

PANORAMAS
DE LA DREES
SOCIAL

L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées

Perte d'autonomie et handicap

ÉDITION 2024

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 2024

L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées – Édition 2024

Perte d'autonomie et handicap

Sous la direction d'Émilie Le Caignec

Coordination et maquettage

Émilie Le Caignec

Rédaction

Angélique Balavoine, Cheikh Tidiane Diallo, Audrey Farges, Émilie Le Caignec, Claudine Pirus, Juliette Robin, Clotilde Sarron, Suzanne Scott

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

Secrétaire de rédaction

Élisabeth Castaing

Remerciements

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

Avant-propos

Reprenant une partie du contenu des Panoramas de la DREES *L'aide et l'action sociales en France*, cet ouvrage rassemble et synthétise les statistiques disponibles en 2024 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 ou 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 2024

Vue d'ensemble 8

Fiches thématiques 15

Fiche 01 • L'opinion des Français sur les politiques d'aides sociales aux personnes âgées ou handicapées..... 16

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 57

Fiche 09 • Les établissements d'hébergement pour personnes âgées 63

L'aide sociale aux personnes handicapées

Fiche 10 • Les adultes handicapés à domicile en France 72

Fiche 11 • Les dispositifs d'aide sociale aux personnes handicapées 74

Fiche 12 • Les ressources et les conditions de vie des personnes handicapées 78

Fiche 13 • L'aide sociale départementale aux personnes handicapées 85

Fiche 14 • La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) 91

Fiche 15 • Les aides sociales à l'accueil des personnes handicapées 97

Fiche 16 • Les établissements et services pour personnes handicapées 100

Annexes 109

Annexe 1 • Les sources statistiques 110

Annexe 2 • Glossaire 115



Vue d'ensemble ◀

Fiches thématiques

Annexes

En 2022, les départements ont attribué 2,1 millions de mesures et de prestations aux personnes âgées ou handicapées. Les dépenses brutes des départements pour les aides aux personnes âgées ou handicapées atteignent ainsi 18,1 milliards d'euros sur l'année. Elles sont en hausse de 5,8 % par rapport à 2021 (soit +0,5 % en euros constants).

En 2022, 1,47 million de prestations d'aide sociale départementale aux personnes âgées sont accordées en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte. En un an, le nombre d'aides aux personnes âgées augmente légèrement (+0,5 %), tandis que les dépenses associées repartent à la hausse de 4,7 % pour atteindre 8,4 milliards d'euros, après une année de stabilité en euros courants.

En 2022, 608 000 prestations d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements, en hausse de 3,0 %. Les aides à domicile progressent de manière plus importante que les aides à l'accueil, ce en raison de l'augmentation de la PCH et malgré un recul des aides ménagères et de l'ACTP. Les dépenses associées s'élèvent à 9,7 milliards d'euros pour l'année 2022, en croissance de 6,7 % sur un an.

En France, l'attribution des aides sociales aux personnes âgées ou handicapées relève principalement des départements¹. 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'autonomie². 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 2024³ renforce cette convergence en prévoyant notamment la mise en place d'un service public départemental de l'autonomie (SDPA) pour les personnes âgées ou 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/logées en établissement, par des accueillants familiaux ou au sein d'un habitat accompagné, partagé et intégré à la vie locale (habitat API). Ainsi, l'aide sociale à l'accueil ou à l'hébergement pour les personnes handicapées et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) pour les personnes âgées financent tout ou partie des frais d'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, 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.

En 2022, les départements ont attribué 2,1 millions d'aides aux personnes âgées ou handicapées. Les dépenses brutes des départements pour ces prestations et mesures atteignent ainsi 18,1 milliards d'euros sur l'ensemble de l'année 2022, 46 % pour les personnes âgées et 54 % pour les personnes handicapées. Elles sont en hausse de 5,8 % par rapport à l'année 2021 en euros courants (et de 0,5 % en euros constants⁴), portées principalement par l'augmentation des frais pour les personnes handicapées (62 % de la hausse).

Le nombre d'aides sociales aux personnes âgées croît légèrement en 2022, comme en 2021, après la baisse liée à la crise sanitaire

Au 1^{er} janvier 2023, 18,7 millions de personnes, soit 27 % de la population française, a 60 ans ou plus, dont 6,8 millions ayant 75 ans ou plus (*fiche 2*). À l'horizon de 2070, en France, 23,8 millions de personnes âgées seraient âgées de 60 ans ou plus et 12,1 millions, de 75 ans ou plus.

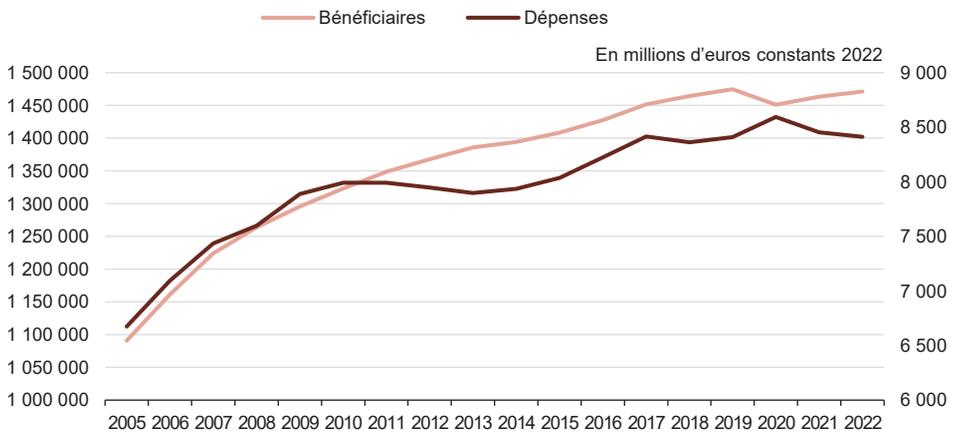
Entre 5 % et 13 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont en situation de perte d'autonomie en

2015⁵ (*fiche 4*). Plus largement, 42 % souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle sévère, soit 6,4 millions de personnes.

Si, en 2021, le niveau de vie des seniors est plus élevé que 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 11,1 %, contre 15,7 % pour les moins de 60 ans, mais il s'élève à 16,5 % parmi les seniors en restriction d'activité. 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, 10 % des 85 ans ou plus résident en établissement.

Fin 2022, 8,3 % des personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficient au moins d'un type d'aide sociale départementale pour le soutien à l'autonomie. Au total, 1,47 million de prestations ont été allouées en 2022 par les départements aux personnes âgées en perte d'autonomie, dont 813 000 aides à domicile et 659 000 aides à l'accueil (*graphique 1*). Les dépenses annuelles d'aide sociale aux personnes âgées, nettes⁶ des différents recouvrements et récupérations et hors frais de personnels du département, augmentent de 4,7 % (en euros courants) en un an pour atteindre 8,4 milliards d'euros en 2022.

Graphique 1 Évolution du nombre d'aides sociales en fin d'année (*échelle de gauche*) et des dépenses d'aide sociale (*échelle de droite*) aux personnes âgées depuis 2005



Lecture > Fin 2022, le nombre d'aides sociales accordées aux personnes âgées est de 1,47 million. Les dépenses associées s'élèvent à 8,4 milliards d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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 2022, cet indice a augmenté de 5,2 % en moyenne annuelle.

⁵ La DREES publiera fin 2024 les données actualisées sur la perte d'autonomie à domicile à partir du

volet « ménages », c'est-à-dire des personnes vivant à leur domicile, du dispositif Autonomie.

⁶ Les dépenses nettes : il s'agit des dépenses d'aide sociale des départements après déduction des récupérations et recouvrements, mais elles englobent les dépenses prises en charge par l'État par l'intermédiaire de la CNSA, du FMDI et de la TICPE.

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 brutes⁷ dans un contexte de résurgence de l'inflation. 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 2022, le nombre moyen annuel d'aides à domicile aux personnes âgées a doublé, tandis que celui des aides à l'accueil a été multiplié par 1,5. Les dépenses associées étaient de 3,4 milliards en 2002 ; elles ont donc été multipliées par deux et demi au cours de cette période.

L'APA représente plus de 90 % des aides sociales aux personnes âgées. Fin 2022, 1,3 million de personnes de 60 ans ou plus la perçoivent, soit 7,2 % des 60 ans ou plus. En décembre 2022, plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficient de l'APA. 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 a croît de nouveau depuis hausse (+0,8 % en 2021, +0,6 % en 2022). Les dépenses associées s'élèvent à 6,7 milliards d'euros en 2022. Trois périodes se distinguent nettement quant à l'évolution des dépenses d'APA en termes réels sur ces vingt années. Tout d'abord, entre 2003 et 2010, elles augmentent fortement en 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 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 euros constants).

Près de quatre bénéficiaires de l'APA sur dix résident en établissement en 2022

Quatre bénéficiaires de l'APA sur dix résident en établissement (*fiche 6*). L'APA en établissement est ainsi versée à 542 500 personnes âgées fin 2022 (+1,0 % par rapport à 2021). Les dépenses associées s'élèvent à 2,6 milliards d'euros (+1,7 % en euros courants par rapport à 2021). Parmi les bénéficiaires de l'APA en établissement, 57 % sont très

dépendants (évalués en groupe iso-ressources [GIR] 1 ou 2⁸).

Six bénéficiaires de l'APA sur dix vivent à domicile. Fin 2022, 793 900 personnes âgées la perçoivent, soit 0,4 % de plus que fin 2021. Les dépenses associées s'élèvent à 4,0 milliards d'euros (+5,9 % en euros courants par rapport à 2021). Les bénéficiaires de l'APA à domicile sont 20 % à être très dépendants, c'est-à-dire évalués en GIR 1 ou 2.

Au 31 décembre 2019, 10 600 structures médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées proposent 760 000 places d'accueil. L'augmentation des capacités d'accueil constatée depuis 2007 est plus modérée après 2015, sauf pour les résidences autonomie (+4 % au cours des quatre dernières années). Entre 2015 et 2019, les personnes accueillies sont aussi nombreuses, mais plus âgées et plus dépendantes en moyenne. Fin 2019, 85 % des résidents sont en perte d'autonomie évaluée au sein des 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 dépendance.

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 sont en partie couverts par l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Fin 2022, 114 600 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 en euros constants baissent tendanciellément depuis, de 1,3 % par en moyenne entre 2011 et 2022. (+0,1 % en euros courants).

⁷ Les dépenses brutes : il s'agit des dépenses d'aide sociale des départements 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).

⁸ 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 plus dépendants (GIR 1) au plus autonomes (GIR 6). À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.



Un niveau de vie plus faible pour les personnes handicapées

En 2021, 3,4 millions de 15 ans ou plus déclarent être fortement restreints dans des activités habituelles, en raison d'un problème de santé : elles sont considérées handicapées au sens de l'indicateur dit « GALI » (fiche 10).

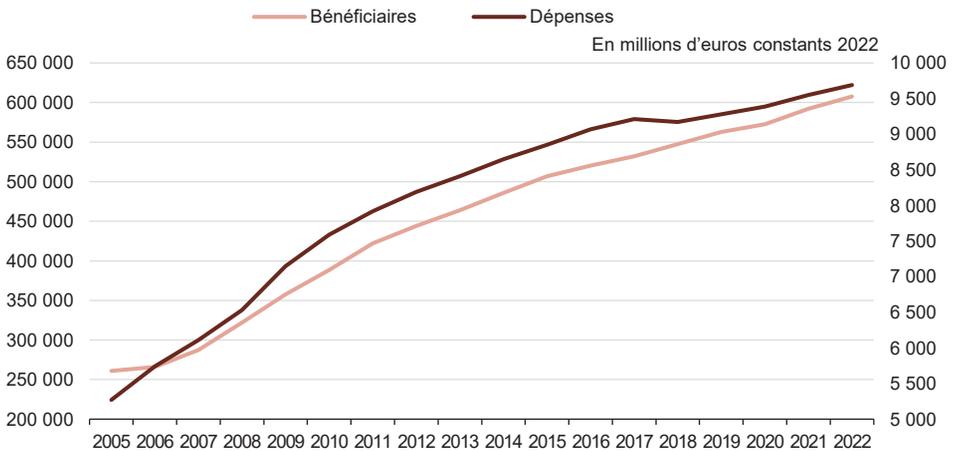
Les personnes handicapées peuvent accéder à différentes prestations, liées à leur situation et à leur âge (allocation aux adultes handicapés [AAH], pension d'invalidité, etc.). Malgré ces prestations, leur niveau de vie est en moyenne plus faible que celui des personnes non handicapées (fiche 12). En effet, en 2021, 57,1 % des personnes handicapées de moins de 60 ans vivent dans un ménage dit modeste⁹, contre 37,9 % de celles ne l'étant pas. De même, 25,8 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans vivent sous le seuil de pauvreté¹⁰, contre 14,4 % 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 39 % des personnes handicapées de 16 ans à moins de 65 ans, contre 15 % dans l'ensemble de la population du même âge.

Un fort développement des aides sociales aux personnes handicapées en 20 ans

Fin 2022, 608 000 prestations d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements (450 600 aides à domicile¹¹ et 157 000 aides à l'accueil) pour une dépense annuelle de 8,4 milliards d'euros (graphique 2). 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.

En les incluant, les dépenses brutes globales s'élèvent à 9,7 milliards d'euros pour l'année 2022.

Graphique 2 Évolution du nombre d'aides sociales en fin d'année (échelle de gauche) et des dépenses d'aide sociale (échelle de droite) aux personnes handicapées depuis 2005



Lecture > Fin 2022, le nombre d'aides sociales accordées aux personnes handicapées est de 607 648. Les dépenses associées s'élèvent à 9,7 milliards d'euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

⁹ 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. Pour bénéficier de l'ASH, un résident en établissement doit occuper une place habilitée par le département.

¹⁰ C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.

¹¹ 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.

Entre 2002 et 2022, l'aide sociale départementale aux personnes handicapées s'est fortement développée : le nombre de prestations a été multiplié par 2,6. 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 (*fiche 15*).

Le nombre de bénéficiaires de la PCH s'accroît encore en 2022 (*fiche 14*) : il s'établit à 382 700 personnes, soit +4,2 % par rapport à 2021. Les dépenses afférentes atteignent 2,7 milliards en 2022, progressant en un an de 12,4 % en euros courants. Cette hausse s'explique 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.

Fin 2022, 157 000 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement ou chez des particuliers (*fiche 15*), pour une dépense annuelle associée de 5,6 milliards d'euros. Ces aides à l'accueil représentent 26 % du nombre moyen d'aides sociales aux personnes handicapées¹² et 64 % des dépenses¹³. En moyenne, la dépense brute par bénéficiaire est ainsi cinq fois plus importante pour les aides à l'accueil que pour celles à domicile : 2 980 euros¹⁴ par mois et par bénéficiaire accueilli, contre 580 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 ainsi que, dans la période récente, par celui des structures pour enfants. ■

¹² Calculé comme la moyenne entre le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2021 et celui au 31 décembre 2022. Outre la PCH et l'ACTP, les aides à domicile comprennent des aides ménagères.

¹³ 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.

¹⁴ 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

Les Français soutiennent massivement les transferts publics en direction des personnes les plus vulnérables. Une forte majorité d'entre eux approuvent aussi le principe d'un minimum social plus élevé que le RSA pour les personnes en situation de handicap. Sept Français sur dix sont par ailleurs favorables à une prise en charge de la perte d'autonomie par les pouvoirs publics.

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

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

En 2023, une personne sur deux (51 %) estime que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées. Cette opinion est en moyenne majoritaire depuis 2019 ; durant la période 2014-2018, elle était partagée par environ 45 % de la population. Cette opinion est davantage partagée par les hommes (54 %) que par les femmes (47 %). Par ailleurs, les plus jeunes sont un peu plus nombreux à approuver cette assertion : 55 % des jeunes adultes de moins de 30 ans considèrent que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées, contre 49 % des personnes de 50 ans ou plus (*graphique 1*).

Parmi les personnes se déclarant limitées depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement¹, 46 % sont de cet avis (40 % pour les personnes se déclarant « fortement limitées » et 47 % pour les personnes « limitées mais pas fortement »), contre 52 % parmi celles déclarant ne pas être limitées.

Les Français sont très nombreux 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)². En 2023, son montant maximal est de 971 euros par mois pour une personne seule et sans ressources. Il est supérieur à la plupart des minima sociaux, comme le RSA (608 euros) et il est comparable à celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) [961 euros en 2023], habituellement qualifiée de « minimum vieillesse ».

Les Français 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 revenus³, 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'AAH⁴ qui consiste, pour les personnes en couple, à ne plus prendre en compte les revenus du conjoint

¹ 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 2023, dans le Baromètre d'opinion, 17 % des enquêtés se déclarent limités, mais pas fortement, et 6 % fortement limités.

² 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.

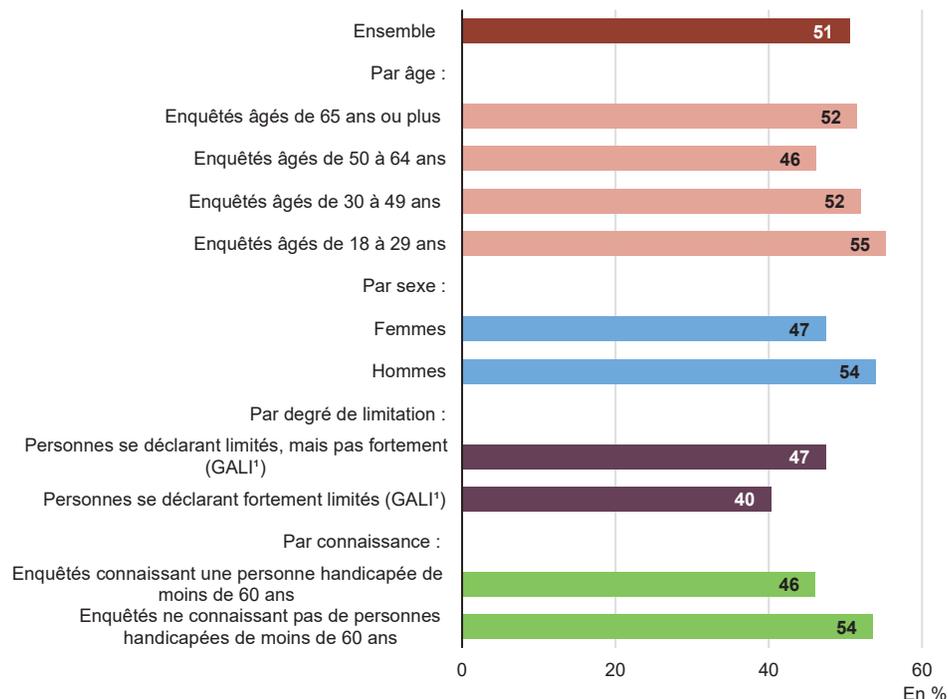
³ Il n'est pas précisé dans la question à partir de quel seuil cette aide devrait être réduite.

⁴ Depuis le 1^{er} 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).

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 bien plus nombreux que les non-bénéficiaires à soutenir la « déconjonction » de l'allocation (77 % contre 67 %).

Graphique 1 Enquêtés en accord avec le fait que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées, en 2023



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 2023, 47 % des femmes pensent que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes handicapées.

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

Source > DREES, Baromètre d'opinion 2023.

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

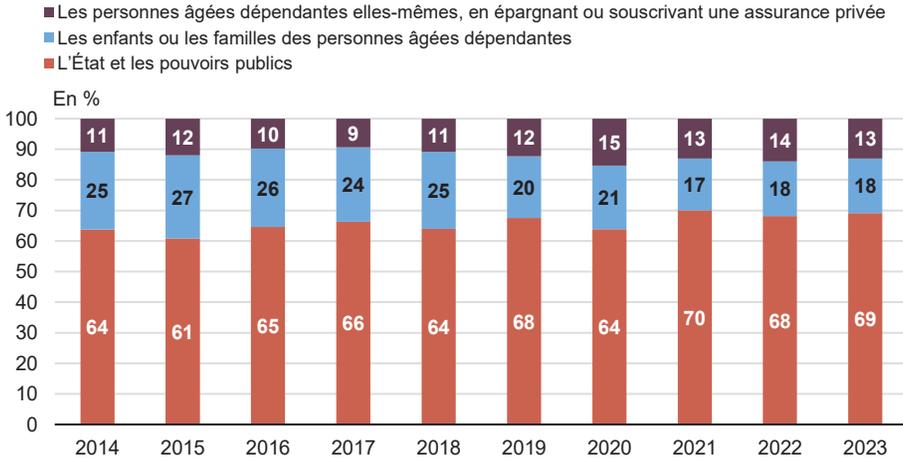
La perte d'autonomie d'une personne âgée est définie par les difficultés qu'elle rencontre dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, en raison d'incapacités durables. En 2023, 69 % des Français estiment que la prise en charge des coûts de la perte d'autonomie doit relever principalement de l'État et des pouvoirs publics, 18 % qu'elle devrait être du ressort des enfants ou des familles, et 13 % des personnes âgées dépendantes elles-mêmes par le biais de leur épargne ou d'une assurance privée. La

part des Français qui considèrent que la prise en charge financière devrait revenir aux enfants et à la famille a baissé de 7 points de 2014 à 2023, tandis que la part de ceux qui sont en faveur d'une prise en charge par l'État et les pouvoirs publics a augmenté de 5 points (*graphique 2*). Cette évolution 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 légèrement. L'opinion selon laquelle la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes revient aux pouvoirs publics est autant partagée par les femmes que par les hommes et légèrement moins par les jeunes de moins de

30 ans que par les personnes plus âgées. Quant aux Français les plus aisés, ils sont nettement moins nombreux à soutenir cette opinion. Ils sont six sur dix à le penser parmi les 20 % ayant le niveau de vie le plus élevé, contre sept sur dix dans le reste de la population. Les plus aisés estiment deux fois plus souvent que les personnes âgées devraient assumer leur prise en charge elles-mêmes (22 %,

contre 11 % pour le reste des Français). Par ailleurs, le fait de déclarer apporter une aide régulière et bénévole à une personne âgée dépendante ne change pas la répartition des opinions quant aux acteurs devant prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes, par rapport à l'ensemble de la population.

Graphique 2 Opinion des enquêtés quant aux acteurs devant prendre en charge financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie depuis 2014



Lecture > En 2023, 69 % des personnes interrogées pensent que ce sont principalement l'État et les pouvoirs publics qui doivent prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes.

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

Source > DREES, Baromètre d'opinion 2014-2023.

En 2023, 26 % des Français 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 Français 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 Français préféreraient

que l'aide financière apportée aux personnes âgées dépendantes soit réservée à celles disposant de faibles revenus et 47 % souhaitent, au contraire, que cette aide soit universelle, sans condition de ressources. Bien qu'elle soit en forte hausse depuis 2013 (+22 points de pourcentage), la proportion de Français en faveur d'une aide universelle pour les personnes âgées dépendantes reste cependant bien inférieure à celle des Français en faveur d'une aide universelle aux personnes handicapées, soit deux tiers des enquêtés. Par ailleurs, cette hausse s'accroît 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 l'an 2000, l'évolution de l'opinion des Français 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 23^e vague, l'enquête s'est déroulée du 16 octobre au 22 décembre 2023.

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.

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

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

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.

> **Lardeux, R., Papuchon, A., Pirus, C.** (2021, juillet). Un sentiment de pauvreté en hausse chez les jeunes adultes fin 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1195.

> **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

Au 1^{er} janvier 2023, 27 % de la population française a 60 ans ou plus, une proportion qui devrait atteindre 36 % en 2070. Cette progression serait entièrement due à la part des 75 ans et plus. Si, en 2021, le niveau de vie des seniors est, en moyenne, légèrement plus élevé que celui des personnes plus jeunes, celui des personnes âgées en restriction d'activité est plus souvent modeste. En particulier, le taux de pauvreté des personnes âgées de 60 ans ou plus est en moyenne de 11,1 %, contre 15,7 % pour les moins de 60 ans. Il s'élève à 16,5 % parmi les seniors en restriction d'activité.

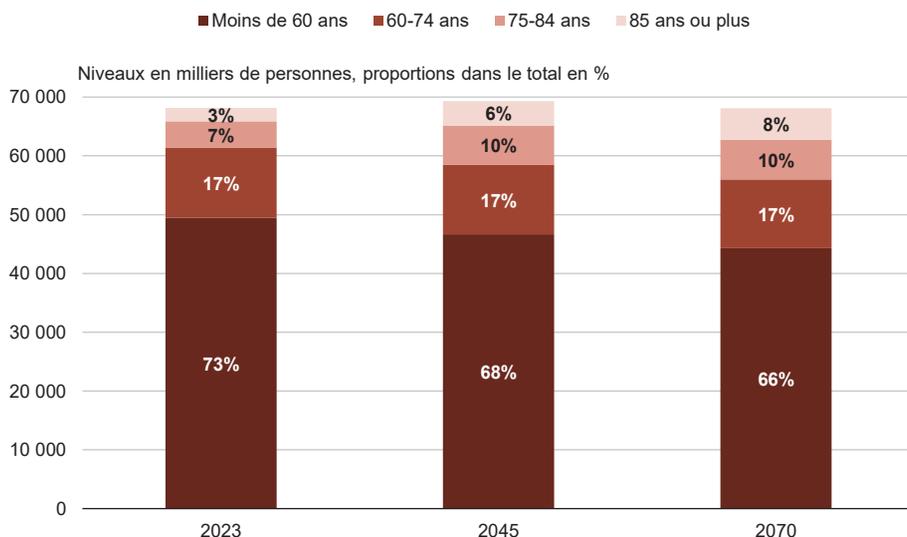
Au 1^{er} janvier 2023, 18,7 millions de personnes ont 60 ans ou plus en France, soit plus d'un quart de la population. Parmi elles, 36 % ont 75 ans ou plus (6,8 millions) et 12 % ont 85 ans ou plus (2,3 millions).

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 projec-

tion, 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 2023 à 33 % en 2045, puis 36 % 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 2023. Début 2023, 56 % 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 1^{ers} janvier 2023, 2045 et 2070

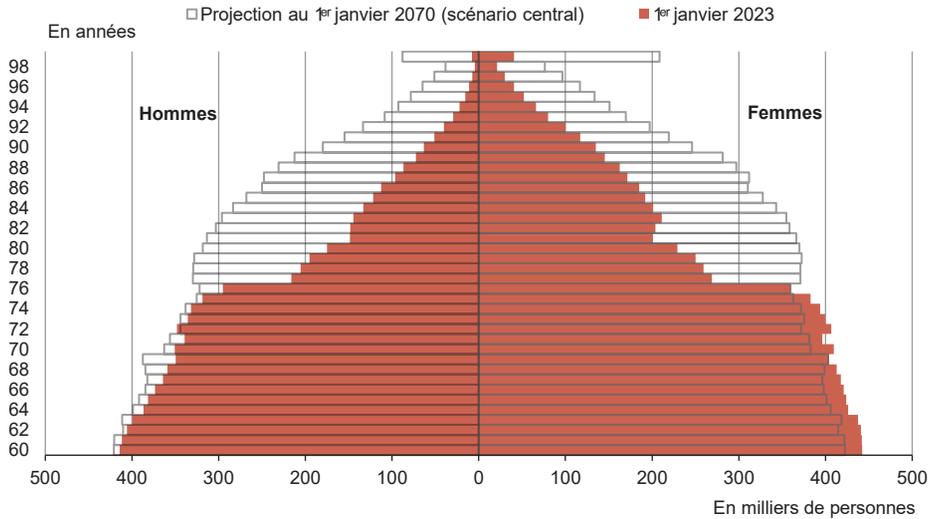


Lecture > Au 1^{er} janvier 2023, 49,5 millions de personnes ont moins de 60 ans, soit 73 % de la population.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023) ; Insee, Omphale 2022.

Graphique 2 Pyramide des âges des personnes de 60 ans ou plus, aux 1^{ers} janvier 2023 et 2070



Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > Insee, estimation provisoire de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023) ; Insee, Omphale 2022.

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

Au 1^{er} janvier 2020, 59 % des Français âgés de 60 ans ou plus vivent en couple à domicile, avec ou sans enfant, 7 % avec d'autres personnes que leur conjoint (y compris leurs enfants), et 30 % vivent seuls (tableau 1). Au total, ils sont 96 % à vivre en logement ordinaire¹. 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 (plus de 10 % 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 en moyenne plus élevé, sauf pour les personnes en restriction d'activité

À domicile, le revenu² 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'activité³ (tableau 2). Ainsi, en 2021, les revenus de remplacement (essentiellement les pensions de retraite) et les pensions alimentaires représentent 71 % du revenu disponible des ménages comptant un ou plusieurs seniors quand ceux-ci ne sont pas en restriction d'activité, et 83 % quand au moins un senior du ménage est dans cette situation (92 % des ménages comptant un senior sont dans ce cas). Ces derniers ménages sont moins nombreux, en proportion (18 % contre 33 %), à percevoir des revenus d'activité, qui représentent 14 % de leur revenu disponible en moyenne, contre 29 % de celui des ménages dont le ou les seniors ne sont pas en restriction d'activité. À l'inverse, le poids des prestations sociales non contributives dans le revenu disponible est plus élevé (4,8 % dans les ménages composés d'au moins une personne de 60 ans ou plus en restriction d'activité que dans le reste des ménages comptant au moins un senior (2,6 %). Les premiers sont 32 % à percevoir des prestations sociales non contributives, contre 27 % pour les seconds.

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

pas compte d'un certain nombre de prestations en nature versées par les départements à destination de personnes handicapées ou en perte d'autonomie, notamment la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

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

Le niveau de vie des personnes âgées de 60 ans ou plus est, en moyenne, meilleur que celui des personnes de moins de 60 ans (2 295 euros par mois contre 2 188 euros). En effet, 41 % des moins de 60 ans ont un niveau de vie dit « modeste »¹, contre 38 % de leurs aînés (*graphique 3*). Alors que 16 % des personnes de moins de 60 ans ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté², 11 % de celles de 60 ans ou plus le sont également. Ce résultat tient notamment à l'existence de 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. Il s'explique aussi par la structure des ménages des personnes de 60 ans ou plus, qui est prise en compte pour le calcul du niveau de vie. En effet, celui-ci est calculé en rapportant le montant des revenus du ménage, net d'impôts, au nombre « d'unités de consommation » dans le ménage. Or, les ménages de personnes de 60 ans ou plus ont un nombre d'unités de consommation plus faible en moyenne, car ils ont très rarement des enfants à charge. Si le revenu des ménages de personnes de 60 ans ou plus est en moyenne plus bas que celui des autres ménages, cela est plus que compensé par leur plus faible

nombre d'unités de consommation, ce qui explique leur niveau de vie plus élevé.

En distinguant les 60 ans ou plus selon leur restriction d'activité, le constat diffère. 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 part de personnes modestes est de 53 % parmi les premières, contre 36 % parmi les secondes, et le taux de pauvreté respectivement de 16,5 % 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 vie³. De plus, les personnes de 60 ans ou plus en restriction d'activité sont aussi nettement plus fréquemment modestes que l'ensemble des personnes de moins de 60 ans (avec ou sans handicap). Elles sont également un peu plus souvent pauvres, mais l'écart est bien moindre. 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 par mode de cohabitation des personnes de 60 ans ou plus, au 1^{er} janvier 2020

		Répartition par mode de cohabitation					Répartition par âge
		Personnes vivant hors logement ordinaire	Personnes vivant seules à domicile	Personnes vivant en couple à domicile (avec ou sans enfant)	Personnes vivant à domicile avec d'autres personnes (y compris leurs enfants)	Ensemble	
Effectifs (en milliers)		738	5 337	10 459	1 152	17 686	–
Part dans la population (en %)	Ensemble des 60 ans ou plus	4	30	59	7	100	100
	de 60 à 64 ans	1	24	68	8	100	23
	de 65 à 69 ans	1	26	67	6	100	22
	de 70 à 74 ans	2	28	66	5	100	18
	de 75 à 79 ans	3	32	60	6	100	13
	de 80 à 84 ans	6	39	49	7	100	11
	de 85 à 89 ans	13	46	34	8	100	8
	de 90 à 94 ans	26	47	18	9	100	4
95 ans ou plus	43	39	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 1^{er} janvier 2020, 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 2020 exploitation complémentaire.

¹ C'est-à-dire que leur niveau de vie les classe parmi les 40 % des plus pauvres au sein de l'ensemble de la population.

² C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.

³ Le surcoût lié au handicap est cependant encore plus important pour les moins de 60 ans [Blavet 2024].

Tableau 2 Décomposition du revenu disponible des ménages comptant au moins un senior, en 2021

En %

Composantes du revenu disponible	Répartition du revenu disponible		Part des ménages percevant un revenu de ce type	
	Ménages avec au moins un senior mais hors situation de handicap ou de restriction d'activité	Ménages avec au moins un senior en situation de handicap ou de restriction d'activité	Ménages avec au moins un senior mais hors situation de handicap ou de restriction d'activité	Ménages avec au moins un senior en situation de handicap ou de restriction d'activité
Revenus d'activité¹	29,4	13,5	33,3	17,6
Salaires	24,4	12,1	30,4	16,6
Revenus d'indépendants	5,0	1,3	5,5	2,3
Revenus de remplacement et pensions alimentaires¹	70,8	83,4	91,0	96,4
Chômage et préretraite	1,6	1,1	6,5	5,2
Pensions d'invalidité	0,4	2,2	1,7	7,1
Retraites et pensions alimentaires	68,7	80,0	88,4	92,1
Revenus du patrimoine	14,2	9,2	87,1	81,6
Impôts directs²	-17,0	-10,8	-	-
Prestations sociales non contributives³	2,6	4,8	26,9	31,6
Prestations familiales ⁴	0,2	0,1	2,1	1,1
Allocations logement	0,5	1,1	10,8	17,8
Minima sociaux ⁵	1,6	3,5	10,8	14,8
Garantie jeunes	0,0	0,0	0,1	0,1
Indemnité inflation ⁶	0,0	0,0	13,7	7,6
Prime d'activité	0,2	0,1	4,3	2,5
Ensemble	100	100	-	-
Revenu disponible mensuel moyen des ménages (en euros)	3 041	2 553	-	-
Niveau de vie mensuel moyen des personnes (en euros)	2 325	1 904	-	-

1. Les revenus d'activité et de remplacement sont présentés sans déduction de la cotisation sociale généralisée (CSG) (imposable et non imposable) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (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.

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 revenu de solidarité active (RSA), l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et le minimum vieillesse sont comptabilisés comme minima sociaux. L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et l'allocation pour demandeur d'asile (ADA) ne sont pas prises en compte, étant absentes de l'enquête revenus fiscaux et sociaux (ERFS). L'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation équivalent retraite de remplacement (AER-R), l'allocation temporaire d'attente (ATA) et l'allocation veuvage, qui sont des minima sociaux imposables, sont classés parmi les revenus de remplacement.

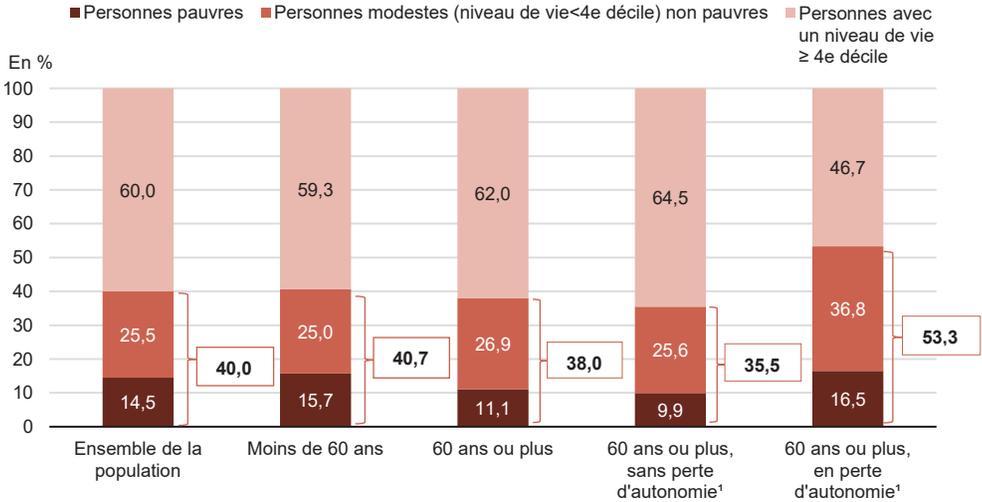
6. L'indemnité inflation est une aide exceptionnelle versée entre décembre 2021 et février 2022 pour faire face à la hausse des prix de l'énergie et des carburants.

Note > Une personne est ici dite en situation de handicap ou de restriction d'activité 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 2021, 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 4,8 %. 31,6 % 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) 2021.

Graphique 3 Répartition des personnes selon leur niveau de vie, en 2021

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 4^e décile est la valeur au-dessous de laquelle se situent 40 % de l'ensemble des personnes. Une personne est dite « modeste » lorsque son niveau de vie est inférieur à ce 4^e décile.

Une personne est dite « pauvre » lorsque son niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian. Une personne est dite en « situation de handicap » ou de « restriction d'activité » 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 2021, 14,5 % de la population est pauvre et 25,5 % à 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) 2021.

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

Les enquêtes Capacité, aides et ressources (CARE), réalisées par la DREES, portent sur les seniors vivant en établissement (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 établissement 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 établissements, 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 établissement : 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 établissement. 77 % des seniors en établissement 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

- > **Cabannes, P.-Y., Chevalier, M. (dir.)** (2023, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panorama de la DREES-Social.
- > **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.
- > **Bodier, M., Sicsic, M., Labarthe, J. (coord.)** (2021). *Revenus et patrimoine des ménages – Édition 2021*. Paris, France : Insee, coll. Insee Références.
- > **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.
- > **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.
- > **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.
- > **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.
- > **Albouy, V., Jaubertie, A., Rousset, A.** (2023, novembre). En 2021, les inégalités et la pauvreté augmentent. Insee, *Insee Première*, 1973.

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

L'aide sociale aux personnes âgées est définie par le Code de l'action sociale et des familles (CASF) par l'article L. 113-1 : « 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 départements¹, mais les montants et les conditions d'attribution des différentes prestations sont encadrés par la loi². 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 accordée³. 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 2001⁴, l'APA a été modifiée par la loi du 28 décembre 2015⁵. L'article L. 232-1 du CASF prévoit ainsi que « Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ». La grille nationale AGGIR (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 conseils départementaux, 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.

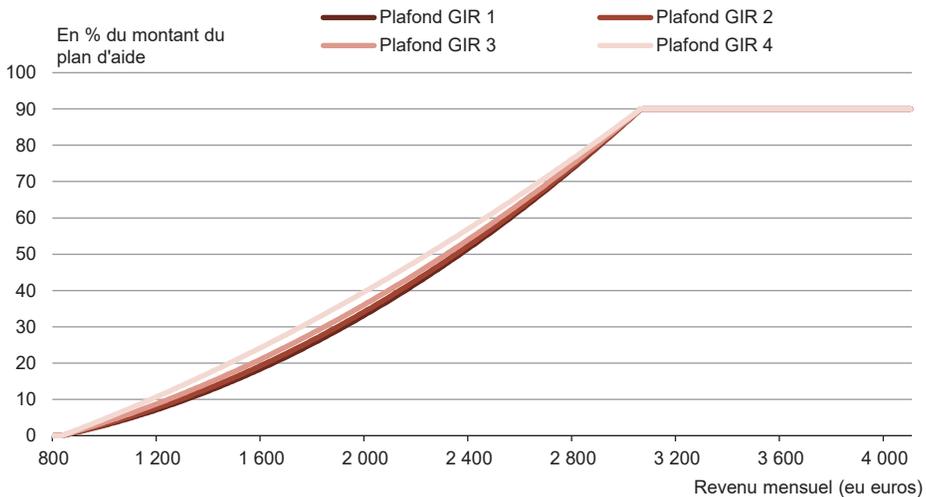
⁴ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

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 plafond¹ (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 pouvoir 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 1^{er} janvier 2022



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 : 705,13 euros pour le GIR 4 ; 1 056,57 euros pour le GIR 3 ; 1 462,08 euros pour le GIR 2 et 1 807,89 euros pour le GIR 1 en 2022.

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 21 % du montant du plan d'aide (144 euros). Ce reste à charge est nul pour les bénéficiaires ayant des revenus mensuels inférieurs à 840 euros.

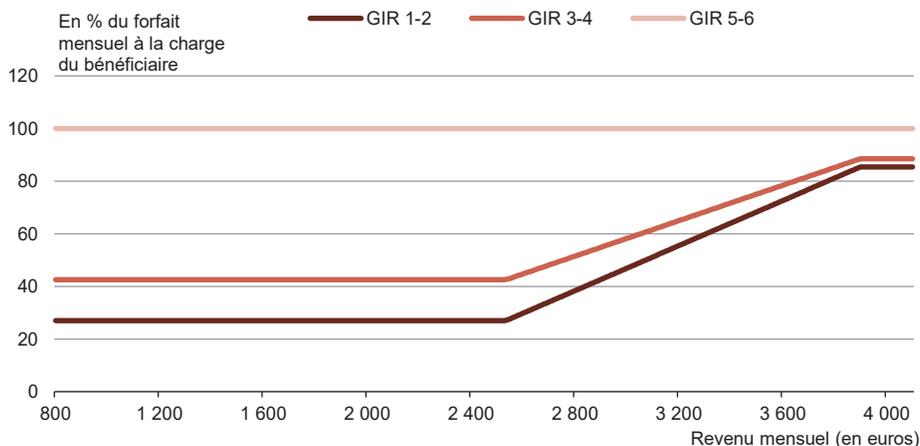
Source > Code de l'action sociale et des familles, article R. 232-11.

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

sements liés à l'APA à domicile consistent à rémunérer un intervenant à domicile. L'APA peut également servir à payer un hébergement temporaire ou un accueil de jour, à assumer des dépenses de transport, d'aides techniques ou des aménagements du logement du bénéficiaire. De plus, il existe un droit au répit des proches aidants, qui permet d'inscrire dans le plan d'aide le financement d'un accueil de jour ou de nuit, d'un hébergement temporaire ou d'un relais à domicile de la personne aidée. Lorsque le plafond du plan d'aide est atteint, une majoration de ce dernier est possible pour le financement spécifique de ces aides au répit. Enfin, l'APA est également versée en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et permet alors de couvrir une partie du tarif « dépendance » facturé aux résidents, celui-ci étant négocié entre l'établissement et le département (graphique 2).

¹ Pour l'APA à domicile, le plafond est fixé à 3 070 euros du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022. 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 2022 pour correspondre au millésime des données commentées dans les fiches suivantes.

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

GIR : groupe iso-ressources.

Note > Les tarifs dépendance pris en compte ici sont les tarifs moyens observés en Ehpad au 31 décembre 2019 : 5,60 euros par jour pour les GIR 5 et 6 ; 13,21 euros par jour pour les GIR 3 et 4 ; 20,85 euros par jour pour les GIR 1 et 2. Une partie des départements financent l'APA en établissement sous forme de dotation globale et n'appliquent pas la dégressivité en fonction du revenu.

Lecture > Pour un bénéficiaire de l'APA en établissement en GIR 3-4 ayant un revenu de 3 000 euros mensuels, le reste à charge correspond à 58 % du montant mensuel du tarif hébergement.

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

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 âgées¹ (Aspa), celle-ci est versée par la caisse de retraite et non plus par le département. Cette aide ménagère n'est pas cumulée 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'Aspa² (art. R. 231-6 du CASF). Cependant, les départements peuvent décider de lui ajouter un montant permettant de couvrir d'autres dépenses, comme les frais liés à la dépendance des personnes évaluées en GIR 5 ou 6, des frais de tutelle, de mutuelle et/ou d'assurance, ou d'autres charges ponctuelles ou exceptionnelles (frais d'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 1^{er} janvier 2021, une prestataire 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

¹ Ce plafond est fixé à 901,81 euros mensuels pour une personne seule et à 1 407,82 euros pour un couple jusqu'au 31 mars 2021. À partir du 1^{er} avril 2022, ces

montants sont respectivement de 903,20 euros et 1 407,78 euros.

² Soit 108 euros par mois en 2022.

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 en revanche pas l'accompagnement individuel de la personne pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (aide et surveillance). Fin 2022, 95 départements s'étaient engagés dans le déploiement de l'AVP.

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). ■

Entre 5 % et 13 % des personnes âgées de 60 ans ou plus (selon la mesure synthétique utilisée) sont en situation de perte d'autonomie en 2015. En France métropolitaine, 3,9 millions de proches aidants sont déclarés par les seniors. Fin 2022, 8,3 % des personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficient d'au moins un type d'aide sociale départementale pour le soutien à l'autonomie.

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

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

En adoptant la première approche, les seniors dépendants ont été repérés dans le volet seniors des enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors en ménages (CARE-M) et en établissements (CARE-I) de la DREES, à l'aide d'une estimation large du groupe iso-ressources (GIR)¹ allant de 1 à 4. L'estimation se fonde sur des variables proches des critères utilisés par les équipes médico-sociales pour évaluer l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)². Selon cet indicateur, en 2015³, 13 % des personnes âgées de 60 ans ou plus (1,9 million d'individus) sont en perte d'autonomie en France métropolitaine (tableau 1). Parmi elles, un quart réside dans un établissement d'hébergement permanent pour personnes âgées. La prévalence des degrés les plus sévères de perte d'autonomie (GIR 1 ou 2) atteint 4 %, soit 552 000 personnes. Alors que 49 % des personnes vivant en établissement ont un niveau de dépendance sévère, elles ne sont que 2 % à domicile. Les

indicateurs de Katz et de Colvez, quant à eux, s'attachent à repérer les situations de dépendance sévère, et sont établis sur la base d'un nombre plus restreint d'activités de la vie quotidienne que le GIR estimé. L'indicateur de Katz évalue la capacité d'une personne à réaliser seule six activités de la vie quotidienne⁴. Si l'on se réfère à cette mesure, 6 % des individus de 60 ans ou plus (845 000 personnes, dont 370 000 en établissement) sont incapables de réaliser seuls au moins une de ces activités. L'indicateur de Colvez, qui permet d'appréhender le besoin d'aide en mesurant la perte de mobilité, concerne 730 000 personnes âgées de 60 ans ou plus (dont 350 000 en établissement), soit 5 %. Comme avec l'estimation du GIR, ces individus sont plus nombreux, en proportion, en établissement qu'à domicile.

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

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. Les limitations fonctionnelles constituent la première étape du processus de perte d'autonomie, elles sont donc les premiers signes de difficulté que peuvent connaître les personnes âgées. En 2015, 42 % des personnes âgées de 60 ans ou plus souffrent d'au moins une limitation fonctionnelle sévère⁵, soit 6,4 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.

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

³ Le dispositif Autonomie 2021-2023 de la DREES permettra d'actualiser ces chiffres à l'automne 2024 pour les personnes vivant à domicile et en 2025 pour les per-

sonnes en établissement. L'enquête VQS 2021 présente des prévalences récentes plus faibles, du fait des questions différentes et de la baisse de la dépendance chez les seniors. Toutefois, les questions entre VQS et CARE sont différentes et ne permettraient plus de comparer correctement les seniors à domicile et les seniors en établissement.

⁴ 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.

⁵ Dans toute cette fiche, les chiffres relatifs aux limitations fonctionnelles et aux restrictions d'activité correspondent aux limitations sévères, c'est-à-dire au fait de déclarer « beaucoup de difficultés » pour réaliser les activités en question. Les seniors déclarant « quelques difficultés » ne sont en revanche pas comptabilisés ici.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ou plus et seulement 11 % de ceux, parmi eux, vivant à domicile. Les limitations fonctionnelles ne donnent pas forcément lieu à des restrictions dans les activités¹. Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 26 % déclarent au moins une restriction d'activité sévère, soit 3,9 millions d'individus. Les restrictions dans les « activités instrumentales de la vie quotidienne » (IADL)² sont les plus fréquentes, elles concernent 3 millions d'individus de 60 ans ou plus, dont 568 000 vivant en établissement. Les res-

¹ Elles peuvent par exemple être compensées par des aides techniques ou des aménagements du logement.

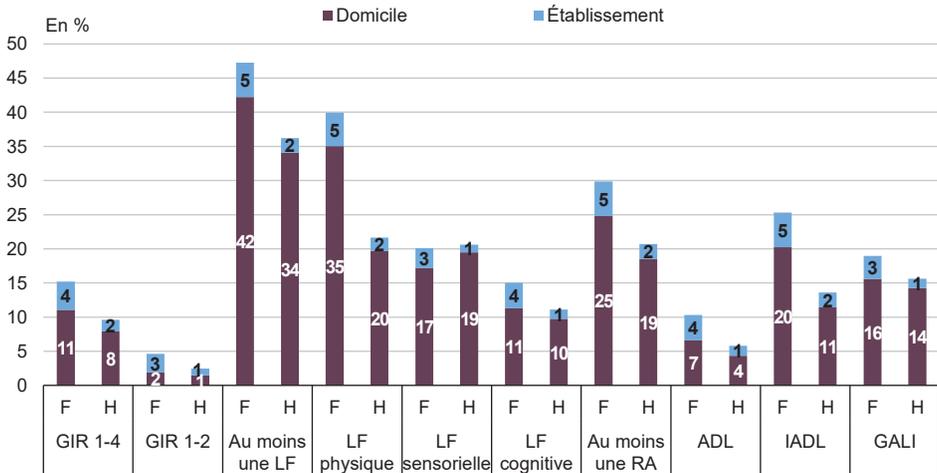
² Instrumental Activities of Daily Living (IADL) : faire les courses, préparer les repas, effectuer des démarches administratives...

trictions générales (Global Activity Limitation Indicator [GALI] ou indicateur de limitation d'activité générale)¹ touchent 2,6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus. Enfin, 1,2 million d'individus de 60 ans ou plus, tous lieux de vie confondus, déclarent des difficultés sévères pour au moins une « activité de la vie quotidienne » (ADL)². Entre 2008 et 2015, les prévalences des incapacités, c'est-à-dire la proportion de personnes déclarant des difficultés au sein de la population à domicile, ont diminué pour la plupart des indicateurs³.

Les femmes plus touchées par la perte d'autonomie

Les femmes sont globalement plus touchées par la perte d'autonomie que les hommes, hormis pour les limitations sensorielles (*graphique 1*). Ces écarts s'expliquent en partie par des différences démographiques : les femmes ont en effet une plus grande longévité que les hommes. Une baisse, entre 2008 et 2015, des inégalités entre femmes et hommes a toutefois été observée chez les personnes âgées de moins de 75 ans à domicile.

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



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

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

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

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

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

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

En 2015, 3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne, en raison de leur âge ou d'un problème de santé. Elles reçoivent le plus souvent une aide pour le ménage et les courses. Près de la moitié des seniors aidés le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnels, le tiers restant reçoit à la fois une aide de l'entourage

et d'aidants professionnels. Au total, pour les personnes âgées vivant à domicile, la moitié des proches aidants sont des enfants, un quart est constitué des conjoints. Autrement dit, quand les seniors sont aidés par un membre de l'entourage, 87 % d'entre eux le sont au moins par le conjoint ou les enfants.

La majorité des aidants des seniors vivant à domicile sont des femmes (60 %).

Un senior aidé sur deux déclare un seul aidant. Environ une femme aidée sur cinq et presque un

¹ L'activité n'est pas spécifiée, on se réfère juste ici aux « activités que les gens font habituellement depuis au moins six mois ».

² Activities of Daily Living (ADL) : se laver, s'habiller, couper la nourriture...

³ Cette mesure s'appuie sur la comparaison des résultats de l'enquête Handicap-Santé ménages (HSM) de 2008 et de ceux de l'enquête CARE-M de 2015.

homme aidé sur deux le sont uniquement par leur conjoint. Le nombre d'aidants augmente avec le niveau de dépendance.

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

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

Les seniors vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad, EHPA, USLD) sont, quant à eux, aidés par 720 000 proches aidants.

La relation d'aide s'inscrit le plus souvent dans une situation de proximité géographique : les trois quarts des enfants aidants qui ne cohabitent pas avec le senior habitent à moins de 30 kilomètres et à moins de 40 minutes de son domicile. Par ailleurs, les enfants aidants qui cohabitent avec la personne âgée aidée ont un profil sociodémographique assez spécifique : ils sont moins souvent en couple (26 % contre 71 % des enfants non cohabitants), plus souvent sans enfant (62 % contre 18 % chez les enfants non cohabitants). La situation sur le marché de l'emploi est défavorable à ces enfants aidants cohabitants : ils sont ainsi plus souvent au chômage (12 %) et inactifs pour cause d'invalidité (9 %) que les enfants non cohabitants (respectivement 7 % et 3 %). Le nombre moyen de proches aidants est relativement stable selon l'âge de la personne aidée pour les seniors âgés de moins de 75 ans. Il augmente ensuite jusqu'à 85 ans, avant de diminuer aux grands âges, auxquels la dépendance accrue suscite des entrées en résidence. L'augmentation du nombre d'aidants observée chez les seniors âgés de 75 à 85 ans correspond surtout à une intervention

croissante des enfants. Près d'un aidant sur deux (47 %) déclare au moins une conséquence négative de l'aide apportée au senior sur sa santé. Ces effets négatifs sont moins souvent déclarés lorsque le lien familial avec le senior est plus distant : le fait de déclarer au moins une conséquence négative sur la santé est plus fréquent parmi les aidants conjoints (64 %) que parmi les enfants cohabitants (45 %) ou non cohabitants (44 %).

1,5 million d'aides pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées fin 2022

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 73 % 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 4,9 % parmi les personnes âgées de 95 ans ou plus. L'aide ménagère¹ 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 (1,3 %). Au total, environ 8,3 %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 handicapées. ■

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, 2019). Hormis ces situations, le cumul des aides n'est pas possible.

Tableau 2 Proportion de bénéficiaires d'aide à l'autonomie, fin décembre 2022

	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	1 336 300	116 100	23 900	42 300	124 900
Part dans la population (en %)					
Ensemble	7,2	0,6	0,1	0,2	0,7
de 60 à 64 ans	0,5	0,2	0,1	0,4	1,3
de 65 à 69 ans	1,4	0,2	0,1	0,3	0,9
de 70 à 74 ans	2,7	0,4	0,1	0,2	0,5
de 75 à 79 ans	5,3	0,6	0,1	0,1	0,2
de 80 à 84 ans	11,8	0,9	0,1		
de 85 à 89 ans	24,2	1,5	0,2	0,1	0,2
de 90 à 94 ans	44,3	2,7	0,2		
95 ans ou plus	72,6	4,9	0,1		

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

Note > Sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personnes ayant un droit ouvert à la prestation au 31 décembre de l'année, hormis pour l'APA pour laquelle sont dénombrés des bénéficiaires payés au titre du mois de décembre. L'aide ménagère étudiée ici est uniquement celle accordée par les conseils départementaux, mais d'autres aides ménagères peuvent être versées par les caisses de retraite aux personnes âgées dont les revenus dépassent le plafond de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

Lecture > En décembre 2022, 7,2 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont bénéficiaires de l'APA. Elles sont 0,5 % parmi les personnes âgées de 60 à 64 ans.

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

Sources > DREES, enquête Aide sociale; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

Pour en savoir plus

- > Présentation de l'enquête CARE sur le site internet de la DREES.
- > **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.
- > **Besnard, X., Brunel, M., Couvert, N., Roy D.** (2019, novembre). Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée – Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 45.
- > **Brunel, M., Carrère, A.** (2018, juin). Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance – Résultats de l'enquête Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) « ménages ». DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 26.

Fin 2022, 1,47 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 légèrement (+0,5 %). Les dépenses brutes globales associées pour l'année 2022 s'élèvent à 8,4 milliards d'euros. Elles repartent à la hausse en euros courants après une année de stabilité.

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.

Une reprise à la hausse des dépenses et du nombre d'aides en 2022

Fin 2022, 1,47 million de prestations¹ 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 813 000 aides à domicile et 659 000 aides à l'accueil (*tableau 1*). Le nombre d'aides est supérieur à celui des personnes âgées aidées, car une même personne peut percevoir à la fois l'APA et l'ASH². Pour l'ensemble de l'année 2022, les dépenses brutes associées (*encadré 1*) s'élèvent à 7,9 milliards d'euros. Au total, l'aide à domicile représente 55 % du nombre moyen³ de prestations dans l'année pour 52 % des dépenses, et l'aide à l'accueil 45 % des prestations pour 48 % des dépenses. En ajoutant les participations et subventions⁴, ainsi que les autres dépenses d'aide aux personnes âgées⁵, les dépenses brutes totales s'établissent à 8,4 milliards d'euros. L'APA représente 91 % du nombre moyen d'aides attribuées dans l'année et 84 % des dépenses totales.

Entre fin 2021 et fin 2022, le nombre d'aides augmente de 0,4 % pour l'aide à domicile et de 0,7 %

pour l'aide à l'accueil, soit +0,5 % au total en un an. Cette légère hausse, comme celle observée entre fin 2020 et fin 2021, 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 2021 et 2022 (+4,7 % en euros courants), après une année de stabilité (0,0 % en euros courants), mais l'ampleur de cette hausse varie selon le type d'aide. Les dépenses d'aide à domicile augmentent fortement (+6,0 % en euros courants) tandis que celles d'aide à l'accueil progressent dans une moindre mesure (+1,3 % 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. Ainsi, ce dernier est en légère hausse entre 2021 et 2022 : +0,8 % pour les aides à domicile et +0,5 % pour les aides à l'accueil (après respectivement : +0,2 % et -1,1 % entre 2020 et 2021, et +0,2 % et -1,3 % entre 2019 et 2020). 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 2022, mais elles peuvent aussi comprendre des dépenses au titre de l'année 2021 (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 2019, 90 % des bénéficiaires de l'ASH percevoient aussi l'APA. Aussi, le nombre de bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées fin 2022 peut être estimé à 1,37 million, dont 555 000 en établissement.

³ Le nombre moyen d'aides en 2022 est calculé comme la moyenne des nombres d'aides observées en décembre 2021 et en décembre 2022.

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 2021 et 2022

	Nombre d'aides au 31/12			Dépenses annuelles, en millions d'euros (évolution en euros courants)			Dépenses brutes mensuelles moyennes par aide (en euros)
	2021	2022	Évolution 2021/2022 (en %)	2021	2022	Évolution 2021/2022 (en %)	2022
Aides à domicile, dont :	809 830	812 840	0,4	3 850	4 090	6,0	420
aides ménagères	18 860	18 980	0,6	50	60	18,8	270
APA ¹	790 970	793 860	0,4	3 800	4 020	5,9	420
Aides à l'accueil, dont :	653 790	658 560	0,7	3 780	3 830	1,3	490
aide sociale à l'hébergement (ASH) ²	115 150	114 570	-0,5	1 220	1 230	0,7	890
accueil chez des particuliers	1 600	1 510	-5,5	20	20	-5,2	990
APA ¹	537 040	542 480	1,0	2 540	2 590	1,7	400
Total aides à domicile et à l'accueil	1 463 620	1 471 400	0,5	7 640	7 920	3,7	450
dont APA ¹	1 328 010	1 336 340	0,6	6 390	6 660	4,3	420
Autres aides	nd	nd	nd	400	490	24,2	nd
Total	nd	nd	nd	8 040	8 410	4,7	nd

nd : non disponible.

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

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

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

Note > D'autres dépenses d'APA non affectées à l'APA à domicile ou à l'APA en établissement sont comptabilisées dans « Autres aides » (50 millions d'euros en 2022).

Lecture > En 2022, la dépense brute totale est de 8,4 milliards 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'inflation¹) [graphiques 1 et 2].

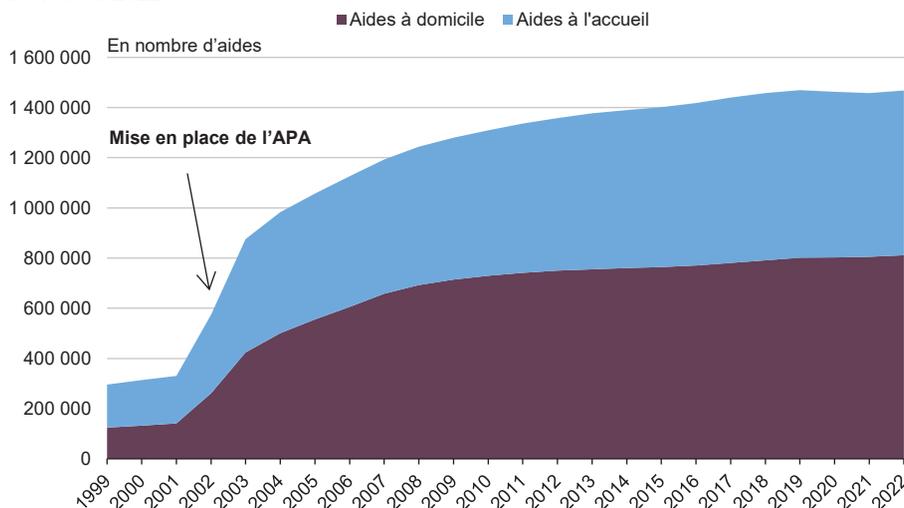
Si le nombre moyen d'aides et les dépenses annuelles étaient croissants entre 1999 et 2001 (de respectivement +6 % et +4,5 % en euros courants, en moyenne annuelle), c'est surtout la mise en place de l'APA en 2002 qui a entraîné des changements

majeurs dans l'aide sociale aux personnes âgées (voir chapitre 6).

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 2022, cet indice a augmenté de 5,2 % en moyenne annuelle.

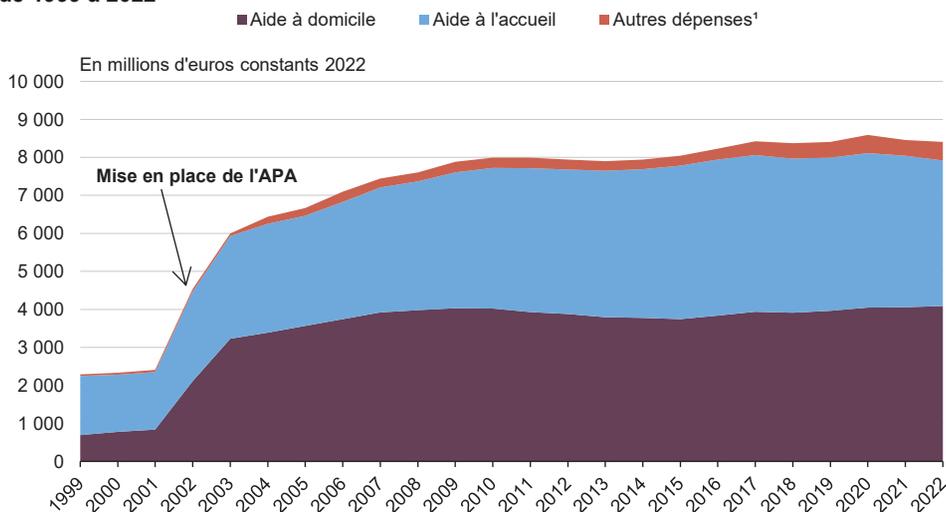
Graphique 1 Évolution du nombre moyen d'aides sociales aux personnes âgées, de 1999 à 2022

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 prestation spécifique dépendance (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 2022, le nombre moyen d'aides à domicile est de 811 300 et celui d'aides à l'accueil de 656 200.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 2 Évolution des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes âgées, de 1999 à 2022

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 prestation spécifique dépendance (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 2022, les dépenses d'aide à domicile s'élèvent à 4,1 milliards d'euros et les aides à l'accueil à 3,8 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 (+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 aide² est de 5 400 euros en 2022, soit 450 euros en moyenne par mois. Elle est plus importante pour les aides à l'accueil que pour les aides à domicile : 5 800 euros (soit 490 euros par mois) contre 5 000 euros (soit 420 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 1,2 % en moyenne annuelle en euros courants entre 2015 et 2022, soit -0,4 % en euros constants.

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 7,9 % au niveau national, ce qui ne signifie pas qu'environ huit personnes âgées de

De fortes disparités départementales

En décembre 2022, le nombre d'aides sociales départementales rapporté à la population des personnes âgées de 60 ans ou plus sur le territoire national est de 7,9 %³. Les personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale se répartissent de façon inégale sur le territoire. Fin 2022, le nombre d'aides pour 100 habitants de 60 ans ou plus varie de 4,2 % à 12,7 % selon les départements, soit un écart du simple au triple. Cependant, quatre départements sur dix présentent un taux d'aides compris entre 7,1 % et 8,7 % ; ces valeurs se situant à plus ou moins 10 % de la médiane⁴ 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 4 400 à 9 500 euros en 2022, hors Guadeloupe et Guyane⁵ (carte 2). Néanmoins, près de sept départements sur dix consacrent une dépense moyenne par aide comprise entre 5 000 et 6 100 euros, soit entre 90 % et 110 % de la médiane, égale à 5 600 euros. Douze départements présentent une dépense moyenne supérieure ou égale à 6 900 euros, soit au moins 120 % de la valeur médiane. À l'opposé, onze collectivités se distinguent par une dépense moyenne par aide comprise entre 4 400 et 4 700 euros, soit entre 80 % et 90 % de la dépense médiane.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces relatives disparités :

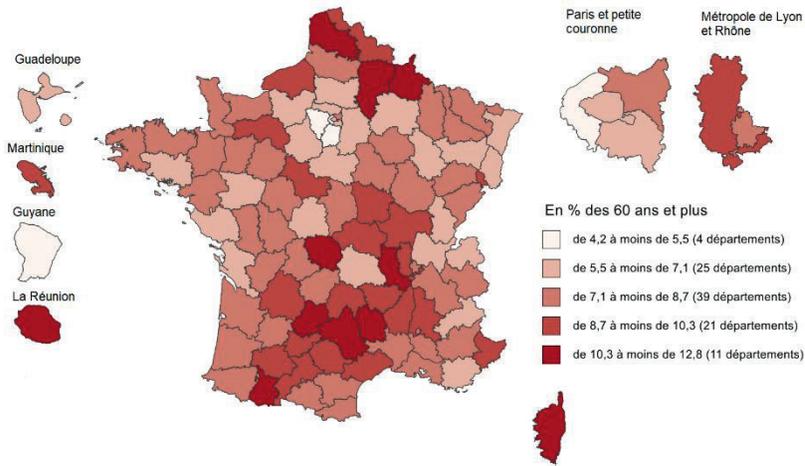
- des différences territorialisées de prévalence de la dépendance ;
- des différences territorialisées de reconnaissance administrative de la perte d'autonomie (pratiques différentes d'évaluation du GIR, par exemple) ;
- le nombre de places d'hébergement, très divers selon les départements ;
- la substitution 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 (voir chapitre 7). ■

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 10 500 et 11 500 euros.

Carte 1 Nombre d'aides sociales départementales aux personnes âgées pour 100 habitants de 60 ans ou plus selon les départements, en décembre 2022

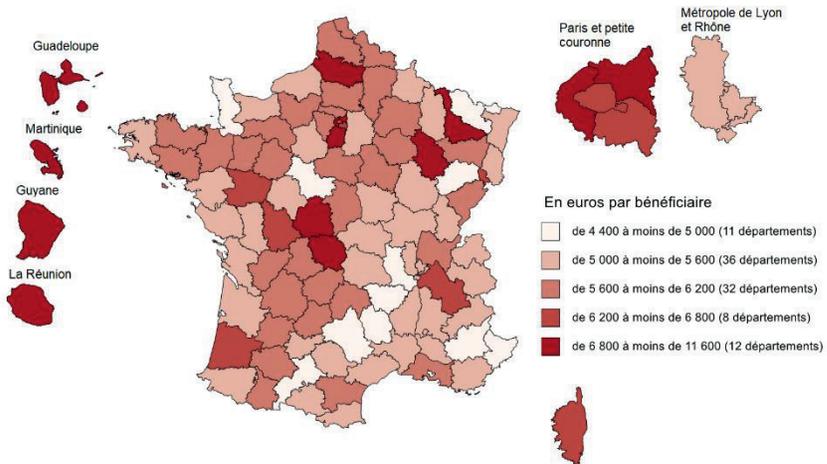


Note > Au niveau national, au 31 décembre 2022, le nombre d'aides sociales départementales aux personnes âgées est de 7,9 pour 100 habitants de 60 ans ou plus. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 7,9 pour 100 habitants de 60 ans ou plus.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Carte 2 Dépenses brutes moyennes par bénéficiaire d'une aide sociale aux personnes âgées, en 2022



Note > Au niveau national, en 2022, la dépense moyenne par mesure d'aide sociale pour les personnes âgées s'élève à 5 700 euros. La médiane, c'est-à-dire la valeur en dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 5 600 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

Les dépenses brutes collectées dans le cadre de l'enquête Aide sociale sont des dépenses engagées par les départements, avant d'éventuels récupérations, recouvrements ou remboursements. Cependant, les dépenses d'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées sont, y compris au sein des dépenses totales, exprimées après déduction des récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et 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 (*voir chapitre 7*). 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.

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

Fin 2022, 1,3 million de personnes de 60 ans ou plus perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit une hausse de 0,6 % par rapport à 2021. 41 % vivent en établissement et 59 % à domicile. Les dépenses associées pour l'année 2022 s'élèvent à 6,7 milliards d'euros. En décembre 2022, 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 très dépendants (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 augmente à nouveau en 2022

Les bénéficiaires de l'APA sont 1 336 300 à avoir perçu un versement au titre du mois de décembre

2022¹, un nombre en hausse de 0,6 % en un an (tableau 1). L'APA en établissement² est versée à 542 500 personnes âgées fin 2022 (+1,0 % par rapport à 2021), soit 41 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'allocation (à domicile et en établissement). Cette prestation, dont le montant varie selon le degré de perte d'autonomie de la personne, est versée par le département, soit directement au bénéficiaire, soit aux établissements sous forme d'une dotation budgétaire globale. L'APA à domicile est versée à 793 900 personnes âgées fin 2022, soit 0,4 % de plus que fin 2021.

Tableau 1 Évolution des nombres de bénéficiaires payés en décembre et des dépenses annuelles d'APA, depuis 2005

	Effectifs au 31 décembre ou dépenses						
	2005	2010	2015	2019	2020	2021	2022
Nombre de bénéficiaires, en milliers							
APA, dont :	939	1 176	1 265	1 336	1 316	1 328	1 336
APA à domicile	547	713	748	789	782	791	794
APA en établissement	392	463	517	547	534	537	542
Part de l'APA en établissement dans le total (en %)	42	39	41	41	41	40	41
Dépenses annuelles, en millions d'euros courants							
APA, dont :	4 043	5 296	5 622	6 148	6 277	6 387	6 662
APA à domicile	2 671	3 314	3 263	3 635	3 730	3 802	4 025
APA en établissement	1 348	1 950	2 338	2 475	2 500	2 543	2 587
Autres dépenses d'APA	24	32	21	38	47	42	50
Part de l'APA en établissement dans le total (en %)	33	37	42	40	40	40	39
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire, en euros courants							
APA, dont :	373	380	372	385	395	403	417
APA à domicile	427	391	365	386	396	403	423
APA en établissement	293	356	379	378	386	396	399

APA : allocation personnalisée d'autonomie.

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 2022, parmi les 1,3 million de bénéficiaires de l'APA, 542 000 l'étaient en établissement, soit 41 %.

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. Ces deux populations sont assez proches en effectifs. En effet, 87 % des personnes ayant un droit ouvert au 31 décembre ont été payées au titre du mois de décembre 2022.

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 établissement¹ et par un nombre d'entrées en établissement moins important au cours de l'année 2020. Cependant, en 2022, le nombre de bénéficiaires de l'APA a retrouvé son niveau d'avant la crise. Pour l'ensemble de l'année 2022, les dépenses brutes d'APA s'élèvent à 6,7 milliards d'euros (+4,3 % en un an en euros courants), dont 4,0 milliards pour l'aide à domicile et 2,6 milliards pour l'accueil en établissement. Depuis sa création en 2002, les dépenses totales d'APA ont été multipliées par 3,6 en euros courants et par 2,6 en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de

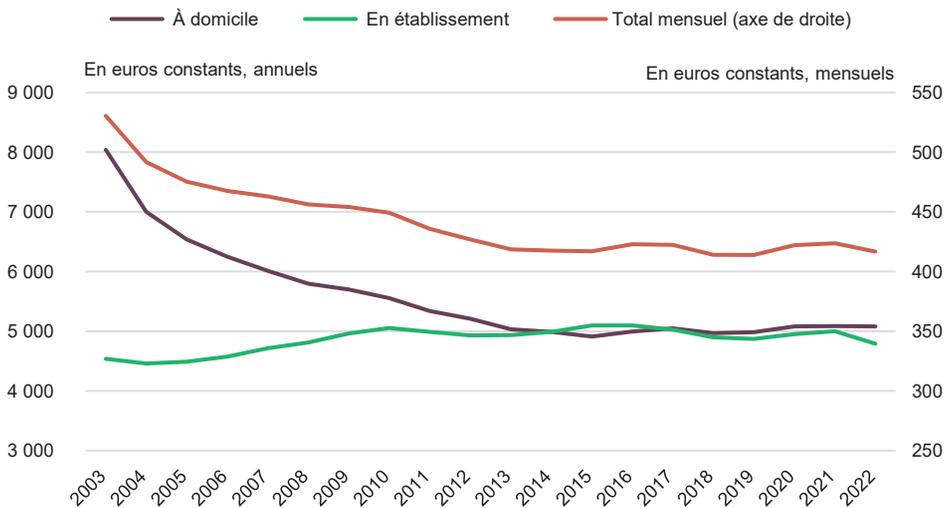
l'inflation². Le nombre de bénéficiaires a, dans le même temps, plus que doublé.

Des évolutions différenciées des dépenses à domicile et en établissement

En 2022, la dépense totale moyenne par bénéficiaire s'établit à 5 000 euros (soit 420 euros par mois). Cette dépense est légèrement plus élevée à domicile (5 080 euros) qu'en établissement (4 800 euros). Les dépenses à domicile ont augmenté en euros courants de 5,1 % entre 2021 et 2022, celles en établissement de 0,9 %. En tenant compte de l'inflation, ces évolutions sont respectivement de -0,1 % et -4,1 % (graphique 1).

Entre 2003 et 2022, alors que le nombre de bénéficiaires à domicile augmente très fortement, les dépenses associées par bénéficiaire baissent. En effet, tandis que les effectifs de bénéficiaires sont multipliés par 2,7, la dépense moyenne en euros courants baisse de 16 %. Sur la même période, le nombre de bénéficiaires en établissement et les dépenses associées ont été multipliés respectivement par 1,8 et 1,4. Les dépenses en établissement augmentent donc de 1,7 % en moyenne par an entre 2003 et 2022.

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 2022, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est de 417 euros par mois.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Cependant, 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

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.

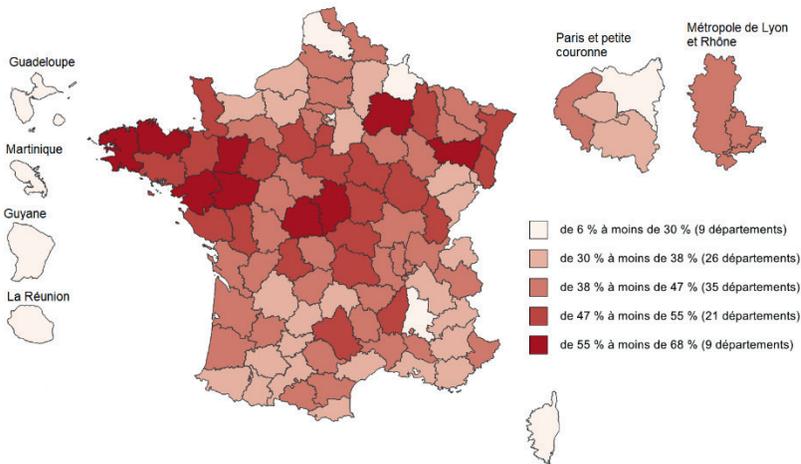
² Les évolutions de dépenses en euros constants sont déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière. En 2022, cet indice a augmenté de 5,2 % en moyenne annuelle.

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 (+5,8 % contre +0,8 % en moyenne annuelle en euros constants).

Près de quatre bénéficiaires sur dix résident en établissement

En 2022, 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 47 %, soit entre environ 90 % et 110 % de la valeur médiane¹, 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.

Carte 1 Part des bénéficiaires de l'APA en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, en décembre 2022



Note > Au niveau national, la part des bénéficiaires de l'APA en établissement est de 42 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont globalement plus dépendants que ceux à domicile. En effet, fin 2022, 57 % des premiers sont très dépendants 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 les moins dépendants, évalués en GIR 4, est de 24 % en établissement et 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 très dépendants (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 19 d'entre eux, plus de 25 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont très dépendants, tandis que dans 17 collectivités, ils sont moins de 15 %.

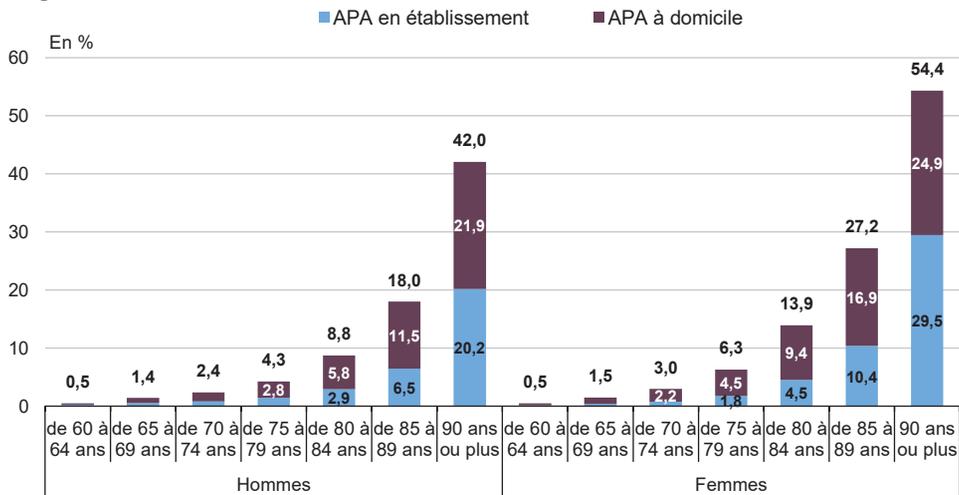
¹ La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements.

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. Selon les départements, ce taux varie de 3,4 % à 10,7 %. La proportion de bénéficiaires parmi les femmes est près de deux fois plus importante que celle parmi les hommes (respectivement 9,1 % et 4,7 %). Cette différence est de la même ampleur pour l'APA à domicile (5,4 % des femmes contre 2,9 % 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 (2,2 %). Entre 80 et 89 ans, 17 % de la population perçoit l'APA (20 % parmi les femmes et 12 % 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 42 % des hommes).

Graphique 2 Part des bénéficiaires de l'APA dans la population par sexe et par tranche d'âge, fin décembre 2022



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

Lecture > 16,9 % des femmes de 85 à 89 ans perçoivent l'APA à domicile et 10,4 % en établissement. Au total, 27,2 % des femmes de cette tranche d'âge bénéficient de l'APA.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

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 dépendance : 1 % pour les GIR 1 à 3 et 2 % pour le GIR 4. Les bénéficiaires de 80 à 89 ans représentent près de la moitié des bénéficiaires de l'APA à domicile, 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 (36 %) qu'en GIR 4 (25 %).

La répartition par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est proche quel que soit le niveau de dépendance. 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 48 % des bénéficiaires selon le GIR).

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

Fin 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 depuis 2010 (elle passe de 30 mois à 29,2 mois entre 2010 et 2022), traduisant un recours à cette prestation en baisse à

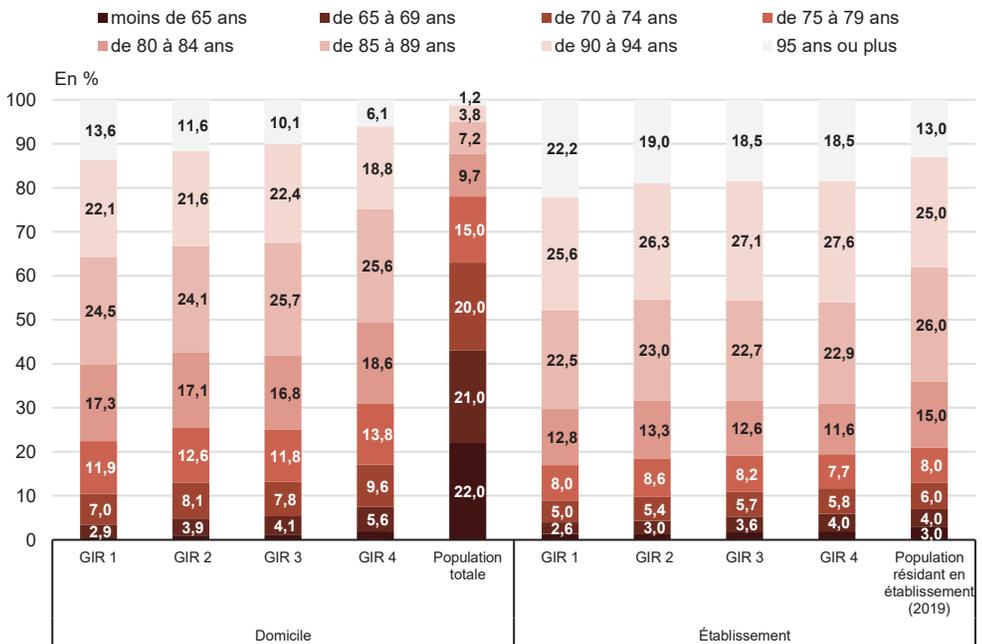
âge donné. La part de la durée de vie après 60 ans passée en tant que bénéficiaire de l'APA varie ainsi de 10,1 % fin 2010 à 9,5 % fin 2022.

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 2022, 92 % des montants versés d'APA à domicile sont mobilisés pour financer le recours à un intervenant à domicile. Ces aides humaines peuvent être assurées par un service prestataire, ou par un service mandataire qui prend en charge les formalités administratives liées à l'embauche, tout en permettant au bénéficiaire de

recruter lui-même un salarié. La personne âgée peut également recruter et employer directement un salarié qui intervient à son domicile. En moyenne, 83 % des dépenses couvertes par l'APA pour rémunérer des intervenants à domicile concernent des services prestataires, 2 % des services mandataires et 14 % des recrutements directs par les personnes âgées. Les 8 % des dépenses d'APA à domicile restantes servent, pour les trois quarts, à financer différentes aides à l'autonomie (aides techniques, portage de repas, téléalarme, transport, etc.) et, pour un quart, à financer un accueil temporaire ou de jour en établissement, ainsi que le règlement des services rendus par les accueillants familiaux rémunérés au titre de l'aide sociale.

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 2022



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 > 13,6 % des bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 ont 95 ans ou plus. Parmi l'ensemble de la population de 60 ans et plus, 1,2 % ont 95 ans et plus.

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

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; DREES, enquête EHPA 2019 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

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 mensuelles¹ 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. 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 2022, 36 % 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 7 % 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 humain 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. 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'aide¹ (encadré 1) [Latourelle, Ricoch, 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 1^{er} mars 2016. Elle vise à allouer davantage d'aide aux personnes les plus dépendantes, à diminuer la participation financière du bénéficiaire et à offrir plus de répit aux proches aidants. Pour ce faire, les plafonds des plans d'aide par GIR ont été significativement revalorisés. En outre, avant la réforme, le calcul du ticket modérateur, soit la part du plan d'aide restant à la charge du bénéficiaire, dépendait uniquement du niveau de ressources du bénéficiaire. Désormais, le calcul prend également en compte le montant du plan d'aide, en appliquant un abattement plus élevé pour les plans aux montants les plus hauts, afin de diminuer le reste à charge des bénéficiaires aux plans d'aide les plus coûteux. Le seuil de ressources au-dessous duquel le bénéficiaire n'acquies aucune participation financière est égal à 816,65 euros au 1^{er} mars 2022. 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.
- > **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.
- > **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.
- > **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.
- > **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.
- > **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.

Fin 2022, 114 600 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 augmente en 2022, mais reste très hétérogène selon les territoires. Les modalités de gestion de l'ASH varient d'un département à l'autre, que ce soit sur le recours aux récupérations, l'avance ou non des frais d'hébergement aux établissements, ou encore le calcul du montant de la participation du bénéficiaire.

Les personnes âgées accueillies chez des particuliers ou dans un établissement (public ou privé du secteur médico-social ou sanitaire) peuvent accéder, en fonction de leurs ressources, à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), afin d'acquitter tout ou partie de leurs frais de séjour.

Un nombre de bénéficiaires en baisse depuis 2017

Fin 2022, 114 600 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 771 200 places d'hébergement installées en établissement pour personnes âgées au 31 décembre

2022 (22 % des 519 000 places habilitées à l'aide sociale¹ au 31 décembre 2019). Parmi ces bénéficiaires, 98 700 vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), 6 400 en unité de soins de longue durée (USLD), 2 300 en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA, hors Ehpad) et 6 700 en résidence autonomie. L'ASH peut également être versée aux personnes âgées accueillies chez des particuliers (1 500 fin 2022). Par ailleurs, outre les bénéficiaires de l'ASH destinée aux personnes âgées, 42 300 personnes handicapées âgées de 60 ans ou plus bénéficient d'une aide sociale à l'accueil des personnes handicapées.

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

	2005	2017	2019	2020	2021	2022	Taux d'évolution (en %)	
							2019-2020	2021-2022
Nombre de bénéficiaires au 31 décembre (en milliers)	118	121	120	116	115	115	-3,0	-0,5
Dépenses annuelles (en millions d'euros courants)	909	1 273	1 254	1 279	1 219	1 227	+1,9	+0,7
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire (en euros par bénéficiaire)	643	869	869	904	879	891	+4,0	+1,3

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.

Jusqu'en 2018, les bénéficiaires de l'ASH des personnes handicapées âgées de 65 ans ou plus dans le département du Pas-de-Calais (environ un millier de bénéficiaires par an) étaient comptabilisés parmi les bénéficiaires de l'ASH des personnes âgées. À partir de 2019, ces bénéficiaires sont dénombrés parmi les bénéficiaires des 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 2022, 115 000 personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficient de l'ASH en établissement, pour une dépense nette des récupérations associée de 1,227 milliard d'euros sur l'ensemble de l'année.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

¹ Sources : DREES, Panorama statistique - Cohésion sociale, Travail, emploi 2023 pour le nombre total de places installées au 31 décembre 2022 ; et DREES, enquête EHPA 2019 pour le nombre de places habilitées à l'aide sociale au 31 décembre 2019.

Le taux d'occupation est de 16 % des 770 000 places d'hébergement installées en établissement pour personnes âgées au 31 décembre 2019.

Entre fin 2021 et fin 2022, le nombre de bénéficiaires de l'ASH en établissement continue de diminuer, mais de manière bien moins importante (-0,5 %) que ces dernières années, notamment après la forte baisse en 2020 (-3,0 %, et après -0,9 % par an en moyenne entre fin 2016 et fin 2019) en lien avec la hausse de la mortalité des plus âgés dans le contexte sanitaire lié au Covid-19.

Sur longue période, le nombre de bénéficiaires de l'ASH en établissement a diminué de 2000 à 2003 (de 120 000 à 114 400), puis a ensuite tendance à augmenter jusqu'en 2011 (121 900), avant d'osciller quelque peu jusqu'en 2016 (122 800). Il baisse depuis.

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 : 27 % des bénéficiaires ont moins de 75 ans, contre 13 % des personnes âgées vivant en établissement ; à l'inverse, 45 % des bénéficiaires de l'ASH ont 85 ans ou plus, contre 64 % parmi l'ensemble des personnes âgées en établissement.

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 2022	Population vivant en EHPA fin 2019	Ensemble de la population de 60 ans ou plus au 1 ^{er} janvier 2023
Femmes	65	73	56
Hommes	35	27	44
Moins de 65 ans	6	3	23
De 65 à 69 ans	8	4	21
De 70 à 74 ans	13	6	20
De 75 à 79 ans	14	8	15
De 80 à 84 ans	14	15	10
De 85 à 89 ans	18	26	7
De 90 à 94 ans	17	25	4
95 ans ou plus	10	13	1

ASH : aide sociale à l'hébergement ; EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Note > Pour la population vivant en établissement, la répartition présentée correspond à la situation fin 2019. Celle des bénéficiaires de l'ASH en établissement et de la population de 60 ans ou plus correspond à la situation fin 2022. 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 2022, 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 2019 ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

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 marquées¹ 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 sont par ailleurs un peu plus dépendants en moyenne, 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).

Des dépenses en légère hausse en 2022

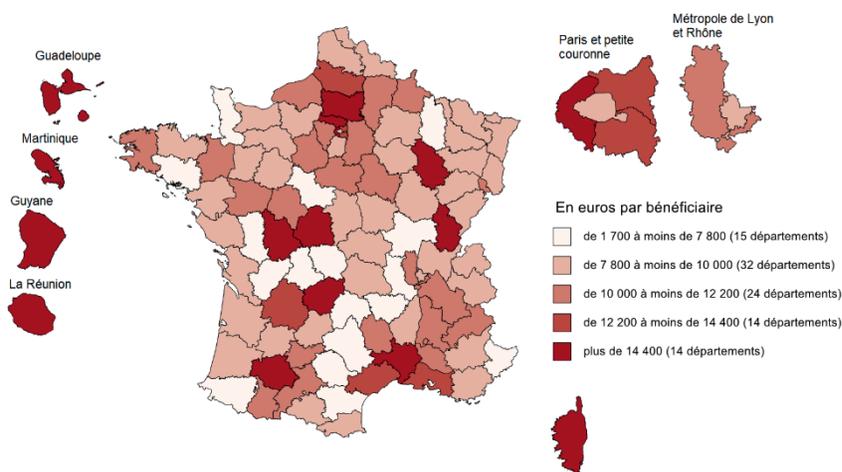
En 2022, les dépenses brutes des départements pour l'ASH en établissement (encadré 1), après récupéra-

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

tions auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers¹, 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 constants², 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 (-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 %). 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). En 2022, elle augmente de 1,3 % en euros courants (-3,7 % en euros constants). Au niveau national, la dépense moyenne par bénéficiaire s'élève à 10 700 euros en 2022, soit 890 euros par mois, avec d'importantes différences selon les départements. Près de six collectivités sur dix présentent une dépense annuelle moyenne par bénéficiaire qui varie entre 7 800 et 12 200 euros, soit dans un intervalle assez large de plus ou moins 20 % autour de la médiane³, qui s'établit à 10 000 euros (carte 1).

Carte 1 Dépenses brutes annuelles moyennes d'ASH en établissement par bénéficiaire, en 2022



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

Au niveau national, la dépense brute annuelle moyenne par bénéficiaire est de 10 700 euros. La valeur médiane, au-dessous de laquelle se situe la moitié des départements, est égale à 10 000 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.

Quinze départements se distinguent par des montants plus faibles (entre 20 % et 70 % de la valeur médiane). À l'opposé, près de trois départements sur dix présentent les valeurs les plus élevées, dont quatorze pour lesquelles elles sont supérieures à

14 400 euros, soit 140 % 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 2022, cet indice a augmenté de 5,2 % en moyenne annuelle.

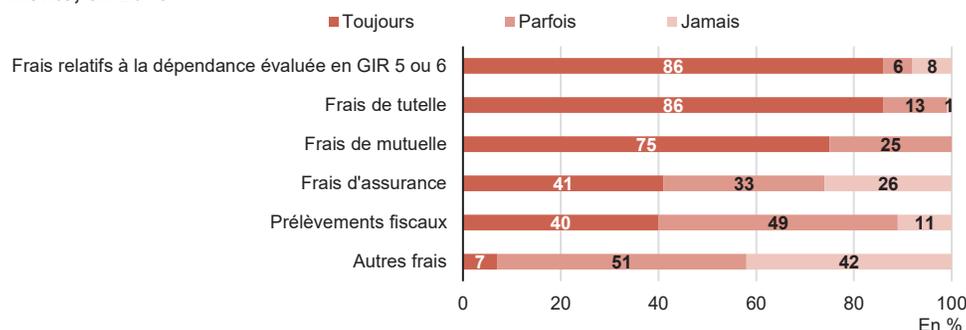
³ La médiane est la valeur au-dessous de laquelle se situe la moitié des départements.

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 2018¹. 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 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 1). Dans 6 % des collectivités, cet ajustement se fait parfois ; il ne se fait jamais dans les 8 % restants.

Graphique 1 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.

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).

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-filles². Ils ne sont que 32 % à la pratiquer auprès des petits-enfants³. Enfin, 13 %

¹ Ce montant est de 110 euros au 1^{er} janvier 2022. Une somme minimale correspondant au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, doit être laissée au conjoint éventuel restant à domicile : 833 euros par mois en 2018, 917 euros en 2022.

² 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.

³ 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.

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.

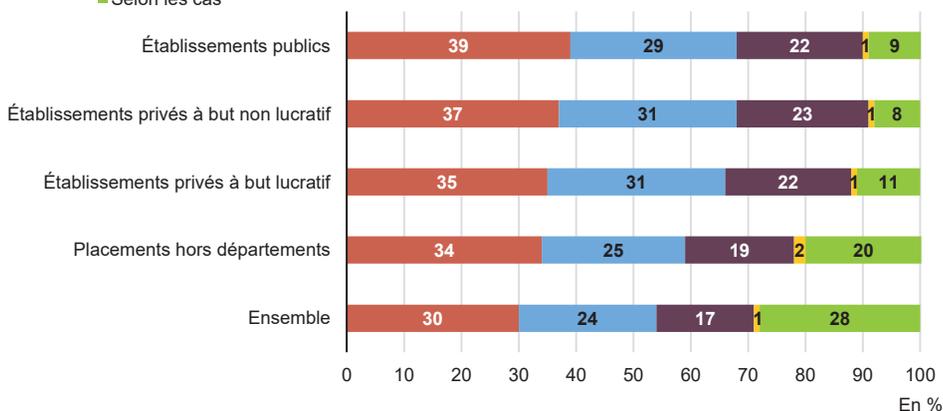
Une gestion de l'ASH différente selon les départements et selon les types d'établissement

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 2). Ils peuvent ensuite récupérer ces deux dernières auprès des intéressés. À l'inverse, 24 % des départements ne s'acquittent, systématiquement, auprès des établissements, que des frais d'hébergement résiduels, une fois déduite la participation des bénéficiaires et des obligés alimentaires. D'autres pratiques, intermédiaires, existent : 17 % des départements versent toujours à l'établissement

l'ASH et la participation éventuelle des obligés alimentaires, mais pas celle du bénéficiaire. Enfin, 28 % des départements déclarent que cela dépend des cas. Par exemple, 25 % des départements versent « parfois » seulement l'ensemble des frais d'hébergement à l'établissement. Ces modalités de paiement varient légèrement selon le statut de l'établissement et selon qu'il est situé dans le département concerné ou non. Ainsi, il est plus fréquent que les départements n'aient pas de pratique systématique lorsqu'il s'agit d'établissements privés à but lucratif ou d'établissements situés en dehors du département, quel que soit leur statut. Au total, en 2018, 31 % de collectivités versent toujours à l'établissement la participation du bénéficiaire (qu'ils récupèrent ensuite), 28 % le font parfois et 41 % jamais. Ces proportions varient légèrement selon le statut de l'établissement, mais surtout si l'établissement est en dehors du département financeur de l'ASH. La participation des 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 2018¹, 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 2 ASH : que recouvre le versement du département aux établissements, en 2018 ?

- Dans tous les cas : l'ASH, la participation du bénéficiaire et celle de ses obligés alimentaires
- Dans tous les cas : uniquement l'ASH
- Dans tous les cas : l'ASH et la participation des obligés alimentaires
- Dans tout les cas : l'ASH et la participation du bénéficiaire
- Selon les cas



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 887 700 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.

Cette convention pour l'ASH est appliquée par la DREES à partir de l'édition 2019 du Panorama. Les données diffèrent donc et ne peuvent pas être comparées à celles publiées dans les éditions 2018 et antérieures de l'ouvrage.

Pour en savoir plus

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

> **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.

> **Guets, W., Khan, S., Martial, E.** (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.

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 2019¹. Cependant, ce montant notifié peut n'être que partiellement consommé par certains bénéficiaires. Une fois les comportements de sous-consommation des plans d'APA pris en compte, la dépense effective serait en moyenne de 483 euros par mois et par bénéficiaire en 2019². Elle est couverte à 80 % par l'APA.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, une autre aide est attribuée aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile, le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, remplaçant la réduction d'impôt accordée jusqu'alors. Cette aide couvre en moyenne 10 % de la dépense. Un solde de 47 euros par mois, en moyenne, reste à la charge des allocataires de l'APA à domicile.

Les coûts de prise en charge de la perte d'autonomie, leur couverture par les diverses aides, le reste

à charge et les taux d'effort des bénéficiaires varient sensiblement selon le niveau de dépendance (groupe iso-ressources [GIR]) et le niveau de ressources³ (*graphique 1*). Les restes à charge sont plus élevés pour les personnes les plus dépendantes : 89 euros par mois en moyenne pour les personnes en GIR 1 contre 33 euros pour 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 euros⁵ (*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

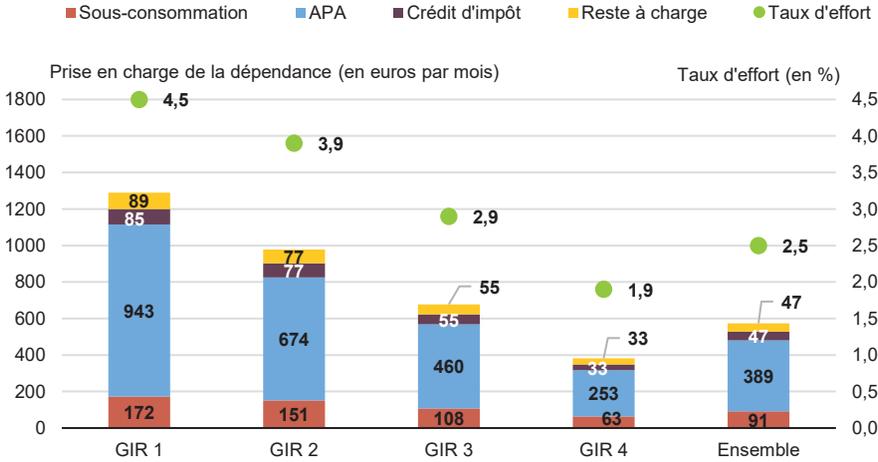
personnes âgées (Aspa, ou « minimum vieillesse »), ce qui suppose qu'il n'y a pas de non-recours au minimum vieillesse.

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

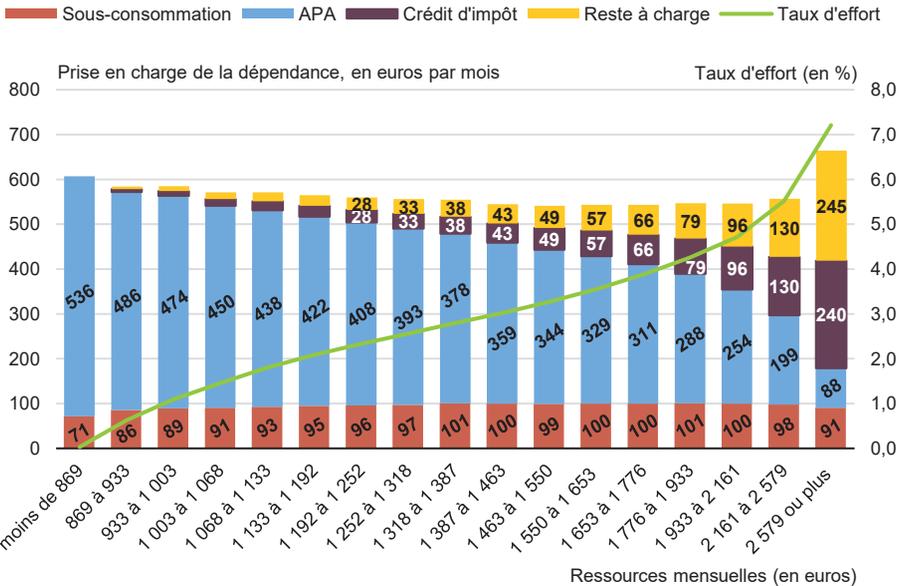
⁵ L'analyse peut ici être menée pour 65 départements, pour lesquels les données fournies par les conseils départementaux dans le cadre des remontées individuelles APA-ASH de 2017 sont de qualité suffisante. Pour les autres, des problèmes de couverture ou de qualité des données remontées empêchent malheureusement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



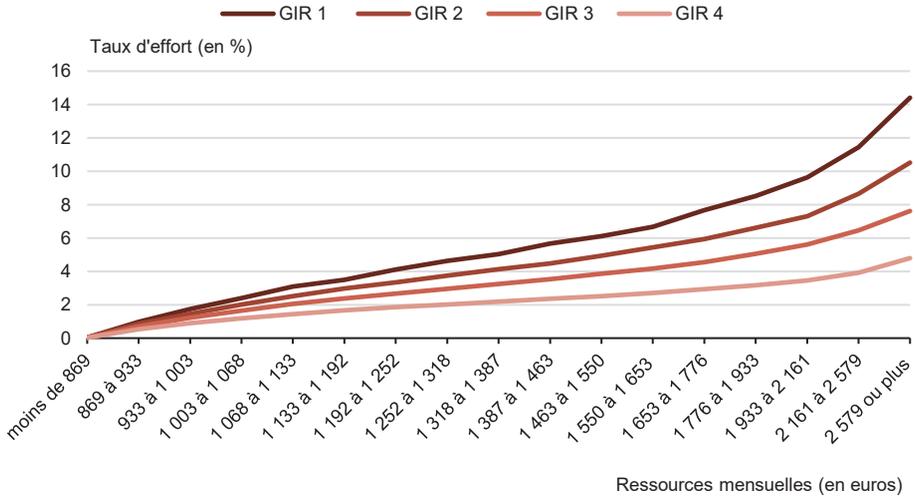
APA : allocation personnalisée d'autonomie ; GIR : groupe iso-ressources.

Note > 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.

Lecture > 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).

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

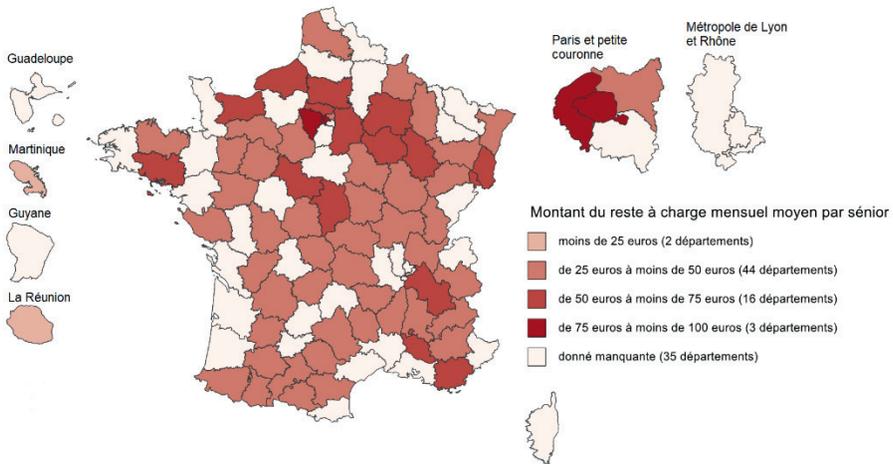
APA : allocation personnalisée d'autonomie ; GIR : groupe iso-ressources.

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

APA : allocation personnalisée d'autonomie.

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.

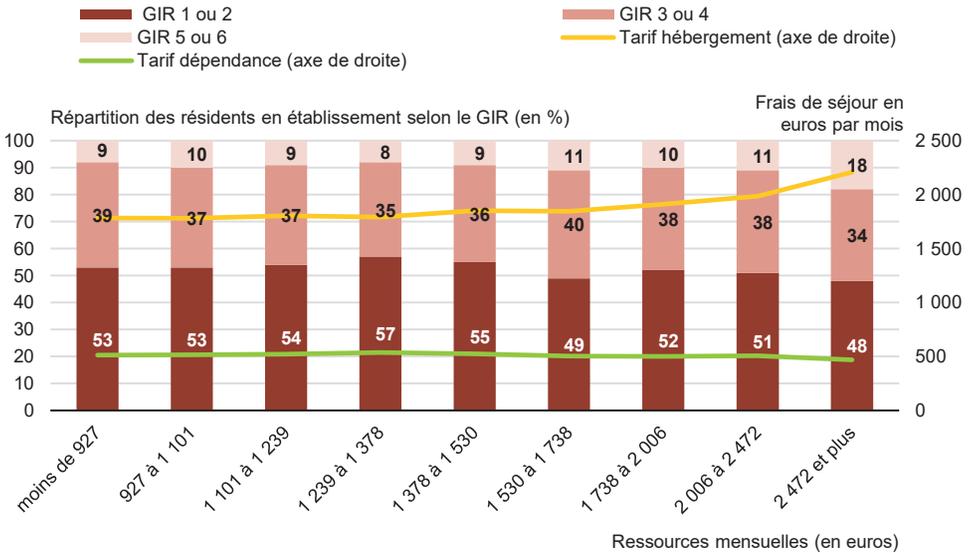
Sources > DREES, remontées Individuelles APA-ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix.

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



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 DOM, hors Mayotte ; personnes âgées résidant en Ehpad ou en USLD en 2019.

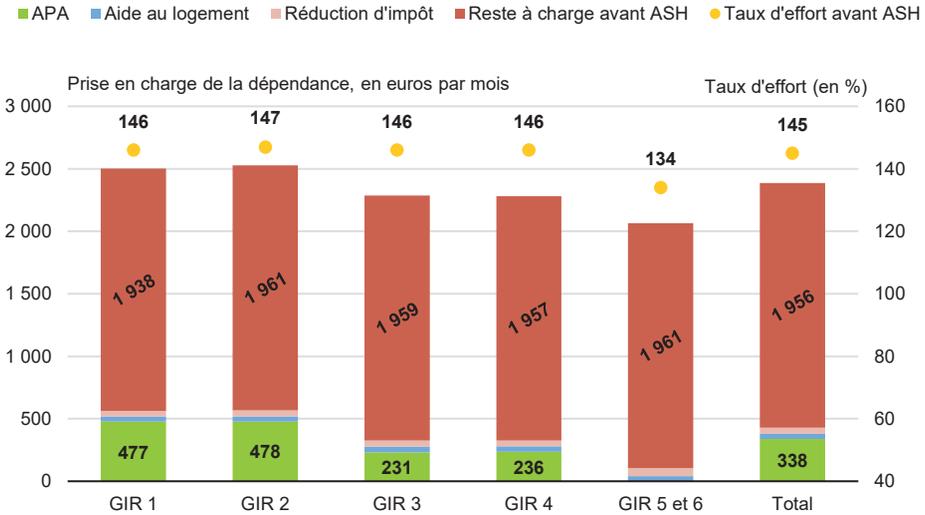
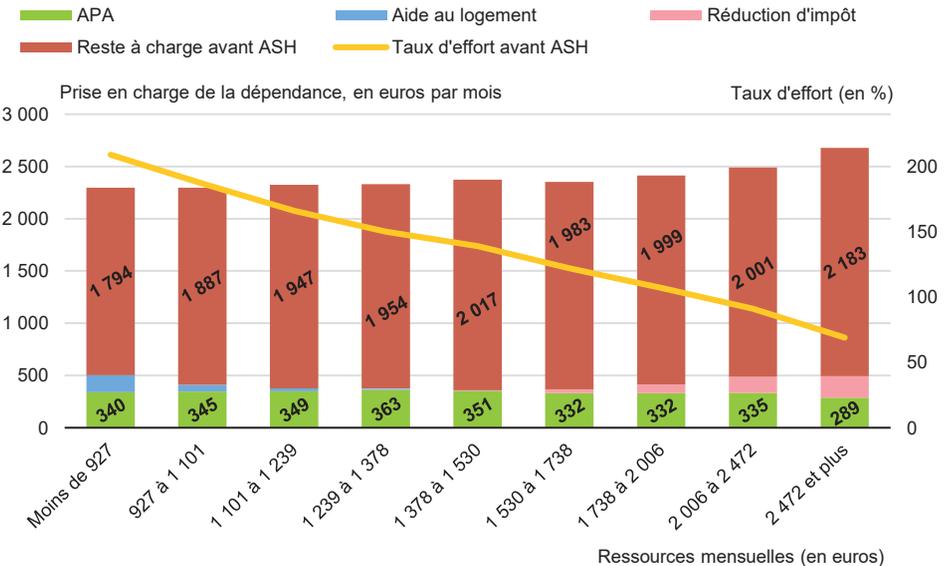
Sources > DREES, enquête CARE-Institutions 2016 appariées aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix ; CNSA, prix ESMS 2019.

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 logement¹ 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'effort² 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.

² Le taux d'effort est calculé en rapportant le reste à charge avant la prise en charge de l'ASH aux ressources du bénéficiaire, hors aides sociales.

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 1 938 euros, en moyenne par mois. Le taux d'effort avant prise en compte de l'ASH est de 146 %.

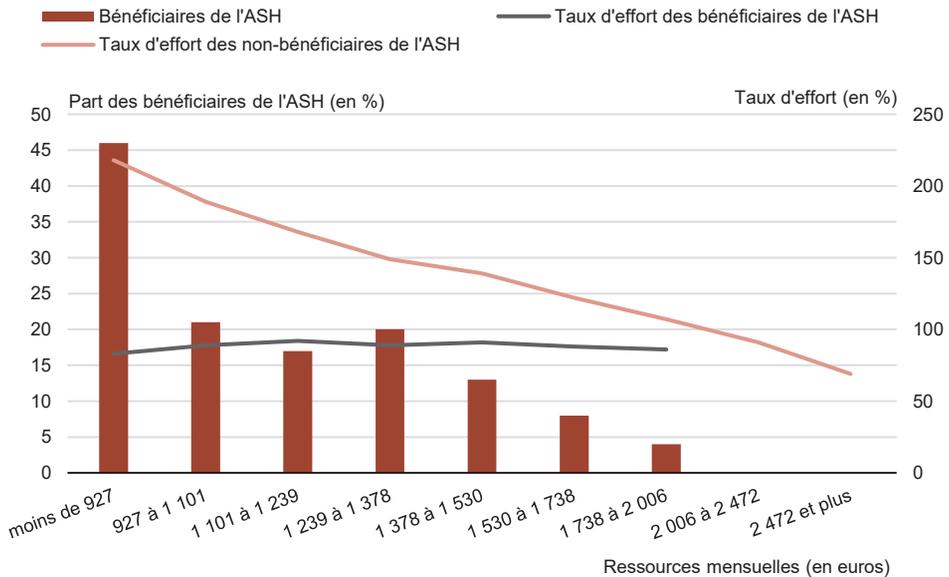
Champ > France métropolitaine, personnes âgées résidant en Ehpad ou en USLD en 2019.

Sources > DREES, enquête CARE-Institutions 2016 appariées 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



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 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 appariées 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.

Au 31 décembre 2019, 10 600 structures médico-sociales d'hébergement pour personnes âgées proposent 760 000 places d'accueil. L'augmentation des capacités d'accueil constatée depuis 2007 ralentit après 2015. Entre 2015 et 2019, les personnes accueillies sont aussi nombreuses, mais plus âgées et plus dépendantes en moyenne. Fin 2019, 85 % des résidents sont en perte d'autonomie (GIR 1 à 4). Depuis la crise sanitaire, le taux d'occupation des Ehpad a baissé (de 97,4 à 96,5 places occupées pour 100 places disponibles de fin 2019 à fin 2022).

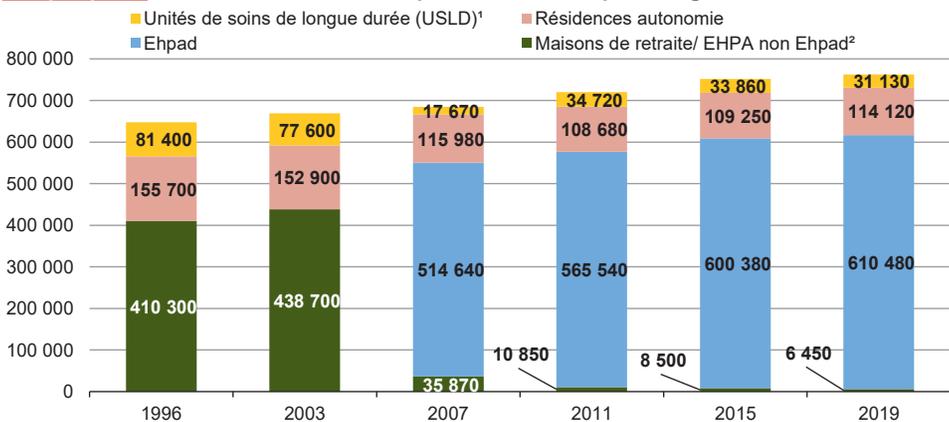
Fin 2019¹, 10 600 structures d'hébergement pour personnes âgées proposent 762 000 places d'accueil, en France métropolitaine et dans les DROM, hors Mayotte.

Une majorité de places en Ehpad

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) représentent 70 % des structures d'hébergement pour personnes âgées (*encadré 1*) et totalisent 80 % des places installées² (*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 autonomie³ ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) qui comptent respectivement 50 et

23 places installées, en moyenne. Le taux d'équipement moyen en structure d'hébergement pour personnes âgées – tous types confondus – atteint 120 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Ce taux d'équipement varie néanmoins selon les départements (*carte 1*). Les départements les moins équipés sont les départements et régions d'outre-mer (DROM) et la Corse, avec moins de 80 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Puis, dans 23 territoires situés dans l'est, le sud de la France (notamment le pourtour méditerranéen) et en Île-de-France, ce taux est compris entre 80 et 110 places. À l'opposé, un quart des départements (dont des départements de l'ouest et le sud du Massif central) disposent de 140 places ou plus pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus.

Graphique 1 Évolution du nombre de places installées par catégorie, de 1996 à 2019



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 le répertoire 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 2019, le nombre de places installées en Ehpad était de 610 480.

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

Sources > DREES, enquêtes EHPA 2007, 2011, 2015 et 2019.

¹ Les premiers résultats du millésime 2023 de l'enquête EHPA, collectée en 2024, seront disponibles au T2 2025.

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.

³ Le nombre de places installées représente, pour les résidences autonomie, le nombre de logements.

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

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 :	7 480	610 480	588 320	594 700	569 200	448 600	391 600	64,2
privés à but lucratif	1 810	137 590	132 810	129 700	125 500	86 000	78 200	56,8
privés à but non lucratif	2 340	177 280	169 530	174 900	165 800	123 500	106 100	59,9
publics	3 330	295 610	285 980	290 100	277 900	239 100	207 300	70,1
USLD	590	31 130	30 930	29 800	29 500	37 500	29 000	93,3
EHPA non Ehpad, dont :	280	6 450	5 090	5 900	5 800	3 700	2 700	41,5
privés à but lucratif	40	960	750	800	800	400	300	34,3
privés à but non lucratif	150	3 740	2 930	3 700	3 500	2 000	1 600	42,9
publics	60	1 190	920	700	900	600	400	31,3
établissements expérimentaux pour personnes âgées	30	560	490	700	600	700	400	66,4
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	8 350	648 060	624 340	630 400	604 500	489 800	423 300	65,3
Résidences autonomie, dont :	2 260	114 120	113 140	99 600	99 000	18 100	14 100	12,3
privées à but lucratif	90	4 250	4 100	3 800	3 700	600	500	11,8
privées à but non lucratif	660	31 850	31 500	27 600	27 400	5 200	3 700	11,7
publiques	1 510	78 020	77 540	68 200	67 900	12 300	9 900	12,6
Ensemble des établissements	10 610	762 180	737 480	730 000	703 500	507 900	437 400	57,4

ETP : équivalent temps plein ; EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées ; Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; USLD : unités de soins longue durée.

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

Note > Le nombre d'établissements comptabilisés en 2019 est inférieur au décompte des établissements du répertoire Finess, car des établissements étaient fermés ou pas encore ouverts au moment de l'enquête EHPA.

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 2019, 610 480 places installées dont 588 320 en hébergement permanent sont proposées par les 7 480 Ehpad. Le taux d'encadrement (rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées) dans cette catégorie d'établissement est de 64,2 %.

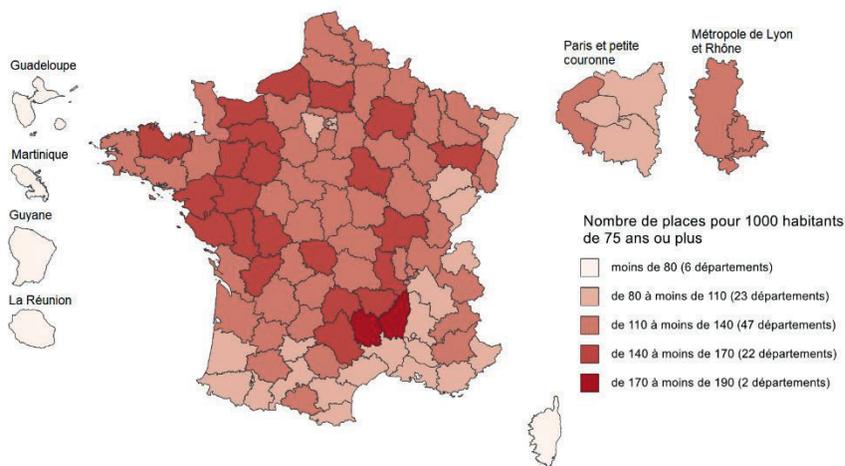
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte ; structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Source > DREES, enquête EHPA 2019.

Entre 2015 et 2019, les capacités d'accueil en résidence autonomie ont progressé de 4 %, soit davantage que l'augmentation globale de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées (+1 % au cours de la même période). La situation était inverse auparavant : l'augmentation globale était de 9 % entre 2007 et 2015, alors que les capacités d'accueil en résidence autonomie baissaient de 5,8 %. L'évolution de ces capacités d'accueil peut s'expliquer par la mise en application, en 2016, des mesures sur les résidences autonomie de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. La loi renforce leur place comme solution d'habitat intermédiaire pour personnes âgées en instaurant, notamment, le forfait autonomie leur permettant de bénéficier d'un financement spécifique pour les actions de prévention. 100 000 personnes vivent dans une des 2 260 résidences autonomie présentes en France. La hausse de la capacité d'accueil ne se traduit ni par une fréquentation accrue – le taux d'occupation des résidences autonomie

n'est que de 87 % – ni par une augmentation des effectifs – les personnels en équivalent temps plein (ETP) sont en baisse par rapport à 2015 et la présence en continu de professionnels est moins souvent assurée. La part de la population totale résidant en établissement (y 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, ce même aux âges les plus avancés. Il est plus important chez les femmes que chez les hommes, en particulier dans les tranches d'âge les plus élevées. En effet, fin 2019, 35 % des femmes de 90 ans ou plus résident en établissement pour personnes âgées, contre seulement 21 % 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.

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

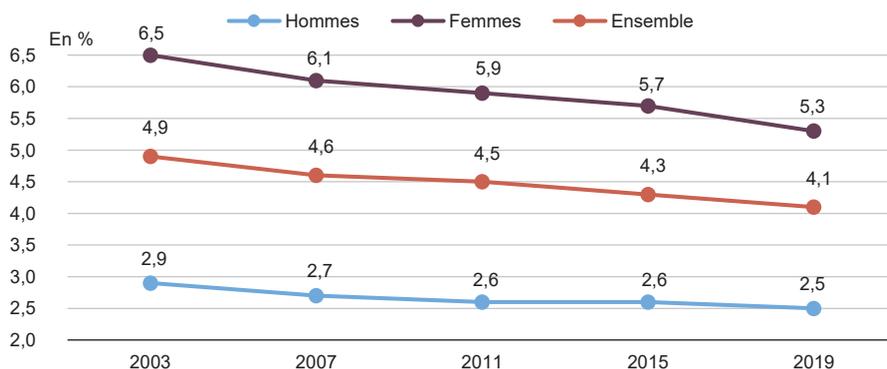


Note > Au niveau national, le nombre de places en Ehpad, EHPA, résidences autonomie et USLD est de 120 pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête EHPA 2019 ; Insee, estimation de la population 2020.

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 établissement 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 4,1 % en 2019.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquêtes EHPA 2003, 2007, 2011, 2015 et 2019 ; Insee, estimations de population, provisoires pour 2019 (arrêtées fin 2021).

Évolution des Ehpad depuis la crise sanitaire

Le nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et le nombre de places installées de ces structures varient peu entre 2019 et 2022. Ce constat masque des disparités selon la catégorie juridique de l'établissement : légère baisse du nombre de places installées dans les établissements publics (-0,3 %) et augmentation des places installées dans les établissements privés à but non lucratif (+1,5 %) et de façon moins marquée

dans les établissements privés à but lucratif (+0,6 %). Ces évolutions contrastent avec la baisse du nombre de résidents accueillis dont seuls les établissements privés à but non lucratif sont épargnés (-2 % pour l'ensemble des Ehpad et -4 % pour les établissements privés à but lucratif). Cette baisse entraîne une baisse du taux d'occupation (96,5 places occupées sur 100 places disponibles en 2022, contre 98,8 en 2019). Les structures privées lucratives sont particulièrement touchées avec un taux d'occupation de 4 points moins élevé qu'en 2019. Ces structures sont aussi celles dont l'effectif

en ETP a le plus augmenté avec 10 % supplémentaires entre 2019 et 2022 contre 5 % pour l'ensemble des Ehpad. Elles restent malgré tout les structures

avec le taux d'encadrement le plus bas au sein des Ehpad (tableau 2).

Tableau 2 Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnels des Ehpad en 2022

Catégorie d'établissement et statut juridique	Établissements	Places installées	dont places en hébergement permanent	Personnes accueillies	Personnels	Effectifs (en ETP) ¹	Taux d'encadrement (en %)
Ehpad, dont :	7 470	615 100	589 100	593 600	468 500	391 400	63,6
privés à but lucratif	1 800	138 700	132 900	126 000	93 900	75 700	54,6
privés à but non lucratif	2 360	180 000	171 000	176 100	126 100	107 600	59,8
publics	3 310	296 400	285 200	291 500	248 500	208 100	70,2

ETP : équivalent temps plein ; Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

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 2019 est celui du répertoire Finess. Il diffère de celui de l'enquête EHPA, car des établissements étaient fermés ou pas encore ouverts au moment de l'enquête.

Lecture > En 2022, les 7 470 Ehpad proposaient 615 100 places dont 589 100 en hébergement permanent. Leur taux d'encadrement était de 63,6 %.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte ; établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Sources > DREES, Badiane 2019 et 2022.

Le développement des unités de vie spécifiques

Au 31 décembre 2019, l'hébergement permanent reste le mode d'accueil principal : 97 % des places installées en établissement pour personnes âgées lui sont destinées. L'offre en hébergement temporaire et en accueil de jour tend à se stabiliser après un développement entre 2011 et 2015. Au total, fin 2019, 12 700 places sont proposées en hébergement temporaire et 15 000 en accueil de jour (y compris dans les centres d'accueil de jour exclusifs).

Depuis 2015, les espaces de vie spécifiquement destinés à accueillir des résidents qui présentent des troubles du comportement ont continué leur développement. En 2019, un Ehpad sur quatre dispose d'un pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa¹), soit plus de 1 800 établissements. En 2022², 29 % des Ehpad disposent d'un Pasa, soit 2 150 établissements. Dans le secteur public hospitalier, 37 % des établissements comportent un Pasa en 2022, 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 : 4 % des

structures en disposent en 2022 (environ 280 structures). Par ailleurs, en 2022, 56 % 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). Ils étaient 48 % fin 2019.

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]). Les soins sont, quant à eux, pris en charge par l'Assu-

¹ 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.

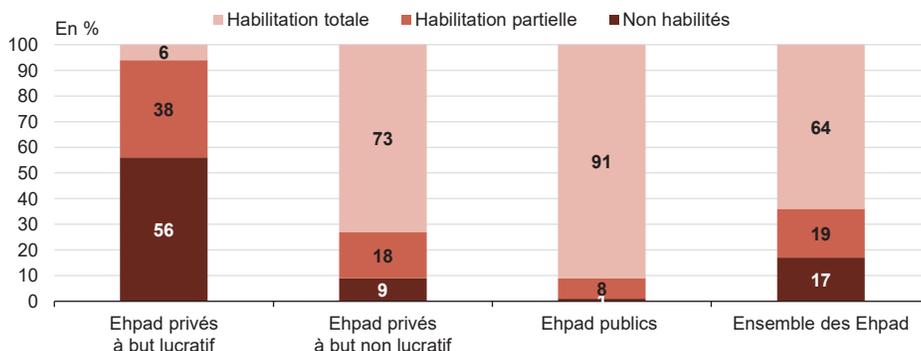
² Les données de 2022 ne sont disponibles que pour les Ehpad. Elles proviennent de la base statistique Badiane produite par la DREES. Pour plus d'informations consultez la page dédiée du site internet de la DREES : BADIANE : Base interadministrative annuelle des ESMS.

³ Dans les UHR, des activités sont proposées et des soins dispensés aux résidents accueillis qui souffrent de troubles du comportement sévères.

rance maladie. Les personnes éligibles à l'ASH doivent, pour en bénéficier, occuper une place habilitée par le département dans un établissement d'hébergement¹. Dans le secteur public, une grande majorité des Ehpad sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'ASH sur l'ensemble de leurs places (91 %), alors que ce n'est le cas que de 6 % des Ehpad privés à but lucratif (graphique 3). Six Ehpad privés à but lucratif sur dix n'ont aucune place habilitée à l'aide sociale. Dans le secteur privé à but non lucratif, 91 % des établissements disposent de places habilitées et trois Ehpad sur quatre sont habilités à l'aide sociale pour l'ensemble de leurs places. L'habilitation totale a tendance à être un peu moins souvent choisie qu'auparavant par les Ehpad

(64 % en 2019 contre 66 % en 2015 et 68 % en 2011) ; à l'inverse, la proportion d'établissements partiellement habilités a augmenté de 6 points depuis 2011 pour atteindre 19 % des Ehpad en 2019. Au total, 519 000 places habilitées (quel que soit le mode d'hébergement choisi : temporaire, permanent, accueil de jour ou de nuit) sont disponibles fin 2019 dans les divers types de structures, dont 446 500 en Ehpad (soit respectivement 67 % et 73 % du nombre total de places), ce qui représente 1,7 % de places supplémentaires par rapport à 2015. Les places habilitées sont sensiblement plus nombreuses que les bénéficiaires de l'ASH (121 000 fin 2019).

Graphique 3 Proportion d'Ehpad habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, selon le type d'habilitation, au 31 décembre 2019



Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Lecture > Au 31 décembre 2019, 56 % des Ehpad privés à but lucratif n'ont pas signé de convention d'aide sociale et n'ont donc pas de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

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

Source > DREES, enquête EHPA 2019.

Des tarifs journaliers en augmentation, qui varient selon le statut juridique de l'Ehpad

Depuis 2015, les tarifs journaliers liés à l'hébergement ont en moyenne augmenté de 11 euros dans les Ehpad, passant de 59,30 à 70,30 euros en 2022, (fin 2019 ils étaient à 65,80 euros TTC). Les places habilitées à l'ASH sont nettement moins coûteuses et augmentent moins que les autres (en moyenne, 61,25 euros contre 59,05 euros fin 2019). 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 supérieurs à ceux en cours

dans le public (en moyenne, +2 euros environ pour les places habilitées à l'aide sociale et +23 euros pour les autres en 2022).

En moyenne, en Ehpad, le tarif dépendance est en légère augmentation depuis 2015 et s'élève à 5,92 euros par jour en 2022 (5,59 en 2019 et 5,50 en 2015) pour les personnes les plus autonomes (GIR 5 à 6) et à 22,05 euros (20,75 en 2019 et 20,50 en 2015) pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 2). Le tarif dépendance varie moins en fonction du statut juridique de l'établissement que les frais liés à l'hébergement. Il est cependant moins élevé dans les établissements privés à but lucratif.

¹ Le conseil départemental a pour rôle d'habilitier les établissements à l'aide sociale, pour tout ou partie de leur capacité d'accueil. Cette habilitation permettra aux résidents éligibles de bénéficier de l'ASH. Le conseil départemental fixe les tarifs afférents à l'hébergement pour toutes les places de l'établissement, que le résident soit ou non éligible à l'ASH.

L'ordonnance Borloo du 1^{er} décembre 2005 permet aux établissements habilités à l'aide sociale de fixer librement le tarif hébergement applicable aux nouveaux résidents, lorsqu'ils ne sont pas bénéficiaires de l'aide sociale. Le tarif applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale reste quant à lui fixé par le conseil départemental.

Ces tarifs journaliers se traduisent par des frais mensuels d'hébergement qui sont supérieurs aux ressources « courantes » des résidents pour une grande partie d'entre eux (voir chapitre 8).

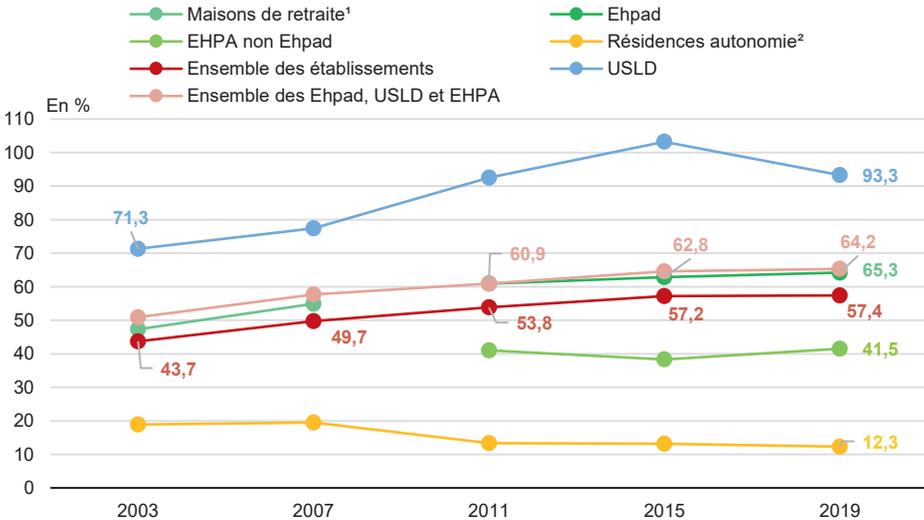
Un taux d'encadrement lié au type de structure

Fin 2019, un peu plus de 500 000 personnes travaillent dans une structure d'hébergement pour personnes âgées, pour un volume de travail correspondant à 437 400 personnes en ETP. Depuis 2015, le nombre de personnes en fonction et le nombre total d'ETP ont légèrement augmenté de respectivement 1,6 % et 1,8 %. Les femmes représentent 87 % du personnel employé. Elles sont moins représentées parmi le personnel de direction, puisqu'elles occupent 69 % des postes de directeurs et médecins directeurs. Elles sont majoritaires dans l'ensemble des métiers, hormis au sein du personnel médical (47 % des postes de médecin coordonnateur, de médecin généraliste, de gériatre, de psychiatre ou d'autre médecin spécialiste sont occupés par des femmes). Le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées, est resté stable à 57 ETP pour 100 places depuis 2015 (tous types de structures confondus)

[graphique 4]. Il diffère selon le type d'établissement et le profil des résidents accueillis : dans les structures accueillant les personnes les plus autonomes, les taux d'encadrement sont plus faibles. Ainsi, dans les résidences autonomie, au sein desquelles trois résidents sur quatre sont faiblement dépendants (GIR 5 et 6), le taux d'encadrement est inférieur à 15 ETP pour 100 places. Dans les unités de soins de longue durée (USLD), structures les plus médicalisées, après avoir progressé de 30 points entre 2003 et 2015, le taux d'encadrement a chuté de dix points depuis et le nombre d'ETP est un peu inférieur désormais, en moyenne, aux places installées. Dans les Ehpad, le taux d'encadrement s'élève à 64 ETP pour 100 places installées, contre 63 en 2015. En ce qui concerne le personnel « au chevet¹ » le taux d'encadrement en Ehpad passe de 26 ETP pour 100 places installées en 2015, à 29 ETP en 2019.

Les qualifications du personnel dépendent, pour beaucoup, des caractéristiques des établissements et de leur niveau de médicalisation. Dans les USLD, le personnel paramédical ou soignant, majoritairement composé d'aides-soignants, représente 65 % des effectifs en ETP employés. Ces postes représentent également 48 % des emplois en Ehpad.

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 : unité de soins de 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 2019, le taux d'encadrement des USLD est de 93,3 %. Celui des résidences autonomie est de 12,3 %.

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

Sources > DREES, enquêtes EHPA 2003, 2007, 2011, 2015 et 2019.

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

Des résidents de plus en plus âgés

Fin 2019, 730 000 résidents fréquentent une structure d'hébergement pour personnes âgées, soit un nombre équivalent à celui de 2015. La moitié d'entre eux ont plus de 88 ans, soit 7 mois de plus qu'en 2015. Les hommes vivant en établissement sont plus jeunes que les femmes. En moyenne, ils ont 82 ans et 5 mois, tandis que les femmes ont 87 ans et 6 mois, ce qui correspond à la différence d'espérance de vie entre les femmes et les hommes. La proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus parmi les résidents en établissement est passée de 29 % en 2011 à 35 % en 2015 et à 38 % en 2019. Cette augmentation du nombre de résidents très âgés, en grande partie due à l'allongement de l'espérance de vie, est également le reflet de l'avancée en âge des générations nées dans l'entre-deux-guerres, plus nombreuses que celles nées pendant la Première Guerre mondiale. Les caractéristiques par âge varient d'un établissement à l'autre. Les Ehpad accueillent les résidents les plus âgés. La moitié des personnes accueillies dans ces établissements ont 88 ans et 7 mois ou plus et seuls 18 % ont moins de 80 ans, alors que cette tranche d'âge représente un tiers des résidents accueillis en résidence autonomie ou en USLD.

Les femmes en établissement plus souvent seules que les hommes

Les femmes sont plus souvent sans conjoint que les hommes : 90 % pour les premières contre 74 % pour les seconds. Les femmes sont en effet 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 établissement.

Un niveau de perte d'autonomie en hausse entre 2015 et 2019

Le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents s'accroît entre 2015 et 2019. En 2015, toutes catégories de structure confondues, 83 % des résidents étaient en perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR¹ ; en 2019, ils sont 85 % (tableau 3). Les Ehpad continuent d'accueillir toujours plus de personnes dépendantes au sens de la grille AGGIR (93 % de GIR 1 à 4 en 2019 contre 91 % en 2015 et 88 % en 2011). Plus de la moitié de leurs résidents (55 %) sont très dépendants (en GIR 1 ou 2). Dans les USLD, la quasi-totalité des personnes accueillies sont dépendantes (GIR 1 à 4) et 34 % d'entre elles sont confinées au lit et souffrent d'une grave altération de leurs fonctions mentales (GIR 1), une proportion qui est en baisse par rapport à 2015 (40 %). Un peu plus de 150 000 personnes accueillies en hébergement permanent en Ehpad sont décédées en 2019, un chiffre comparable à celui de 2015. Cela représente un quart des décès annuels en France et 80 % des sorties définitives d'Ehpad. Un peu moins d'un quart de ces décès n'ont pas lieu dans l'établissement même, mais au cours d'une hospitalisation. ■

Tableau 3 Répartition des résidents selon leur niveau de dépendance par catégorie d'établissement, au 31 décembre 2019

Catégorie d'établissement	Part des résidents (en %)						
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Ehpad, dont :	16,4	38,1	18,6	20,2	4,4	2,3	100
privés à but lucratif	14,7	40,2	20,0	19,4	3,7	1,9	100
privés à but non lucratif	15,9	37,2	18,1	21,0	4,9	2,9	100
publics	17,5	37,8	18,3	20,0	4,3	2,1	100
USLD	33,6	46,8	10,5	7,5	1,1	0,5	100
EHPA	2,6	10,1	14,2	29,8	18,6	24,6	100
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	17,1	38,3	18,2	19,7	4,3	2,4	100
Résidences autonomie	0,1	1,3	4,2	18,8	19,1	56,5	100
Ensemble des établissements	15,1	33,9	16,5	19,5	6,1	8,9	100

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées ; Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; USLD : unité de soins longue durée ; GIR : groupe iso-ressources.

Lecture > En 2019, dans les Ehpad 16,4 % des résidents étaient évalués en GIR 1.

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

Source > DREES, enquête EHPA 2019.

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.

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'Open Data de la DREES.
- > Voir la page présentation de l'enquête EHPA sur le site internet de la DREES.
- > **Balavoine, A.** (2024, mai). Ehpad : un résident sur dix a moins de 75 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1302.
- > **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.

L'aide sociale aux personnes handicapées

Le dénombrement des personnes handicapées est sensible aux critères retenus pour repérer statistiquement ces dernières. Ainsi, en 2021, 6,8 millions de personnes de 15 ans ou plus vivant à domicile déclarent avoir au moins une limitation sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive et 3,4 millions déclarent être fortement restreintes dans des activités habituelles, en raison d'un problème de santé. 7,6 millions de personnes de 15 ans ou plus déclarent une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction.

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.

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

La loi du 11 février 2005¹ précise que « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Plusieurs dénombrements peuvent être élaborés en s'appuyant sur cette définition. Pour ce faire, et en mobilisant les dernières données disponibles² permettant d'approcher ces phénomènes en logement ordinaire, deux critères sont utilisés : déclarer une limitation³ sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive, ou déclarer une forte restriction dans les activités que les gens font habituellement⁴.

Une limitation fonctionnelle sévère pour 7 millions de personnes de 15 ans ou plus

Le premier critère – déclarer avoir au moins une limitation fonctionnelle sévère – couvre la population

la plus large. Selon l'enquête Vie quotidienne et santé, il concerne 13 %⁵ des personnes de 15 ans ou plus vivant hors établissement, en France métropolitaine et dans les DOM, soit 6,8 millions de personnes en 2021 (tableau 1).

Une forte restriction d'activité pour 3,4 millions de personnes de 15 ans ou plus

En 2021, 6 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent une forte restriction dans les activités que les gens font habituellement, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, soit 3,4 millions de personnes. Cette proportion atteint 11 % parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, contre 4 % de celles ayant entre 15 et 59 ans.

7,6 millions de personnes ont des limitations sévères ou des restrictions d'activité

En 2021, 7,6 millions de personnes âgées d'au moins 15 ans vivant à domicile en France déclarent une limitation fonctionnelle sévère ou une forte restriction. Elles représentent 14 % de la population de cette classe d'âge. Cette proportion augmente avec l'âge : elle est de 9 % pour les personnes âgées de 15 à 59 ans, représentant 3,3 millions de personnes, contre 25 % parmi les personnes de 60 ans ou plus⁶. En 2021, 5 % de la population des personnes âgées de 15 ans ou plus, soit 2,5 millions de personnes, dont près de 900 000 de moins de 60 ans, répondent aux deux critères à la fois. ■

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

² Il s'agit ici des résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé de 2021 (voir l'annexe 1 et Pour en savoir plus). Les premiers résultats de l'enquête Autonomie ménages 2022, plus complets et plus détaillés, seront publiés prochainement.

³ Au moins une impossibilité ou beaucoup de difficultés pour une fonction physique précise (marcher 500 mètres ou monter ou descendre une douzaine de marches d'escalier), pour une fonction sensorielle (entendre, voir) ou pour une fonction cognitive (se souvenir de quelque chose ou se concentrer).

⁴ Répondre « Oui, fortement » à la question « Êtes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème

de santé dans les activités que les gens font habituellement ? » (indicateur « GALI »).

⁵ Les prévalences du handicap diffèrent légèrement par rapport à la fiche 19 du Panorama *L'aide et l'action sociales en France en 2020*. En effet, les questions sur les limitations d'activité de l'enquête EHS 2019 ne sont pas toutes identiques à celles de l'enquête VQS 2021. De plus, la collecte de l'indicateur GALI est différente entre les deux enquêtes (Rey, 2023, encadré 4).

⁶ Les prévalences des limitations fonctionnelles et du GALI diffèrent fortement de celle affichée dans la fiche 04 pour deux raisons : la liste des limitations utilisées dans l'enquête CARE est bien plus large et la prévalence du handicap pour les seniors a diminué entre 2015 et 2021.

Tableau 1 Effectifs des différentes populations de personnes handicapées vivant à domicile, selon l'âge et la définition retenue, en 2021

		Effectifs (en milliers)			Proportion dans la population (en %)		
		de 15 ans ou plus	de 15 à 59 ans	de 60 ans ou plus	de 15 ans ou plus	de 15 à 59 ans	de 60 ans ou plus
Ensemble de la classe d'âge		54 667	37 357	17 310	100	100	100
Personnes déclarant avoir :							
Par critère	Critère 1 : Au moins une limitation fonctionnelle sévère¹	6 809	2 733	4 076	12,5	7,3	23,5
	Au moins une limitation fonctionnelle sensorielle sévère	2 771	1 021	1 750	5,1	2,7	10,1
	Au moins une limitation fonctionnelle physique sévère	4 396	1 376	3 020	8,0	3,7	17,4
	Au moins une limitation fonctionnelle cognitive sévère	1 948	949	998	3,6	2,5	5,8
	Un type de limitation	4 978	2 225	2 753	9,1	6,0	15,9
	Deux types de limitation	1 355	404	952	2,5	1,1	5,5
	Trois types de limitation	475	105	371	0,9	0,3	2,1
	Critère 2 : Une forte restriction dans les activités que les gens font habituellement²	3 380	1 411	1 968	6,2	3,8	11,4
Croisement des critères	Critère 1 et 2 à la fois	2 547	878	1 669	4,7	2,3	9,6
	Critère 1 (limitation fonctionnelle) sans critère 2 (forte restriction globale)	4 262	1 855	2 406	7,8	5,0	13,9
	Critère 2 (forte restriction globale) sans critère 1 (limitation fonctionnelle)	832	534	299	1,5	1,4	1,7
Ensemble des personnes appartenant à au moins un des groupes (critère 1 ou 2)		7 641	3 267	4 375	14,0	8,7	25,3

1. Au moins une impossibilité ou beaucoup de difficultés pour une fonction physique précise (marcher 500 mètres sur un terrain plat ou monter ou descendre un étage d'escalier, utiliser ses mains, lever un bras au-dessus de la tête), pour une fonction sensorielle (entendre, voir) ou pour une fonction cognitive (se concentrer, prendre des décisions adaptées dans la vie de tous les jours, comprendre les autres ou se faire comprendre des autres).

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

Lecture > En 2021, 7,641 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus appartiennent à au moins un des groupes (critère 1 ou 2).

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

Source > DREES, enquête Vie quotidienne et santé, 2021, traitements DREES.

Pour en savoir plus

> Les données statistiques sur le handicap et l'autonomie sont disponibles sur le site internet de la DREES.

> **Bellamy, V.** (2023, avril). *Le handicap en chiffres*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.

> **Rey, M.** (2023, février). En France, une personne sur sept de 15 ans ou plus est handicapée, en 2021. DREES, *Études et Résultats*, 1254.

> Deux numéros de la collection *Études et Résultats* sur les résultats de l'enquête Autonomie 2022 sont à paraître en novembre 2024.

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 1975¹ et destinée à compenser financièrement les conséquences du handicap ; l'aide sociale à l'accueil ; l'aide ménagère ; et enfin l'allocation d'éducation spéciale (AES), créée par la même loi de 1975, à destination des familles dont les enfants sont en situation de handicap. La loi du 11 février 2005² a élargi la prise en compte des conséquences du handicap et a notamment substitué à l'ACTP la prestation de compensation du handicap (PCH). Depuis, l'évaluation du handicap se fonde sur les limitations fonctionnelles et non plus sur un taux d'incapacité. En outre, cette loi substitue l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) à l'AES.

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

Les 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 CASF³).

Cette règle a cependant plusieurs exceptions : actuellement, seules l'aide sociale à l'hébergement en établissement et à l'accueil par des particuliers à titre onéreux, l'aide à l'accueil de jour et l'aide ménagère donnent lieu à des récupérations. La PCH et l'ACTP sont exemptes de ces récupérations.

L'allocation compensatrice pour tierce personne

Jusqu'en 2006, l'allocation compensatrice pour tierce personne constituait le dispositif principal d'aide humaine pour les personnes handicapées délivrées par les départements. Elle pouvait être demandée par toute personne âgée d'au moins 16 ans et de moins de 60 ans qui avait besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne ou dont le handicap requerrait 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 déjà avant cette date. Si une personne était déjà bénéficiaire de l'ACTP avant l'âge de 60 ans, elle peut continuer à

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).

la percevoir une fois cet âge dépassé ou opter pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ce choix devient, dans ce cas, définitif. De même, une personne bénéficiaire de l'ACTP peut, à l'occasion du renouvellement de ses droits, choisir la PCH, là encore de façon définitive. L'ACTP ne constitue pas une aide en nature, c'est-à-dire qu'elle n'est pas affectée au paiement d'un service particulier. Le bénéficiaire dispose comme bon lui semble du montant financier, qu'il réside à son domicile ou dans un établissement médico-social. Aucun recours en récupération de l'ACTP ne peut être exercé ni à l'encontre de la succession du bénéficiaire décédé, ni sur le légataire ou le donataire (art. 95 de la loi du 11 février 2005). De même, aucune récupération n'est effectuée en cas d'amélioration de la situation financière du bénéficiaire (art. 54 de la loi du 17 janvier 2002).

La prestation de compensation du handicap

La prestation de compensation du handicap (PCH) a été introduite en 2006 et a vocation à se substituer à l'ACTP. Désormais, l'aide est octroyée en fonction des limitations fonctionnelles. L'article D. 245-4 du CASF dispose : « A le droit ou ouvre le droit à la prestation de compensation [...], la personne qui présente une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités telles que définies dans le référentiel figurant à l'annexe 2-5 [du Code] ». Contrairement à l'ACTP, il s'agit d'une aide en nature, permettant de financer un ou plusieurs types de prise en charge : aides humaines, aides techniques, aménagements du logement et du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles, aides animalières. En revanche, elle ne prend pas en charge d'aides à la vie domestique (telles que le ménage, par exemple), qui peuvent parfois être couvertes par l'aide ménagère. 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 ans¹, 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'AAEH. 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 1^{er} janvier 2021, les bénéficiaires de la PCH ayant au moins un enfant peuvent bénéficier, dans le cadre de cette prestation, d'aides dédiées à la prise en charge des actes quotidiens liés à la parentalité². 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'ACTP³ et le bénéficiaire de la PCH dispose d'un taux de prise en charge compris entre 80 % et 100 %, en fonction de ses ressources⁴. 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 1^{er} janvier 2022, la PCH peut être attribuée à vie si l'état de santé de la personne handicapée ne peut pas s'améliorer. Sinon, elle est attribuée pour dix ans maximum⁵. Depuis le 1^{er} 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 et à la PCH aide humaine⁶.

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 2022, le montant de ressources à partir duquel le bénéficiaire n'est pris en charge qu'à 80 % est de 27 033,98 euros annuels. Le calcul des ressources exclut notamment les revenus d'activité professionnelle et les revenus d'activité du conjoint, ainsi que la plupart des revenus de remplacement (retraite par exemple, art. L. 245-6 du CASF). Le montant des ressources cité précédemment fait référence à l'année 2022 pour correspondre au millésime des données commentées dans les fiches suivantes.

⁵ Décret n° 2021-1932 et arrêté du 30 décembre 2021.

⁶ Décret n° 2022-570 du 19 avril 2022.

L'aide ménagère

Enfin, une autre aide sociale est attribuable aux personnes handicapées vivant à leur domicile : l'allocation représentative de services ménagers, autrement appelée l'aide ménagère. Elle permet de bénéficier d'une aide à la vie domestique (ménage, courses, entretien du linge, préparation des repas...). Cette aide est financière ou accordée en nature, sous forme de services ménagers. Son attribution est soumise à conditions de ressources et elle est cumulable avec la PCH.

L'aide sociale à l'accueil ou à l'hébergement

Les personnes qui ne peuvent rester en continu à leur domicile en raison de leur handicap peuvent être accueillies ou hébergées dans des établissements médico-sociaux (*encadré 1*). À cet égard, l'article L. 344-5 du CASF indique que si les personnes n'ont pas de ressources suffisantes, le département doit leur procurer l'aide nécessaire pour leur permettre de financer cet accueil. Cette aide sociale à l'accueil n'est toutefois pas applicable à tous les établissements médico-sociaux. Ainsi, l'hébergement 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 Creton¹, 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 bénéficiaire². Ce dernier 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. 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 1^{er} janvier 2021, la nouvelle prestation d'aide à la vie partagée (AVP) est mise en place. Elle est ouverte de plein droit et sous condition de ressources à toute personne âgée ou toute personne en situation de handicap choisissant de résider dans un habitat accompagné, partagé et intégré à la vie locale (API) conventionné. L'AVP sera octroyée à tout habitant d'un habitat inclusif dont le bailleur ou l'association partenaire a passé une convention avec le département. L'AVP est destinée à financer le projet de vie sociale et partagée mis en œuvre dans l'habitat inclusif, c'est-à-dire l'animation, mais aussi la coordination du projet de vie sociale ou la régulation du vivre-ensemble. Elle ne finance pas, en revanche, l'accompagnement individuel de la personne pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (aide et surveillance). Au cours de l'année 2021, une trentaine de départements pilotes s'étaient engagés dans ce dispositif. Fin 2022, ce sont plus de 95 départements qui se sont engagés dans le déploiement de l'AVP. ■

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.

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.

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 (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 1,29 million fin 2022, 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'AAH¹ ; elles sont 68 400 fin 2022. 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 2022, 397 300 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 2022, 382 700 personnes ont un droit ouvert à la PCH et 46 500 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 (165 300 personnes fin 2022). 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 2022, 850 500 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 2022, 18 300 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 (1 161 200 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).

47,1 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 47,1 milliards d'euros en 2022. Elles représentent 5,5 % 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 contre l'invalidité. Les prestations du risque invalidité progressent en 2022 à un rythme plus soutenu qu'en 2021 (+5,6 %, après +1,5 %). Leur croissance est notamment portée par les dépenses d'AAH et celles liées à l'accueil et à

¹ Fin 2017, 85 % des allocataires de l'ASI percevaient aussi l'AAH.

l'hébergement. Ces deux postes contribuent pour près des trois quarts de la croissance globale des dépenses liées au risque invalidité en 2022. Par ailleurs, les dépenses de rentes pour incapacité permanente partielle consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle¹ s'élèvent à

5,0 milliards d'euros en 2022. Ces dépenses augmentent de 2,5 % par rapport à 2021. Elles avaient diminué de 2,1 % entre 2019 et 2020, en lien notamment avec la réduction du nombre d'accidents du travail dans le contexte de contraction de l'activité et de recours important au télétravail du fait de la crise sanitaire.

Tableau 1 Nombre de bénéficiaires des prestations dédiées au handicap, fin 2022

	Effectif	Part pour 1 000 habitants	Répartition par âge (en %)					
			Moins de 20 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 ans ou plus
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	46 500	0,7	0	0	5	22	29	44
Prestation de compensation du handicap (PCH)	382 700	5,6	8	11	13	15	25	28
Aide sociale à l'accueil familial et en établissement (y compris de jour)	165 300	2,4	1	18	17	17	22	25
Aides ménagères	21 400	0,3	0	3	9	20	45	23
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ¹	397 300	25,1	100	0	0	0	0	0
Allocation aux adultes handicapés (AAH) ²	1 294 700	24,9	0	13	16	22	33	16
Pensions d'invalidité (jusqu'à l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite) ² , dont :	850 500	16,4	nc	1	6	18	54	20
<i>majoration pour tierce personne (MTP)²</i>	18 300	0,4	nc	0	4	14	40	42
Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ²	68 400	1,7	nc	1	7	22	54	15
Rente d'indemnisation d'incapacité permanente (rente AT-MP)	1 161 200	17,1	0	1	3	9	20	67

nc : non concerné.

1. 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 à 67 ans.

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 2022, 46 500 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) 2022, calculs DREES ; DREES, enquête Aide sociale, EACR ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

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

Les personnes handicapées² ont globalement un niveau de vie inférieur aux autres (*graphique 1*). En effet, en 2021, 57,1 % des personnes handicapées

de moins de 60 ans vivent dans un ménage dit « modeste »³, contre 37,9 % de celles ne l'étant pas.

Au sens monétaire du terme, 25,8 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans sont pauvres⁴, contre 14,4 % des personnes de la même tranche d'âge sans handicap.

¹ Ces rentes sont comptabilisées, dans les comptes de la protection sociale, au sein du risque accident du travail.

² 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 »).

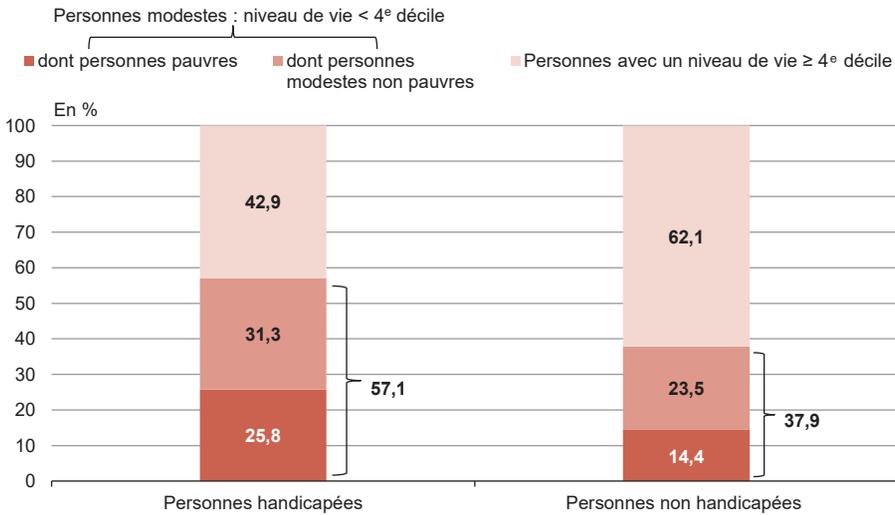
³ Il s'agit ici des 40 % des personnes dont le niveau de vie est le plus faible.

⁴ C'est-à-dire que leur niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du niveau de vie médian.

Le niveau de vie¹ médian mensuel² des ménages dont au moins un membre âgé de 15 à 59 ans présente un handicap (1 599 euros) est inférieur de 330 euros par mois, en 2021, à celui des ménages ayant des membres du même âge mais dont aucun n'a de handicap (1 928 euros) [tableau 2]. Une étude portant sur l'année 2010 (Levieil, 2017) a montré que l'écart entre le niveau de vie médian des personnes handicapées et celui des personnes sans handicap était d'autant plus marqué que les limitations étaient importantes. L'impact du handicap sur le niveau de vie varie selon le type de limitation motrice. Ainsi, une limitation mentale, visuelle ou un cumul de limitations implique un risque plus élevé de faible niveau de vie qu'une limitation motrice légère, psychique légère ou auditive. En outre, il est pos-

sible que, conceptuellement, dans la mesure du niveau de vie tiennent 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 70,3 % du revenu disponible des ménages dont au moins un membre présente un handicap et a entre 15 et 59 ans, alors qu'ils représentent 97,7 % de celui des ménages ayant des membres du même âge mais dont aucun n'a de handicap. À l'inverse, les prestations sociales³ contribuent à hauteur de 16,0 % à leurs revenus disponibles pour les premiers, contre 6,8 % pour les seconds. En particulier, la part des minima sociaux⁴ 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 2021



Note > Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage, divisé par le nombre d'unités de consommation. Le 4^e décile (D4) est la valeur 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 restriction d'activité 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 %. Les personnes handicapées représentent 5,4 % des répondants.

Lecture > En 2021, 25,8 % des personnes 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 2021.

¹ 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).

² Le niveau de vie mensuel correspond au niveau de vie calculé sur l'année puis divisé par 12.

³ 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).

⁴ 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 2021

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 restriction d'activité	Ménages avec au moins un membre âgé de 15 à 59 ans en situation de handicap ou de restriction d'activité	Ménages avec au moins un membre âgé de 15 à 59 ans mais aucun en situation de handicap ou de restriction d'activité	Ménages avec au moins un membre âgé de 15 à 59 ans en situation de handicap ou de restriction d'activité
Revenus d'activité¹	97,7	70,3	94,0	75,5
Salaires	90,4	68,0	91,8	75,1
Revenus d'indépendants	7,3	2,4	10,3	3,0
Revenus de remplacement et pensions alimentaires¹	8,4	19,8	35,2	56,6
Chômage et préretraites	3,8	5,9	24,0	27,1
Pensions d'invalidité	0,4	6,4	2,3	24,9
Retraites et pensions alimentaires	4,1	7,5	13,5	22,9
Revenus du patrimoine	5,2	5,8	84,8	78,4
Impôts directs²	-17,9	-12,0	-	-
Prestations sociales non contributives³	6,8	16,0	75,6	81,3
Prestations familiales ⁴	2,9	3,1	34,4	31,0
Allocations logement	1,3	2,4	25,2	35,7
Minima sociaux ⁵	1,3	9,2	10,4	34,8
Garantie jeunes	0,1	0,1	0,8	1,0
Indemnité inflation ⁶	0,1	0,1	47,2	41,3
Prime d'activité	1,0	1,0	26,3	20,3
Ensemble	100	100	-	-
Revenu disponible mensuel moyen des ménages (en euros)	3 637	3 026	-	-
Niveau de vie mensuel moyen des personnes (en euros)	2 175	1 747	-	-
Niveau de vie mensuel médian des personnes (en euros)	1 928	1 599	-	-

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. L'indemnité inflation est une aide exceptionnelle versée entre décembre 2021 et février 2022, pour faire face à la hausse des prix de l'énergie et des carburants.

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 2021, 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 16,0 %. 81,3 % 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.

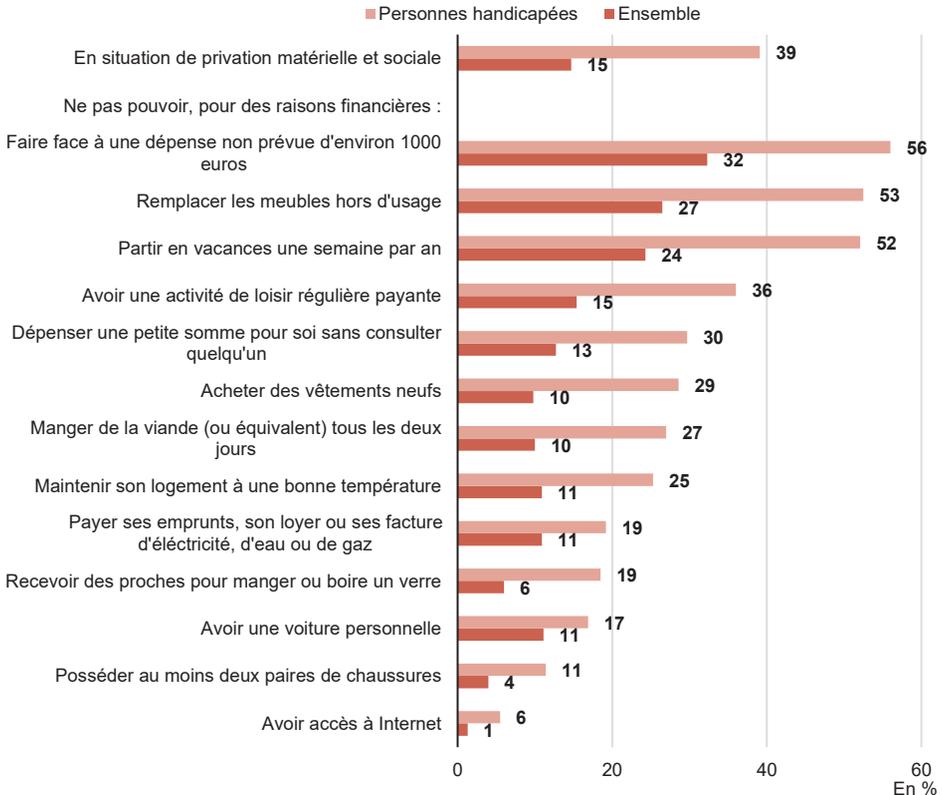
Source > Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête ERFS 2021.

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 sociale¹ en 2022, contre environ une sur six dans l'ensemble de la population du même âge (graphique 2). Cette part augmente chez les personnes handicapées depuis 2017, alors qu'elle stagne dans l'ensemble de la population. 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 (56 % et 32 % respectivement). Les personnes handicapées sont aussi plus souvent dans l'incapacité de remplacer leurs meubles hors d'usage (52 % contre 27 %) et de partir en vacances au moins une semaine par an en dehors de leur domicile (52 % contre 24 %). Une personne handicapée sur trois déclare ne pas avoir d'activité de loisir régulière payante pour des raisons financières, soit deux fois plus que dans l'ensemble de la population (36 % et 15 % respectivement). De même, un quart des personnes handicapées ne peuvent pas chauffer leur logement correctement, contre 11 % de la population dans son ensemble.

Graphique 2 Privations matérielles et sociales déclarées par les personnes handicapées en 2022



Lecture > En 2022, en France métropolitaine, 39 % des personnes handicapées âgées entre 16 et 64 ans sont en situation de privation matérielle et sociale, et 56 % ne peuvent pas faire face à une dépense non prévue d'environ 1 000 euros pour des raisons financières. Ces taux s'élevaient à 15 % et 32 % 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 2022.

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.

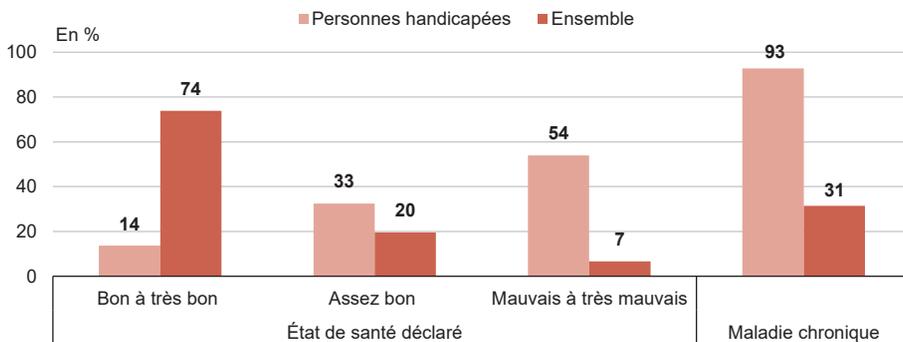
rielle et sociale si elle ne peut pas couvrir, pour des raisons financières, les dépenses d'au moins 5 des 13 éléments de la vie quotidienne jugés nécessaires ou souhaitables.

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. Plus de la moitié des personnes handicapées qualifient leur état de santé de mauvais ou de très mauvais, soit près de huit fois plus que dans l'ensemble de la population (54 % et 7 % respectivement) [graphique 3], elles sont aussi cinq fois moins souvent en bonne ou en très bonne santé que la population dans son ensemble (14 % et 74 % respectivement). De même, neuf personnes handicapées sur dix déclarent être atteintes d'une maladie chronique (93 % contre 31 %). Les consultations médicales sont plus fréquentes chez les personnes handicapées : 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. 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 2022



Lecture > En 2022, 14 % des personnes handicapées déclarent être en bonne ou en très bonne santé. Cette part s'élève à 74 % dans l'ensemble de la population.

Champ > France hors Mayotte, personnes âgées entre 16 et 64 ans vivant dans un logement ordinaire.

Source > Insee, enquêtes Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2022.

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) (2023).
- > **Cabannes, P.-Y., Chevalier, M. (dir.)** (2023, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **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.

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 2022, le nombre de prestations est passé de 266 000 à 608 000, et les dépenses annuelles de 4,6 à 9,7 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) et 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, afin de pouvoir rapprocher nombre d'aides et dépenses.

Près de 608 000 mesures d'aide sociale départementale fin 2022, pour 8,7 milliards d'euros de dépenses annuelles

Au 31 décembre 2022, 607 700 prestations¹ d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements (tableau 1). Elles se répartissent en 450 630 aides à domicile et 157 010 aides

à l'accueil. Pour l'année 2022, les dépenses brutes² associées s'élèvent à 8,7 milliards d'euros, dont 3,1 milliards pour l'aide à domicile et 5,6 milliards pour l'aide à l'accueil.

Au total, en 2022 en France, l'aide à domicile représente 74 % du nombre d'aides sociales aux personnes handicapées et 36 % des dépenses³, l'aide à l'accueil constitue 26 % des prestations attribuées et 64 % des dépenses. La dépense brute moyenne par bénéficiaire est près de cinq fois plus importante pour les aides à l'accueil : 35 740 euros en moyenne par an par bénéficiaire accueilli (soit 2 980 euros par mois), contre 6 920 euros par bénéficiaire à domicile en 2022 (soit 580 euros par mois).

D'autres dépenses sont engagées par les départements, dont celles liées à l'accompagnement SAVS et en Samsah, ainsi que des participations et des subventions. En les incluant, les dépenses brutes globales sont de 9,7 milliards d'euros pour l'année 2022.

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 ».

Tableau 1 Nombre d'aides sociales aux personnes handicapées et dépenses associées, en 2021 et 2022

	Nombre d'aides au 31 décembre			Dépenses annuelles, en millions d'euros (évolution en euros courants)			Dépenses brutes mensuelles moyennes par aide sociale départementale (en euros)
	2021	2022	Évolution 2021/2022 (en %)	2021	2022	Évolution 2021/2022 (en %)	2022
Aide à domicile, dont :	438 290	450 630	+2,8	2 821	3 119	+10,6	585
PCH et ACTP	416 740	429 200	+3,0	2 752	3 041	+10,5	599
Aide ménagère	21 550	21 440	-0,5	69	78	+13,7	303
Aide à l'accueil, dont :	153 940	157 010	+2,0	5 410	5 612	+3,7	3 008
Accueil en établissement ¹	147 790	151 210	+2,3	5 347	5 546	+3,7	3 091
Accueil familial	6 150	5 810	-5,6	63	66	+4,4	921
Total domicile + accueil	592 230	607 650	+2,6	8 231	8 731	+6,1	1 213
Autres aides, dont :	nd	nd	nd	843	956	+13,3	nd
SAVS-Samsah	nd	nd	nd	383	401	+4,8	nd
Total	nd	nd	nd	9 074	9 686	+6,7	nd

nd : non disponible ; SAVS-Samsah : services d'accompagnement à la vie sociale et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

1. Y compris accueil de jour.

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

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 2022, 607 650 personnes handicapées sont bénéficiaires d'une aide sociale, dont 450 630 à domicile.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

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

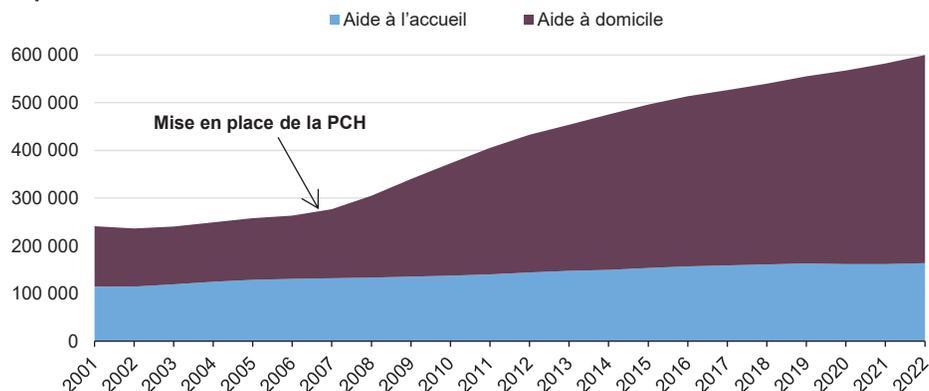
Entre 2001 et 2022 le nombre moyen d'aides sociales aux personnes handicapées au 31 décembre a été multiplié par 2,5 et les dépenses annuelles par 3,1 en euros courants (et par 2,3 en euros constants, c'est-à-dire en tenant compte de l'inflation¹) [graphiques 1 et 2]. Cette hausse s'explique par l'élargissement 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 continuellement : entre 1 % et 5 % de croissance chaque année (+2,0 % par an en moyenne). En 2020, pour la pre-

mière fois, le nombre moyen d'aides à l'accueil diminue (-0,3 %), en lien avec la crise sanitaire. En 2021, le nombre de mesures d'aide sociale repart à la hausse, et continue d'augmenter en 2022 (+1,6 entre 2021 et 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 autour de +3 % par an et est encore de 3,5 % entre 2021 et 2022.

¹ 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

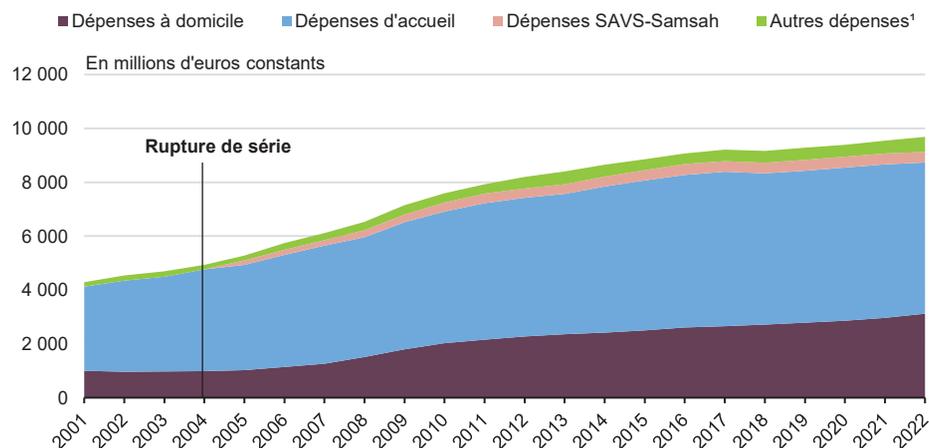
2022, cet indice a augmenté de 5,0 % en moyenne annuelle.

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

Lecture > En moyenne en 2022, 599 940 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 2022 : 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 2022, les dépenses d'aides à domicile des personnes handicapées s'élèvent à 3,1 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 58 % des dépenses totales aux personnes handicapées en

2022, contre 75 % au début des années 2000. Elles augmentent de 3,7 % en 2022, en euros courants, et les dépenses d'aide à domicile de 11 %. Au total, en 2022, les dépenses d'aides aux personnes handicapées sont en hausse de 6,7 % par rapport à 2021. 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

moins 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 depuis sur un rythme plus modéré (-0,4 % par an en moyenne en euros constants ; +0,5 % en euros courants). Elle est de 585 euros en moyenne par mois et par bénéficiaire en 2022. 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 2022, la dépense moyenne par bénéficiaire s'établit à 2 854 euros en moyenne par mois et par bénéficiaire.

De fortes disparités départementales

En 2022, le nombre d'aides sociales aux personnes handicapées est en moyenne de 9,0 pour 1 000 habitants sur le territoire national¹. Ces aides sociales se répartissent de façon très inégale sur le territoire : de 3,0 ‰ à 17,0 ‰ selon les départements en 2022 (*carte 1*). Dans 42 collectivités, cette proportion est relativement proche de la médiane² (entre 90 % et 110 % de la médiane), égale à 9,3. Plus d'un tiers des territoires ont un taux supérieur à 9,9 ‰ (110 % de la médiane), dont 15 au-dessus de 11,6 ‰ (130 % de la médiane). À l'inverse, 3 départements ont un ratio *t* faible (inférieur à 6,3 ‰, soit 70 % de la médiane) et dans 16 autres, il est compris entre 6,3 ‰ et 8,1 ‰, soit entre 70 % et 90 % de la médiane.

En matière de dépenses moyennes par bénéficiaire, les disparités sont également marquées (*carte 2*). En 2022, 4 départements sur 10 dépensent en moyenne entre 12 510 et 15 290 euros par an et par bénéficiaire, des montants relativement proches (plus ou moins 10 %) de la valeur médiane, égale à 13 900 euros. Dans 5 collectivités, ce montant varie de 7 700 à 9 700 euros et est donc inférieur à 70 % de la médiane. À l'opposé, 8 départements ont des dépenses par bénéficiaire supérieures à 18 100 euros (soit 130 % de la médiane).

¹ Ce qui ne veut pas dire que 9,0 personnes pour 1 000 sont en situation de handicap ; il s'agit ici d'une mesure administrative qui ne concerne que les personnes handicapées qui font la demande d'une aide et dont le dossier a été accepté.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces disparités :

- des prévalences du handicap variables selon les territoires ;
- des portages politiques plus ou moins fort 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.

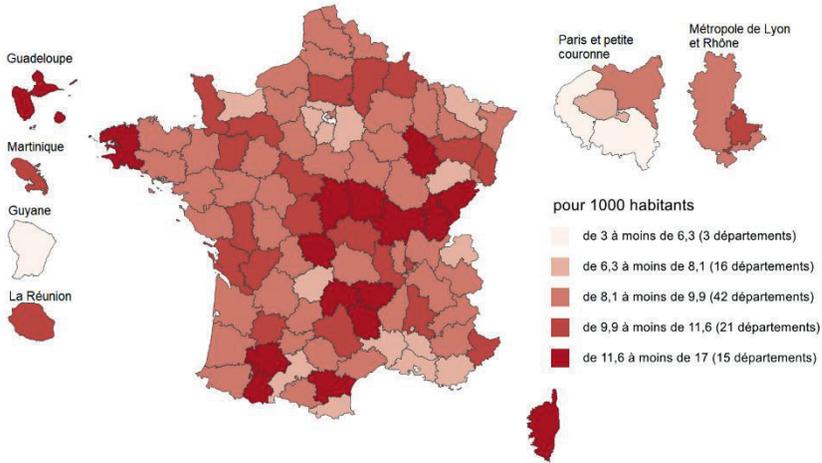
Les bénéficiaires des aides sociales à l'accueil et à l'hébergement majoritairement masculins

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 22 % pour les bénéficiaires de la PCH et celle des personnes de 50 à 59 ans est de 23 % contre 25 %.

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 2022

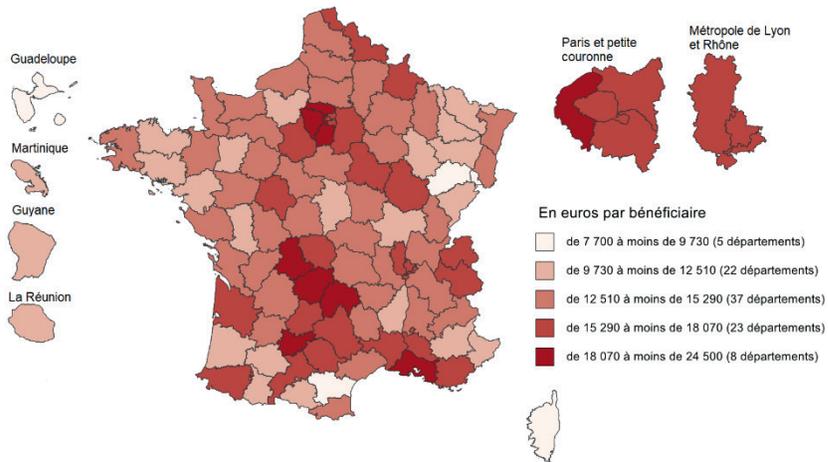


Note > Au niveau national, au 31 décembre 2022, la proportion de personnes handicapées bénéficiaires d'une aide sociale départementale est de 9,0 pour 1 000 habitants. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 9,3 pour 1 000 habitants.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

Carte 2 Dépenses brutes annuelles moyennes par aide sociale départementale aux personnes handicapées, en 2022

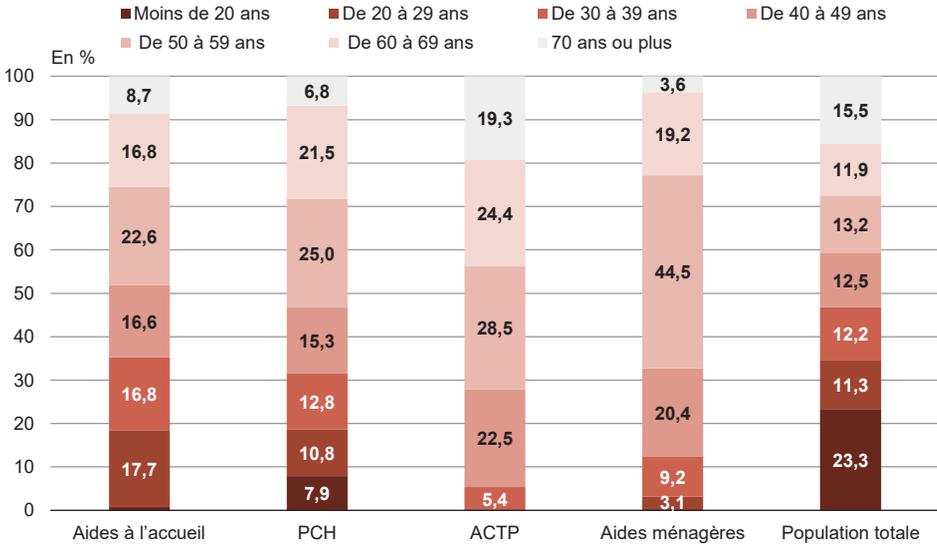


Note > Au niveau national en 2022, la dépense annuelle moyenne par bénéficiaire de l'aide sociale pour les personnes handicapées s'élève à 14 100 euros. La médiane, c'est-à-dire la valeur au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 13 900 euros. Les dépenses présentées ici ne comprennent pas les dépenses des services d'accompagnement (SAVS, Samsah...) et les autres dépenses.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 3 Répartition par âge des personnes handicapées selon le type d'aides, au 31 décembre 2022



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

Lecture > 7,9 % 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 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

Les personnes de moins de 20 ans¹ bénéficient presque uniquement de la PCH. Ils représentent 7,9 % 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 25 personnes pour 1 000 de moins de 20 ans en France fin 2022, contre 1,9 ‰ pour la PCH. La PCH « enfants » ne peut être attribuée qu'aux parents disposant de l'AEEH de base. Si leurs droits sont ouverts

pour un complément AEEH, ils ont le choix entre bénéficier d'un tel complément ou bien des éléments de la PCH. Seul l'élément 3 de la PCH, « aménagement du logement et du véhicule et éventuels surcoûts résultant du transport », est cumulable avec un complément AEEH, ou accessible lorsqu'il n'y a pas de droits ouverts aux compléments AEEH. Par ailleurs, les aides à l'accueil ne concernent pas les personnes de moins de 20 ans, dans la mesure où les établissements pour enfants et adolescents handicapés relèvent d'un financement par l'Assurance maladie et ne sont donc pas concernés par l'aide sociale départementale. ■

Pour en savoir plus

- > 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.*

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.

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

Fin 2022, 429 200 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 3,0 milliards d'euros. La croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH est toujours soutenue (+4,2 % entre fin 2021 et fin 2022) mais moins élevée que les années précédentes. 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 1^{er} 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 et à la PCH aide humaine.

Le développement de la PCH encore très soutenu

En 2022, la croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH est une nouvelle fois soutenue : 382 700 personnes en sont bénéficiaires (*tableau 1*), c'est-à-dire qu'elles ont un droit ouvert à cette prestation (*encadré 1*). C'est 4,2 % de plus qu'en 2021. Dans le même temps, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue de 6,0 % et atteint 46 500 personnes fin 2022. Au total, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH a été multiplié par plus de 3 depuis fin 2005, passant de 136 500 à 429 200 fin 2022 (+3,0 % entre fin 2021 et fin 2022).

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	2021	2022	2005/2010	2010/2015	2020/2021	2021/2022
Nombre de bénéficiaires, en milliers										
ACTP et PCH, dont :	137	247	342	399	417	429	12,6	6,8	4,4	3,0
ACTP	137	92	69	52	49	47	-7,7	-5,6	-4,7	-6,0
PCH	-	155	273	347	367	383	-	12,0	5,8	4,2
Part de la PCH dans le total (en %)	-	63	80	87	88	89				
Dépenses annuelles, en millions d'euros courants										
ACTP et PCH, dont :	753	1 652	2 171	2 607	2 752	3 041	17,0	5,6	5,6	10,5
ACTP	753	559	447	352	335	324	-5,8	-4,4	-4,7	-3,4
PCH	-	1 094	1 724	2 255	2 417	2 717	-	9,5	7,2	12,4
Part de la PCH dans le total (en %)	-	66	79	86	88	89				
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire, en euros courants										
ACTP et PCH	466	590	541	552	562	599	4,8	-1,7	1,9	6,6
ACTP	466	486	528	548	550	563	0,9	1,7	0,5	2,2
PCH	-	662	544	553	564	604	-	-3,8	2,1	7,1

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

Note > Pour le calcul de la dépense mensuelle moyenne par bénéficiaire, le nombre moyen de bénéficiaires sur l'année est estimé comme la demi-somme des effectifs au 31 décembre des années n et $n-1$. Il s'agit donc d'une approximation.

Lecture > Fin 2022, 383 000 personnes handicapées sont bénéficiaires de la PCH.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

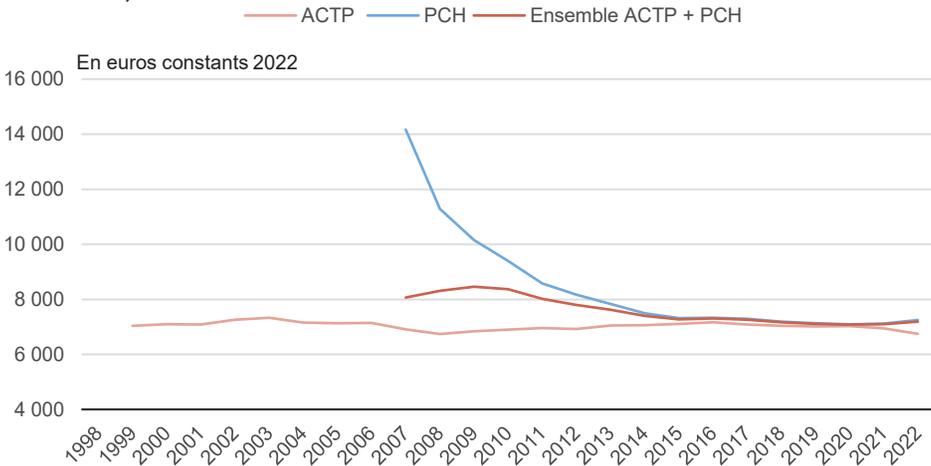
Parallèlement au nombre d'aides, les dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP progressent de 10 % entre 2021 et 2022 pour s'établir à 3,0 milliards d'euros. La baisse des dépenses d'ACTP de 1,3 milliard d'euros (-3,4 %) est très inférieure à la hausse de celles de PCH (+5,2 milliards d'euros, soit +12 %). 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 humaine¹ 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 techniques² ainsi que l'aménagement du logement, entraînant des dépenses qui peuvent être élevées (même si elles sont plafonnées) et dépasser celles de l'ACTP. Ces aides techniques sont par ailleurs cumulables avec de l'aide humaine dans le cadre de la PCH. La baisse tendancielle de la dépense moyenne de PCH par bénéficiaire s'est atténuée avec le temps. Elle augmente même légèrement en 2022 (+1,8 % en euros constants).

Graphique 1 Évolution des dépenses annuelles moyennes d'ACTP et de PCH par bénéficiaire, de 1999 à 2022



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 2022, la dépense moyenne par bénéficiaire de l'ACTP s'élève à 6 800 euros et celle de la PCH à 7 200 euros.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Cependant, en 2022, la dépense totale de PCH augmente de façon spectaculaire en euros courants (+12,4 %), du fait de la progression du nombre de bénéficiaires et du contexte inflationniste.

Entre 2015 et 2022, 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 2021 et même -2,9 % entre 2021 et 2022). Dans l'hypothèse où les bénéficiaires souffrant des handicaps les plus lourds auraient déjà opté pour la PCH, ceux qui souhaitent encore conserver l'ACTP sont probablement ceux pour lesquels la PCH

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.

n'offre pas une meilleure prise en charge. Ils reçoivent donc *a fortiori* une aide relativement élevée par rapport à la moyenne observée jusqu'alors pour l'ACTP. En complément, pour les nouveaux bénéficiaires d'une aide humaine, seule la PCH est attribuable, y compris pour ceux qui ont de moindres besoins.

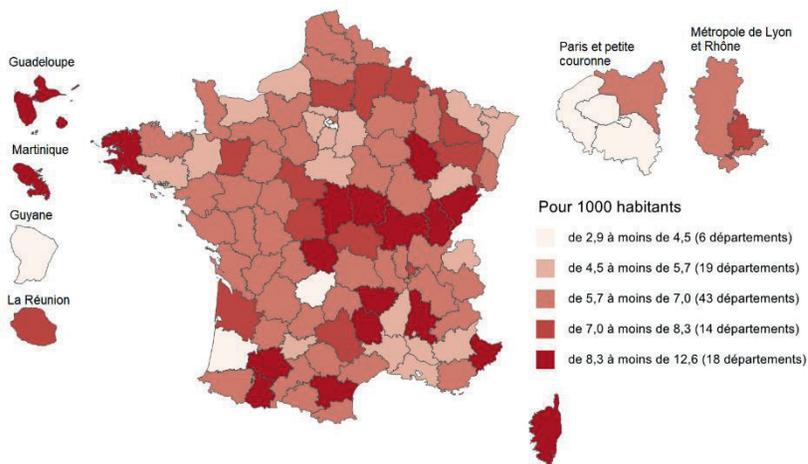
Au total, les dépenses par bénéficiaire de la PCH et de l'ACTP convergent. Toutes allocations confondues, la dépense globale par bénéficiaire a augmenté avec la création de la PCH, puis a diminué entre 2010 et 2015. Entre 2021 et 2022, elle augmente de 6,6 % en euros courants et de 1,3 % en

euros constants. En 2022, elle s'établit à 7 200 euros par an et par bénéficiaire, soit 599 euros par mois.

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

En 2022 en France, 6,3 personnes sur 1 000 sont bénéficiaires de l'une des deux prestations, dont 5,6 ‰ pour la PCH et 0,7 ‰ pour l'ACTP. Elles se répartissent de façon inégale d'un département à l'autre : de 2,9 ‰ à 12,6 ‰ (carte 1).

Carte 1 Taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP, au 31 décembre 2022



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

Note > Au niveau national, au 31 décembre 2022, le taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est de 6,3 pour 1 000 habitants. La valeur médiane, c'est-à-dire celle au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 6,4 pour 1 000 habitants.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

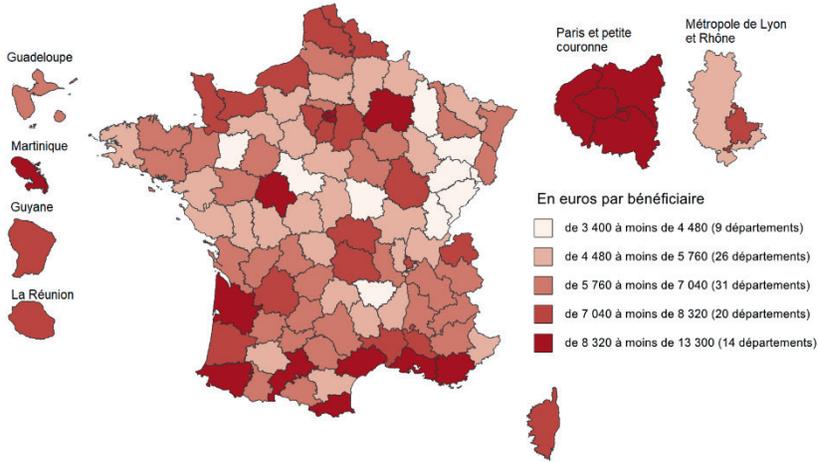
Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

Si plus d'un département sur deux a un taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP compris entre 5,7 ‰ et moins de 8,3 ‰ – soit entre 0 % et 130 % de la médiane, qui s'élève à 6,4 ‰ – les autres collectivités s'en éloignent davantage. Cette proportion est particulièrement élevée dans 18 collectivités où elle est supérieure à 8 ‰, c'est-à-dire à 130 % de la médiane. À l'inverse, 6 collectivités se distinguent par des taux plus faibles, inférieurs à 4,5 ‰. Il s'agit notamment de départements franciliens et de la Guyane. Ces différences peuvent s'expliquer par :

- des différences territorialisées de prévalence du handicap ou de répartition par âge de la population ;

- des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;
- la montée en charge de la PCH, qui n'est pas encore achevée et qui peut être plus avancée dans certains départements que dans d'autres.
- le fait que le remplacement de la PCH ou de l'ACTP par l'APA aux âges avancés peut être plus ou moins prononcé selon le territoire.

Les dépenses annuelles moyennes de PCH et d'ACTP par bénéficiaire sont elles aussi hétérogènes d'un département à l'autre, allant de 3 400 à 13 300 euros en 2022 (carte 2).

Carte 2 Dépenses annuelles brutes de PCH et d'ACTP moyennes par bénéficiaire en 2022

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 7 200 euros par bénéficiaire en 2022. La valeur médiane, c'est-à-dire celle au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 6 400 euros par an et par bénéficiaire.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Dans un département sur dix, elles varient entre 5 800 et 7 100 euros, soit entre 90 % et 110 % de la médiane (égale à 6 200 euros). Près d'une quarantaine de collectivités ont des dépenses plus faibles, et dans 10 départements, elles sont même inférieures à 4 500 euros, soit 70 % de la valeur médiane. À l'opposé, un cinquième des collectivités ont une dépense moyenne comprise entre 7 100 et 8 400 euros, et 14 dépensent, par an et par bénéficiaire, de 8 400 à 10 300 euros (soit de 130 % à 160 % de la médiane). Enfin, 2 départements (l'Hérault et les Bouches-du-Rhône) se distinguent par des dépenses moyennes particulièrement élevées, supérieures à 10 000 euros par bénéficiaire et par an.

La PCH essentiellement destinée à l'aide humaine

La PCH permet de financer cinq types de dépenses. En 2022, 90 % d'entre elles sont consacrées à l'aide humaine, 6,8 % à l'aménagement du logement, du véhicule ou à des surcoûts liés au transport, 1,2 % à l'aide technique¹. 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 0,3 % 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 familiaux². Plus d'un quart peut également faire intervenir des services prestataires. Plus rares sont ceux qui emploient directement un salarié (11 %) ou font appel à des services mandataires (1,3 %). Par ailleurs, plus d'un bénéficiaire payé sur cinq l'est dans le cadre d'un forfait surdité ou cécité³.

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

La PCH des moins de 20 ans ou PCH « enfant » concerne 8,2 % des bénéficiaires de la PCH fin 2022, soit 31 500 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 25 personnes pour 1 000 de moins de 20 ans en France, soit 397 300 personnes fin juin 2022. La dépense annuelle associée à la PCH « enfant » s'élève à 327 millions d'euros en 2022, soit 12,0 % de la dépense totale de PCH des conseils départementaux. La dépense annuelle par bénéficiaire est en moyenne de 10 400 euros pour les moins de 20 ans, soit 65 % de plus que la dépense moyenne par bénéficiaire des 20 ans ou plus.

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.

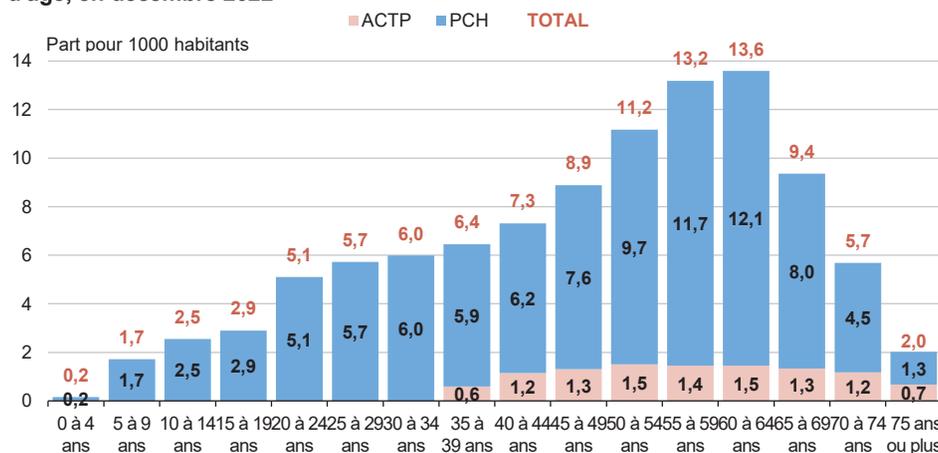
³ La somme de ces parts n'est pas égale à 100 % car un même bénéficiaire peut recourir à différents types d'intervenants.

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'ACTP¹ dans la population varie fortement selon l'âge (*graphique 2*). Elle double quasiment à 20 ans, passant de 2,9 bénéficiaires pour 1 000 habitants entre 15 et 19 ans à 5,1 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.

Le taux de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP augmente avec l'âge. Il est de 11 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 13 et 14 bénéficiaires pour 1 000 habitants en 2022). Il diminue ensuite pour atteindre 2,0 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 l'ACTP basculent vers l'APA.

Graphique 2 Part des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dans la population par tranche d'âge, en décembre 2022



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

Note > Les chiffres en gras correspondent à la part totale des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dans la population par âge.

Lecture > Fin décembre 2022, 1,3 % des 75 ans ou plus sont bénéficiaires de la PCH.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

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

Au cours de l'année 2016², 11 % des bénéficiaires sont entrés ou sortis de la PCH³. Plus nombreux avant 60 ans, les entrants sont nettement plus jeunes que les sortants : 44,6 ans en moyenne, contre 49,5 ans pour les sortants. La proportion d'entrants est importante à 20 ans en raison de la fin de l'éligibilité à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) à cet âge. Les décès, les déménagements, le fait de percevoir une autre

aide ou de ne plus être éligible à la PCH constituent les principaux motifs de sortie de la prestation. En 2016, près 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

¹ Les plus jeunes bénéficiaires de l'ACTP ont 33 ans fin 2020, car ils devaient avoir au moins 16 ans (âge minimal pour bénéficier de cette prestation) en 2005 (dernière année avant son remplacement par la PCH).

² 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.

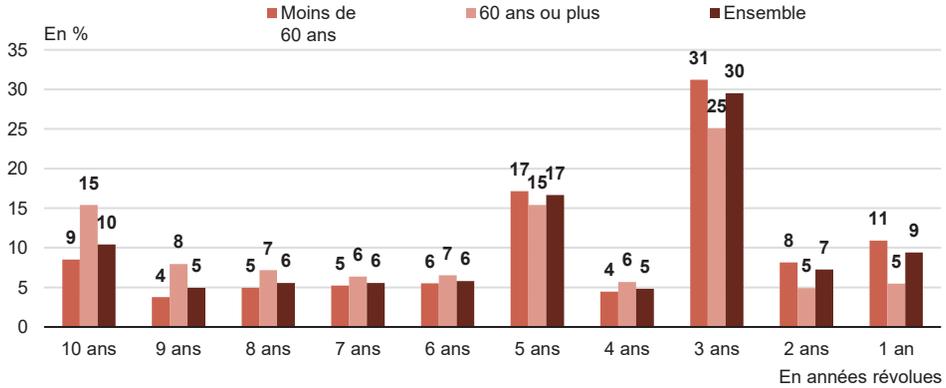
³ Les entrants sont définis ici comme les personnes comptabilisées parmi les bénéficiaires au 31 décembre 2016, mais pas au 31 décembre 2015. À l'inverse, les sortants sont les personnes présentes au 31 décembre 2015 et absentes au 31 décembre 2016. Le renouvellement de la PCH, qui doit être réalisé généralement tous les cinq ans, n'est pas comptabilisé comme une entrée ou une sortie.

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

(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). ■

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



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, 72 % des bénéficiaires au 31 décembre 2022 ont été payés au titre du mois de décembre 2022.

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.

Fin 2022, 157 000 personnes handicapées sont aidées financièrement pour leur accueil en établissement ou chez des particuliers. Cela représente une dépense annuelle de 5,6 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 3 000 euros en moyenne par mois, en 2022, 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 2022, 26 % des aides départementales octroyées aux personnes handicapées. Les dépenses brutes associées représentent, quant à elles, 58 % de celles consacrées par les départements à l'aide sociale aux personnes handicapées pour l'ensemble de l'année 2022.

Le nombre de bénéficiaires d'aides à l'accueil repart à la hausse depuis 2021, après une baisse inédite en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire

Fin 2022, 157 000 personnes handicapées sont accueillies en établissement ou par des particuliers, et bénéficient à ce titre d'une aide. Le nombre de bénéficiaires progresse de nouveau en 2022 (+2,0 %, après +1,5 % en 2021), après avoir connu une baisse inédite en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire (-1,5 % 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*).

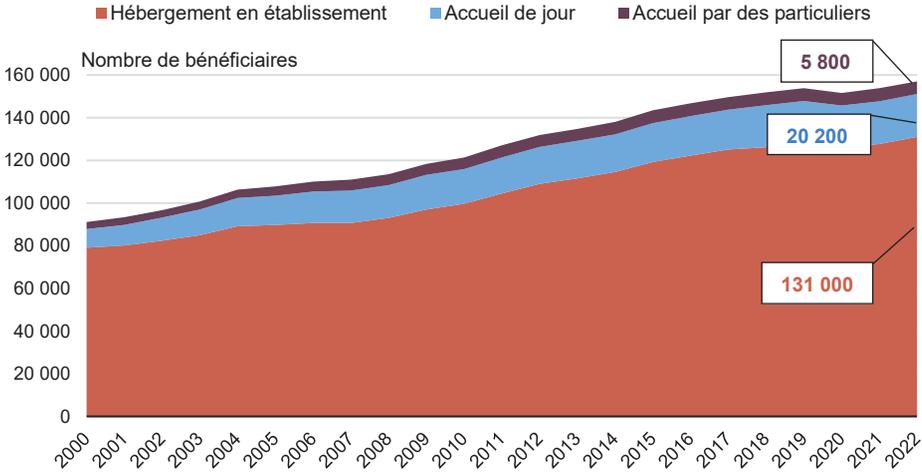
Fin 2022, 131 000 personnes perçoivent une aide sociale pour un hébergement en établissement, soit 83 % des bénéficiaires d'une aide à l'accueil, hors ACTP en établissement. L'aide pour un accueil de jour en établissement est perçue, quant à elle, par 20 200 personnes handicapées. Enfin, une minorité de prestations concernent un accueil par des particuliers : 5 800 personnes.

Parmi les personnes bénéficiant d'une aide pour un hébergement en établissement fin 2022, 27 % vivent en foyer d'hébergement et 36 % en foyer de vie, soit un total de 82 500 personnes pour 96 000 places en établissement d'accueil non médicalisé. Deux bénéficiaires d'une aide à l'hébergement en établissement sur dix (21 %) résident en foyer d'accueil médicalisé (27 400 personnes pour 32 400 places) et 16 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad et EHPA non Ehpad) ou en unité de soins de longue durée (21 100 personnes).

La baisse de la dépense moyenne par bénéficiaire se poursuit en 2022

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 5,6 milliards d'euros en 2022, soit une augmentation de 3,7 % en euros courants par rapport à 2021. 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 2022, les dépenses annuelles d'aide sociale à l'accueil sont relativement stables (-0,4 % en euros constants, soit une progression de 1,6 % en euros courants).

Graphique 1 Nombre de personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale à l'accueil au 31 décembre, de 2000 à 2022



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.

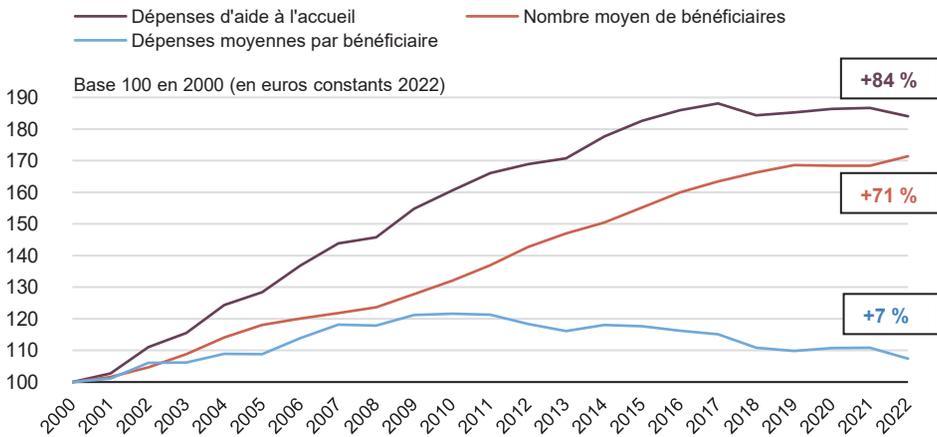
Jusqu'en 2018, les bénéficiaires de l'ASH des personnes handicapées âgés de 65 ans ou plus dans le département du Pas-de-Calais étaient comptabilisés parmi les bénéficiaires de l'ASH des personnes âgées. À partir de 2019, ces bénéficiaires sont bien dénombrés parmi les aides sociales à l'hébergement 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 > Le nombre de personnes handicapées bénéficiant d'une aide sociale départementale à l'accueil est passé de 91 100 fin 2000 à 157 000 fin 2022, dont 131 000 pour un hébergement en établissement.

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, de 2000 à 2022



Note > Les évolutions de dépenses sont indiquées en euros constants 2022. Elles sont donc déflatées de l'indice général des prix à la consommation de l'ensemble des ménages de la France entière.

La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année n au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre $n-1$ et des bénéficiaires au 31 décembre n . Les dépenses brutes d'aides à l'accueil comprennent celles liées à l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers. Les dépenses liées à l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), à l'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et aux autres dépenses d'accueil ne sont pas prises en compte ici.

Lecture > La dépense moyenne par bénéficiaire a augmenté de 7 % entre 2000 et 2022.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

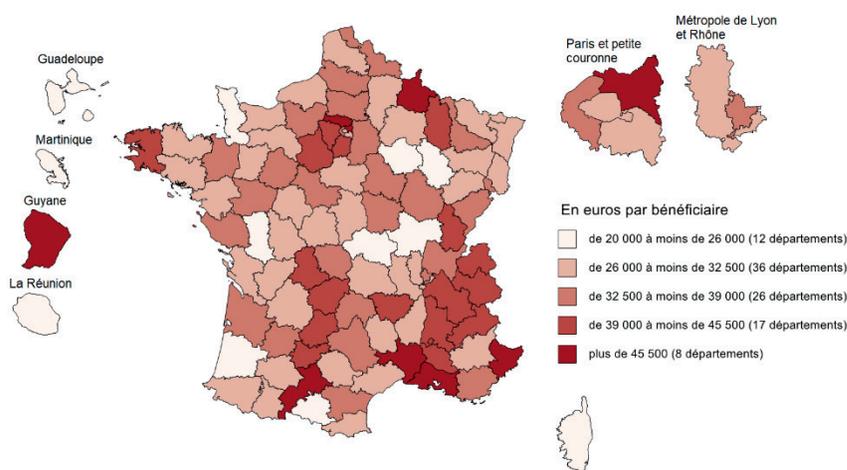
Source > DREES, enquête Aide sociale.

En 2022, la dépense moyenne d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire est de 36 100 euros par an, soit 3 000 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 : -1,0 % en euros constants en moyenne par an (+0,4 % en euros courants). En 2022, la dépense moyenne d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire baisse de 3,1 % en euros constants par rapport à 2021 (+1,9 % en euros courants).

La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire varie du simple au triple d'un département à l'autre : de 20 000 à 59 100 euros en 2022 (**carte 1**). La moitié

des départements consacrent moins de 32 500 euros par an à leurs bénéficiaires alors qu'ils sont un quart à leur attribuer au moins 39 000 euros (120 % de la valeur médiane), dont 8 collectivités au-delà de 45 500 euros. Ces écarts sont à nuancer en raison des différences départementales de gestion de l'aide sociale à l'hébergement : les dépenses brutes d'aide à l'accueil peuvent inclure ou non des avances faites par le département aux bénéficiaires. Toutefois, cela ne suffit pas à expliquer l'ensemble des disparités. D'autres facteurs explicatifs peuvent être avancés : les différences de structure démographique (population plus ou moins âgée notamment) et économique des territoires, ou encore la variation du coût à la place. ■

Carte 1 Dépenses annuelles brutes d'aide sociale à l'accueil par bénéficiaire en 2022



Note > Au niveau national, la dépense moyenne par bénéficiaire et par an est de 34 300 euros. La valeur médiane, au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 32 500 euros. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année n au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre $n-1$ et des bénéficiaires au 31 décembre n . Les dépenses brutes d'aides à l'accueil comprennent celles liées à l'aide à hébergement ou à l'accueil de jour en établissement et l'accueil par des particuliers. Les dépenses d'aide à l'hébergement des jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés (amendement Creton), d'aide à l'accompagnement en SAVS et Samsah et les autres dépenses d'accueil ne sont pas prises en compte ici.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; ISD n° F110.

Pour en savoir plus

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

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 accompagnent 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. 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 (+68 % 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 et les foyers pour adultes. 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.

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

Les personnes accompagnées (en journée ou en hébergement) dans les structures pour adultes ou enfants handicapés se distinguent de l'ensemble de la population par une surreprésentation masculine (67 % des enfants et 59 % des adultes) [*graphique 2*]. Cette surreprésentation est particulièrement marquée entre 8 et 20 ans. On retrouve cette même caractéristique dans la population des jeunes handicapés qui ne résident pas en établissement¹. La pyramide des âges des personnes 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. Les jeunes enfants sont en effet pris en charge par leur famille ou par des modes d'accueil non spécifiques aux enfants handicapés. Très peu d'enfants de moins de 3 ans sont donc accompagnés en établissements médico-sociaux. Ils ne représentent que 0,2 % des personnes accueillies, contre 3,6 % de l'ensemble de la population âgée de 0 à 70 ans. 1,7 % des enfants accompagnés par ces structures ont moins de

¹ D'après l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) menée en 2021 en « logements ordinaires », 67 % des 10-19 ans ayant une reconnaissance de handicap ou de perte d'autonomie sont des hommes (66 % des 10-14 ans et 68 % des 15-19 ans) et 58 % des 10-19 ans

ayant au moins une limitation fonctionnelle sévère sont des hommes (62 % des 10-14 ans et 54 % des 15-19 ans).

6 ans alors qu'ils représentent 7,4 % de la population. À l'autre extrême de la pyramide des âges, les 60 ans ou plus sont, en proportion, moins nombreux

dans les établissements médico-sociaux. Une partie d'entre eux sont accueillis dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

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

	Situation au 31 décembre 2022 ¹				
	Nombre de structures	Nombre de places	Nombre de personnes accompagnées (au 31/12/2018)	Personnels (en ETP)	Taux d'enca-drement (ETP pour 100 places)
Ensemble des structures	12 380	531 000	478 960¹⁰	270 300	51
Ensemble des structures pour enfants	4 030	173 700	167 310¹⁰	99 900	58
Établissements pour enfants, dont :	2 380	117 800	110 860	83 300	71
IME	1 380	75 700	72 050	50 400	67
Itep	490	19 700	15 960	13 800	70
Établissements pour enfants polyhandicapés	190	5 500	5 930	6 100	111
IEM	140	7 500	7 080	6 800	91
Instituts pour jeunes déficients sensoriels ²	110	7 900	6 790	5 400	68
Autres établissements ³	70	1 500	3 050	800	53
Services pour enfants⁴	1 650	55 900	57 850	16 600	30
Ensemble des structures pour adultes	8 270	355 700	311 650¹⁰	169 800	48
Établissements pour adultes, dont :	6 700	294 300	293 920	160 200	54
Esat	1 490	120 500	125 650	26 200	22
Centres de formation et d'orientation professionnelle ⁵	170	11 600	8 880	3 800	33
Foyers ⁶	4 930	159 800	154 120	129 400	81
Autres établissements ⁷	110	2 400	5 270	800	33
Services pour adultes⁸	1 570	61 400	64 190	9 600	16
Lieux de vie et d'accueil et établissements expérimentaux pour personnes handicapées⁹	80	1 600	30	600	38

IME : instituts médico-éducatifs ; Itep : instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogique ; IEM : instituts d'éducation motrice ; Esat : établissements et services d'aide par le travail.

1. Sauf pour le nombre de personnes accompagnées qui correspond à la situation au 31 décembre 2018.

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

3. Autres établissements pour enfants : établissements d'accueil temporaire, jardins d'enfants spécialisés, établissements expérimentaux et foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés.

4. Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad).

5. 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).

6. Foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalents, maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées (EAM), établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées (EANM).

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.

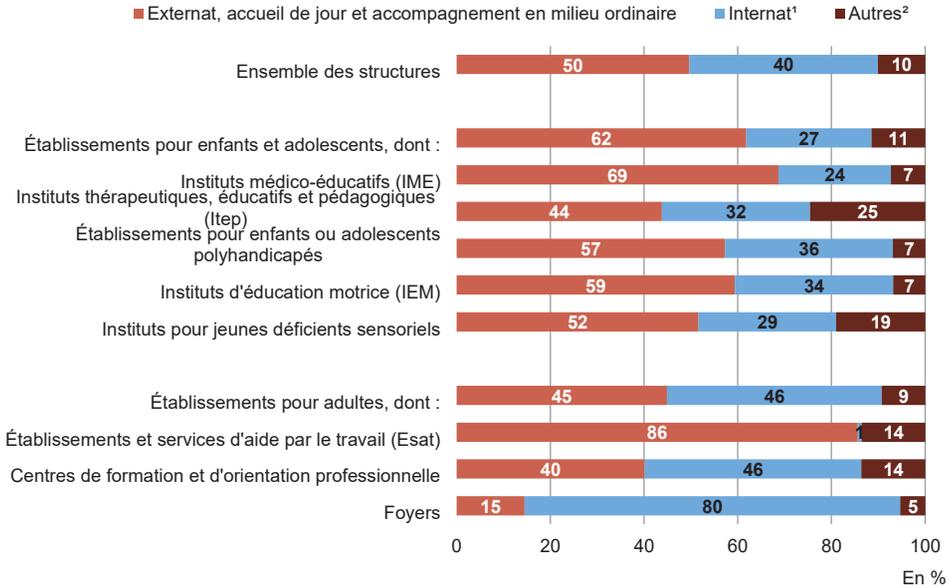
10. Nombre total de personnes accompagnées calculées sans double compte. Une même personne peut en effet être accompagnée dans deux structures à la fois. De ce fait, la somme des personnes accompagnées par chaque type de structure n'est pas égale au total, calculé lui, sans double compte.

Lecture > Au 31 décembre 2022, 12 380 structures proposent 531 000 places.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquêtes ES-Handicap 2018 et 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.).

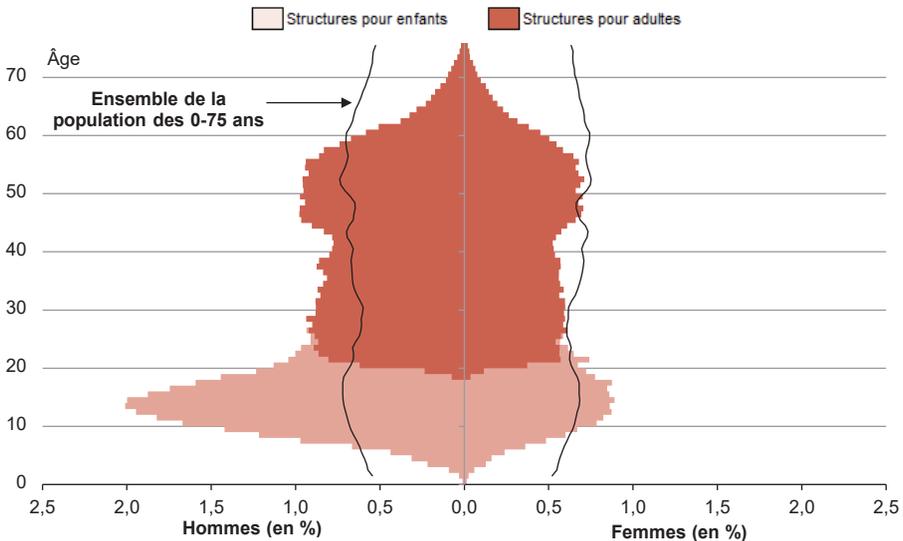
2. Dont hébergement éclaté, accueil familial, accueil temporaire, prestation en milieu ordinaire, autre mode d'accueil.

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 2018



Note > Cette pyramide des âges est calculée « hors doubles comptes » (c'est-à-dire en ne comptant qu'une seule fois les enfants ou adultes handicapés accompagnés par plusieurs structures).

Lecture > Au 31 décembre 2018, les filles de 12 ans représentent 0,9 % des personnes accompagnées dans une structure pour adultes ou enfants handicapés.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > DREES, enquête ES-Handicap 2018 ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2023 (résultats arrêtés fin 2023).

Les structures pour enfants sont plus souvent spécialisées dans un type de déficience que celles pour adultes

Les établissements et services médico-sociaux sont, pour la plupart, organisés en fonction du type de handicap présenté par leurs bénéficiaires. Beaucoup de

structures disposent ainsi d'un agrément pour accueillir une catégorie particulière de personnes, même si certaines peuvent avoir des agréments plus larges. Aussi, le lien entre déficience principale et type d'établissement est important, et ce davantage pour les enfants que pour les adultes (*tableau 2*).

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

Type de structure	Déficience principale (en %)						Total	Effectifs
	Déficiences intellectuelles	Troubles du psychisme, du comportement ou de la communication	Déficiences sensorielles	Déficiences motrices	Polyhandicap	Autres		
Ensemble des établissements pour adultes	62	21	2	6	4	5	100	293 920
ESAT	68	23	2	3	< 1	4	100	125 650
Centres de formation et d'orientation professionnelle	3	13	9	44	< 1	30	100	8 880
MAS	43	14	1	11	26	6	100	29 310
Foyers d'hébergement	73	20	1	3	< 1	3	100	36 150
Foyers occupationnels et foyers de vie	69	20	1	5	1	3	100	55 790
Foyers d'accueil polyvalent et EANM	78	11	< 1	2	1	8	100	3 530
FAM et EAM	47	27	2	13	5	5	100	29 340
Autres établissements ¹	47	35	1	9	1	7	100	5 270
SAVS/Samsah	37	32	9	13	< 1	9	100	64 190
Ensemble des établissements pour enfants et adolescents	52	27	5	6	5	4	100	110 860
IME	76	18	< 1	1	2	3	100	72 050
Itep	3	94	< 1	< 1	< 1	2	100	15 960
Établissements pour enfants polyhandicapés	21	4	1	6	64	4	100	5 930
IEM	7	4	1	71	9	8	100	7 080
Établissements pour jeunes déficients sensoriels ²	1	2	77	2	< 1	17	100	6 790
Autres établissements ³	38	44	1	3	3	9	100	3 050
Sessad	31	31	15	11	1	11	100	58 280

Esat : établissements et service d'aide par le travail ; MAS : maisons d'accueil spécialisées ; EAM : établissements d'accueil médicalisés pour personnes handicapées ; FAM : foyers d'accueil médicalisés ; EAM : établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées ; SAVS : services d'accompagnement à la vie sociale ; Samsah : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ; IME : instituts médico-éducatifs ; Itep : instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques ; IEM : instituts d'éducation motrice ; Sessad : services d'éducation spéciale et de soins à domicile.

1. Autres établissements pour adultes : établissements expérimentaux pour adultes handicapés et établissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés.

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

3. Autres établissements pour enfants : établissements d'accueil temporaire, jardin d'enfants, établissements expérimentaux et foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés.

Note > Le nombre de personnes accompagnées comporte des doubles comptes, puisqu'une même personne peut être accompagnée dans deux structures à la fois.

Lecture > Au 31 décembre 2018, 68 % des adultes handicapés accompagnés en Esat ont pour déficience principale une déficience intellectuelle.

Champ > Personnes accompagnées dans une structure pour enfants ou adultes handicapés, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

La majorité des personnes accompagnées au sein des Esat, des foyers occupationnels, des foyers d'hébergement, des foyers d'accueil polyvalents ou des établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées (EANM) ont une déficience intellectuelle ou des troubles du psychisme. D'autres établissements accueillent majoritairement des personnes présentant une déficience principale motrice, comme les centres de formation et d'orientation professionnelle comprenant les centres de rééducation professionnelle (CRP) et les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (Ueros).

Les personnes accompagnées par des services

Au sein des services destinés aux adultes (services d'accompagnement à la vie sociale [SAVS] et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés [Samsah]) accompagnant principalement des personnes en âge de travailler, la classe d'âge la plus représentée est celle de 45 à 54 ans (*tableau 3*).

Après 55 ans, leur nombre diminue. Les services pour adultes handicapés accompagnent massivement des personnes qui travaillent en milieu protégé (32 % en Esat) ou qui n'ont pas d'activité professionnelle ni d'accueil en journée (47 %).

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

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-70 ans	Ensemble
Répartition (en %)						
Travail en Esat à temps plein ou partiel	22	39	40	36	19	32
Travail dans une entreprise adaptée	1	2	2	2	1	2
Travail en milieu ordinaire	7	7	6	5	3	5
En formation ou en stage	10	3	1	1	< 1	2
Demandeur d'emploi en milieu ordinaire	7	4	3	2	1	3
Accueil en foyer occupationnel, foyer de vie ou accueil de jour	2	2	2	2	3	2
Accueil en MAS ou en FAM	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
Autre activité ou accueil en journée	11	7	7	7	8	7
Sans activité professionnelle ou accueil médico-social en journée	40	36	38	45	66	47
Total	100	100	100	100	100	100
Effectifs	5 530	12 640	13 140	16 920	15 090	64 190

Esat : établissements et service d'aide par le travail ; MAS : maisons d'accueil spécialisées ; FAM : foyers d'accueil médicalisés ; SAVS : services d'accompagnement à la vie sociale ; Samsah : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Lecture > 5 530 adultes de moins de 25 ans sont accompagnés par un SAVS ou un Samsah au 31 décembre 2018, dont 22 % travaillent en Esat à temps plein ou partiel.

Champ > Adultes accompagnés par un SAVS ou un Samsah, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

La plupart des enfants accompagnés par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) ont entre 8 et 14 ans inclus (*tableau 4*). Après 14 ans, moins d'enfants sont accompagnés par ce type de structure. Conformément aux objectifs d'accompagnement et de scolarisation des enfants en milieu ordinaire des Sessad, la part des enfants non scolarisés y est relativement faible, notamment entre 4 et 16 ans. Le type de scolarisation évolue avec l'âge : la scolarisation en unité localisée pour l'intégration scolaire du premier degré (Ulis-école) augmente rapidement à partir de 6 ans

et devient le type de scolarisation majoritaire à 10 ans. Après 11 ans, ce type de scolarisation s'efface au profit d'une scolarisation en unité localisée pour l'intégration scolaire du deuxième degré (Ulis-collège/lycée) ou en section d'enseignement général et professionnel adapté (Segpa), ce qui correspond au passage du primaire au collège. Cependant, la scolarisation dans un établissement scolaire à temps complet (hors Ulis) est elle aussi significative, dès 4 ans. ■

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

	Répartition (en %)										Effectifs
	Non scolarisé	Enseignement ordinaire à temps complet ¹	Enseignement ordinaire à temps partiel ¹	Scolarité partagée entre établissements médico-social et scolaire	Ulis-école, ex-Clis	Ulis-colège, Ulis-lycée	Segpa	EREA	Autre ²	Total	
0 à 2 ans	92	3	2	1	-	-	-	-	2	100	790
3 ans	25	28	21	8	4	-	-	-	14	100	1 000
4 ans	11	39	23	10	3	-	-	-	15	100	1 460
5 ans	6	51	18	10	3	-	-	-	12	100	2 040
6 ans	3	59	11	8	13	< 1	-	1	5	100	2 870
7 ans	3	49	6	4	33	< 1	-	1	4	100	3 560
8 ans	2	44	4	3	43	1	-	< 1	3	100	4 300
9 ans	1	40	3	3	49	1	-	< 1	2	100	4 580
10 ans	1	39	3	2	50	1	< 1	1	2	100	5 430
11 ans	1	38	2	2	42	9	2	1	2	100	5 570
12 ans	2	34	3	2	7	37	12	1	2	100	5 170
13 ans	2	29	2	2	2	43	15	1	3	100	4 720
14 ans	2	29	2	2	1	45	14	2	3	100	4 410
15 ans	2	29	2	2	1	41	14	3	5	100	3 640
16 ans	8	41	1	1	1	28	2	6	12	100	2 840
17 ans	10	44	2	1	1	23	1	6	13	100	2 280
18 ans	24	34	1	1	< 1	19	< 1	4	16	100	1 730
19-20 ans	38	29	1	< 1	< 1	9	1	3	20	100	1 500
Ensemble	6	38	4	3	20	17	5	2	6	100	57890
dont ensemble des 6-15 ans ³ inclus	2	38	3	3	25	18	6	1	3	100	44250

1. Hors Clis, Ulis, Segpa et Erea.

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

3. L'instruction est obligatoire à partir de 3 ans et jusqu'à l'âge de 16 ans révolus depuis la loi pour une École de la confiance de juillet 2019. Précédemment, l'instruction était obligatoire de 6 à 16 ans révolus.

Sessad : services d'éducation spéciale et de soins à domicile ; ULIS : unités localisées pour l'intégration scolaire ; Segpa : sections d'enseignement général et professionnel adapté ; EREA : établissements régionaux d'enseignement adapté.

Lecture > 790 enfants de moins de 3 ans sont accompagnés par un Sessad au 31 décembre 2018, dont 92 % ne sont pas scolarisés.

Champ > Enfants accompagnés par un Sessad, France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, enquête ES-Handicap 2018.

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 résultats de l'enquête sont disponibles sur [data.drees](https://data.drees.fr).
- > **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.
- > **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.
- > **Bellamy, V., Bergeron, T.** (2022, novembre), 312 000 personnes sont accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés fin 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1247.
- > **Bergeron, T.** (2022, mai). Près de 170 000 enfants et adolescents handicapés sont accompagnés dans des structures dédiées fin 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1231.

BR

Vue d'ensemble

Fiches thématiques

Annexes



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 progressivement à disposition, sur ce même site, les bases de données collectées complètes.

Les dépenses d'aide sociale

L'enquête se fonde sur la nomenclature comptable M52 ou M57¹, 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). Enfin, les données sont également rapprochées de l'enquête de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (Odas) sur les dépenses des départements. Cette dernière enquête repose sur un échantillon d'une

quarantaine de départements volontaires afin de disposer d'une estimation nationale avancée des dépenses d'aide sociale. L'apport de l'enquête Aide sociale, par rapport à une utilisation unique des comptes, tient à ce qu'elle permet de dépasser la disparité du travail comptable réalisé par les conseils départementaux. À titre d'exemple, les dépenses d'ACTP pour les personnes âgées de 60 ans ou plus peuvent être imputées dans les comptes de certains départements aux dépenses d'aide sociale aux personnes âgées et non aux personnes handicapées ; les dépenses d'aides ménagères aux personnes âgées ne sont pas toujours imputées au même endroit du plan comptable ; les dépenses liées aux salaires des assistants familiaux non plus. Le travail de retraitement des comptes demandé aux départements dans le cadre de l'enquête et les contrôles réalisés par la DREES, dans un second temps, assurent une meilleure comparaison interdépartementale que l'utilisation de données comptables uniquement, par ailleurs non élaborées à cette fin. Le volet consacré aux dépenses de l'enquête Aide sociale de la DREES est donc indispensable dans le dispositif statistique public sur les politiques sociales des départements. Il constitue la seule source mettant à disposition des données sur l'ensemble des dépenses sociales, ventilées avec ce niveau de détail, comparables entre départements, et avec des séries chronologiques anciennes. La DREES publie des estimations nationales provisoires sur les dépenses d'aide sociale de l'année n en décembre de l'année $n+1$. Les données détaillées par département sont diffusées au deuxième trimestre $n+2$ sur le site data.drees.solidarites-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, à compter du 1^{er} 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 2021, les RI-APA-ASH s'insèrent dans l'opération plus large intitulée « remontées individuelles sur l'autonomie », dont elles constituent l'un des volets.

Les remontées individuelles PCH

Les remontées individuelles PCH (RI-PCH) sont une base de données statistiques, réalisée par la DREES à partir de l'extraction de données concernant la prestation de compensation du handicap (PCH), dans les bases administratives de 25 conseils départementaux représentatifs de la France entière. Ont ainsi été collectées des informations sur l'ensemble des bénéficiaires (à domicile ou en établissement) ayant des droits ouverts à la prestation au 31 décembre des années 2012 à 2016, que ce droit ait donné lieu ou non à un paiement. Outre les caractéristiques des bénéficiaires, ces extractions fournissent des éléments sur les contenus des plans de compensation et les paiements correspondants lorsqu'ils ont lieu. Ces données constituent la première base statistique permettant d'étudier les parcours des bénéficiaires dans la prestation : entrées, sorties, durées, etc. 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 : dépendance liée à l'âge, prise en charge du handicap, enfance en danger et insertion. Ils sont mis à jour à intervalles réguliers et diffusés sur les sites internet de l'Insee (www.insee.fr) et de la DREES (drees.solidarites-sante.gouv.fr). Ces indicateurs sont le résultat d'un exercice long, mais nécessaire lorsque l'on souhaite construire des indicateurs robustes, c'est-à-dire qui font sens et dont la définition est partagée par tous. Début 2008, un colloque organisé conjointement par l'Assemblée des départements de France (ADF), le Conseil national de l'information statistique (CNIS) et le conseil départemental de Loire-Atlantique a mis en évidence le besoin de disposer d'outils d'observation fiables, homogènes dans le temps et entre les départements, sur les politiques sociales des départements. Ce colloque a donné lieu à la mise en place d'un groupe de travail du CNIS, associant producteurs nationaux (DREES, Insee, caisses, etc.) et locaux (conseils départementaux), qui a permis de définir les indicateurs constituant les ISD. Ces premiers travaux ont été prolongés par un groupe d'expérimentation. Des indicateurs financiers – toujours relatifs à l'aide sociale – ont été insérés dans ceux déjà retenus. En parallèle, d'autres indicateurs, jugés finalement non pertinents ou dont le calcul nécessitait des procédures trop complexes, ont été retirés de la liste.

VILAS

La DREES a mis à disposition du grand public, en novembre 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 2019.

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 3 000 personnes, représentatif de la population habitant en France métropolitaine et âgée de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération). Le Baromètre permet, une année sur deux, d'approfondir une thématique parmi celles citées ci-avant. En particulier, des questions portant sur le soutien aux personnes handicapées ou âgées dépendantes, introduites en 2015, sont posées les années impaires.

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

Ménée 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 établissement). 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 mais n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de cet ouvrage.

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 mais n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de cet ouvrage. ■

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.

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 1^{er} janvier 2006, par la prestation de compensation du handicap (PCH), mais les personnes disposant avant cette date de l'ACTP peuvent continuer à en bénéficier au moment du renouvellement de leurs droits.

ADL (Activities of Daily Living) : ou « activités de la vie quotidienne », c'est-à-dire se laver, s'habiller, couper la nourriture ou se servir à boire, manger et boire, se servir des toilettes, se coucher ou se lever du lit, s'asseoir et se lever d'un siège.

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 dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les niveaux de dépendance sont classés en six groupes dits « iso-ressources » (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoin d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. La grille AGGIR évalue les capacités de la personne âgée à accomplir dix activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et sept activités domestiques et sociales, dites illustratives.

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 1^{er} mars 2016. Elle vise à allouer davantage d'aide aux personnes les plus dépendantes, à diminuer la participation financière du bénéficiaire et à offrir plus de répit aux proches aidants.

C

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

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).

CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse).

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

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'accompagnement par le travail) : établissement médico-social (nommé CAT antérieurement à la loi du 2 janvier 2002 renouvelant 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 1^{er} 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 1^{er} 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.

L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées

Perte d'autonomie et handicap

ÉDITION 2024

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 2022, les départements ont attribué 2,1 millions de mesures et de prestations aux personnes âgées ou handicapées, couvrant 3,1 % de la population française. 60 % de ces aides sont perçues à domicile, et 40 % en établissement. Le nombre d'aides accordées augmente de 1,1 % en un an.

Les dépenses brutes des départements pour les aides aux personnes âgées ou handicapées atteignent 18,1 milliards d'euros sur l'ensemble de l'année 2022. Ce montant augmente de 5,8 % par rapport à 2021 en euros courants. Les dépenses d'aides à domicile représentent 40 % des dépenses, celles de l'aide à l'accueil en établissement 55 %. 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