En 2019, ils étaient 24 %. La part de résidents en GIR 1 à 3 est quant à elle stable à 6 %.

Près de 164 000 personnes accueillies en hébergement permanent en Ehpad sont décédées en 2023, un chiffre en hausse de 7 % par rapport à 2019. Cela représente un quart des décès annuels en France et 84 % des sorties définitives d'Ehpad. Un décès sur cinq n'a pas lieu dans l'établissement mais au cours d'une hospitalisation (y compris à domicile) ou au cours d'une sortie temporaire. ■

1 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.

Tableau 2 Répartition des résidents selon leur niveau de dépendance par catégorie d'établissement, au 31 décembre 2023

En %

Catégorie d'établissement	Part des résidents						
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Ehpad, dont :	**15,4**	**39,8**	**19,9**	**19,4**	**3,7**	**1,8**	**100**
privés à but lucratif	14,7	43,0	20,7	17,3	3,0	1,3	100
privés à but non lucratif	14,9	39,1	19,9	20,2	3,8	2,1	100
publics	16,1	38,9	19,6	19,7	3,8	1,8	100
USLD	30,0	47,6	11,9	8,6	1,2	0,7	100
EHPA	2,6	11,3	11,1	31,3	16,9	26,8	100
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	15,9	39,9	19,5	19,0	3,7	1,9	100
Résidences autonomie	0,1	1,1	4,3	21,3	19,6	53,6	100
Ensemble des établissements	**13,8**	**34,7**	**17,5**	**19,3**	**5,8**	**8,9**	**100**

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées ; Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; USLD : unités de soins longue durée ; GIR : groupe iso-ressources.
Lecture > En 2023, dans les Ehpad 15,4 % des résidents étaient évalués en GIR 1.
Champ > France métropolitaine et DROM, structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.
Source > DREES, enquête EHPA 2023.

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.

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires sur l'enquête EHPA sont disponibles sur l'espace Open Data de la DREES.

> Voir la page présentation de l'enquête EHPA sur le site internet de la DREES.

> **Balavoine, A.** (2023, novembre). Résidences autonomie : avant le début de la crise sanitaire, le nombre de places augmentait, mais celui des résidents diminuait. DREES, *Études et Résultats,* 1284.

> **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,* 1237.

> **Ricroch, L.** (2024, mai). Ehpad : un résident sur dix a moins de 75 ans. DREES, *Études et Résultats,* 1302.

L’aide sociale aux personnes handicapées

10.1 Les adultes handicapés à domicile

Le dénombrement des personnes handicapées est sensible aux critères retenus pour repérer statistiquement ces dernières. 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 des éléments de cadrage. En 2022, en France métropolitaine, 28 % des personnes de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire ont au moins une limitation fonctionnelle importante.

Plusieurs dénombrements possibles des personnes handicapées ou en perte d'autonomie

La loi du 11 février 2005[1] précise que « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Plusieurs dénombrements peuvent être élaborés en s'appuyant sur cette définition. Les personnes peuvent avoir une altération de fonctions organiques importante, c'est-à-dire qui touche la motricité, la perception visuelle ou auditive, l'aptitude à parler, les fonctions métaboliques ou encore affecte le fonctionnement du cerveau ou du psychisme. Ces altérations n'entraînent pas forcément une situation de handicap. Elles sont croisées ici avec trois définitions principales du handicap : la première est de déclarer une limitation fonctionnelle importante pour une fonction motrice, sensorielle ou cognitive ; la deuxième est de déclarer des restrictions pour réaliser les actes essentiels du quotidien parmi une liste d'actes précis ; la troisième est de déclarer plus globalement une forte restriction, depuis plus de six mois, pour des raisons de santé, dans les activités que les gens font habituellement (indicateur Global Activity Limitation Indicator [GALI]).

47 % des personnes de 15 ans ou plus ont au moins une altération importante de fonctions organiques

En 2022, 47 % des personnes de 15 ans ou plus ont au moins une altération de fonctions organiques qu'elles jugent importante (*graphique 1*). Les altérations les plus fréquentes concernent la fonction motrice (20 % des personnes de 15 ans ou plus), la gestion de l'humeur, des émotions ou des sentiments (17 %) et les fonctions métaboliques (16 %). Les altérations importantes de la fonction visuelle et de la fonction auditive concernent 12 % des personnes. Avec l'avancée en âge, certains types d'altération sont de plus en plus fréquents, comme les altérations des fonctions motrices (6,7 % des personnes avant 30 ans, contre 36 % des personnes de 65 ans ou plus). Les altérations des fonctions sensorielles (visuelles ou auditives) et métaboliques sont également en hausse avec l'âge. Les altérations de la gestion de l'humeur, des émotions ou sentiments sont quasiment stables selon l'âge : elles concernent 18 % des personnes de 15 à 29 ans et 17 % des 65 ans ou plus.

28 % des personnes de 15 ans ou plus ont au moins une limitation fonctionnelle importante

En France métropolitaine, 28 % des personnes de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire ont au moins une limitation fonctionnelle importante, qu'elle soit sensorielle, motrice ou cognitive (*tableau 1*). Les limitations importantes d'ordre moteur sont les plus fréquentes : elles concernent 12 % des personnes. 10 % des personnes ont des limitations importantes liées à la mémoire, la concentration ou l'organisation et 9,0 % des limitations importantes liées au relationnel. Enfin, les limitations sensorielles importantes concernent 6,7 % de la population et les limitations physiques non motrices, comme les difficultés à contrôler les selles et les urines ou à mordre un aliment ferme, concernent 6,0 % de la population.

À domicile, la fréquence des limitations liées à la mémoire et de celles liées au relationnel évoluent peu avec l'âge

Les limitations fonctionnelles sensorielles, motrices et les autres limitations physiques augmentent toutes avec l'âge. Ainsi, avant 30 ans, 2,0 % des personnes ont au moins une limitation motrice importante, contre 29 % à 65 ans ou plus. Les limitations sensorielles augmentent aussi, mais moins fortement : 2,2 % des personnes sont concernées avant 30 ans, contre 16 % à 65 ans ou plus. Pour les personnes vivant à domicile, les limitations liées à la mémoire, la concentration ou

[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.

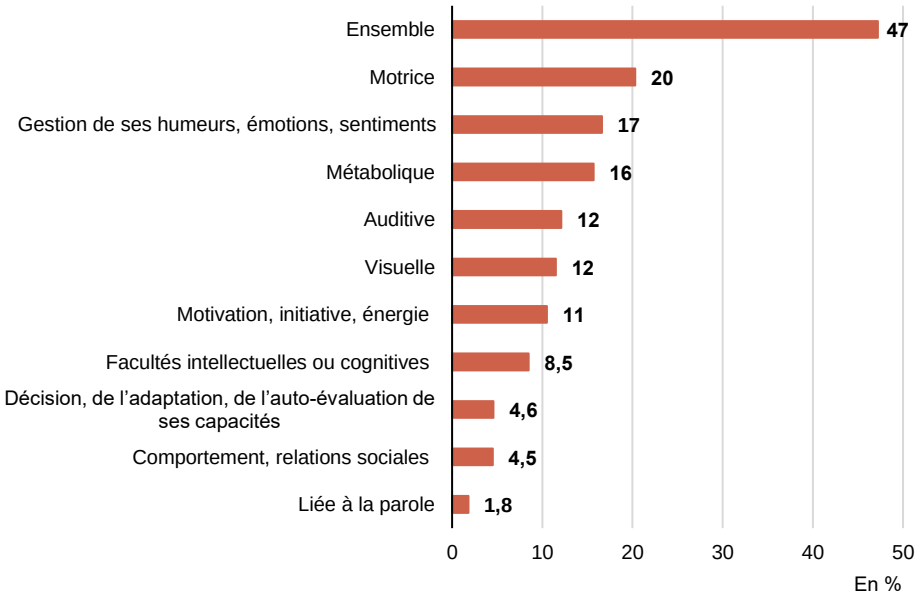
l'organisation sont en revanche quasiment stables quel que soit l'âge. Cette stabilité globale s'explique notamment par le fait que les personnes âgées qui perdent leurs facultés cognitives sont plus rapidement en perte d'autonomie et partent donc vivre plus rapidement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) que les personnes qui ont uniquement des limitations motrices.

10 % des personnes de 15 ans ou plus ont des restrictions importantes pour réaliser les actes essentiels du quotidien

En raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de leur avancée en âge, 10 % des personnes de 15 ans ou plus vivant à domicile ont une restriction importante pour réaliser des actes parmi une liste d'activités du quotidien. Les actes essentiels de la vie quotidienne peuvent être regroupés en trois catégories : les actes liés à la mobilité (comme se déplacer chez soi, sortir de chez soi), ceux liés à l'entretien personnel (comme se laver, s'habiller, se lever ou se coucher, prendre seul ses médicaments) et ceux liés aux activités domestiques (comme préparer seul ses repas, faire ses courses, le ménage, gérer ses documents administratifs). Lorsqu'elles ont une restriction d'activité, les personnes ont le plus souvent une restriction dans les activités domestiques : 9,2 % des personnes de 15 ans ou plus ont une restriction importante dans ce domaine, contre 4,9 % concernant la mobilité et 3,4 % l'entretien personnel. Quel que soit le type de restriction, entre 2 % et 3 % des personnes sont concernées avant 30 ans, mais ce taux augmente avec l'âge. Ainsi, après 65 ans, 23 % des personnes ont des restrictions importantes liées aux activités domestiques, 13 % à la mobilité et 8,3 % à l'entretien personnel.

Par ailleurs, 8,7 % des personnes de 15 ans ou plus déclarent avoir plus globalement une restriction importante, depuis plus de six mois, dans les activités que les gens font habituellement. C'est un peu moins que la part des personnes qui ont une restriction importante dans une activité essentielle du quotidien (10 %) ; l'écart est plus élevé pour les personnes de 65 ans ou plus : 17 % déclarent être globalement limitées depuis au moins six mois, alors que 25 % déclarent au moins une restriction importante dans une activité essentielle du quotidien. Il est possible que certains seniors répondent à la question sur les activités que font les gens habituellement en se référant aux autres personnes de leur âge et qu'ils ne se sentent pas fortement limités par rapport à elles.

Graphique 1 Altérations importantes de fonctions, en 2022



Lecture > En 2022, 20 % des personnes de 15 ans ou plus ont au moins une altération de fonction motrice.
Champ > France métropolitaine, personnes de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire en 2022.
Source > DREES, enquête Autonomie 2022 en logement ordinaire.

Tableau 1 **Difficultés dans la vie quotidienne selon la définition et l'âge, en 2022**

En milliers

	Effectifs				
	15-29 ans	30-49 ans	50-64 ans	65 ans ou plus	Ensemble
Au moins une limitation fonctionnelle importante (1)	**1 955**	**3 184**	**3 752**	**5 591**	**14 482**
Au moins une limitation sensorielle	242	486	799	1 984	3 511
Au moins une limitation motrice	216	725	1 590	3 640	6 172
Au moins une limitation physique autre	94	323	724	1 980	3 120
Au moins une limitation liée à la mémoire, la concentration ou l'organisation	1 120	1 492	1 330	1 240	5 182
Au moins une limitation liée au relationnel	1 012	1 244	1 186	1 276	4 719
Au moins une restriction importante d'activité dans les actes essentiels du quotidien (2)	**442**	**684**	**1 075**	**3 174**	**5 375**
Au moins une restriction d'activité liée à la mobilité	215	299	409	1 635	2 557
Au moins une restriction d'activité liée à l'entretien personnel	244	243	257	1 048	1 793
Au moins une restriction d'activité liée aux activités domestiques	302	576	957	2 970	4 804
Une restriction forte, depuis au moins six mois, dans les activités quotidiennes que les gens font habituellement (3)	**318**	**764**	**1 344**	**2 133**	**4 560**
Au moins une limitation ou restriction (1), (2) ou (3)	**2 159**	**3 459**	**4 168**	**6 196**	**15 983**
La personne considère qu'elle a un handicap	**439**	**1 246**	**1 999**	**2 458**	**6 141**

En %

	Proportion dans la population				
	15-29 ans	30-49 ans	50-64 ans	65 ans ou plus	Ensemble
Au moins une limitation fonctionnelle importante (1)	**17,9**	**19,9**	**29,6**	**44,2**	**27,7**
Au moins une limitation sensorielle	2,2	3,0	6,3	15,7	6,7
Au moins une limitation motrice	2,0	4,5	12,5	28,8	11,8
Au moins une limitation physique autre	0,9	2,0	5,7	15,6	6,0
Au moins une limitation liée à la mémoire, la concentration ou l'organisation	10,2	9,3	10,5	9,8	9,9
Au moins une limitation liée au relationnel	9,3	7,8	9,3	10,1	9,0
Au moins une restriction importante d'activité dans les actes essentiels du quotidien (2)	**4,0**	**4,3**	**8,5**	**25,1**	**10,3**
Au moins une restriction d'activité liée à la mobilité	2,0	1,9	3,2	12,9	4,9
Au moins une restriction d'activité liée à l'entretien personnel	2,2	1,5	2,0	8,3	3,4
Au moins une restriction d'activité liée aux activités domestiques	2,8	3,6	7,5	23,5	9,2
Une restriction forte, depuis au moins six mois, dans les activités quotidiennes que les gens font habituellement (3)	**2,9**	**4,8**	**10,6**	**16,9**	**8,7**
Au moins une limitation ou restriction (1), (2) ou (3)	**19,7**	**21,6**	**32,8**	**49,0**	**30,6**
La personne considère qu'elle a un handicap	**4,0**	**7,8**	**15,7**	**19,4**	**11,7**

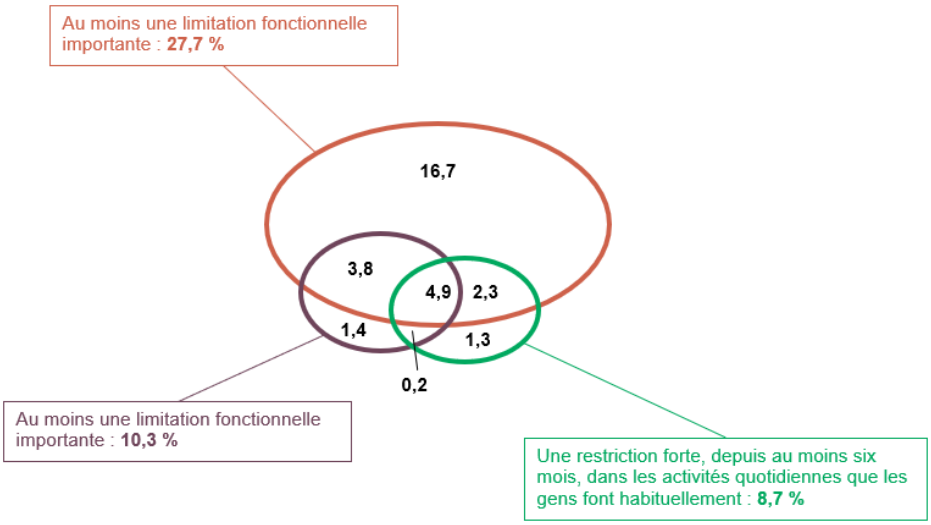
Lecture > En 2022, 5 375 personnes (soit 10,3 % des personnes de 15 ans ou plus) ont au moins une restriction importante dans les actes essentiels du quotidien.
Champ > France métropolitaine, personnes de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire en 2022.
Source > DREES, enquête Autonomie 2022 en logement ordinaire.

Des approches du handicap qui se recoupent, mais sans s'imbriquer

Les personnes peuvent être concernées par une ou plusieurs approches du handicap. 4,9 % d'entre elles déclarent à la fois au moins une limitation fonctionnelle importante, une restriction depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement et des restrictions importantes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (*schéma 1*). 60 % des personnes qui ont une limitation fonctionnelle importante n'ont pas de difficultés importantes dans les actes essentiels du quotidien ni de forte limitation dans les activités que les gens font habituellement. En d'autres termes, les limitations fonctionnelles, même fortes, sont loin d'engendrer systématiquement des limitations ou des restrictions d'activité. Inversement, 14 % des personnes qui ont des restrictions importantes dans les actes essentiels du quotidien n'ont pas de limitation fonctionnelle importante et ne déclarent pas non plus de forte limitation dans les activités que les gens font habituellement. Et 15 % des personnes qui déclarent une forte limitation dans les activités que les gens font habituellement n'ont pas de restriction importante dans les actes essentiels du quotidien ni de limitation fonctionnelle importante. Il est donc moins fréquent, sans que l'on puisse dire que ce soit rare, d'avoir uniquement des limitations ou restrictions d'activité (sans limitation fonctionnelle notamment). ■

Schéma 1 Situation des personnes selon les différentes approches du handicap, en 2022

En %



Lecture > 3,8 % des personnes de 15 ans ou plus ont à la fois une limitation fonctionnelle importante et une difficulté importante dans les actes essentiels du quotidien mais ne déclarent pas de restriction forte, depuis au moins six mois, dans les activités que font les gens habituellement.
Champ > France métropolitaine, personnes de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire en 2022.
Source > DREES, enquête Autonomie 2022 en logement ordinaire.

Pour en savoir plus

> Présentation de l'enquête Autonomie sur le site internet de la DREES.

> Données détaillées de l'enquête Autonomie en logements ordinaires disponibles sur le site internet de la DREES.

> **Eideliman J.-S., Rey, M.** (2024, novembre). Le handicap, différentes approches pour une notion complexe. Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1317.

10.2 Limitations des enfants vivant à domicile

En 2022, en France métropolitaine, 15 % des enfants de 5 à 14 ans vivant à domicile ont une limitation fonctionnelle importante et 2 % ont de fortes restrictions dans les activités du quotidien.

Un jeune sur dix a une limitation liée à la mémoire, la concentration ou l'organisation

En France métropolitaine, en 2022, 1,7 % des enfants de 5 à 14 ans vivant à domicile ont de fortes restrictions depuis plus de six mois dans leurs activités habituelles en raison de leur état de santé ou d'un handicap ((indicateur Global Activity Limitation Indicator [GALI]) [*tableau 1*]. Par ailleurs, 15 % d'entre eux ont au moins une limitation fonctionnelle sévère[1].

9,4 % des 5-14 ans ont une limitation liée à la mémoire, la concentration ou l'organisation[2], soit la même fréquence que chez les personnes de 15 à 64 ans. Ce type de limitation, ainsi que celles liées au relationnel sont les plus fréquemment déclarées par les jeunes vivant à domicile[3] (respectivement 9,4 % et 5,3 %). De plus, 2,0 % des 5-14 ans déclarent au moins une limitation sensorielle sévère, 1,7 % une limitation motrice et 1,0 % une limitation physique autre que motrice.

7,1 % des enfants de10 à 14 ans ont besoin de rappels ou d'incitations pour réaliser les activités de tous les jours

Le questionnement de l'enquête Autonomie de 2022 permet de distinguer finement les difficultés rencontrées par les personnes. Ainsi, les deux difficultés les plus fréquemment citées par les enfants sont de l'ordre de la mémoire et de la concentration : 7,1 % des jeunes de 10 à 14 ans ont besoin de se faire rappeler ou d'être incités à réaliser les activités de tous les jours, soit deux points de plus que chez les 15-64 ans (5 %) et 4,5 % rencontrent des difficultés pour se concentrer plus de 10 minutes (contre 2 % chez les 15-64 ans). Si ces difficultés sont surdéclarées chez les plus jeunes, alors que les plus âgés peuvent tout à fait connaître des difficultés au moins aussi fortes dans ces domaines, c'est probablement parce que les enjeux sociaux, notamment scolaires, liés à la concentration et à l'attention, sont plus importants chez les plus jeunes. Les difficultés relationnelles comme avoir souvent des difficultés pour comprendre les autres, se faire comprendre des autres, ou demander de l'aide en cas de besoin sont déclarées chacune par 2,0 % des jeunes de 5 à 14 ans. Il en est de même pour les difficultés à nouer des relations avec d'autres personnes. Les autres difficultés de type moteur, physique ou sensoriel sont moins fréquemment citées.

Les filles déclarent moins souvent de limitations sévères que les garçons

En France métropolitaine, 14 % des filles de 5 à 14 ans déclarent au moins une limitation sévère, contre 16 % des garçons du même âge. Certaines difficultés sont moins déclarées par les filles que par les garçons, comme celles liées à la mémoire, la concentration ou l'organisation : 8,0 % des filles ont une limitation sévère de ce type contre 11 % des garçons. En particulier, 5,2 % des filles de 10 à 14 ans ont besoin de se faire rappeler ou d'être incitées à réaliser les activités de tous les jours, contre 8,8 % des garçons. Les écarts filles/garçons sont beaucoup moins importants pour les difficultés liées au relationnel. ■

Pour en savoir plus

> Présentation de l'enquête Autonomie sur le site internet de la DREES.

> Données détaillées de l'enquête Autonomie en logements ordinaires disponibles sur le site de la DREES.

> **Eideliman, J.-S., Rey, M.** (2024, novembre). Le handicap, différentes approches pour une notion complexe. Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1317.

1 En France métropolitaine en 2022, 22 % des personnes de 15 à 64 ans ont une limitation fonctionnelle sévère et 6 % ont de fortes restrictions dans les activités du quotidien.

2 Les questions portant sur les limitations sont plus nombreuses dans l'enquête Autonomie de 2022 que dans l'enquête VQS de 2021. Les limitations sont ici regroupées en cinq catégories (sensorielles, motrices, physiques autres que motrices, liées à la mémoire, à la concentration ou à l'organisation, ou liées au relationnel) au lieu de trois dans VQS 2021 (limitations physiques, sensorielles, cognitives). Cette richesse du questionnement peut expliquer en grande partie le triplement de la part de jeunes de 5 à 14 ans déclarant au moins une limitation fonctionnelle sévère : 4,4 % dans VQS 2021 contre 14,5 % dans Autonomie 2022 (Rey, 2023).

3 Le protocole de l'enquête spécifiait que le jeune interrogé devait répondre lui-même aux questions dans la mesure du possible. Toutefois, il est possible que les parents aient parfois répondu à sa place.

Tableau 1 Limitations fonctionnelles et restriction forte d'activité chez les enfants de 5 à 14 ans

	Ensemble (en %)	Garçons (en %)	Filles (en %)	Écart filles/ garçons
Enfants déclarant avoir…				
… au moins une limitation fonctionnelle sévère[1] - Critère 1	14,5	15,5	13,5	-2,0
… une restriction forte, depuis au moins 6 mois, dans les activités quotidiennes que les gens font habituellement[2] - Critère 2	1,7	2,0	1,3	-0,7
Croisement des critères				
Critères 1 et 2 à la fois	1,4	1,7	1,0	-0,8
Critère 1 (limitation sévère) sans 2 (restriction forte)	13,2	13,8	12,5	-1,2
Critère 2 (restriction forte) sans 1 (limitation sévère)	0,3	0,3	0,4	0,1
Critères 1 ou 2	14,9	15,8	13,9	-1,9
Au moins une limitation sensorielle sévère pour…	**2,0**	**2,6**	**1,4**	**-1,2**
… voir de près	1,0	1,2	0,8	-0,5
… voir de loin (à 4 mètres)	0,6	0,6	0,6	0,0
… voir sur le côté	0,6	0,4	0,9	0,5
… voir dans un environnement sombre	0,7	0,7	0,6	-0,1
… entendre une conversation avec plusieurs personnes	0,9	1,3	0,6	-0,7
… entendre une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse	0,5	0,4	0,5	0,1
… entendre les sons usuels de la vie quotidienne	0,4	0,3	0,5	0,2
Au moins une limitation motrice sévère pour…	**1,7**	**1,4**	**2,0**	**0,6**
… marcher 500 mètres sur un terrain plat	0,8	0,6	1,1	0,5
… monter et descendre un étage d'escalier	0,4	0,4	0,5	0,1
… lever le bras au-dessus de la tête	0,1	0,1	0,0	-0,1
…se servir des mains et des doigts	0,2	0,3	0,1	-0,2
…se baisser ou s'agenouiller	0,1	0,1	0,2	0,1
…porter un sac de 5 kg sur une distance de 10 mètres[3]	1,7	1,5	1,9	0,3
Au moins une limitation physique sévère pour…	**1,0**	**1,4**	**0,7**	**-0,7**
…contrôler ses selles et ses urines	0,3	0,5	0,2	-0,3
…mordre ou mâcher des aliments durs[3]	1,2	1,6	0,7	-0,9
Au moins une limitation sévère liée à la mémoire, la concentration ou l'organisation	**9,4**	**10,8**	**8,0**	**-2,8**
Ne plus savoir à quel moment de la journée on est	0,9	1,3	0,5	-0,7
Avoir souvent des trous de mémoire	1,3	1,1	1,5	0,3
Avoir souvent des difficultés pour se concentrer plus de 10 min	4,5	5,4	3,6	-1,8
Avoir souvent besoin de se faire rappeler ou être incité à réaliser des activités de tous les jours[3]	7,1	8,8	5,2	-3,6
Avoir souvent des difficultés pour prendre des décisions adaptées à la vie de tous les jours	2,3	2,6	1,9	-0,6
Au moins une limitation sévère liée au relationnel	**5,3**	**5,5**	**5,0**	**-0,5**
Avoir souvent des difficultés pour comprendre les autres ou se faire comprendre des autres	2,0	2,3	1,7	-0,6
Se mettre souvent en danger par son comportement	0,7	1,1	0,3	-0,8
L'entourage reproche souvent d'être trop agressif	1,2	1,2	1,3	0,1
Avoir souvent des difficultés à nouer des relations avec d'autres personnes	1,8	1,9	1,8	-0,1
Avoir souvent des difficultés à demander de l'aide en cas de besoin	2,0	2,0	2,0	-0,1
Avoir souvent des difficultés psychologiques qui perturbent sa vie quotidienne	2,0	2,6	1,4	-1,2

1. Au moins une impossibilité ou beaucoup de difficultés pour une fonction sensorielle, motrice, physique autre, liée à la mémoire, la concentration ou l'organisation, ou liée au relationnel.
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 ? » (indicateur GALI).
3. Question posée aux 10-14 ans uniquement.

Lecture > 14,5 % des enfants de 5 à 14 ans vivant à domicile ont au moins une limitation fonctionnelle sévère.
Champ > France métropolitaine, personnes de 5 à 14 ans ou plus vivant en logement ordinaire en 2022.
Source > DREES, enquête Autonomie 2022 en logement ordinaire.

11 Les dispositifs d'aide sociale aux personnes handicapées

L'aide sociale départementale en faveur des personnes en situation de handicap comprend plusieurs prestations : l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), progressivement remplacée par la prestation de compensation du handicap (PCH), l'allocation représentative de services ménagers, l'aide sociale à l'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 40 ans : l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui est une prestation monétaire de solidarité ; l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) créée par la loi du 30 juin 1975[1] et destinée à compenser financièrement les conséquences du handicap ; l'aide sociale à l'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 2005[2] a élargi la prise en compte des conséquences du handicap et a notamment substitué à l'ACTP la prestation de compensation du handicap (PCH). Depuis, l'évaluation du handicap se fonde sur les limitations fonctionnelles et non plus sur un taux d'incapacité. En outre, cette loi substitue l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) à l'AES.

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

Les départements 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, quant à elles, versées par la branche famille de la Sécurité sociale, l'AAH étant financée par l'État et l'AEEH par la branche autonomie. Les frais d'hébergement en établissement pour enfants handicapés et en maison d'accueil spécialisée (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 départements – au moins en partie – auprès des obligés alimentaires des personnes bénéficiaires et par recours sur succession (art. L. 132-6 et L. 132-8 du CASF[3]).

Cette règle a cependant plusieurs exceptions : actuellement, seules l'aide sociale à l'accueil en établissement et 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 (ACTP) 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 d'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 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,

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).

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. La PCH est disponible pour les personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie sous certaines conditions. Si une personne était déjà bénéficiaire de la PCH – ou y était éligible – avant l'âge de 60 ans[1], ou qu'elle exerce toujours une activité professionnelle, elle peut la percevoir une fois cet âge dépassé. Elle peut aussi, à l'inverse, opter pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Depuis 2008, la PCH est ouverte aux personnes de moins de 20 ans et elle peut se substituer au complément de l'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).

Depuis le 1er 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 parentalité[2]. 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'ACTP[3] et le bénéficiaire de la PCH dispose d'un taux de prise en charge compris entre 80 % et 100 %, en fonction de ses ressources[4]. 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, quant à 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 1er 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 dix ans maximum[5]. Depuis le 1er janvier 2023, les personnes atteintes d'une altération de fonction psychique, mentale, cognitive ou avec des troubles du neurodéveloppement (TND) peuvent plus facilement accéder à la PCH.

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,

1 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.

2 Décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap.

3 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.

4 Voir l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les taux de prise en charge mentionnés à l'article L. 245-6 du CASF. En 2023, le montant de ressources à partir duquel le bénéficiaire n'est pris en charge qu'à 80 % est de 29 062 euros annuels. Le calcul des ressources exclut notamment les revenus d'activité du bénéficiaire et de son éventuel 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 2023 pour correspondre au millésime des données commentées dans les fiches suivantes.

5 Décret n° 2021-1932 et arrêté du 30 décembre 2021, décret n° 2022-570 du 19 avril 2022.

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

L'aide sociale à l'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 de l'handicapé » (art. L. 344-5 du CASF). Le montant de l'aide accordée est égal aux frais d'hébergement diminués de la participation du bénéficiaire[2]. Ce montant varie notamment en fonction du type d'établissement, de la situation professionnelle, de la situation familiale de la personne hébergée. Aussi, un revenu minimum mensuel est 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 ressources sans que ce montant puisse être inférieur à 30 % du montant de l'AAH[3]. 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 SAVS ou à un Samsah, pour lesquels le département 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.

L'aide à la vie partagée

À partir du 1er 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 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 s'étaient engagés dans ce dispositif. Depuis 2022, à l'issue des deux premières années de lancement, 95 départements se sont engagés dans le déploiement de l'habitat inclusif et de l'aide à la vie partagée (CNSA). ■

1 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. Il permet le maintien, dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de 20 ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent.

2 Lorsque le demandeur bénéficie de l'allocation logement ou de l'aide personnalisée au logement, celles-ci sont intégralement affectées à la participation du bénéficiaire à ses frais d'hébergement.

3 Au 1er avril 2024, le montant mensuel de l'AAH à taux plein versé à une personne seule sans ressource est de 1 016,05 euros.

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 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 ou établissements 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 polyvalents** 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.

12 Les ressources et les conditions de vie des personnes handicapées

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, évaluée en fonction des privations ou du renoncement à certains biens de consommation, services ou équipements, est plus fréquente pour les personnes handicapées que pour les autres. Enfin, l'état de santé de ces dernières est plus dégradé.

Selon leur âge et leur situation, les personnes en situation de handicap ou de restriction d'activité 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 au-delà de 60 ans. Dans cette fiche, seules ces dernières prestations sont traitées (se référer aux fiches 2 à 9 pour la situation des personnes de 60 ans ou plus et les aides qui leur sont dédiées). 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 1,31 million fin 2023, dont 1,1 million 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 66 100 fin 2023. 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. Fin 2023, 517 000 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. Au 31 décembre 2023, 407 200 personnes ont un droit ouvert à la PCH et 43 800 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 (167 800 personnes fin 2023). Enfin, celles 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 2023, 833 000 personnes sont bénéficiaires d'une pension d'invalidité, en dehors de celles ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à la retraite. Les personnes en invalidité qui sont empêchées de travailler et qui ont recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie peuvent percevoir une majoration de cette pension. Fin 2023, 16 900 bénéficiaires perçoivent ainsi la majoration pour tierce personne (MTP). Lorsque l'invalidité est d'origine professionnelle, une rente pour incapacité permanente partielle peut être demandée (1 189 500 de personnes – y compris retraitées, puisque cette rente est conservée après l'ouverture des droits à la retraite – les deux tiers des bénéficiaires ayant plus de 60 ans).

51,7 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 51,7 milliards d'euros en 2023. Elles représentent 5,8 % du total des dépenses de prestations de protection sociale. Ce montant inclut les prestations financées par les administrations publiques (prestations versées aux individus, dépenses d'accueil et d'hébergement et les dépenses relatives aux établissements et services d'aide par le travail), ainsi que les prestations versées par des mutuelles et institutions de prévoyance au titre de contrats de prévoyance invalidité. Les prestations du risque invalidité progressent en 2023 à un rythme aussi soutenu qu'en 2022 (+6,2 %, après +6,6 %). 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 près de 60 % de la croissance globale des dépenses liées au risque invalidité en 2023. Par ailleurs, les dépenses de rentes pour incapacité permanente partielle consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle s'élèvent à 5,6 milliards d'euros en 2023. Ces dépenses augmentent de 2,1 % par rapport à 2022.

Tableau 1 Nombre de bénéficiaires des prestations dédiées au handicap, fin 2023

	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
ACTP	43 800	0,6	0	0	4	21	15	60
PCH	407 200	6,0	8	11	13	15	11	42
Aide sociale à l'accueil familial et en établissement (y compris de jour)	167 800	2,5	0	18	17	16	11	38
Aides ménagères	21 100	0,3	1	3	8	20	19	49
AEEH[1]	517 000	33,0	100	nc	nc	nc	nc	nc
AAH[2]	1 314 400	25,1	0	13	16	21	32	18
Pensions d'invalidité (jusqu'à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite)[2], dont :	833 000	15,9	nc	1	6	18	54	21
MTP[2]	*16 900*	*0,3*	*nc*	*0*	*4*	*13*	*40*	*43*
ASI[2]	66 100	1,3	0	1	7	22	55	15
Rente d'indemnisation d'incapacité permanente (rente AT-MP)	1 189 500	17,5	0	1	3	8	20	68

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap ; AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé ; AAH : allocation aux adultes handicapés ; MTP : majoration pour tierce personne ; ASI : allocation supplémentaire d'invalidité ; nc : non concerné.
1. Il s'agit des effectifs fin juin 2023. La part pour 1 000 habitants est calculée pour la population âgée de moins de 20 ans.
2. La part pour 1 000 habitants est calculée pour la population âgée de 20 ans ou plus.
Note > Les anciens fonctionnaires reconnus invalides sont considérés comme bénéficiaires d'une pension d'invalidité avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite, puis d'une pension de retraite après cet âge et donc non comptés ici. À la SNCF et à la RATP, compte tenu de la part élevée des départs anticipés, l'ensemble des pensions d'invalidité sont considérées comme des pensions de retraite et donc non prises en compte ici. Les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dénombrés ici sont des bénéficiaires ayant un droit ouvert au 31 décembre, qu'ils aient été payés ou non.
Lecture > Fin 2023, 43 800 personnes ont un droit ouvert à l'ACTP.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte pour les aides ménagères, les aides à l'accueil, la PCH et l'ACTP, l'AAH, l'AEEH et l'ASI.
Sources > CNAF ; CNAM ; Système national des données de santé (SNDS) 2023 ; DREES, enquête Aide sociale, EACR ; CNSA, enquête des échanges annuels sur l'activité des MDPH ; Insee, estimations de population au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

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

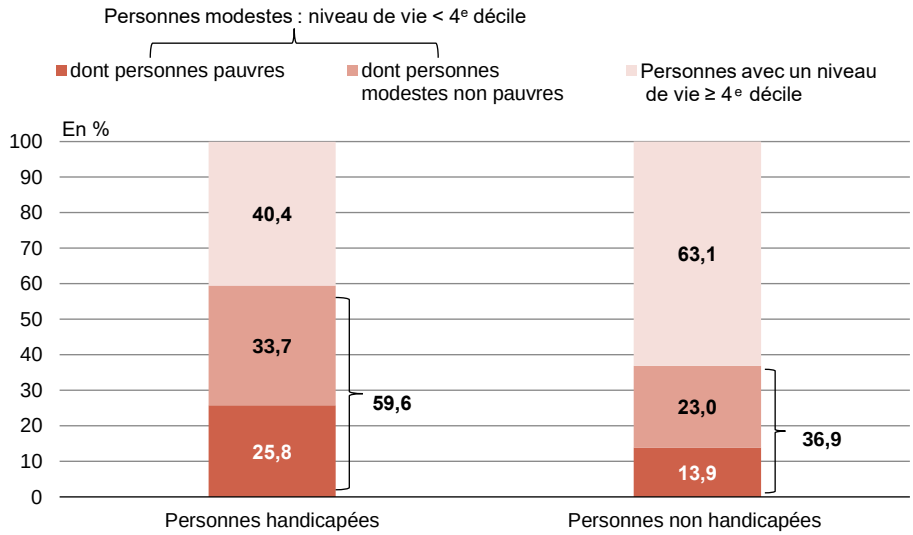
Les personnes handicapées[1] ont globalement un niveau de vie[2] inférieur aux autres (*graphique 1*). En effet, en 2022[3], 59,6 % des personnes handicapées de moins de 60 ans vivent dans un ménage dit « modeste »[4], contre 36,9 % de celles ne l'étant pas. Au sens monétaire du terme, 25,8 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans sont pauvres[5], contre 13,9 % des personnes de la même tranche d'âge sans handicap. Le niveau de vie médian mensuel des ménages dont au moins un membre âgé de 15 à 59 ans présente un handicap (1 655 euros) est inférieur de 405 euros par mois, en 2022, à celui des ménages ayant des membres du même âge mais dont aucun n'a de handicap (2 060 euros) [*tableau 2*].

1 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).
2 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).
3 Les données de l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2023 ne sont pas disponibles au moment de la rédaction de cet ouvrage. C'est donc l'ERFS 2022 qui est exploitée ici.
4 Il s'agit ici des 40 % des personnes dont le niveau de vie est le plus faible.
5 C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.

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. En outre, il est possible que, conceptuellement, la mesure du niveau de vie tienne insuffisamment en compte de la réalité de coûts de la vie supplémentaires liés au handicap (Blavet, 2024).

La composition du revenu disponible est également différente. Les revenus d'activité ne représentent que 74 % du revenu disponible des ménages dont au moins un membre présente un handicap et a entre 15 et 59 ans, alors qu'ils représentent 99 % de celui des ménages ayant des membres du même âge mais dont aucun n'a de handicap. À l'inverse, les prestations sociales[1] contribuent à hauteur de 17 % à leurs revenus disponibles pour les premiers, contre 6 % pour les seconds. En particulier, la part des minima sociaux[2] est sept fois plus élevée pour les premiers que pour les seconds.

Graphique 1 Répartition des personnes de 15 à 59 ans selon leur niveau de vie, en 2022



Note > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation. Le 4e décile (D4) est la valeur 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 ».
Les indicateurs de ce graphique sont calculés sur un sous-échantillon de l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS), pour lequel l'indicateur GALI est disponible. Le taux de pauvreté des 15-59 ans y est surestimé par rapport à l'ensemble de l'ERFS : 15,0 % contre 14,2 %.
Lecture > En 2022, 25,8 % des personnes âgées de 15 à 59 ans en situation de handicap 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.
Source > Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête ERFS 2022.

1 Elles désignent ici les prestations sociales non contributives : prestations familiales, allocations logement, minima sociaux, Garantie jeunes, prime d'activité et indemnité inflation ; et non pas l'ensemble des prestations de protection sociale (dont les pensions d'invalidité par exemple).
2 Seuls 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 2022

En %

Composantes du revenu disponible	Répartition du revenu disponible		Part des ménages percevant un revenu de ce type	
	Ménages avec au moins un membre âgé de 15 à 59 ans mais aucun en situation de handicap ou de perte d'autonomie	Ménages avec au moins un membre âgé de 15 à 59 ans en situation de handicap ou de perte d'autonomie	Ménages avec au moins un membre âgé de 15 à 59 ans mais aucun en situation de handicap ou de perte d'autonomie	Ménages avec au moins un membre âgé de 15 à 59 ans en situation de handicap ou de perte d'autonomie
Revenus d'activité[1]	**98,9**	**74,5**	**94,8**	**75,2**
Salaires	92,0	70,0	91,9	74,0
Revenus d'indépendants	6,9	4,5	12,0	7,6
Revenus de remplacement et pensions alimentaires[1]	**7,9**	**16,5**	**33,4**	**45,6**
Chômage et préretraites	3,3	4,3	22,1	24,7
Pensions d'invalidité	0,4	4,8	2,2	17,8
Retraites et pensions alimentaires	4,2	7,4	13,8	20,7
Revenus du patrimoine	**5,9**	**5,0**	**88,0**	**76,5**
Impôts directs[2]	**-18,9**	**-12,9**	**98,8**	**97,7**
Prestations sociales non contributives[3]	**6,1**	**16,9**	**73,9**	**89,0**
Prestations familiales[4]	2,7	3,2	33,6	27,5
Allocations logement	1,0	2,6	21,7	38,6
Minima sociaux[5]	1,2	9,2	10,6	38,8
Aides exceptionnelles liées à l'inflation[6]	0,2	0,5	63,5	85,7
Prime d'activité	0,9	1,2	27,2	29,0
Ensemble	**100**	**100**	**100**	**100**
Revenu disponible mensuel moyen des ménages (en euros)	**3 886**	**3 058**	**–**	**–**
Niveau de vie mensuel moyen des personnes (en euros)	**2 320**	**1 817**	**–**	**–**
Niveau de vie mensuel médian des personnes (en euros)	**2 060**	**1 655**	**–**	**–**

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 2021, calculés d'après la déclaration de revenus 2020.
3. Les prestations soumises à la CRDS sont présentées sans déduction de cette dernière.
4. Hors complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje-CMG), cette prestation familiale n'étant pas prise en compte par l'Insee dans le calcul du niveau de vie.
5. Dans ce tableau, seuls le RSA, l'AAH et le minimum vieillesse sont comptabilisés comme minima sociaux. L'ASI et l'ADA ne sont pas prises en compte, étant absentes de l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS). S'agissant de l'ASS, l'AER-R, l'ATA et l'allocation veuvage, qui sont des minima sociaux imposables, ils sont classés parmi les revenus de remplacement.
6. Ces aides exceptionnelles comprennent l'indemnité inflation, versée entre décembre 2021 et février 2022, et la prime exceptionnelle de rentrée, versée à l'automne 2022.

Note > Les indicateurs de ce tableau sont calculés sur un sous-échantillon de l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS), pour lequel l'indicateur GALI est disponible. Ils ne sont donc pas directement comparables aux données en population générale.

Lecture > En 2022, pour les ménages dont au moins un des membres est âgé de 15 à 59 ans et en situation de handicap, la part des prestations sociales non contributives dans le revenu disponible est de 17 %. 89 % de ces ménages perçoivent ce type de prestations.

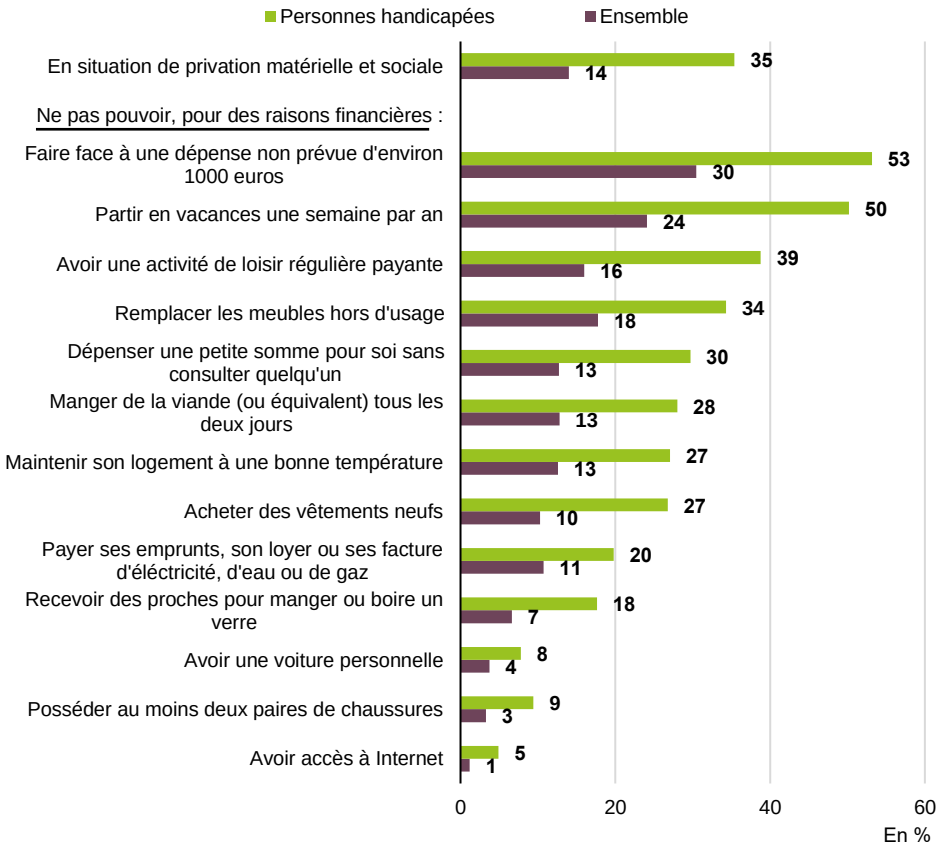
Champ > France métropolitaine, ménages dont au moins un des membres a entre 15 et 59 ans, vivant dans un logement ordinaire, dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Source > Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête ERFS 2022.

Les personnes handicapées sont plus concernées par les privations matérielles et sociales

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 activités, pour des raisons financières. Ainsi, plus d'une personne handicapée âgée de 16 à 64 ans sur trois est en situation de privation matérielle et sociale[1] en 2023, contre environ une sur sept dans l'ensemble de la population du même âge (*graphique 2*). Les personnes handicapées déclarent chacune des 13 privations matérielles et sociales plus souvent que la population dans son ensemble. Plus d'une personne handicapée sur deux ne peut pas faire face financièrement à une dépense non prévue d'environ 1 000 euros, contre une sur trois dans l'ensemble de la population (53 % et 30 % respectivement). Les personnes handicapées sont aussi plus souvent dans l'incapacité de partir en vacances au moins une semaine par an en dehors de leur domicile (50 % contre 24 %) ou d'avoir régulièrement une activité de loisir payante (39 % contre 16 %). De même, 34 % des personnes handicapées déclarent ne pas avoir les moyens de remplacer leurs meubles hors d'usage et 30 % affirment ne pas pouvoir dépenser de petite somme pour elles-mêmes sans consulter un membre de leur ménage, contre respectivement 18 % et 13 % de l'ensemble de la population.

Graphique 2 Privations matérielles et sociales déclarées par les personnes handicapées en 2023



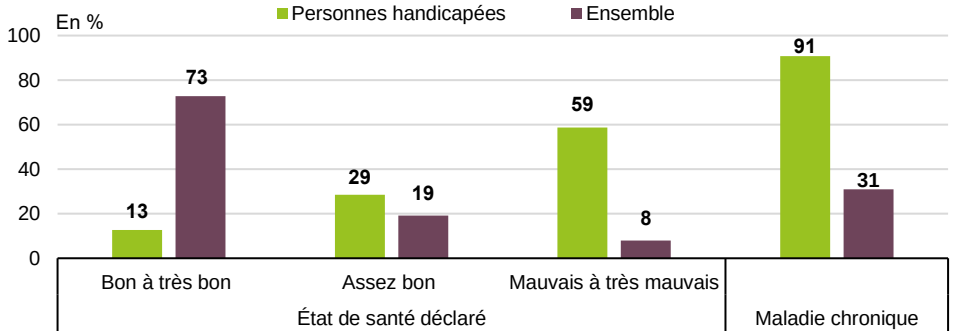
Lecture > En 2023, 35 % des personnes handicapées âgées entre 16 et 64 ans sont en situation de privation matérielle et sociale, et 53 % ne peuvent pas faire face à une dépense non prévue d'environ 1 000 euros pour des raisons financières. Ces taux s'élèvent à 14 % et 30 % respectivement dans la population générale.
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 2023.

1 L'indicateur de privation matérielle et sociale, défini au niveau européen, permet de mesurer la pauvreté en condition de vie à partir de l'enquête SRCV depuis 2020. Une personne est en situation de privation matérielle et sociale si elle ne peut pas couvrir, pour des raisons financières, les dépenses d'au moins 5 des 13 éléments de la vie quotidienne jugés nécessaires ou souhaitables.

Une santé dégradée et des consultations médicales plus fréquentes parmi les personnes handicapées

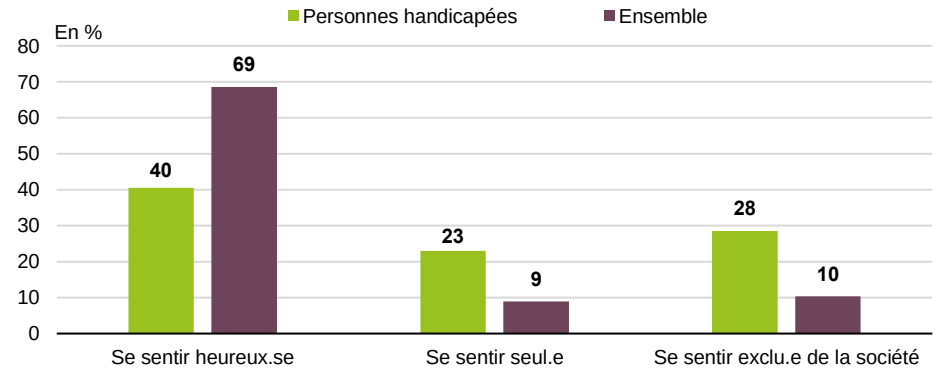
Les personnes handicapées présentent aussi des indicateurs de santé dégradés par rapport à l'ensemble de la population. En 2023, plus de la moitié des personnes handicapées qualifient leur état de santé de mauvais ou de très mauvais, soit sept fois plus que dans l'ensemble de la population (59 % et 8 % respectivement) *[graphique 3]*, elles sont aussi largement moins souvent en bonne ou en très bonne santé que la population dans son ensemble (13 % et 73 % respectivement). De même, neuf personnes handicapées sur dix déclarent être atteintes d'une maladie chronique (91 % contre 31 %). Les consultations médicales sont plus fréquentes chez les personnes handicapées : en 2022, 92 % se sont rendues chez un généraliste au moins une fois au cours des 12 derniers mois et 76 % chez un spécialiste (hors dentiste), contre respectivement 76 % et 53 % dans l'ensemble de la population. Enfin, les personnes handicapées se distinguent également selon les indicateurs de bien-être émotionnel. En 2022, elles déclarent ainsi s'être senties heureuses, tout le temps ou la plupart du temps, pendant les quatre semaines précédant leur interrogation moins souvent que la population dans son ensemble (40 % contre 69 %) *[graphique 4]*. Les émotions négatives sont par ailleurs davantage rapportées par les personnes handicapées : plus d'une personne handicapée sur cinq déclare se sentir seule tout le temps ou la plupart du temps ou se sentir exclue de la société, contre une personne sur dix dans l'ensemble de la population. ■

Graphique 3 État de santé selon la situation de handicap en 2023



Lecture > En 2023, 13 % des personnes handicapées déclarent être en bonne ou en très bonne santé. Cette part s'élève à 73 % dans l'ensemble de la population.
Champ > France hors Mayotte, personnes âgées entre 16 et 64 ans vivant dans un logement ordinaire.
Source > Insee, enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2023.

Graphique 4 Sentiment de bien-être, de solitude et d'exclusion en 2022



Note > On considère qu'une personne se sent heureuse (respectivement seule) si elle déclare s'être sentie heureuse (respectivement seule) « tout le temps » ou « la plupart du temps » au cours des quatre dernières semaines.
On considère qu'elle se sent exclue de la société si elle déclare être « Tout à fait d'accord » ou « D'accord » avec l'affirmation « Je me sens exclu.e de la société ».
Lecture > En 2022, 40 % des personnes handicapées âgées entre 16 et 64 ans se sentent heureuses. Cette part s'élève à 69 % dans l'ensemble de la population.
Champ > France hors Mayotte, personnes âgées entre 16 et 64 ans vivant dans un logement ordinaire.
Source > Insee, enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2022.

Pour en savoir plus

> Annexe 1 du projet de loi pour le financement de la sécurité sociale (PLFSS) (2025).

> **Baradji, E., *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.

> **Blavet, T.** (2024). Comment prendre en compte le coût supplémentaire lié au handicap dans la mesure du niveau de vie des ménages en France ? Insee, *Économie et Statistique*, 542.

> **Cabannes, P.-Y., Echegu, O.** (dir.) (2024, octobre). *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.

13 L'aide sociale départementale aux personnes handicapées

Depuis la création de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006, l'aide sociale départementale aux personnes handicapées (PCH, ACTP, aide ménagère, aide à l'accueil) s'est très fortement développée. Entre fin 2006 et fin 2023, le nombre de prestations est passé de 266 000 à 633 000, et les dépenses annuelles de 4,6 à 10,3 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.

Diverses prestations départementales pour les personnes handicapées

L'aide sociale départementale aux personnes handicapées se compose principalement de la prestation de compensation du handicap (PCH), de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), de 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 ou à domicile, afin de pouvoir rapprocher nombre d'aides et dépenses.

Près de 633 000 mesures d'aide sociale départementale fin 2023, pour 9,3 milliards d'euros de dépenses annuelles

Au 31 décembre 2023, 632 950 prestations[1] d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements (*tableau 1*). Elles se répartissent en 472 070 aides à domicile et 160 880 aides à l'accueil. Pour l'année 2023, les dépenses brutes[2] associées s'élèvent à 9,3 milliards d'euros, dont 3,4 milliards pour l'aide à domicile et 5,8 milliards pour l'aide à l'accueil.

Au total, en 2023 en France, l'aide à domicile représente 75 % du nombre d'aides sociales aux personnes handicapées et 37 % des dépenses[3], l'aide à l'accueil constitue 25 % des prestations attribuées et 63 % des dépenses. La dépense brute moyenne par bénéficiaire est cinq fois plus importante pour les aides à l'accueil : 36 200 euros en moyenne par an par bénéficiaire accueilli (soit 3 016 euros par mois), contre 7 300 euros par bénéficiaire à domicile en 2023 (soit 610 euros par mois).

D'autres dépenses sont engagées par les départements, dont celles liées au SAVS et au Samsah, ainsi que des participations et des subventions. En les incluant, les dépenses brutes globales sont de 10,3 milliards d'euros pour l'année 2023.

Un très fort développement de l'aide sociale aux personnes handicapées

Entre 2001 et 2023 le nombre moyen d'aides sociales aux personnes handicapées au 31 décembre a été multiplié par 2,6 et les dépenses annuelles par 3,3 en euros courants (et par 2,3 en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation[4]) [*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 2001 à 2019, le nombre moyen d'aides à l'accueil augmente continûment : entre 1 % et 5 % de croissance chaque année (+2,0 % par an en moyenne). En 2020 et 2021, pour

1 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.

2 Les dépenses brutes sont des dépenses avant déduction des recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, des remboursements de participations et de prestations et des récupérations.

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

4 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 2023, cet indice a augmenté de 4,7 % en moyenne annuelle.

la première fois, le nombre moyen d'aides à l'accueil stagne, en lien avec la crise sanitaire. En 2022, le nombre moyen de mesures d'aide sociale repart à la hausse, et continue d'augmenter en 2023 (+2,2 % en 2023 après +2,1 % en 2022).

Entre 2002 et 2006, la progression du nombre moyen d'aides à domicile (+2,6 % par an en moyenne) est similaire à celle du nombre moyen 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 +8 % et +16 % chaque année (+14 % de croissance annuelle moyenne). De 2011 à 2015, le taux de croissance du nombre moyen d'aides à domicile diminue progressivement, tout en restant soutenu (+4,3 % par an en moyenne). Depuis 2016, il se stabilise, et augmente de +3,3 % par an en moyenne, et de 3,8 % entre 2022 et 2023.

Tableau 1 Nombre d'aides sociales aux personnes handicapées et dépenses associées, en 2022 et 2023

	Nombre d'aides au 31 décembre			Dépenses annuelles, en millions d'euros. Évolution en euros courants			Dépenses brutes mensuelles moyennes par aide (en euros)
	2022	2023	Évolution 2022/2023 (en %)	2022	2023	Évolution 2022/2023 (en %)	2023
Aide à domicile, dont :	**450 510**	**472 070**	**+4,8**	**3 120**	**3 435**	**+10,1**	**606**
PCH et ACTP	428 860	451 010	+5,2	3 040	3 317	+9,1	613
aide ménagère	21 650	21 060	-2,7	80	117	+47,4	465
Aide à l'accueil, dont :	**157 860**	**160 880**	**+1,9**	**5 612**	**5 823**	**+3,8**	**3 016**
accueil en établissement[1]	152 060	155 070	+2,0	5 546	5 757	+3,8	3 094
accueil familial	5 810	5 800	-0,2	66	66	-0,7	943
Total domicile + accueil	**608 370**	**632 950**	**+4,0**	**8 732**	**9 257**	**+6,0**	**1 219**
Autres aides, dont :	**nd**	**nd**	**nd**	**954**	**1 022**	**+7,1**	**nd**
SAVS-Samsah	nd	nd	nd	401	432	+7,7	nd
Total	**nd**	**nd**	**nd**	**9 686**	**10 279**	**+6,1**	**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 à l'accueil à destination des adultes hébergés en établissement pour enfants handicapés au titre de l'amendement Creton et les SAVS-Samsah ont été comptabilisés dans les autres aides.

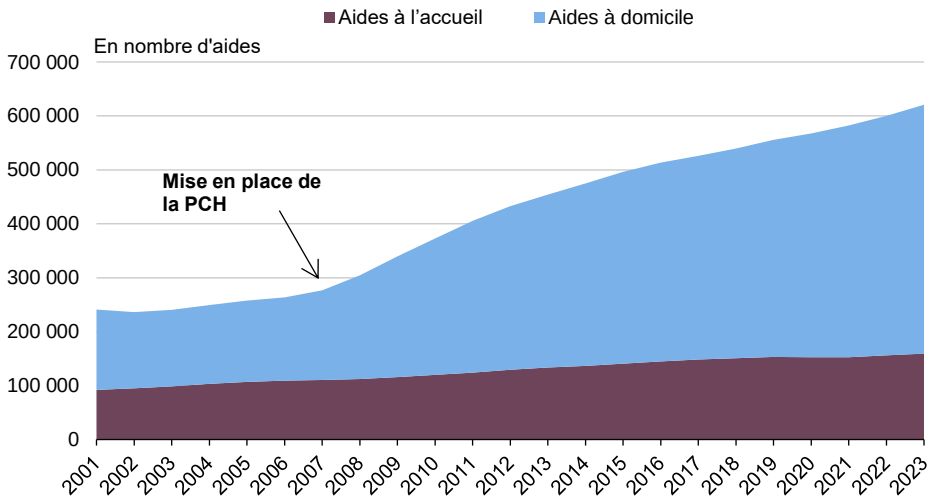
Les effectifs de bénéficiaires ont été arrondis à la dizaine. En conséquence, certains totaux diffèrent légèrement de la somme des éléments qui les composent.

Lecture > Fin 2023, 632 950 prestations d'aide sociale pour personnes handicapées, sont versées, dont 472 070 à domicile.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

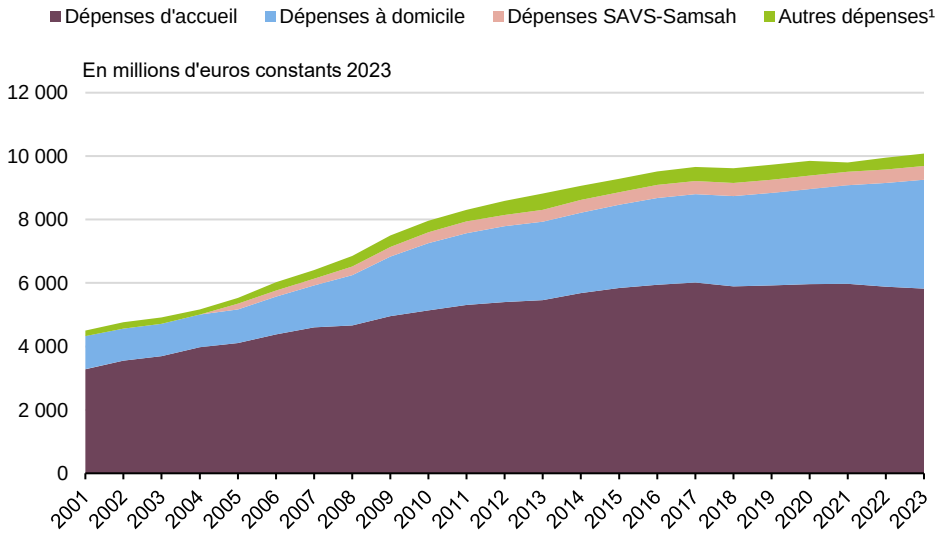
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 1 Nombre moyen de mesures d'aide sociale aux personnes handicapées, depuis 2001



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.
Lecture > En moyenne en 2023, 620 660 mesures d'aides sociales aux personnes handicapées ont été accordées.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquêtes Aide sociale.

Graphique 2 Dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées, depuis 2001



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 2023 : 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.
Lecture > En 2023, les dépenses d'aides à domicile des personnes handicapées s'élèvent à 3,4 millions d'euros.
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 57 % des dépenses totales aux personnes handicapées en 2023, contre 75 % au début des années 2000. Elles augmentent de 3,8 % en 2023, en euros courants, et les dépenses d'aide à domicile de 10 %. Au total, en 2023, les dépenses d'aides aux personnes handicapées sont en hausse de 6,1 % par rapport à 2022. 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 (+5,6 % par an en moyenne en euros courants et +4,5 % 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 en termes réels 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). La baisse depuis 2015 se fait sur un rythme plus modéré (-0,4 % par an en moyenne en euros constants ; +0,5 % en euros courants). La dépense moyenne est de 606 euros en moyenne par mois et par bénéficiaire en 2023.
De la même manière, la dépense moyenne par bénéficiaire d'une aide à l'accueil a augmenté en termes réels lors de la première décennie des années 2000. Depuis 2010, la tendance, plus accidentée, est à une légère diminution. Cette évolution pourrait traduire les efforts des départements pour contenir la dépense, notamment *via* des négociations des tarifs avec les établissements. En 2023, la dépense moyenne par bénéficiaire s'établit à 3 016 euros en moyenne par mois et par bénéficiaire (soit 1,8 % de plus qu'en 2022 en euros courants).

De fortes disparités départementales

En 2023, le nombre d'aides sociales aux personnes handicapées est en moyenne de 9,3 pour 1 000 habitants sur le territoire national[1]. Ces aides sociales se répartissent de façon très inégale sur le territoire : de 3,9 ‰ à 19,0 ‰ selon les départements en 2023 (*carte 1*). Dans 44 collectivités, cette proportion est relativement proche de la médiane[2] (entre 90 % et 110 % de la médiane), égale à 9,6. Plus d'un tiers des territoires ont un taux supérieur à 10,2 ‰ (110 % de la médiane), dont 18 au-dessus de 12,1 ‰ (130 % de la médiane). À l'inverse, 5 départements ont un ratio faible (inférieur à 6,5 ‰, soit 70 % de la médiane) et dans 14 autres, il est compris entre 6,5 ‰ et 8,4 ‰, soit entre 70 % et 90 % de la médiane.

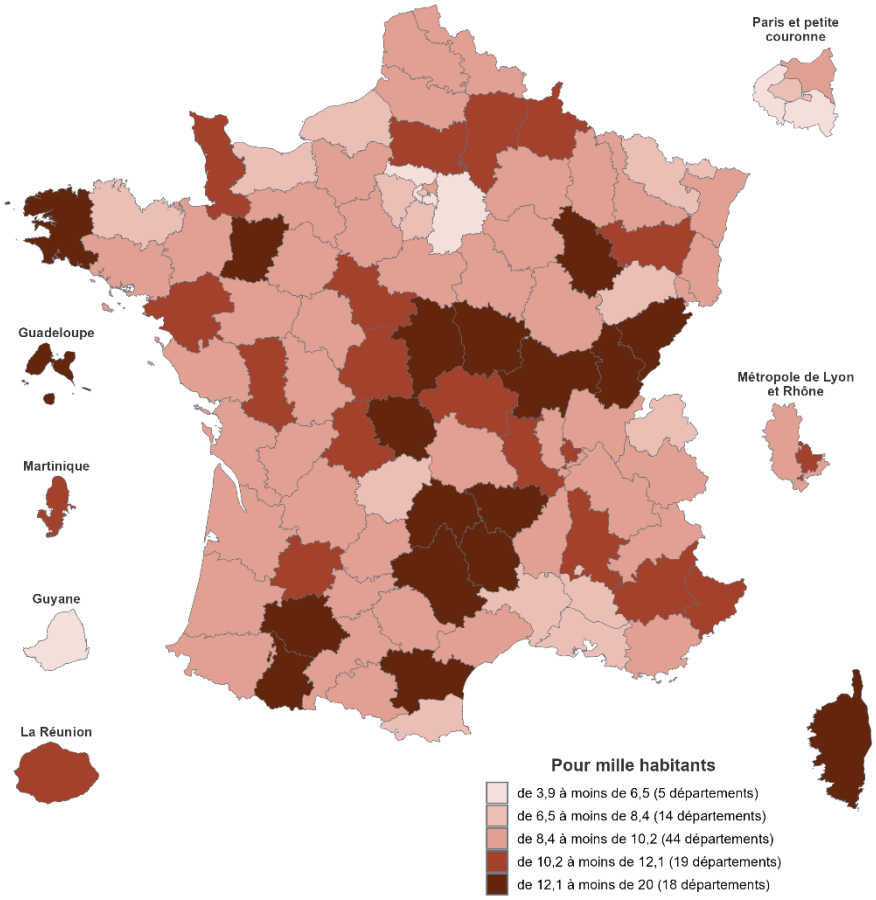
En matière de dépenses moyennes par bénéficiaire, les disparités sont également marquées (*carte 2*). En 2023, près de 5 départements sur 10 dépensent en moyenne entre 14 400 et 17 600 euros par an et par bénéficiaire, des montants relativement proches (plus ou moins 10 %) de la valeur médiane, égale à 16 000 euros. Dans 3 collectivités, ce montant varie de 10 000 à 11 200 euros et est donc inférieur à 70 % de la médiane. À l'opposé, 6 départements ont des dépenses par bénéficiaire supérieures à 20 800 euros (soit 130 % de la médiane).
Plusieurs raisons peuvent expliquer ces disparités :

- des prévalences du handicap variables selon les territoires ;
- des portages politiques plus ou moins forts du fait de la décentralisation des politiques d'aides sociales ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;
- certains départements seraient plus en mesure d'aider chaque bénéficiaire s'ils sont moins nombreux ;
- 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 ;
- 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.

1 Ce qui ne veut pas dire qu'environ 9 personnes sur 1000 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.

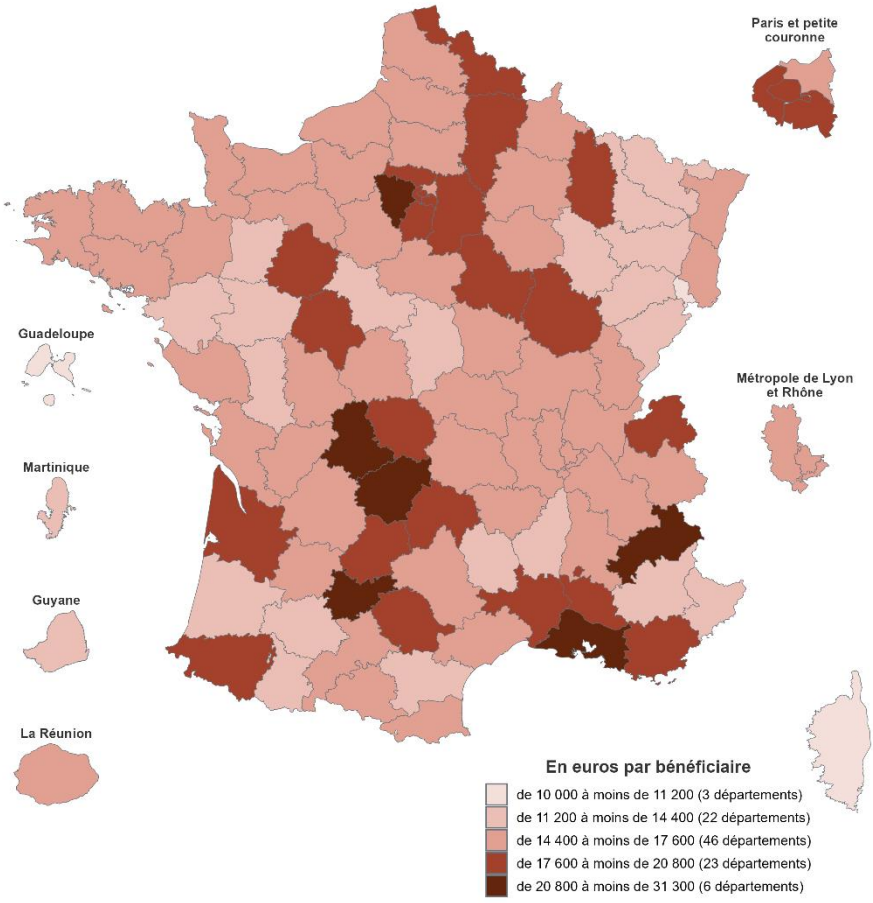
2 La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements.

Carte 1 Taux d'aides sociales départementales aux personnes handicapées, au 31 décembre 2023



Note > Au niveau national, au 31 décembre 2023, la proportion de personnes handicapées bénéficiaires d'une aide sociale départementale est de 9,3 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 9,6 pour 1 000 habitants.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

Carte 2 Dépenses brutes annuelles moyennes par aide sociale départementale aux personnes handicapées, en 2023



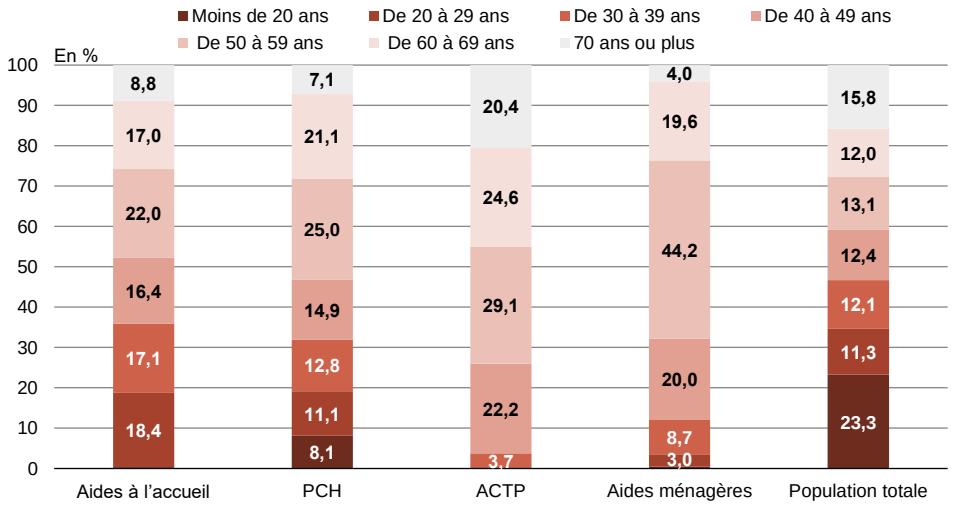
Note > Au niveau national en 2023, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes handicapées s'élève à 16 300 euros. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 16 000 euros. Les dépenses présentées ici ne 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.

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 (57 %) alors que les aides ménagères, l'ACTP et la PCH se répartissent quasiment à parts égales entre femmes et hommes. La répartition par âge des bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes handicapées varie selon la prestation (*graphique 3*). Les bénéficiaires d'une aide ménagère, dont près de la moitié a entre 50 et 59 ans, sont relativement âgés en comparaison des bénéficiaires des autres aides. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'ACTP sont également relativement plus âgés, puisqu'aucune nouvelle aide de ce type n'est attribuée depuis 2006. Les bénéficiaires des aides à l'accueil sont globalement un peu plus jeunes que ceux de la PCH. La part des personnes de 60 à 69 ans ou plus qui en sont bénéficiaires est de 17 % contre 21 % pour les bénéficiaires de la PCH et celle des personnes de 50 à 59 ans est de

22 % contre 25 %. Les personnes de moins de 20 ans[1] bénéficient presque uniquement de la PCH. Ils représentent 8,1 % des bénéficiaires d'aides, contre 23 % 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)[2] plutôt que pour la PCH. À titre de comparaison, les bénéficiaires de l'AEEH représentent en effet 33 personnes pour 1 000 de moins de 20 ans en France fin 2023, contre 2,3 ‰ 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. ■

Graphique 3 Répartition par âge des personnes handicapées selon le type d'aides, au 31 décembre 2023



PCH : prestation de compensation du handicap ; ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne.
Lecture > Fin 2023, 8,1 % des bénéficiaires de la PCH ont moins de 20 ans.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

Pour en savoir plus

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

> *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – Autonomie*.

> *Rapport de la branche Autonomie de la Sécurité sociale* - Édition 2024 (CNSA).

1 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.

2 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 départements.

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

Fin 2023, 451 000 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 3,3 milliards d'euros. La croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH est toujours soutenue (+6,5 % entre fin 2022 et fin 2023). 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). Depuis le 1er janvier 2023, les personnes atteintes d'une altération de fonction psychique, mentale, cognitive ou présentant des troubles du neurodéveloppement (TND) peuvent plus facilement accéder à la PCH.

Le développement de la PCH encore très soutenu

En 2023, la croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est une nouvelle fois soutenue : 451 200 personnes en sont bénéficiaires (*tableau 1*), c'est-à-dire qu'elles ont un droit ouvert à l'une de ces prestations (*encadré 1)*. C'est 5,2 % de plus qu'en 2022. Cette progression reflète celle de 6,5 % du nombre de bénéficiaires de la PCH, soit 407 700 bénéficiaires fin 2023. Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue de 5,8 % et atteint 43 800 personnes fin 2023. Au total, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH a été multiplié par plus de 3 depuis fin 2005.

Tableau 1 Évolution de l'ACTP et de la PCH

	Effectifs au 31 décembre ou dépenses sur l'année						Taux d'évolution annuel moyen (en %)			
	2005	2010	2015	2020	2022	2023	2005/ 2010	2010/ 2015	2015/ 2020	2022/ 2023
Nombre de bénéficiaires (en milliers)										
ACTP et PCH, dont :	**137**	**247**	**342**	**399**	**429**	**451**	**12,6**	**6,8**	**3,1**	**5,2**
ACTP	137	92	69	52	47	44	-7,7	-5,6	-5,4	-5,8
PCH	-	155	273	347	382	407	-	12,0	4,9	6,5
Part de la PCH dans le total (en %)	-	*63*	*80*	*87*	*89*	*90*				
Dépenses annuelles (en millions d'euros courants)										
ACTP et PCH, dont :	**753**	**1 652**	**2 171**	**2 255**	**3 040**	**3 317**	**17,0**	**5,6**	**0,8**	**9,1**
ACTP	753	559	447	352	324	319	-5,8	-4,4	-4,7	-1,5
PCH	-	1 094	1 724	1 903	2 716	2 998	-	9,5	2,0	10,4
Part de la PCH dans le total (en %)	-	*66*	*79*	*84*	*89*	*90*				
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire (en euros courants)										
ACTP et PCH	**466**	**590**	**541**	**471**	**612**	**628**	**4,8**	**-1,7**	**-2,7**	**2,7**
ACTP	466	486	528	563	548	589	0,9	1,7	1,3	7,5
PCH	-	662	544	457	621	633	-	-3,8	3,4	2,0

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.
Lecture > Fin 2023, 407 000 personnes handicapées sont bénéficiaires de la PCH.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Parallèlement au nombre d'aides, les dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP progressent de 9,1 % entre 2022 et 2023 (4,0 % en euros constants) pour s'établir à 3,3 milliards d'euros. La baisse des dépenses d'ACTP de 5 millions d'euros (-1,5 %) est très inférieure à la hausse de celles de PCH (+282 millions d'euros, soit +10 %). Cette dernière s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires, de la revalorisation du tarif national plancher des services d'aide et d'accompagnement à domicile, et des salaires des professionnels de ces services.

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*).

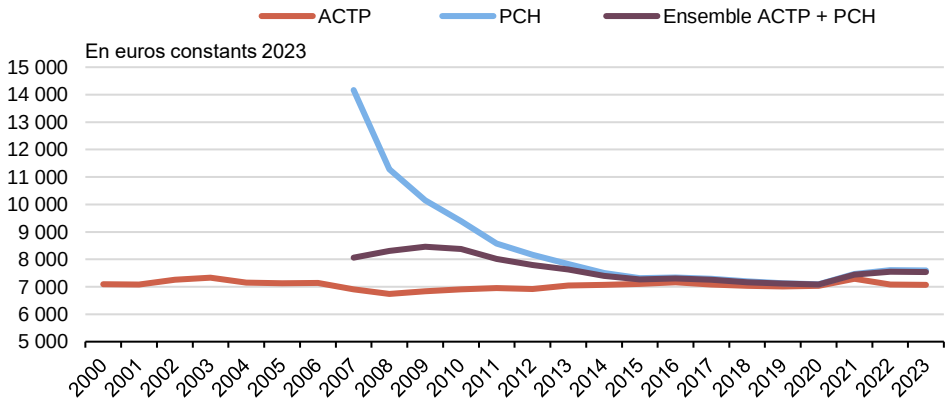
La PCH a été associée, au début de sa mise en œuvre, à une forte dépense par bénéficiaire, avant de baisser rapidement. Cette évolution pourrait être expliquée par le fait que la prestation a probablement d'abord bénéficié aux personnes les plus lourdement handicapées nécessitant une aide humaine[1] importante, mais dont l'accès aux aides était auparavant limité par le plafonnement de l'ACTP. Enfin, la PCH permet de prendre en charge des aides techniques[2] 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. La baisse tendancielle de la dépense moyenne de PCH par bénéficiaire s'est atténuée avec le temps. Elle diminue très légèrement en 2023 (-0,1 % en euros constants).

Cependant, en 2023, la dépense totale de PCH augmente à nouveau de façon très importante en euros courants (+10 %), après une hausse de 12 % entre 2021 et 2022, du fait de la progression du nombre de bénéficiaires et du contexte inflationniste.

Entre 2015 et 2023, la dépense moyenne d'ACTP par bénéficiaire augmente légèrement en euros courants (+0,9 % par an en moyenne), mais elle recule en termes réels (-0,4 % par an en moyenne entre 2015 et 2023).

Au total, les dépenses par bénéficiaire de la PCH et de l'ACTP convergent. Toutes allocations confondues, la dépense globale par bénéficiaire a augmenté avec la création de la PCH, puis a diminué entre 2010 et 2015. Entre 2022 et 2023, elle augmente de 4,8 % en euros courants et reste stable en euros constants (+0,0 %). En 2023, elle s'établit à 7 500 euros par an et par bénéficiaire, soit 628 euros par mois.

Graphique 1 Évolution des dépenses annuelles moyennes d'ACTP et de PCH par bénéficiaire, depuis 2000



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 2023, la dépense moyenne par bénéficiaire de l'ACTP s'élève à 7 070 euros et celle de la PCH à 7 600 euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

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.

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.

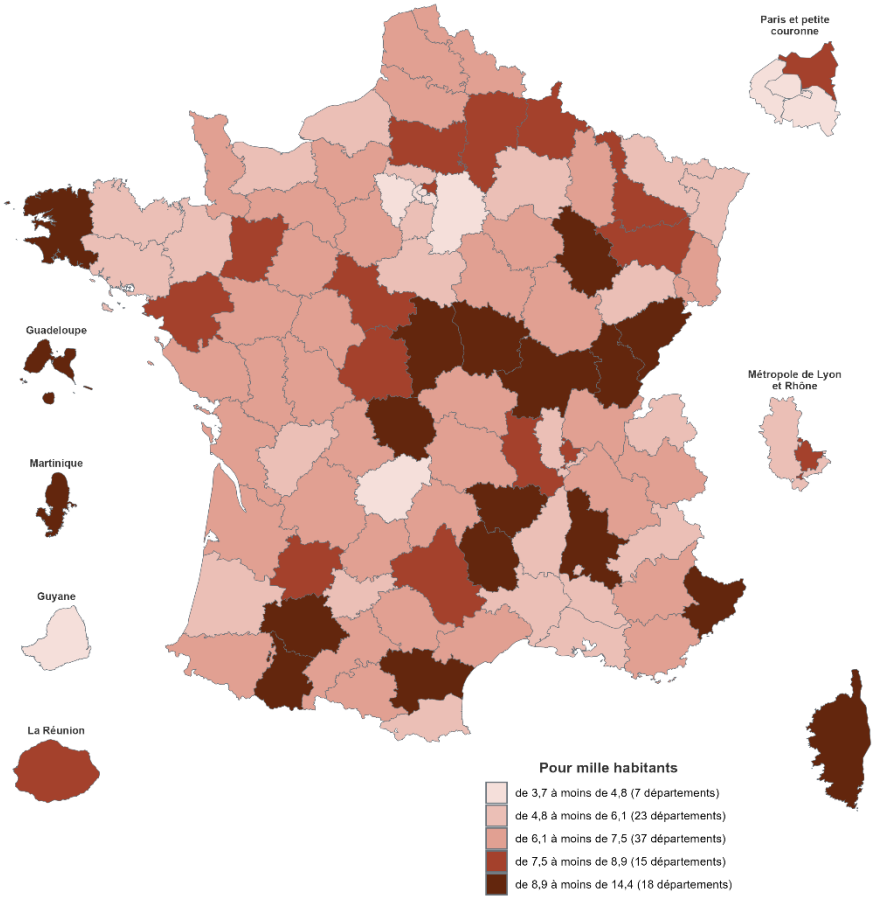
Des différences départementales de taux de bénéficiaires et de dépenses moyennes marquées

En 2023 en France, 6,6 personnes sur 1 000 sont bénéficiaires de l'une des deux prestations, dont 6,0 ‰ pour la PCH et 0,6 ‰ pour l'ACTP. Elles se répartissent de façon inégale d'un département à l'autre : de 3,7 ‰ à 14,3 ‰ (*carte 1*).

Si plus d'un département sur deux a un taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP compris entre 6,1 ‰ et moins de 8,9 ‰ – soit entre 90 % et 130 % de la médiane, qui s'élève à 6,8 ‰ –, les autres collectivités s'en éloignent davantage. Cette proportion est particulièrement élevée dans 18 collectivités où elle est supérieure à 8,9 ‰, c'est-à-dire à 130 % de la médiane. À l'inverse, 7 collectivités se distinguent par des taux plus faibles, inférieurs à 4,8 ‰. 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 ou moins prononcé selon le territoire.

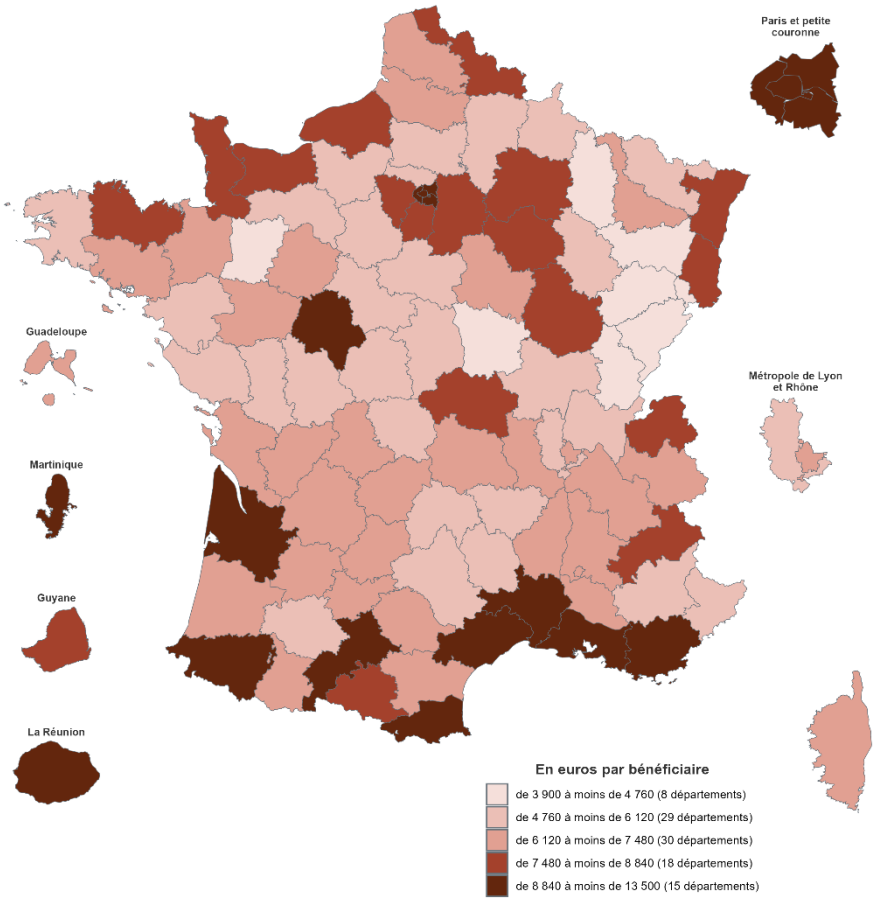
Carte 1 Taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP, au 31 décembre 2023



ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap.
Note > Au niveau national, au 31 décembre 2023, le taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est de 6,6 pour 1 000 habitants. La valeur médiane, c'est-à-dire celle au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 6,8 pour 1 000 habitants.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

Les dépenses annuelles moyennes de PCH et d'ACTP par bénéficiaire sont elles aussi hétérogènes d'un département à l'autre, allant de 3 900 à 13 500 euros en 2023 (*carte 2*).
Dans trois départements sur dix, elles varient entre 6 120 et 7 480 euros, soit entre 90 % et 110 % de la médiane (égale à 6 800 euros).
Près d'une quarantaine de collectivités ont des dépenses plus faibles, et dans 8 départements, elles sont même inférieures à 4 760 euros, soit 70 % de la valeur médiane. À l'opposé, 15 collectivités ont une dépense moyenne comprise entre 7 500 et 8 800 euros, et 15 dépensent, par an et par bénéficiaire, de 8 800 à 10 900 euros (soit de 130 % à 160 % de la médiane).
Enfin, 6 départements se distinguent par des dépenses moyennes particulièrement élevées, supérieures à 10 000 euros par bénéficiaire et par an.

Carte 2 Dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP moyennes par bénéficiaire en 2023



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 6 900 euros par bénéficiaire en 2023. La valeur médiane, c'est-à-dire celle au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 6 800 euros par an et par bénéficiaire.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

La PCH essentiellement destinée à l'aide humaine

La PCH permet de financer cinq types de dépenses. En 2023, 94 % des dépenses liées à la PCH sont consacrées à l'aide humaine, 3,2 % à l'aménagement du logement, du véhicule ou à des surcoûts liés au transport, 0,9 % à l'aide technique[1].

Des dépenses spécifiques et exceptionnelles les complètent à hauteur de 2,1 %. 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, six sur dix recourent à des aidants familiaux[2]. Près d'un quart fait intervenir des services prestataires. Plus rares sont ceux qui emploient directement un salarié (8,1 %) ou font appel à des services mandataires (0,9 %). Par ailleurs, un bénéficiaire payé sur cinq l'est dans le cadre d'un forfait surdité ou cécité[3].

Peu d'enfants bénéficiaires de la PCH, mais un montant moyen plus élevé

La PCH des moins de 20 ans ou PCH « enfant » concerne 8,3 % des bénéficiaires de la PCH fin 2023, soit près de 34 000 bénéficiaires, ce qui représente près de 2 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 33 personnes pour 1 000 de moins de 20 ans en France, soit 517 000 personnes fin juin 2023. La dépense annuelle associée à la PCH « enfant » s'élève à 378 millions d'euros en 2023, soit 13 % de la dépense totale de PCH des conseils départementaux. La dépense annuelle par bénéficiaire est en moyenne de 10 900 euros pour les moins de 20 ans, soit 68 % 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'ACTP[4] dans la population varie fortement selon l'âge (*graphique 2*). Elle double quasiment à 20 ans, passant de 3,1 bénéficiaires pour 1 000 habitants entre 15 et 19 ans à 5,7 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 s'ils y sont éligibles. Le taux de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP augmente avec l'âge. Il est de 11,5 pour 1 000 habitants de 50 à 54 ans et est le plus élevé entre 55 et 59 ans et entre 60 et 64 ans (respectivement 14,0 et 13,9 bénéficiaires pour 1 000 habitants en 2023). Il diminue ensuite pour atteindre 0,2 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 ; d'autre part parce que certains bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP basculent vers l'APA.

Un bénéficiaire sur dix entré ou sorti de la PCH en 2016

Au cours de l'année 2016[5], 11 % des bénéficiaires sont entrés ou sortis de la PCH[6]. Plus nombreux avant 60 ans, les entrants ont 44,6 ans en moyenne, tandis que les sortants sont âgés de 49,5 ans. 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 de 1 sortant sur 5 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. 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). ■

1 Il s'agit d'aide matérielle telle qu'un fauteuil roulant, une aide auditive ou visuelle.

2 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.

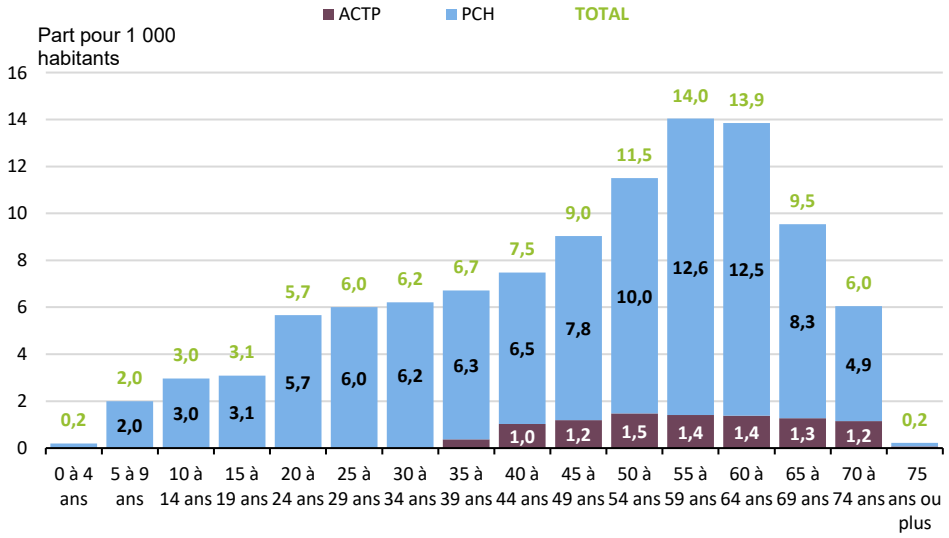
3 La somme de ces parts n'est pas égale à 100 % car un même bénéficiaire peut recourir à différents types d'intervenants.

4 Les plus jeunes bénéficiaires de l'ACTP ont 34 ans fin 2023, 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).

5 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.

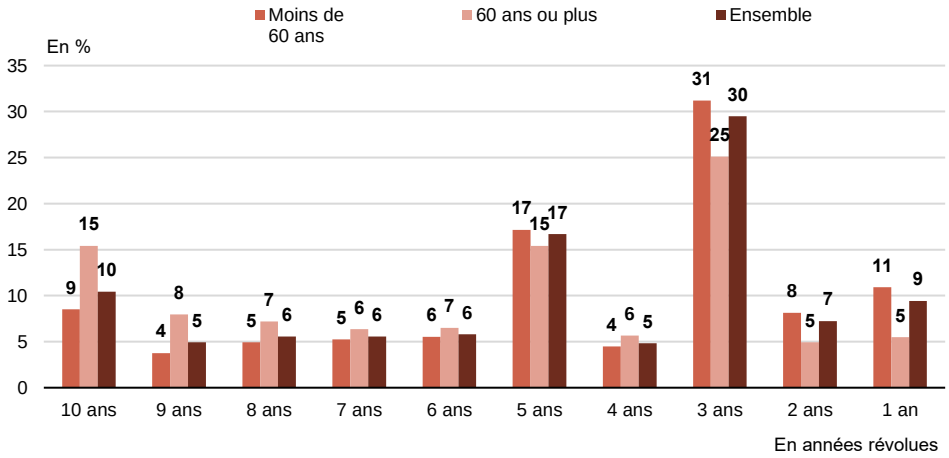
6 Les entrants sont définis ici comme les personnes comptabilisées parmi les bénéficiaires au 31 décembre 2016, mais pas au 31 décembre 2015. À l'inverse, les sortants sont les personnes présentes au 31 décembre 2015 et absentes au 31 décembre 2016. Le renouvellement de la PCH, qui doit être réalisé généralement tous les cinq ans, n'est pas comptabilisé comme une entrée ou une sortie.

Graphique 2 Part des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dans la population par tranche d'âge, en décembre 2023



ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap.
Lecture > Fin décembre 2023, 4,9 ‰ des 70-74 ans sont bénéficiaires de la PCH.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2024 (résultats arrêtés fin 2024).

Graphique 3 Répartition des bénéficiaires sortis en 2016 selon l'ancienneté de leur droit à la PCH



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.

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 département 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, 73 % des bénéficiaires au 31 décembre 2023 ont été payés au titre du mois de décembre 2023.

Pour en savoir plus

> Les 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.

15 Les aides sociales à l'accueil des personnes handicapées

Fin 2023, 160 900 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement ou chez des particuliers. Cela représente une dépense annuelle de 5,8 milliards d'euros. Le nombre de bénéficiaires d'une aide à l'accueil et les dépenses associées ont très fortement augmenté depuis 2000. La dépense moyenne par bénéficiaire, en baisse depuis 2010, est de 3 045 euros en moyenne par mois, en 2023, et reste 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, 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.

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 2023, 21 % des aides départementales octroyées aux personnes handicapées. Les dépenses brutes associées représentent, quant à elles, 56 % de celles consacrées par les départements à l'aide sociale aux personnes handicapées pour l'ensemble de l'année 2023.

Le nombre de bénéficiaires d'aides à l'accueil continue d'augmenter

Fin 2023, 160 900 personnes handicapées accueillies en établissement ou par des particuliers bénéficient à ce titre d'une aide. Le nombre de bénéficiaires progresse de nouveau en 2023 (+1,9 %, après +2,7 % en 2022 et +1,5 % en 2021), après avoir connu une baisse inédite en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire (-1,4 % entre fin 2019 et fin 2020). Entre 2000 et 2019, le nombre de bénéficiaires est passé de 91 000 à 154 000, soit une évolution annuelle moyenne de +2,8 % (*graphique 1*).

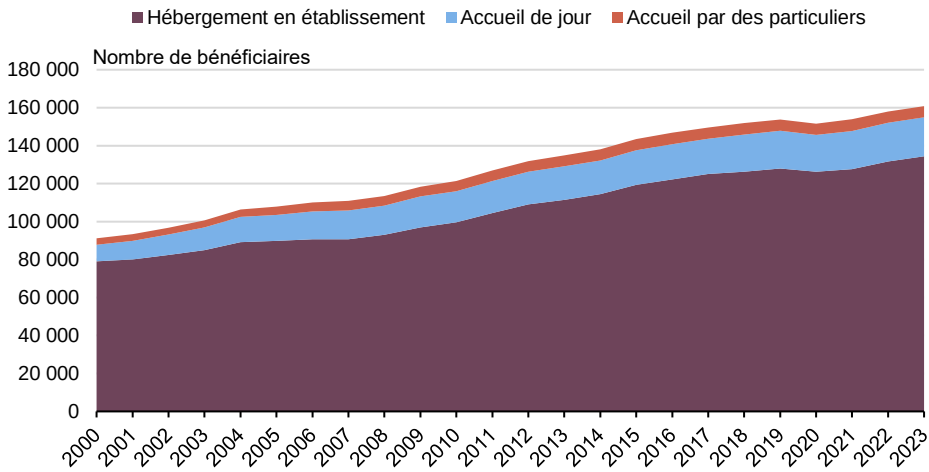
Fin 2023, 134 400 personnes perçoivent une aide sociale pour un hébergement en établissement, soit 84 % des bénéficiaires d'une aide à l'accueil, hors ACTP en établissement. L'aide pour un accueil de jour en établissement est perçue, quant à elle, par 20 600 personnes handicapées. Enfin, une minorité de prestations concernent un accueil par des particuliers : 5 800 personnes.

Parmi les personnes bénéficiant d'une aide pour un hébergement en établissement fin 2023, 26 % vivent en foyer d'hébergement et 36 % en foyer de vie, soit un total de 84 400 personnes. Deux bénéficiaires d'une aide à l'hébergement en établissement sur dix (21 %) résident en foyer d'accueil médicalisé (27 900 personnes pour 32 400 places) et 17 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad et EHPA non Ehpad) ou en unité de soins de longue durée (22 200 personnes).

La baisse de la dépense moyenne par bénéficiaire se poursuit en euros constants en 2023

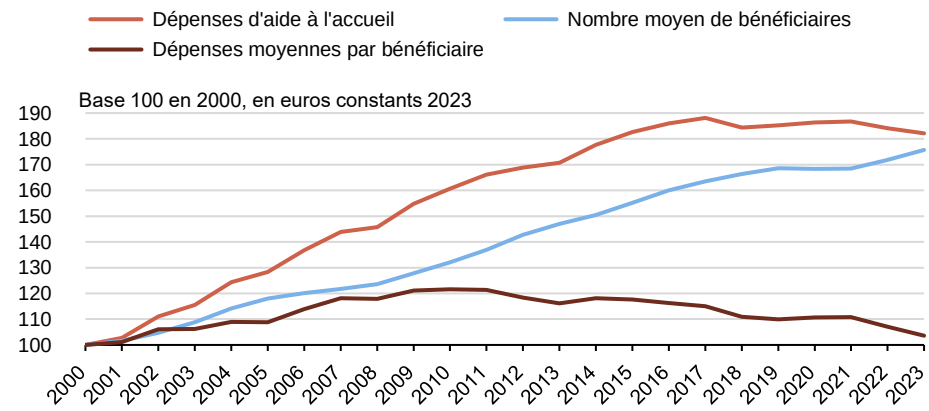
Les dépenses annuelles brutes d'aide à l'accueil, comprenant l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers, s'établissent à 5,8 milliards d'euros en 2023, soit une augmentation de 3,8 % en euros courants par rapport à 2022 et une baisse de 1,1 % en euros constants. Entre 2000 et 2017, ces dépenses d'accueil ont progressé de 138 % en euros courants, soit 5,2 % en moyenne par an. En euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'évolution générale des prix, cette augmentation est de 88 %, soit +3,8 % en moyenne par an (*graphique 2*). Entre 2017 et 2023, les dépenses annuelles d'aide sociale à l'accueil sont relativement stables (-0,5 % en euros constants, soit une progression de 2,0 % en euros courants).

Graphique 1 Évolution du nombre de personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale à l'accueil au 31 décembre, depuis 2000



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.
Jusqu'en 2018, les bénéficiaires de l'ASH des personnes handicapées âgés de 65 ans ou plus dans le département du Pas-de-Calais étaient comptabilisés parmi les bénéficiaires de l'ASH des personnes âgées. À partir de 2019, ces bénéficiaires sont bien dénombrés parmi les aides sociales à l'hébergement des personnes handicapées, créant ainsi une rupture entre 2018 et 2019 dans les séries historiques sur les bénéficiaires de l'ASH des personnes âgées ou handicapées.
Lecture > Fin 2023, 134 400 personnes handicapées bénéficient d'une aide à l'hébergement en établissement, 20 600 d'un accueil de jour et 5 800 d'un accueil par des particuliers.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

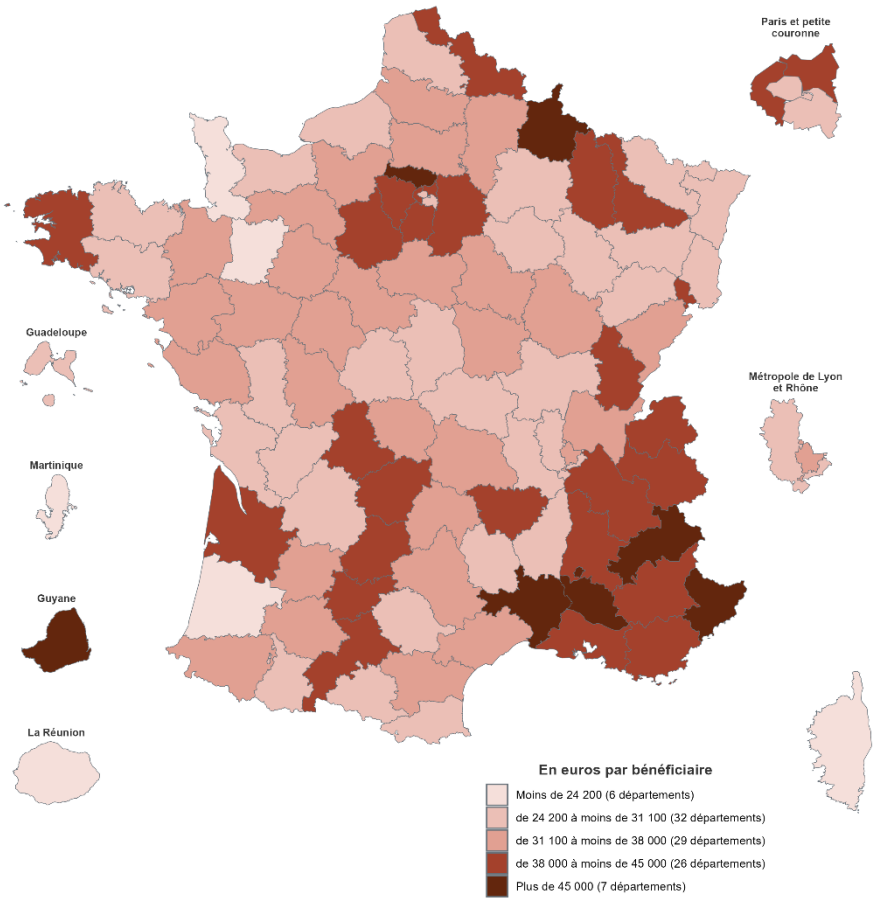
Graphique 2 Évolution des dépenses et des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'accueil des personnes handicapées, depuis 2000



Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2023. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France.
La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n*-1 et des bénéficiaires au 31 décembre *n*.
Les dépenses brutes d'aides à l'accueil comprennent celles liées à l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers. Les dépenses liées à l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), à l'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et aux autres dépenses d'accueil ne sont pas prises en compte ici.
Lecture > La dépense moyenne par bénéficiaire a augmenté de 4 % entre 2000 et 2023, les dépenses d'aide à l'accueil de 82 %, et le nombre moyen de bénéficiaires de 76 %.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

En 2023, la dépense moyenne d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire est de 36 500 euros par an, soit 3 045 euros par mois. Entre 2000 et 2010, malgré quelques baisses, cette dépense tend à augmenter en termes réels (+2,0 % par an en moyenne, soit +3,7 % en euros courants). Depuis 2010, la tendance est à la baisse : -1,2 % en euros constants en moyenne par an (+0,4 % en euros courants).
En 2023, la dépense moyenne d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire augmente de 1,5 % en euros courants et baisse de 3,2 % en euros constants par rapport à 2022. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire varie du simple au triple d'un département à l'autre (*carte 1*). La moitié des départements consacrent moins de 34 700 euros par an à leurs bénéficiaires alors qu'ils sont un tiers à leur attribuer au moins 38 000 euros (130 % de la valeur médiane), dont 7 collectivités au-delà de 45 000 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 peuvent être avancés : la variation du coût à la place ou encore les différences de structure démographique (population plus ou moins âgée notamment) et économique des territoires. ■

Carte 1 Dépenses annuelles brutes d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire en 2023



Note > Au niveau national, la valeur médiane est égale à 34 700 euros. 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.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Pour en savoir plus

> Les données complémentaires, nationales et départementales, sont disponibles sur le site Open Data de la DREES.

16 Les établissements et services pour personnes handicapées

Au 31 décembre 2022, les structures médico-sociales qui accompagnent les personnes handicapées proposent 531 000 places. Cette offre a augmenté de 30 % depuis 2006, portée par le développement des services. Les garçons et 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'accompagnement préconisé.

531 000 places d'accompagnement dans plus de 12 000 établissements et services

Au 31 décembre 2022, 12 380 établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées proposent 531 000 places, dont 67 % dans les structures pour adultes, 32 % dans celles pour enfants et adolescents et moins de 1 % dans les structures qui accompagnement aussi bien des adultes que des enfants (*tableau 1*, *encadré 1*). La majorité des structures (59 % de celles pour enfants et 81 % de celles pour adultes) sont des établissements qui assurent l'accompagnement des personnes handicapées avec ou sans hébergement en leur sein. Les autres types de structures sont des services : les professionnels interviennent auprès des personnes handicapées dans leurs différents lieux de vie et d'activité (domicile, école, etc.) ainsi que parfois dans les locaux du service, mais n'assurent pas d'hébergement. L'offre de places est plus importante dans les établissements. Ainsi, 78 % des places installées le sont en établissement. C'est encore davantage le cas pour les adultes que pour les enfants : 83 % des places pour adultes sont en établissement, contre 68 % au sein des structures pour enfants. Entre 2006 et 2022, le nombre de places augmente de 30 %. Cette progression est globalement portée sur longue période par celle des services (+65 % dans les services pour enfants et +126 % dans ceux pour adultes). Toutefois, depuis 2018, la hausse du nombre de places dans les structures pour enfants se concentre à l'inverse dans les établissements (+6 % contre une stagnation dans les services), alors que les places dans les services continuent de croître pour les adultes (+10 % contre 3 % dans les établissements) [Farges, 2024].

De 2006 à 2022, le personnel en équivalent temps plein (ETP) a augmenté de 33 % pour l'ensemble des structures (soit une progression comparable à celle du nombre de places), plus particulièrement dans les services pour enfants (+79 %) et pour adultes (+182 %). En 2022, le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de personnel en ETP et le nombre de places offertes, est inférieur ou égal à 30 ETP pour 100 places dans les services pour adultes et pour enfants et dans les établissements et service d'accompagnement par le travail (Esat) ; il est supérieur à 80 ETP pour 100 places dans les structures pour enfants polyhandicapés, les instituts d'éducation motrice, les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'accueil médicalisés. Dans les établissements pour enfants, l'externat, l'accueil de jour et l'accompagnement en milieu ordinaire sont plus fréquents que dans les établissements pour adultes : 62 % des capacités d'accompagnement contre 45 % (*graphique 1*). Pour les adultes, le mode d'accompagnement des établissements est très lié à la fonction de l'établissement : 86 % des places en Esat sont proposées en externat, accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire contre 15 % des places en foyer.

Les hommes et les garçons sont surreprésentés parmi les personnes accompagnées

Les personnes accompagnées dans les structures pour enfants ou adultes handicapés sont majoritairement des garçons ou des hommes (68 % des enfants et 60 % des adultes) [*graphique 2*]. Cette surreprésentation est particulièrement marquée entre 8 et 20 ans.

La pyramide des âges des personnes handicapées accompagnées en structure médico-sociale est très concentrée sur les âges intermédiaires de la vie (de 10 à 60 ans), tandis que les âges les plus bas et les plus élevés sont très peu représentés. Très peu d'enfants de moins de 3 ans sont accompagnés en établissement ou service médico-social. Ils ne représentent que 0,2 % des personnes accompagnées, contre 3,3 % de l'ensemble de la population de 75 ans ou moins. 1,7 % des enfants accompagnés par ces structures ont moins de 6 ans alors qu'ils représentent 6,8 % de la population. Les jeunes enfants handicapés sont pris en charge par leur famille ou par des modes d'accueil non spécifiques aux enfants handicapés.

À l'autre extrême de la pyramide des âges, les 60 ans ou plus sont, en proportion, moins nombreux à être accompagnés en établissement ou service pour personnes handicapées. Ils représentent 20,3 % des personnes de 75 ans ou moins et seulement 7,2 % de celles accompagnés en établissement ou service pour personnes handicapées. Une partie des personnes handicapées âgées sont accueillies dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

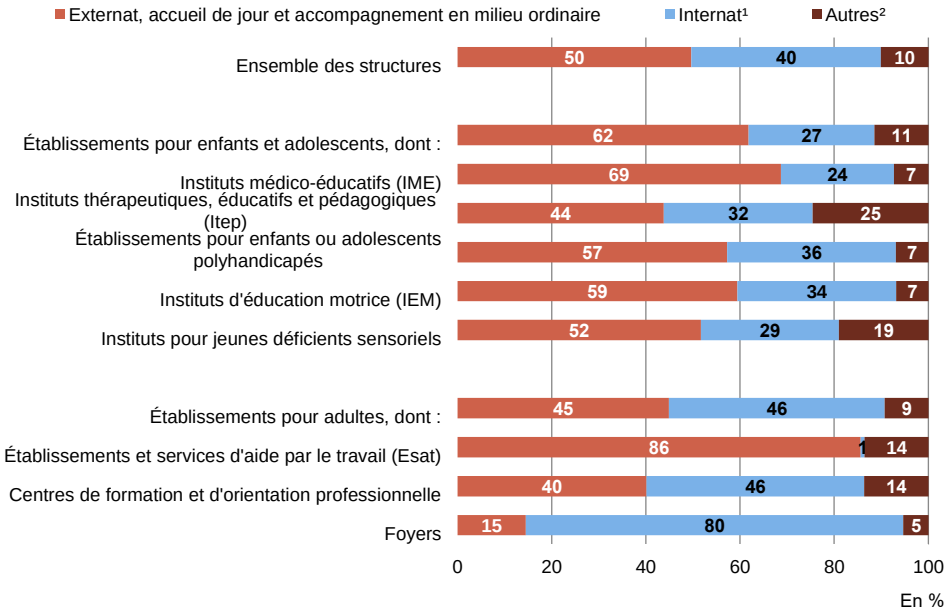
Tableau 1 Nombre de structures, de places, de personnes accompagnées et de personnel, au 31 décembre 2022

	Nombre de structures	Nombre de places	Nombre de personnes accompagnées	Personnels (en ETP)	Taux d'encadrement (ETP pour 100 places)
Ensemble des structures	**12 380**	**531 040**	**495 690[10]**	**270 300**	**51**
Ensemble des structures pour enfants	**4 030**	**173 790**	**174 160[10]**	**99 900**	**57**
Établissements pour enfants, dont :	**2 380**	**117 860**	**117 740**	**83 300**	**71**
Instituts médico-éducatifs	1 380	75 700	76 120	50 400	67
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques	490	19 750	19 290	13 800	70
Établissements pour enfants polyhandicapés	190	5 490	5 560	6 100	111
Instituts d'éducation motrice	140	7 550	7 320	6 800	90
Instituts pour jeunes déficients sensoriels[1]	110	7 940	7 750	5 400	68
Autres établissements[2]	70	1 430	1 700	800	56
Services pour enfants[3]	**1 650**	**55 930**	**58 150**	**16 600**	**30**
Ensemble des structures pour adultes	**8 270**	**355 600**	**321 530[10]**	**169 800**	**48**
Établissements pour adultes, dont :	**6 700**	**294 250**	**295 170**	**160 200**	**54**
Établissements et services d'aide par le travail	1 490	120 470	125 960	26 200	22
Centres de formation et d'orientation professionnelles[4]	170	11 620	9 660	3 800	33
Établissements d'accueil non médicalisés[5]	3 120	96 060	94 260	56 600	59
Maisons d'accueil spécialisées	740	31 380	30 420	38 300	122
Établissements d'accueil médicalisés[6]	1 070	32 360	32 210	34 500	107
Autres établissements[7]	110	2 360	2 660	800	34
Services pour adultes[8]	**1 570**	**61 350**	**69 510**	**9 600**	**16**
Lieux de vie et d'accueil et établissements expérimentaux pour personnes handicapées[9]	**80**	**1 650**	**1 910**	**600**	**36**

1. Instituts pour déficients visuels, instituts pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles.
2. Autres établissements pour enfants : établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée, établissements d'accueil temporaire d'enfants handicapés, jardins d'enfants spécialisés et foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés.
3. Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad).
4. Établissements et services de pré-orientation (Espo), établissements et services de rééducation professionnelle (ESRP), et unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (Ueros).
5. Établissements d'accueil non médicalisés (EANM), foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalent et foyers de vie.
6. Établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie (EAM) et foyers d'accueil médicalisés (FAM).
7. Autres établissements pour adultes : établissements expérimentaux pour adultes handicapés et établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés.
8. Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).
9. Les établissements expérimentaux pour enfants et ceux pour adultes sont progressivement remplacés par les établissements expérimentaux pour personnes handicapées. Cela explique les évolutions observées sur ces catégories.
10. Nombre total de personnes accompagnées calculées sans double compte. Une même personne peut en effet être accompagnée par 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.

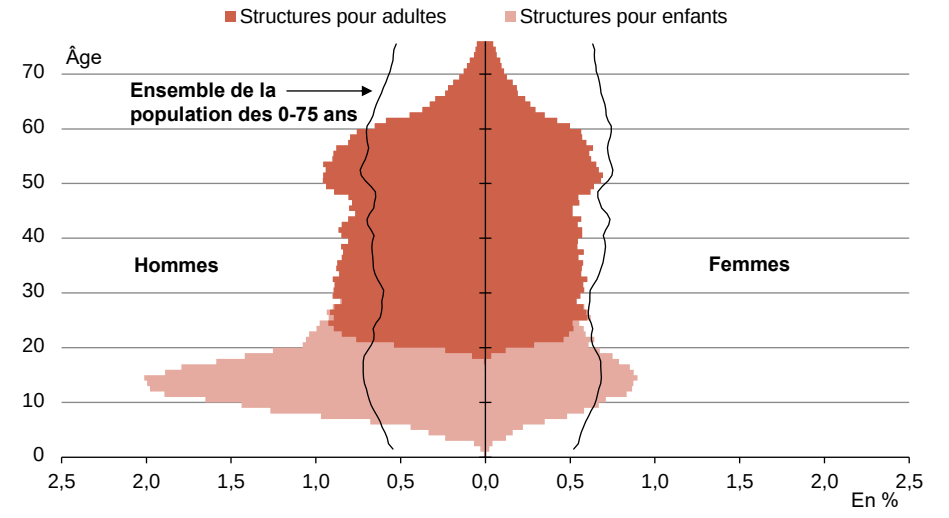
Lecture > Au 31 décembre 2022, les 1 380 instituts médico-éducatifs proposent 75 700 places et accompagnent 76 120 personnes. Les personnels travaillant en institut médico-éducatif représentent 50 400 équivalents temps plein (ETP), soit un taux d'encadrement de 67 ETP pour 100 places.
Champ > Établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, France métropolitaine et DROM.
Source > DREES, enquête ES-Handicap 2022.

Graphique 1 Nombre de places selon le mode d'accompagnement et le type d'établissement, au 31 décembre 2022



1. Internat (complet, de semaine, etc.).
2. Dont hébergement éclaté, accueil familial, accueil temporaire, prestation en milieu ordinaire, autre mode d'accueil.
Lecture > Fin 2022, 50 % des places sont proposées en externat, accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire.
Champ > Établissements pour personnes handicapées, France métropolitaine et DROM.
Source > DREES, enquête ES-Handicap 2022.

Graphique 2 Personnes accompagnées en structures pour adultes ou enfants handicapés, par âge, au 31 décembre 2022



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 2022, 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 2022 ; Insee, estimations de population au 1er janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

Les personnes ayant une déficience intellectuelle sont majoritaires

La moitié (52 %) des adultes handicapés accompagnés par des structures dédiées ont comme déficience principale une déficience intellectuelle (*tableau 2*). Les troubles du psychisme, du comportement ou de la communication représentent, quant à eux, 28 % des déficiences principales, et les déficiences motrices 8 %.

Dans les Esat et les établissements d'accueil non médicalisés (EANM), les adultes ayant une déficience intellectuelle représentent respectivement entre 63 % et 69 % des personnes accompagnées. En Esat, 27 % des personnes ont un trouble du psychisme, du comportement ou de la communication comme déficience principale. Ainsi, 90 % des personnes en Esat ont une déficience principale intellectuelle ou un trouble du psychisme. Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) sont les structures qui accompagnement le plus fréquemment des personnes polyhandicapées (28 % des personnes accompagnées). Enfin, 35 % des adultes accompagnés par les centres de formation et d'orientation professionnelles ont une déficience principale motrice.

39 % des jeunes accompagnés dans les établissements et services pour enfants handicapés ont comme déficience principale une déficience intellectuelle et 34 % ont un trouble du psychisme, du comportement ou de la communication. Parmi les déficiences intellectuelles, la déficience intellectuelle « légère » est la plus fréquente (21 % des jeunes), devant la déficience intellectuelle « moyenne » (14 %) et la déficience intellectuelle « profonde et sévère » (5 %). Les autres types de déficiences apparaissent moins fréquemment en tant que déficience principale : 8 % des jeunes accompagnés ont une déficience auditive ou visuelle, 7 % une déficience motrice et 4 % un polyhandicap.

Les instituts médico-éducatifs (IME) accompagnent majoritairement des enfants ayant une déficience intellectuelle (66 %) ou un trouble du psychisme, du comportement ou de la communication (27 %). Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accompagnent quant à eux presque exclusivement des enfants et adolescents ayant comme déficience principale un trouble du psychisme, du comportement ou de la communication (95 % des enfants).

L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes est de plus en plus fréquent

La part de personnes âgées de 60 ans ou plus accompagnées dans les structures pour adultes handicapés est en hausse régulière depuis 2006 : fin 2022, 12 % des personnes accompagnées ont 60 ans ou plus, contre 3 % en 2006. Les établissements d'accueil médicalisés (EAM) et les MAS sont particulièrement concernés par cette évolution (*tableau 3*). En 2006, les adultes de 60 ans ou plus représentaient 7 % des effectifs dans les EAM, contre 24 % en 2022 (et 13 % de 65 ans ou plus). Cette catégorie d'établissement est celle qui accueille proportionnellement le plus de personnes handicapées âgées. Dans les MAS, fin 2006, seulement 5 % des personnes accompagnées avaient 60 ans ou plus, contre 20 % fin 2022 (respectivement 2 % et 10 % pour les 65 ans ou plus). Ces deux types de structures, les plus médicalisées, sont capables de prendre en charge les effets cumulatifs, voire multiplicateurs, des troubles liés à l'âge (maladies chroniques invalidantes telles que les maladies cardio-vasculaires, atteintes sensorielles, atteintes musculo-squelettiques, etc.) avec les incapacités préexistantes.

La très grande majorité des enfants et adolescents de 6 à 15 ans sont scolarisés

Fin 2022, 92 % des enfants et adolescents handicapés de 6 à 15 ans accompagnés par des structures dédiées sont scolarisés (*tableau 4*). 53 % sont scolarisés au sein d'un établissement scolaire, 28 % dans une unité d'enseignement interne à l'établissement médico-social et 11 % dans une unité d'enseignement externalisée au sein d'un établissement scolaire. Dans les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés, six jeunes sur dix ne sont pas scolarisés. Pour les enfants et adolescents accompagnés en IME et en institut d'éducation motrice (IEM), la scolarisation a lieu en majorité dans des unités d'enseignement internes (entre cinq et six enfants sur dix) et un peu plus de 10 % des jeunes ne sont pas scolarisés. 2 % des jeunes de 6 à 15 ans accompagnés en instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) ne sont pas scolarisés. Enfin, 44 % des jeunes de 6 à 15 ans accompagnés par un services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) sont scolarisés en classe ordinaire (hors unité localisée pour l'inclusion scolaire [Ulis] et section d'enseignement général et professionnel adapté [Segpa]) ; 45 % sont scolarisés en Ulis et 4 % en Segpa. ■

Tableau 2 Répartition des personnes accompagnées par déficience principale selon le type de structure, au 31 décembre 2022

En %

Type de structure	Déficience intellectuelle	Trouble du psychisme, du comportement ou de la communication	Déficience sensorielle	Déficience motrice	Polyhandicap	Autre	Total
Ensemble des établissements et services pour adultes[1]	**52**	**28**	**3**	**8**	**4**	**6**	**100**
Esat	63	27	2	3	<1	5	**100**
Centres de formation et d'orientation professionnelles[2]	3	18	11	35	<1	33	**100**
EANM[3]	69	22	2	4	<1	3	**100**
MAS	36	19	<1	11	28	5	**100**
EAM[4]	43	33	2	12	5	6	**100**
Autres[5]	41	39	1	7	4	8	**100**
Établissements pour jeunes et adultes[6]	30	33	4	21	3	9	**100**
Services pour adultes	32	37	8	13	<1	9	**100**
Ensemble des établissements et services pour enfants et adolescents[1]	**39**	**34**	**8**	**7**	**4**	**8**	**100**
IME	66	27	<1	<1	2	4	**100**
Itep	2	95	<1	<1	<1	3	**100**
Établissements pour enfants polyhandicapés	16	6	<1	5	69	3	**100**
IEM	9	4	1	67	10	9	**100**
Instituts pour jeunes déficients sensoriels[7]	1	3	74	2	<1	19	**100**
Autres établissements[8]	25	52	5	2	8	9	**100**
Établissements pour jeunes et adultes[6]	21	54	<1	2	4	18	**100**
Services pour enfants	28	34	14	10	1	13	**100**

Esat : établissements et service d'aide par le travail ; MAS : maisons d'accueil spécialisées ; EANM : établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées ; EAM : établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées ; IME : instituts médico-éducatifs ; Itep : instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques ; IEM : instituts d'éducation motrice.

1. Corrigé des doubles comptes (personnes accompagnées par plusieurs structures en même temps).
2. Établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) et unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (Ueros).
3. Établissements d'accueil non médicalisés (EANM), foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalents et foyers de vie.
4. Établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie (EAM) et foyers d'accueil médicalisés (FAM).
5. Autres établissements pour adultes : établissements expérimentaux pour adultes handicapés et établissements d'accueil temporaire.
6. Établissements expérimentaux pour personnes handicapées et lieux de vie.
7. Instituts pour déficients visuels, établissements pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles.
8. Autres établissements pour enfants : établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée, établissements d'accueil temporaire d'enfants handicapés, jardins d'enfants spécialisés et foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés. 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 2022, 63 % 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 2022.

Tableau 3 Part des personnes handicapées âgées selon le type de structure

En %

	Part des 60 ans ou plus		Part des 65 ans ou plus	
	2022	2006	2022	2006
Établissements et services d'aide par le travail	2,7	0,3	0,1	0,0
Centres de formation et d'orientation professionnelles[1]	1,5	0,1	0,0	0,0
Établissements d'accueil non médicalisés[2]	12,3	3,9	5,5	1,6
Maisons d'accueil spécialisées	19,7	5,0	9,5	1,8
Établissements d'accueil médicalisés[3]	23,7	6,6	13,1	2,7
Autres[4]	16,2	5,5	8,8	2,3
Services	14,7	3,9	6,0	1,5
Établissements pour jeunes et adultes[5]	11,4	-	6,0	-
Ensemble[6]	**11,6**	**2,6**	**5,1**	**1,0**

1. Établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) et unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (Ueros).
2. Établissements d'accueil non médicalisés (EANM), foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalents et foyers de vie.
3. Établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie (EAM) et foyers d'accueil médicalisés (FAM).
4. Établissements expérimentaux pour adultes handicapés et établissements d'accueil temporaire.
5. Établissements expérimentaux pour personnes handicapées et lieux de vie.
6. Corrigé des doubles comptes (adultes accompagnés par plusieurs structures en même temps) pour l'année 2022 uniquement.

Lecture > Au 31 décembre 2022, les personnes handicapées accompagnées en établissements et services d'aide par le travail (Esat) âgées de 60 ans ou plus représentent 2,7 % des personnes accompagnées en Esat.
Champ > Personnes accompagnées dans un établissement ou service médico-social pour adultes handicapés au 31 décembre 2022 et au 31 décembre 2006, France métropolitaine et DROM.
Source > DREES, enquête ES-Handicap 2022 et 2006.

Tableau 4 Scolarisation des jeunes âgés de 6 à 15 ans selon le type de structure, en 2022

En %

Type de structure/ Scolarisation	Non scolarisé	Unité d'enseignement dans un établissement médico-social	Unité d'enseignement externalisée dans un établissement scolaire	Scolarité en établissement scolaire à temps complet ou partiel[4]	Total
Instituts médico-éducatifs	12	55	19	14	**100**
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques	2	23	9	65	**100**
Établissements pour enfants polyhandicapés	60	33	4	4	**100**
Instituts d'éducation motrice	12	56	16	16	**100**
Instituts pour jeunes déficients sensoriels	3	38	27	32	**100**
Autres[1]	18	21	9	52	**100**
Établissements pour jeunes et adultes[2]	22	6	2	70	**100**
Services	2	<1	2	96	**100**
Ensemble[3]	**8**	**28**	**11**	**53**	**100**

1. Établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée, établissements d'accueil temporaire d'enfants handicapés, jardins d'enfants spécialisés et foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés.
2. Lieux de vie et établissements expérimentaux pour personnes handicapées.
3. Une même personne peut être accompagnée par deux structures à la fois ; la répartition de la colonne « Ensemble » est donc calculée hors doubles comptes.
4. Y compris si la scolarité est partagée entre l'établissement scolaire et l'établissement médico-social.

Note > Les 10 % de valeurs manquantes à la variable sur le type de scolarisation (6 à 15 ans) ont été supprimées.
Lecture > 12 % des enfants handicapés de 6 à 15 ans accompagnés en IME ne sont pas scolarisés.
Champ > Enfants accompagnés par un Sessad, France métropolitaine et DROM.
Source > DREES, enquête ES-Handicap 2022.

Encadré 1 Les structures dédiées à l'accompagnement des enfants et adultes handicapés

Différentes structures médico-sociales proposent un accompagnement des personnes handicapées et sont donc enquêtées par la DREES.

Les établissements et services pour enfants ou adolescents handicapés

Les instituts médico-éducatifs (IME) s'adressent aux jeunes présentant des déficiences intellectuelles, des troubles du spectre de l'autisme, ou bien un handicap psychique.
Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) accompagnent des jeunes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.
Les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) accompagnent des enfants ou adolescents présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives et une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale.
Les instituts d'éducation motrice (IEM) proposent des prises en charge pour les enfants ayant une déficience motrice.
Les instituts pour jeunes déficients sensoriels accompagnent des enfants présentant une déficience auditive ou visuelle grave.
L'enquête interroge également les **foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés, les jardins d'enfants spécialisés, les établissements d'accueil temporaire ainsi que les établissements expérimentaux pour les enfants handicapés.**
Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) interviennent, quant à eux, auprès d'enfants et d'adolescents essentiellement dans leurs différents lieux de vie et d'activité (domicile, école, etc.) ainsi que parfois dans les locaux du service, mais n'assurent pas d'hébergement. Ils apportent un soutien éducatif, thérapeutique et pédagogique individualisé.

Les établissements de travail protégé et de formation professionnelle

Les établissements et services d'aide par le travail (Esat) apportent aux personnes en situation de handicap une activité professionnelle et un accompagnement par le travail en milieu protégé, ou leur apportent un accompagnement médico-social pour s'insérer durablement dans le marché du travail.
Les établissements et services de pré-orientation (Espo) proposent une évaluation des capacités des travailleurs handicapés et un accompagnement à l'élaboration d'un projet professionnel.
Les établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale des travailleurs handicapés et de leur assurer une formation qualifiante.
Les unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle (Ueros) accompagnent dans l'élaboration de leur projet de vie personnelle les personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou d'une lésion cérébrale acquise.

Les établissements centrés sur l'hébergement des adultes handicapés

Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) accueillent des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.
Les établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie (EAM) dont les **foyers d'accueil médicalisés (FAM)** ont pour vocation d'accueillir des personnes présentant une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne.
Les établissements d'accueil non médicalisés (EANM) sont destinés à l'hébergement de personnes en situation de handicap nécessitant un accompagnement à l'autonomie et à la participation sociale. Ce type de structure englobe les structures appelées précédemment les **foyers d'hébergement**, les **foyers de vie** et les **foyers d'accueil polyvalents**.

Les autres types de structures pour adultes

Les établissements d'accueil temporaire ainsi que **les établissements expérimentaux pour les adultes handicapés** sont également enquêtés.
Les services d'accompagnement comprennent les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et **les services d'accompagnement médico-social (Samsah)**. Ils concourent au maintien à domicile des personnes handicapées et à la préservation de leur autonomie et de leurs activités sociales.

Les établissements accompagnant à la fois des enfants, adolescents et adultes handicapés

Les lieux de vie sont des structures sociales ou médico-sociales de petite taille assurant un accueil et un accompagnement personnalisés en petits effectifs, d'enfants, d'adolescents et d'adultes, en situation familiale, sociale ou psychologique problématique. Seuls les lieux de vie accompagnant des personnes handicapées sont enquêtés ici.
Les établissements expérimentaux visent à promouvoir des formes nouvelles d'accompagnement des personnes handicapées, notamment par l'établissement de partenariats et de réseau.

Pour en savoir plus

> Les tableaux détaillés par type de structure sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.

> **Bellamy, V., Farges, A.** (2024, juillet). L'accompagnement médico-social des personnes handicapées fin 2022 : plus de personnel mais des difficultés de recrutement. DREES, *Études et Résultats,* 1307.

> **Farges, A**. (2025, mars). 321 500 adultes handicapés sont accompagnés par des structures dédiées fin 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1332.

> **Farges, A**. (2025, mars). 174 000 enfants et adolescents handicapés sont accompagnés par des structures dédiées fin 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1331.

> **Farges, A.** (2024, juillet). L'accompagnement médico-social des personnes handicapées fin 2022 : 20 000 places supplémentaires en quatre ans. DREES, *Études et Résultats,* 1306.

Vue d’ensemble

Fiches thématiques

Annexes

Annexe 1

Les sources statistiques

Plusieurs sources de données ont été mobilisées pour réaliser cet ouvrage.

L'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux

Chaque année depuis 1984, 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. Deux volets de cette enquête sont utilisés dans cet ouvrage.

Les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées

Les départements transmettent des données agrégées sur le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires (sexe, âge, degré de dépendance, lieu d'accueil, etc.) 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). 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 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 ou M57[1], 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 Direction générale des finances publiques (DGFiP), principalement en matière de dépenses engagées et des recouvrements d'indus ou compensations octroyées notamment pour l'APA, la PCH et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). L'apport de l'enquête Aide sociale, par rapport à une utilisation unique des comptes, tient à ce qu'elle permet de dépasser la disparité du travail comptable réalisé par les conseils départementaux. À titre d'exemple, les dépenses d'ACTP pour les personnes âgées de 60 ans ou plus peuvent être imputées dans les comptes de certains départements aux dépenses d'aide sociale aux personnes âgées et non aux personnes handicapées ; les dépenses d'aides ménagères aux personnes âgées ne sont pas toujours imputées au même endroit du plan comptable ; les dépenses liées aux salaires des assistants familiaux non plus. Le travail de retraitement des comptes demandé aux départements dans le cadre de l'enquête et les contrôles réalisés par la DREES, dans un second temps, assurent une meilleure comparaison interdépartementale que l'utilisation de données comptables uniquement, par ailleurs non élaborées à cette fin. Le volet consacré aux dépenses de l'enquête Aide sociale de la DREES est donc indispensable dans le dispositif statistique public sur les politiques sociales des départements. Il constitue la seule source mettant à disposition des données sur l'ensemble des dépenses sociales, ventilées avec ce niveau de détail, comparables entre départements, et avec des séries chronologiques anciennes. La DREES publie des estimations nationales provisoires sur les dépenses d'aide sociale de l'année *n* en décembre de l'année *n*+1. Les données détaillées par département sont diffusées au deuxième trimestre *n*+2 sur le site data.drees.solidarite-sante.gouv.fr.

Les remontées individuelles sur l'APA et l'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

[1] Il a vocation à devenir, depuis le 1er janvier 2025, l'unique référentiel budgétaire et comptable pour toutes les collectivités locales.

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. Depuis 2022, les RI-APA-ASH s'insèrent dans l'opération plus large intitulée « remontées individuelles sur l'autonomie », dont elles constituent l'un des volets, en cours de collecte.

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. Ont ainsi été collectées des informations sur l'ensemble des bénéficiaires (à domicile ou en établissement) ayant des droits ouverts à la prestation au 31 décembre des années 2012 à 2016, que ce droit ait donné lieu ou non à un paiement. Outre les caractéristiques des bénéficiaires, ces extractions fournissent des éléments sur les contenus des plans de compensation et les paiements correspondants lorsqu'ils ont lieu. Ces données constituent la première base statistique permettant d'étudier les parcours des bénéficiaires dans la prestation : entrées, sorties, durées, etc. Les RI-PCH s'insèrent depuis dans l'opération plus large intitulée « remontées individuelles sur l'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 des années 2019 à 2022, et sa collecte a débuté en 2023.

Les indicateurs sociaux départementaux

Les indicateurs sociaux départementaux (ISD) désignent un ensemble d'environ 50 indicateurs, qui portent sur des éléments de contexte sociodémographiques (structure de la population par âge, taux de mortalité, etc.) et sur les quatre domaines de l'aide sociale des départements : perte d'autonomie liée à l'âge, prise en charge du handicap, protection de l'enfance 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 issus des réflexions conduites en 2008 par un groupe de travail du Conseil national de l'information statistique (CNIS), associant producteurs nationaux (DREES, Insee, caisses, etc.) et locaux (conseils départementaux). Par la suite, des indicateurs financiers – toujours relatifs à l'aide sociale – ont été ajoutés à ceux déjà retenus. Une réflexion est conduite en 2025 pour mettre à jour cette liste d'indicateurs en lien avec les différents acteurs nationaux et locaux en charge des solidarités.

VILAS

La DREES a mis à disposition du grand public, en 2022, un outil de datavisualisation dénommé VILAS (Visualisation d'indicateurs localisés sur l'action sociale). Conçu en concertation avec des représentants des collectivités locales à compétence départementale ainsi que la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), il permet de visualiser plus d'une centaine d'indicateurs sur l'action sociale à l'échelle départementale notamment les indicateurs sociaux départementaux (ISD). L'un des apports principaux de l'outil réside dans la possibilité de comparer différents départements entre eux, soit par une sélection manuelle, soit par une sélection faite à partir de critères de « ressemblance » tels que la taille de la population, la structure par âge, le taux de pauvreté ou de chômage ou encore la part de la population vivant en milieu urbain.

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, etc.). 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 Direction générale des finances publiques (DGFiP) et de l'Insee.

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. Initiée en 1982 et renouvelée en 1983, cette enquête a été réalisée tous les deux ans jusqu'en 1997. Depuis, elle est renouvelée tous les quatre ans. Les derniers résultats disponibles portent sur l'année 2022.

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 2023.

La base interadministrative annuelle des ESMS (BADIANE)

La base de données interadministrative des ESMS (BADIANE) est un fichier à vocation d'études et de recherches, rassemblant des informations relatives au fonctionnement, à l'activité, au personnel et au public accueilli dans les structures médico-sociales. Le champ de cette base statistique vise à couvrir dans un premier temps les structures intervenant auprès des personnes âgées ; il sera, dans un second temps, élargi aux structures intervenant auprès des adultes et enfants handicapés.
La base ne couvre actuellement que le champ des Ehpad (années d'exercice 2019 à 2022).

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 4 000 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.

Le modèle de microsimulation Autonomix

Développé à la DREES, Autonomix est un modèle de microsimulation statistique 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 établissement 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 11 000 seniors ont été interrogés de mai à octobre 2015.

Le dispositif d'enquêtes Autonomie

La DREES met en place, entre 2021 et 2025, 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 six 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

Collectée par l'Insee, 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). La première vague de l'enquête française a eu lieu en 2004. Le principe est de suivre les personnes interrogées d'une année sur l'autre, pendant quatre ans (neuf ans jusqu'en 2019). Le dispositif SRCV est régi par un règlement européen qui fixe les thèmes à aborder. Disponible dans cette enquête depuis 2005, et avec une formulation homogène depuis 2008, 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. Les indicateurs de pauvreté en termes de conditions de vie (suivi jusqu'à 2019) et de privation matérielle et sociale (suivi depuis 2015) reposent 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. Les derniers résultats portent sur l'année 2023.

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 d'activité et de remplacement perçus par chaque membre du ménage (par exemple, les salaires, retraites, indemnités de chômage, revenus d'indépendants, etc.) ;
– les prestations sociales non contributives (prestations familiales, allocations logement, minima sociaux, Garantie jeunes, prime d'activité) ;
– 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 et ne couvre pas les prestations en nature (APA, ASH ; ACTP notamment). 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. Les derniers résultats disponibles portent sur l'année 2022, les données détaillées relatives à l'année 2023 n'étant pas disponible. ■

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

Glossaire

A

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

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

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.

AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé) : 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.

AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) : cette grille permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les niveaux de perte d'autonomie 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.

ALF (allocation de logement familiale) : aide financière destinée à réduire le montant du loyer ou d'une redevance pour les personnes non éligibles à l'aide personnalisée au logement (APL), sous condition de ressources et de situation familiale.

ALS (allocation de logement sociale) : 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.

APA (allocation personnalisée d'autonomie) : se décline à domicile ou en établissement et concerne les personnes évaluées en GIR 1 à 4. Destinée aux 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.

APL (aide personnalisée au logement) : aide financière destinée à réduire le montant du loyer, d'une mensualité d'emprunt ou d'une redevance des personnes aux revenus modestes habitant un logement conventionné.

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) : prestation mensuelle accordée à certaines personnes invalides ayant de faibles ressources et ne remplissant pas les conditions d'âge pour percevoir l'Aspa.

Aspa (allocation de solidarité aux personnes âgées) : elle permet aux personnes âgées de 65 ans ou plus (ou ayant atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'inaptitude au travail), disposant de faibles ressources, d'atteindre un seuil minimal de ressources (le minimum vieillesse).

ASV (loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement) : cette loi a notamment réformé le dispositif d'APA à domicile, à compter du 1er mars 2016. Elle vise à allouer davantage d'aide aux personnes les moins autonomes, 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).

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).

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).

CPO (centre de préorientation) : est une structure proposant une évaluation des capacités des travailleurs handicapés ainsi qu'un accompagnement à l'élaboration d'un projet professionnel.

CRP (centre de rééducation professionnelle) : a pour mission de faciliter la réinsertion sociale des travailleurs handicapés et de leur assurer une formation qualifiante.

D

DGFiP (Direction générale des finances publiques).

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

EHIS (European Health Interview Survey) : enquête européenne de santé. Voir *Annexe sur les sources de données*.

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

Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) : lieux d'hébergement médicalisés et collectifs. Les Ehpad s'adressent à des personnes âgées de 60 ans ou plus 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) : remplace les FAM.

EANM (établissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées) : doit regrouper les foyers de vie, les foyers d'hébergement et les foyers d'accueil polyvalent.

ERFS (Enquête revenus fiscaux et sociaux) : voir *Annexe sur les sources de données*.

Esat (établissement et service d'aide par le travail) : établissement médico-social (nommé CAT antérieurement à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale) qui accueille 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, 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) : 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

FAM (foyer d'accueil médicalisé) : établissement médico-social destiné 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. Son financement relève à la fois de l'Assurance maladie et des départements.

Finess (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) : 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.

Foyer de vie : comme le foyer occupationnel, c'est un établissement médico-social qui a 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.

FO (foyer occupationnel) : voir Foyer de vie.

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.

I

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

IME (institut médico-éducatif) : accueille et accompagne 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.

Insee (Institut national de la statistique et des études économiques).

Itep (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) : rénovés en 2005, ce type d'institut – autrefois nommé « institut de rééducation » – accueille 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

MAS (maison d'accueil spécialisée) : établissement médico-social qui reçoit 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.

MDPH (maison départementale des personnes handicapées) : créée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, la MDPH exerce, 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.

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.

P

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

PSD (prestation spécifique dépendance) : créée en 1997, cette aide sociale est destinée à prendre en charge les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées à partir de 60 ans et évaluées en GIR 1 à 3. Elle est remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis le 1er janvier 2002.

R

Résidence autonomie : ensemble de logements pour les personnes âgées associé à des services collectifs. Elle était dénommée « logement-foyer » jusqu'à la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

RSA (revenu de solidarité active) : allocation visant à garantir un revenu minimum de ressources aux bénéficiaires, mais aussi dispositif d'accompagnement social et professionnel pour faciliter l'accès à l'emploi ou consolider les capacités professionnelles de ceux qui sont sans activité, ou qui ne tirent de leur activité que des ressources limitées. Le RSA, dit « socle », financé par les départements, est un revenu minimum qui s'adresse aux personnes dont l'ensemble des ressources est inférieur à un montant forfaitaire révisé chaque année et dépendant de la composition du ménage. Le RSA socle peut être majoré pour les personnes élevant seules de jeunes enfants. Jusqu'en 2015, le RSA « activité », financé par l'État, s'adressait aux foyers ayant des revenus compris entre le montant forfaitaire et un revenu garanti. Depuis le 1er janvier 2016, le RSA activité a fusionné avec la prime pour l'emploi pour devenir la prime d'activité.

S

Samsah (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) : poursuit le même objectif que le service 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.

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.

U

Ueros (unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle) : structure proposant une évaluation des capacités des travailleurs handicapés ainsi qu'un accompagnement à l'élaboration d'un projet professionnel.

UHR (unité d'hébergement renforcé) : implantée au sein d'un Ehpad, elle offre 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) : structure d'hébergement et de soins dédiée à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

PANORAMAS

L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées

Perte d'autonomie et handicap

ÉDITION 2025

En France, l'attribution des aides sociales aux personnes âgées ou handicapées relève principalement des départements. Cette compétence, définie par les lois de décentralisation, est retranscrite dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Fin 2023, les départements ont attribué 2,1 millions de mesures et de prestations aux personnes âgées ou handicapées, soit, en moyenne, 3,1 aides pour 100 habitants en France, hors Mayotte. 61 % de ces aides sont perçues à domicile, et 39 % en établissement. Le nombre d'aides accordées augmente de 2,6 % en un an.

Les dépenses brutes des départements pour les aides aux personnes âgées ou handicapées atteignent 19,1 milliards d'euros sur l'ensemble de l'année 2023. Par rapport à 2022, ce montant augmente de 5,8 % en euros courants et de 0,9 % en tenant compte de l'inflation. Les dépenses d'aides à domicile représentent 41 % des dépenses, celles de l'aide à l'accueil en établissement 54 %. Les autres dépenses (telles que les participations et les subventions) représentent 5 % des dépenses d'aides sociales aux personnes âgées ou handicapées.

La répartition géographique des bénéficiaires d'une aide sociale et des dépenses associées est hétérogène. Elle varie en fonction de la prestation considérée et s'explique, en partie, par le contexte socio-démographique départemental.

Dans la même collection SOCIAL

- Le handicap en chiffres
- La protection sociale en France et en Europe
- Les retraités et les retraites
- Minima sociaux et prestations sociales

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr

ISBN : 978-2-11-162791-8 • ISSN (imprimé) : 2555-6851 • ISSN (en ligne) : 2553-1476 • Diffusion : S25-05