

# LES DOSSIERS DE LA DREES

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

JUIN 2016 /// N° 2

Rémy Marquier  
(DREES)

## Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013

Entre 2004 et 2013, le nombre de mesures d'aide sociale départementale aux personnes handicapées a augmenté de 80 %. Les dépenses afférentes ont, elles, augmenté de 60 % en euros constants. Ces augmentations sont dues à l'introduction de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006, qui se substitue progressivement à l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), et au fait que les dépenses d'accueil en établissement restent très dynamiques.

Les effectifs de bénéficiaires d'une aide sociale continuent d'augmenter plus vite que la croissance démographique. La dépense moyenne par bénéficiaire a subi d'importantes variations au cours de la période : en augmentation jusqu'en 2007, puis en diminution régulière à partir de 2008.

Les disparités entre les départements sont fortes, les facteurs explicatifs étant divers : certains départements ont surtout vu leurs dépenses d'aide à domicile augmenter, d'autres leurs dépenses d'hébergement.

La dépense moyenne par bénéficiaire apparaît liée à leur nombre : dès lors que la proportion de bénéficiaires dans la population augmente, les dépenses par tête s'avèrent moins élevées.



# SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

## Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013

Juin 2016 /// N°2

Préambule	2
> <i>Rémy Marquier</i>	
Un quasi-doublement des mesures et des dépenses d'aide aux personnes handicapées en 10 ans	4
Une évolution différenciée des effectifs de bénéficiaires par département	18
La dépense par bénéficiaire des départements tend à s'harmoniser	21
Bibliographie	31
Annexe : Spécifications économétriques alternatives du modèle explicatif des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées	32
Modèle sur 4 ans	32
Modèle sur 5 ans	33

# Préambule

Rémy Marquier

Fruit d'une longue histoire, 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. Diverses prestations sont associées à la prise en charge de ces personnes : l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui est un minimum social au même titre que le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) créée par la loi du 30 juin 1975 et destinée à compenser financièrement les conséquences du handicap, l'aide à l'hébergement, l'aide ménagère, 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 n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, élargit la prise en compte des conséquences du handicap, et substitue notamment la prestation de compensation du handicap (PCH) à l'ACTP. Désormais, l'évaluation du handicap se fonde sur les limitations fonctionnelles et non plus sur un taux d'incapacité. En outre, cette loi substitue l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) à l'AES. La PCH, ouverte dans un premier temps aux seuls adultes de plus de 20 ans, s'étend aux plus jeunes en 2008 avec la possibilité de substituer un élément de la PCH à un complément spécifique de l'AEEH.

Depuis 1983, les conseils départementaux (ex-conseils généraux) sont en charge de l'aide sociale aux personnes handicapées – quelques prestations exceptées, qui restent du ressort de l'État<sup>1</sup>. L'AAH et l'AEEH sont, elles, versées par la branche famille de la Sécurité sociale, l'AAH étant financée par l'État. Les frais d'hébergement en établissement pour enfants handicapés et en maisons d'accueil spécialisé (MAS) sont couverts par l'Assurance maladie<sup>2</sup> ; il en va de même pour la partie relative aux soins des foyers d'accueil médicalisé (FAM).

L'aide sociale départementale est donc essentiellement constituée de l'aide sociale à l'hébergement des adultes handicapés (ASH) – hors MAS –, de l'ACTP, de la PCH et de l'aide ménagère. Cette étude vise à dresser un panorama de l'évolution de ces différentes aides sociales dédiées aux personnes handicapées, ainsi qu'une analyse des disparités départementales de prise en charge et de l'évolution de ces disparités sur 10 ans. La période retenue (2004-2013) a été choisie de manière à encadrer la mise en œuvre de la PCH et sa montée en charge. Les données sont issues des enquêtes annuelles de la DREES sur l'aide sociale des conseils départementaux (encadré 1).

<sup>1</sup> Article L.121-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Les prestations qui restent du ressort de l'État sont l'allocation différentielle aux adultes handicapés, les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle, les frais de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT, ex-CAT).

<sup>2</sup> Pour une vue d'ensemble des dépenses dédiées aux personnes handicapées, voir DREES, La protection sociale en France et en Europe en 2013, édition 2015, fiche D3.

## ➤ Encadré 1 • Le système d'information et de suivi de l'aide sociale aux personnes handicapées de la DREES

### Les enquêtes Aide sociale et l'enquête trimestrielle sur la PCH

Depuis les premières lois de décentralisation, la DREES interroge annuellement l'ensemble des départements sur les compétences transférées. Cette procédure de remontées statistiques est inscrite dans l'article 25 de la loi n°83-8 du 7 janvier 1983. Au titre de l'aide sociale aux personnes handicapées, les conseils départementaux fournissent des tableaux statistiques relatifs notamment :

- > Aux nombres de mesures<sup>1</sup> en droits ouverts et en personnes payées de la PCH ;
- > Aux nombres d'aides perçues par élément de la PCH ;
- > Aux nombres de bénéficiaires de l'ACTP, de l'aide ménagère, de l'aide sociale à l'hébergement et de l'accueil des personnes handicapées par des particuliers à titre onéreux ;
- > À la répartition par âge des bénéficiaires ;
- > Aux dépenses et recettes<sup>2</sup> associées à ces mesures.

Les résultats sont publiés annuellement, au travers de deux articles de la série « Études et Résultats » (l'un sur les mesures d'aide et l'autre sur les dépenses) et de deux documents de travail donnant les résultats détaillés par département.

Parallèlement, une enquête trimestrielle spécifiquement dédiée à la PCH et à l'ACTP a été menée entre 2006 et 2015, pour suivre la montée en charge de la PCH. Cette enquête permettait notamment, dans un calendrier resserré, de suivre l'augmentation du nombre de bénéficiaires de la PCH et d'évaluer les coûts moyens de chacun des éléments qui la composaient. Une distinction de la PCH « enfants » et de la PCH en établissement était également établie. Les résultats sont publiés sous forme d'une note trimestrielle sur le site internet de la DREES.

La montée en charge de la PCH ne semble pas achevée mais la tendance est régulière et les coûts par élément sont stables, rendant de ce fait un suivi à un rythme infra-annuel moins important. Seule l'enquête annuelle subsiste à partir de 2016 ; elle reprend désormais l'essentiel des questions de l'enquête trimestrielle.

### Les indicateurs sociaux départementaux (ISD)

Début 2008, un colloque organisé conjointement par l'Assemblée des départements de France (ADF), le Conseil national de l'information statistique (CNIS) et le conseil départemental de Loire-Atlantique a mis en évidence le besoin de disposer d'outils d'observations fiables, homogènes dans le temps et entre les départements, sur les politiques sociales des départements. Ce colloque a donné lieu à un groupe de travail du CNIS, qui associait producteurs nationaux (DREES, INSEE, Caisses...) et locaux (conseils départementaux) et qui a permis de définir environ 70 indicateurs, répartis en éléments de contexte (structure de la population par âge, taux de mortalité, etc.) et dans les quatre branches de l'aide sociale des départements : dépendance liée à l'âge, prise en charge du handicap, enfance en danger et insertion.

Ces premiers travaux ont été prolongés par un groupe d'expérimentation. Des indicateurs financiers – toujours relatifs à l'aide sociale – ont été insérés dans l'ensemble des indicateurs déjà retenus. En parallèle, d'autres indicateurs, jugés finalement non pertinents ou dont le calcul nécessitait des procédures trop complexes, ont été retirés de la liste.

Construire des indicateurs robustes (c'est-à-dire qui font sens et dont la définition est partagée par tous) est un exercice long. À ce jour, une cinquantaine d'indicateurs sont mis à jour à intervalles réguliers et disponibles sur les sites internet de l'INSEE [www.insee.fr](http://www.insee.fr) (Rubrique Publications / Dossier Action sociale départementale) et de la DREES [drees.social-sante.gouv.fr](http://drees.social-sante.gouv.fr) (Rubrique Open Data/Aide et Action sociale/Données localisées). À vocation pérenne, le groupe de travail est devenu un réseau autour du socle commun des indicateurs sociaux départementaux. Le Réseau des ISD permet ainsi des échanges entre producteurs et utilisateurs de données autour des statistiques mais également de la méthodologie et des analyses dans le domaine des politiques sociales.

### L'enquête « Établissements et Services (ES) handicap »

L'enquête établissements et services (ES) est réalisée par la DREES auprès des gestionnaires de structures médico-sociales pour enfants et adultes handicapés<sup>3</sup>.

C'est une enquête exhaustive, lancée pour la première fois en 1982. Renouvelée en 1983, elle a été ensuite bisannuelle jusqu'en 1997. Les enquêtes suivantes étaient relatives aux années 2001, 2006, 2010 et 2014. Un rythme quadriennal est donc adopté distinctement.

L'objectif de l'enquête est de dresser un bilan de l'activité desdites structures, de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que le profil des personnes qui y sont accueillies au 31 décembre. De plus, des données sont également collectées sur les personnes sorties au cours de l'année. Les données relatives aux personnels et aux personnes accueillies ou sorties sont individuelles.

Ces informations constituent un outil précieux d'aide à la planification des places dans les structures médico-sociales (par l'État, les collectivités locales, les structures gestionnaires, etc.) grâce à la description, au moins quantitative, des moyens mis en œuvre et des besoins couverts par ce système de prise en charge.

1. Les enquêtes Aide sociale comptabilisent des mesures d'aide et non des individus : une même personne peut être comptabilisée plusieurs fois si elle bénéficie de plusieurs aides, sans qu'il soit possible d'isoler les doubles comptes.
2. Les recettes peuvent être notamment constituées de participations (par exemple de la CNSA), de recours sur succession ou auprès des obligés alimentaires.
3. D'autres enquêtes existent sur le même modèle, auprès des établissements d'accueil des personnes en difficulté sociale ou de l'aide sociale à l'enfance (enquête ES difficulté sociale), et auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (enquête EHPA).

---

## Un quasi-doublement des mesures et des dépenses d'aide aux personnes handicapées en 10 ans

Entre 2004 et 2013, le nombre annuel moyen de mesures d'aide sociale aux personnes handicapées est passé de 250 000 à 451 000<sup>3</sup>, soit une augmentation de 81 % (tableau 1 et graphique 1). Cette augmentation a principalement été portée par la PCH, introduite en 2006 : le taux de croissance des mesures d'aide est ainsi passé de 2,2 % entre 2005 et 2006 à 4,9 % entre 2006 et 2007, le pic de croissance ayant été atteint en 2009 (+11,4 %) avant de redescendre progressivement. Ce taux de croissance est de 4,7 % entre 2012 et 2013, largement supérieur à la croissance démographique française (moins de 1 % par an pendant toute la période). De fait, la part des bénéficiaires pris en charge par l'aide sociale dans la population augmente régulièrement, passant de 4 personnes aidées pour 1 000 habitants en 2004 à 6,9 pour 1000 en 2013. En parallèle, le profil de bénéficiaires évolue au cours du temps (encadré 2).

---

<sup>3</sup> Afin de comparer les nombres de mesures aux dépenses correspondantes, ces nombres sont calculés comme la moyenne entre la situation au 31 décembre de l'année n et celle au 31 décembre de l'année n-1. Ils sont ainsi assimilés, en première approximation, à une « moyenne annuelle ».

➤ **Tableau 1 • Mesures d'aide sociale aux personnes handicapées et dépenses associées en 2004 et 2013**

	2004		2013		Évolution 2004/2013	
	Nombre de mesures	Dépenses brutes	Nombre de mesures	Dépenses brutes	Nombre de mesures	Dépenses brutes
	<i>En milliers</i>	<i>En millions d'€ courants</i>	<i>En milliers</i>	<i>En millions d'€ courants</i>	<i>En %</i>	<i>En % d'€ constants</i>
<b>Aide à domicile</b>	<b>146</b>	<b>756</b>	<b>317</b>	<b>2 091</b>	<b>117,2</b>	<b>140,3</b>
dont PCH et ACTP	131	720	296	2 028	126,5	144,4
dont Aide ménagère	15	35	21	63	37,9	56,5
<b>Aide à l'accueil</b>	<b>104</b>	<b>2 922</b>	<b>134</b>	<b>4 623</b>	<b>29,4</b>	<b>37,3</b>
dont ASH	100	2 897	128	4 570	28,1	36,9
dont Accueil familial	4	25	6	54	47,2	85,7
<b>Total domicile+accueil</b>	<b>250</b>	<b>3 678</b>	<b>451</b>	<b>6 715</b>	<b>80,8</b>	<b>58,5</b>
<b>Autres aides</b>	<b>ND</b>	<b>166</b>	<b>ND</b>	<b>535</b>	-	<b>180,7</b>
Dont SAVS-SAMSAH(*)	ND	107	ND	316	-	156,4
<b>Total</b>	-	<b>3 843</b>	-	<b>7 250</b>	-	<b>63,7</b>

(\*) Services d'accompagnement à la vie sociale et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

**Note** • pour établir les comparaisons avec les dépenses correspondantes, les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH ont tous été comptés parmi les bénéficiaires d'une aide sociale à domicile.

**Champ** • France entière hors Mayotte.

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2013.

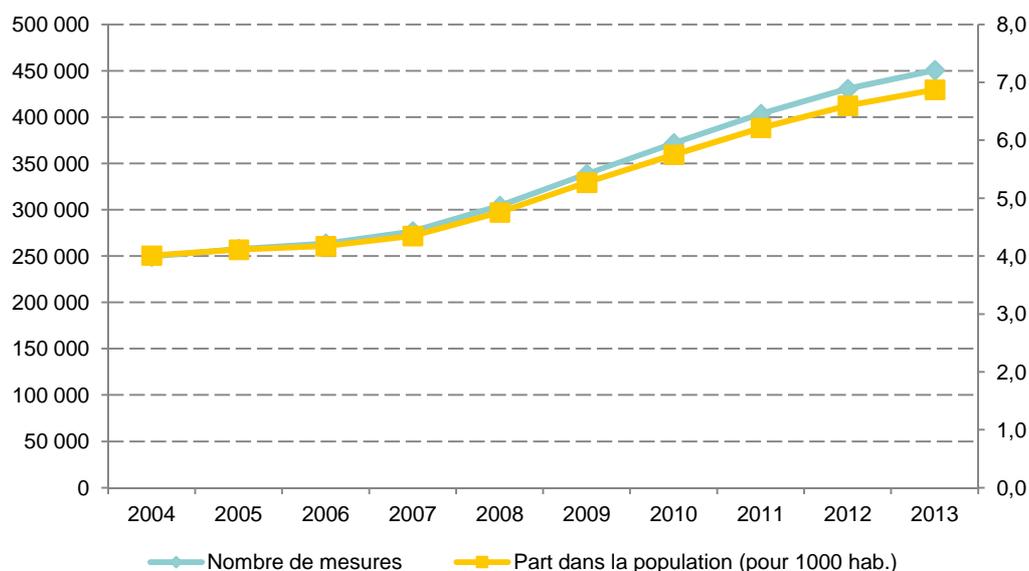
Parallèlement au nombre de mesures, les dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées augmentent continûment, même si la dynamique n'est pas la même (graphiques 2 et 3). Les dépenses passent ainsi de 3,8 milliards d'euros en 2004 à 7,3 milliards d'euros en 2013, soit de 0,2 % du PIB à 0,3 %. En euros constants, la croissance des dépenses brutes<sup>4</sup> atteint un premier pic dès l'année 2006 (+7,6 %), correspondant à une augmentation forte de la dépense par bénéficiaire<sup>5</sup> (+5,3 %), concomitamment à l'entrée en vigueur de la PCH. La dépense moyenne par bénéficiaire continue d'augmenter entre 2006 et 2007, avant de diminuer, d'une part du fait du fort développement des aides

<sup>4</sup> Sauf mention contraire, il s'agira toujours de la dépense brute, la répartition par grands ensembles de la dépense nette n'étant pas disponible. Les montants affichés sont donc hors récupérations auprès de bénéficiaires, d'obligés alimentaires ou de leurs héritiers, et hors recouvrements auprès d'autres collectivités, remboursements de participations, de mandats annulés ou atteints par la déchéance et de subventions. En 2013, les départements ont pu ainsi récupérer 392 millions d'euros ; la part des récupérations reste par ailleurs stable entre 2009 et 2013, autour de 5,5 % du total des dépenses.

<sup>5</sup> Les données disponibles sur les bénéficiaires n'incluent pas les aides en SAVS-SAMSAH, ni l'ASH en établissement pour enfants et adolescents handicapés (jeunes adultes restant dans leur établissement d'origine au titre de l'amendement Creton). La dépense par bénéficiaire est calculée sur le même champ.

à domicile, qui ont un coût moindre que les aides à l'accueil (*cf. infra*), d'autre part du fait d'une gestion plus resserrée des diverses prestations par les départements, souhaitant contenir la hausse de la dépense globale, le taux de croissance des dépenses globales étant toujours positif et élevé (plus de 3 %) jusqu'en 2011.

➤ **Graphique 1 • Nombre de mesures et part des personnes bénéficiaires de l'aide sociale entre 2004 et 2013**



**Lecture** • le nombre de mesures d'aide sociale aux personnes handicapées était de 250 000 en 2004 (échelle de gauche), soit 4 bénéficiaires pour 1 000 habitants (échelle de droite).

**Champ** • France entière hors Mayotte.

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2013.

➤ **Encadré 2 • Profil des bénéficiaires d'une aide sociale pour la prise en charge du handicap**

L'enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale recueille certains éléments sur le profil des personnes prises en charge par les départements.

Globalement, pour l'aide à domicile, le rapport de genre est équilibré. En revanche, plus de femmes que d'hommes sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, même si l'écart est moins marqué en 2013 (57 % de femmes et 43 % d'hommes) qu'en 2004 (62 % de femmes et 38 % d'hommes).

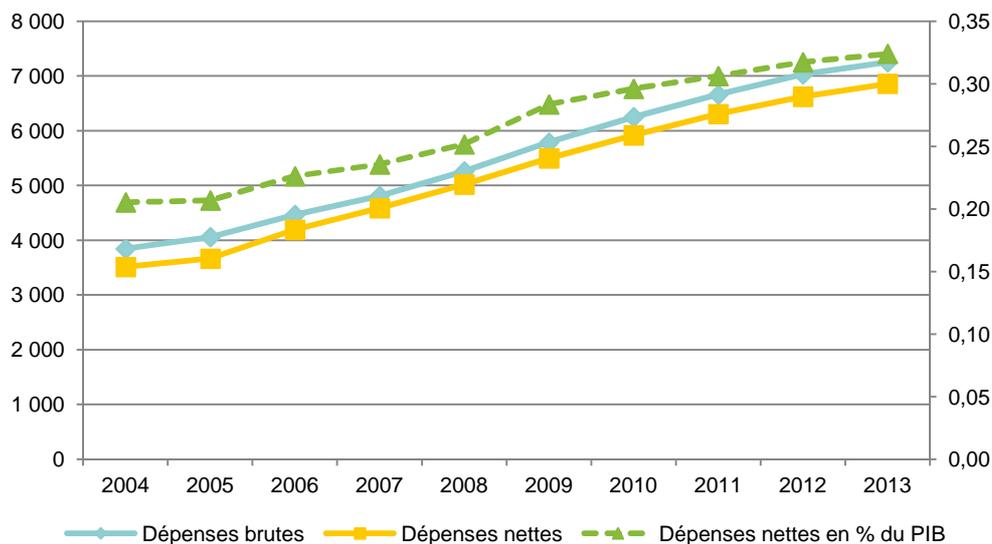
L'âge des bénéficiaires a, de plus, sensiblement évolué, reflétant la part de plus en plus importante de personnes handicapées vieillissantes : la part des 55 ans et plus est ainsi passée de 27 % à 39 % pour l'aide à domicile hors ACTP et PCH, et de 12 % à 26 % pour l'aide sociale à l'hébergement.

La substitution progressive de la PCH à l'ACTP explique également certaines évolutions : il n'existe plus de jeunes bénéficiaires de l'ACTP, mais l'ouverture de la PCH aux enfants permet d'augmenter les effectifs les plus jeunes (13 % de moins de 25 ans). 36 % des bénéficiaires de la PCH en 2013 ont 55 ans ou plus.

➤ **Graphique 2 • Dépenses nettes et brutes d'aide sociale aux personnes handicapées entre 2004 et 2013**

En millions d'euros courants

En % du PIB

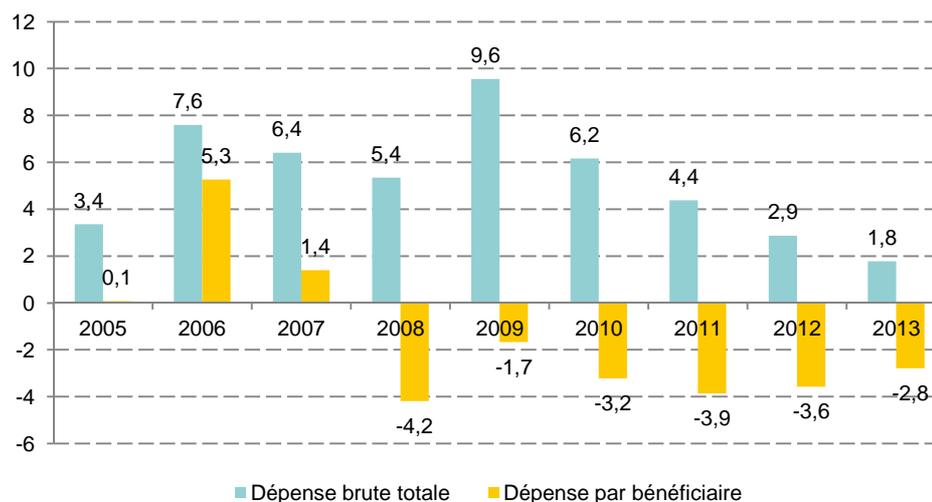


**Lecture** • en 2013, les dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées s'élèvent à 7,25 milliards d'euros, les dépenses nettes à 6,86 milliards d'euros (échelle de gauche), soit 0,32 % du PIB (échelle de droite).

**Champ** • France entière hors Mayotte.

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2013.

➤ **Graphique 3 • Taux d'évolution annuel des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées entre 2005 et 2013 (en euros constants)**



**Lecture** • entre 2005 et 2006, les dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées ont augmenté de 7,6 % en euros constants et de 5,3 % par bénéficiaire en euros constants.

**Champ** • France entière hors Mayotte, hors dépenses SAVS-SAMSAH et ASH « jeunes ».

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2013.

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

L'aide sociale départementale aux personnes handicapées peut être octroyée à domicile (cas de la PCH, de l'ACTP<sup>6</sup> et de l'aide ménagère) ou en accueil dans un établissement médico-social, en accueil de jour, service d'adaptation (service d'accompagnement à la vie sociale – SAVS – ou service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH), ou chez des particuliers. Certaines personnes handicapées, prises en charge au titre de l'amendement Creton, bénéficient également d'une aide à l'hébergement dans un établissement pour enfants et adolescents handicapés.

Globalement, aide à domicile et aide à l'accueil ne suivent pas les mêmes dynamiques au cours des dix dernières années (graphique 4) : le taux de croissance annuelle du nombre de mesures d'aide à domicile est ainsi passé de 2,5 % entre 2005 et 2006 à 7,4 % entre 2006 et 2007, et a continué d'augmenter jusqu'à 2009, du fait de la montée en charge de la PCH, avant de diminuer progressivement (le taux de croissance est de 5,4 % entre 2012 et 2013). La croissance du nombre de mesures d'aide à l'accueil (hébergement en établissement principalement) est nettement plus faible : elle varie annuellement entre 1,4 % et 4,2 % au cours de la période, ce qui reste toutefois nettement supérieur à la croissance démographique française.

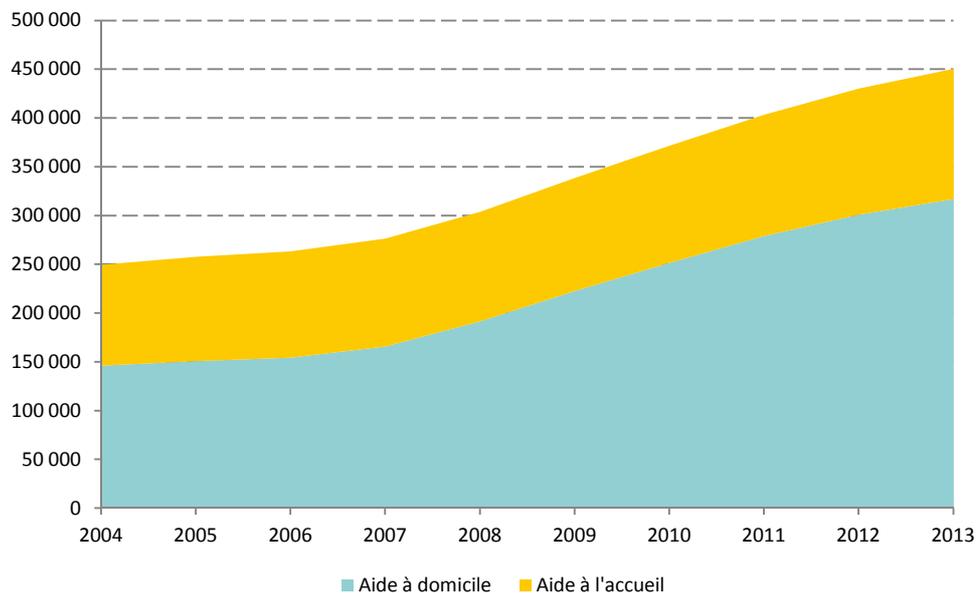
Les dépenses brutes d'aide à l'accueil sont toutefois largement supérieures à celles à domicile. Elles représentent 64 % de la dépense totale en 2013 (graphique 5), et ce malgré une augmentation des dépenses d'aide à domicile substantiellement plus élevée que celles de l'aide à l'accueil : entre 2004 et 2013, les dépenses d'aide à domicile ont augmenté de 10,2 % en moyenne annuelle en euros constants, contre 3,6 % pour les dépenses d'aide à l'accueil.

Pour les aides à domicile comme celles à l'accueil, les dépenses brutes ont fortement augmenté pendant la période (graphique 6). L'augmentation de la dépense totale est imputable pour moitié à l'augmentation des dépenses totales d'aide à domicile et pour l'autre moitié aux dépenses totales d'accueil. Les départements contiennent toutefois la dépense par bénéficiaire, qui a tendance à diminuer depuis 2010.

---

<sup>6</sup> La PCH peut, sous certaines conditions, être délivrée à taux réduit pour les personnes hébergées en établissement (elle repasse à taux plein pour les périodes de retours au domicile) ; l'ACTP peut également être délivrée en établissement. Il n'est toutefois pas possible de ventiler les données relatives aux dépenses entre domicile et accueil en établissement. L'ensemble de la PCH et de l'ACTP est donc considéré comme de l'aide à domicile, la grande majorité des bénéficiaires relevant de ce lieu de vie.

➤ Graphique 4 • Nombre de mesures d'aide sociale départementale aux personnes handicapées entre 2004 et 2013



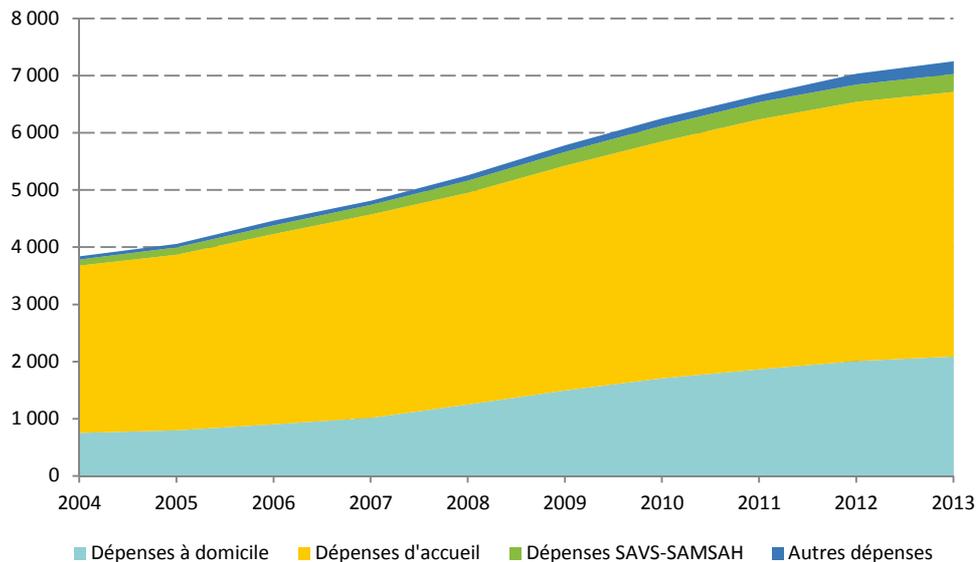
**Note** • pour établir les comparaisons avec les dépenses correspondantes, les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH ont tous été comptés parmi les bénéficiaires d'une aide sociale à domicile.

**Champ** • France entière hors Mayotte.

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2013.

➤ Graphique 5 • Dépenses brutes d'aide à domicile et d'aide à l'accueil entre 2004 et 2013

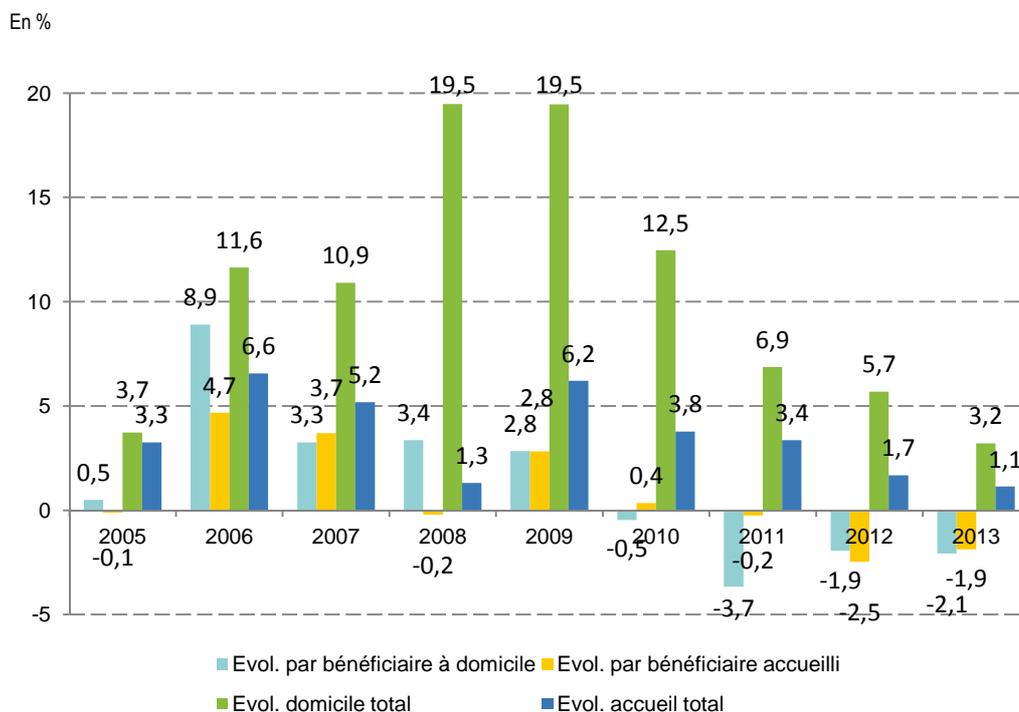
En millions d'euros courants



**Champ** • France entière hors Mayotte.

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2013.

➤ Graphique 6 • Taux d'évolution annuel des dépenses d'aide sociale à domicile et d'aide sociale à l'accueil entre 2004 et 2013 en euros constants



Champ • France entière hors Mayotte.

Source • DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2013.

À domicile, en début de période (2004 à 2009), deux effets se cumulent pour expliquer la hausse globale des dépenses d'aide sociale : un effet démographique important, avec la très forte augmentation du nombre de bénéficiaires due notamment à l'introduction de la PCH, et un effet du coût direct des prestations, qui augmente également, même si cette hausse est nettement plus faible. À partir de 2010, l'effet du coût des prestations est contenu, la hausse globale des dépenses est donc complètement due à l'augmentation du nombre de bénéficiaires.

Le taux d'évolution des dépenses globales d'aide à l'accueil, lui, suit la même tendance que le taux d'évolution de la dépense par bénéficiaire, tout en lui restant supérieur et strictement positif. L'effet coût reste négatif depuis 2011, traduisant les efforts des départements en vue de contenir la dépense par bénéficiaire, notamment *via* les négociations des tarifs avec les établissements.

***L'augmentation du nombre de bénéficiaires de la PCH fait plus que compenser la baisse de celui de l'ACTP***

Jusqu'en 2006, l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) constituait le dispositif principal d'aide humaine pour les personnes handicapées délivrée par les départements. L'ACTP pouvait être délivrée à toute personne qui présentait un taux d'incapacité permanente d'au moins 80%<sup>7</sup>. Elle pouvait être demandée par toute personne âgée d'au

<sup>7</sup> Ancien article D.245-1 du CASF.

moins 16 ans et de moins de 60 ans<sup>8</sup> qui nécessitait l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne ou dont le handicap requérait des frais supplémentaires pour son activité professionnelle. Toutefois, si une personne était déjà bénéficiaire de l'ACTP avant l'âge de 60 ans, elle pouvait continuer à en bénéficier une fois dépassé cet âge, ou opter pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), et ce choix devenait dans ce cas définitif. Le nombre des bénéficiaires de l'ACTP, qui avait subi de premières baisses chez les personnes de 60 ans et plus après l'introduction de la prestation spécifique dépendance en 1997 (PSD) puis de l'APA en 2002, a continué d'augmenter pour les moins de 60 ans jusqu'en 2005. Le nombre total de mesures d'ACTP s'établissait ainsi à 135 000 en 2005 (graphique 7).

La prestation de compensation du handicap (PCH) est 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 code de l'action sociale et des familles stipule : « A le droit, ou ouvre le droit à la prestation de compensation [...], la personne qui présente une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités telles que définies dans le référentiel figurant à l'annexe 2-5 [du code] ». Il s'agit désormais d'une aide en nature, permettant de financer un ou plusieurs types de prises en charge : aides humaines, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles, aides animalières. Contrairement à l'ACTP, la PCH n'est pas soumise à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire, ni à aucun recours en récupération ou de la succession<sup>9</sup>. De même, les montants plafonds attribuables sont bien plus élevés que ceux de l'ACTP<sup>10</sup> et le bénéficiaire de la PCH dispose d'un taux de prise en charge compris entre 80 % et 100 %, en fonction des ressources<sup>11</sup>.

Depuis 2008, la PCH est ouverte aux personnes de moins de 20 ans et elle peut être substituée au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). À partir de 60 ans, le bénéficiaire de la PCH peut opter pour l'APA s'il le souhaite. Les anciens bénéficiaires de l'ACTP de moins de 60 ans peuvent conserver leurs droits à cette allocation ou opter pour la PCH, ce choix étant dans ce dernier cas définitif.

Du fait notamment de l'élargissement des conditions d'attribution de la PCH par rapport à l'ACTP, le recours à la PCH connaît une croissance très rapide, même au cours des années récentes, la montée en charge de la prestation ne semblant pas être achevée en 2013. Le nombre de bénéficiaires de la PCH dépasse les 100 000 en 2009, et devient plus important que celui de l'ACTP en 2010 (137 000 contre 95 000). En 2013, le nombre de bénéficiaires de la PCH s'établit à 218 000 : en augmentation de 11 % depuis 2012, il a plus que doublé en cinq ans. Parallèlement, le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue de 6 à 9 % par an depuis 2007, et atteint 78 000 personnes en 2013.

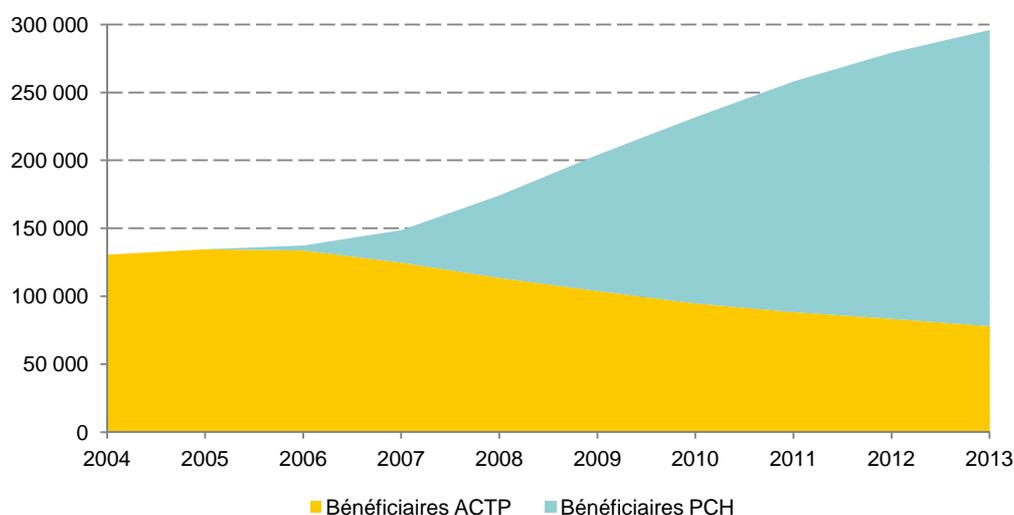
<sup>8</sup> Ancien article D.245-2 du CASF.

<sup>9</sup> Article L.245-7 du CASF.

<sup>10</sup> En l'occurrence, l'aide humaine n'est pas plafonnée ; cf. arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation.

<sup>11</sup> En 2015, le montant de ressources à partir duquel le bénéficiaire n'est pris en charge qu'à 80 % est de 26 473,96 € annuels. Le calcul des ressources exclut notamment les revenus d'activité professionnelle et les revenus d'activité du conjoint (art. L.245-6 du CASF).

➤ Graphique 7 • Effectifs de bénéficiaires d'ACTP et de PCH entre 2004 et 2013



Champ • France entière hors Mayotte.

Source • DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2013.

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

Les dépenses de PCH et d'ACTP suivent globalement la même évolution que leur nombre de bénéficiaires. En 2013, la dépense de PCH s'établit à 1,54 milliard d'euros, contre 490 millions d'euros pour l'ACTP. La dépense d'ACTP en 2004 était de 720 millions d'euros.

Rapportées aux nombres de bénéficiaires, les trajectoires des dépenses sont toutefois radicalement différentes (graphique 8) : la PCH a été associée l'année de sa mise en œuvre à une très forte dépense par bénéficiaire (plus de 25 000 euros annuels), avant de diminuer rapidement. On peut y voir plusieurs effets : d'une part, les coûts de mise en place de la prestation peuvent être très importants, et diminuent ensuite avec les gains de gestion ; d'autre part, la prestation a peut-être d'abord bénéficié aux personnes les plus lourdement handicapées, qui nécessitaient une aide humaine importante mais qui étaient auparavant limitées par le plafonnement de l'ACTP. Cet effet est d'autant plus plausible que le coût de l'ACTP par bénéficiaire diminue entre 2006 et 2008 (d'environ 4 % chaque année en euros constants). Enfin, la PCH permet de prendre en charge des aides techniques ainsi que l'aménagement du logement, dépenses qui peuvent être importantes (même si elles sont plafonnées), induisant un coût potentiellement supérieur à l'ACTP, et cumulable par ailleurs avec de l'aide humaine.

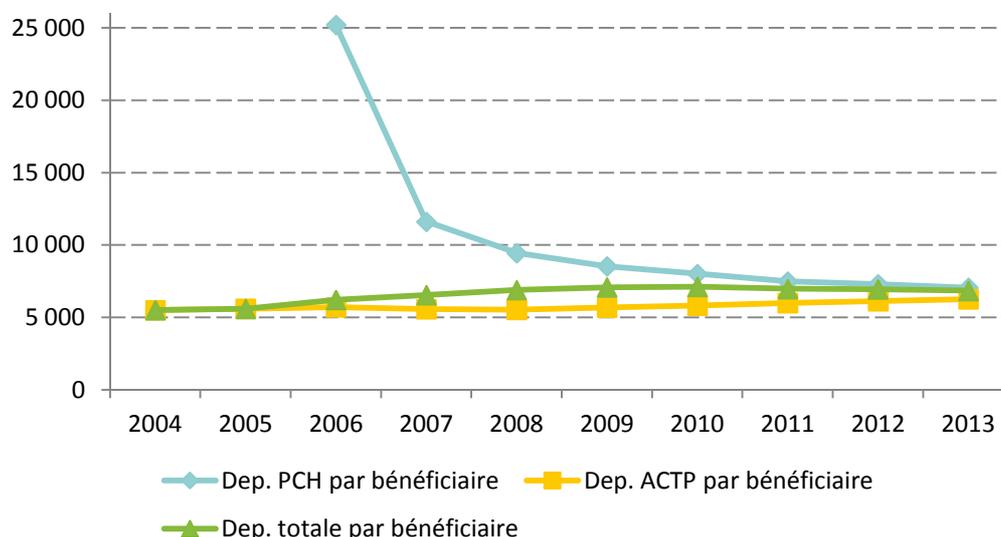
La baisse tendancielle du coût de la PCH par bénéficiaire est continue mais s'atténue avec le temps : entre 2012 et 2013, ces dépenses ont diminué de 4,2 % en euros constants (à comparer aux -54,6 % entre 2006 et 2007) ; il n'en reste pas moins que la dépense globale continue d'augmenter assez fortement : +6,6 % en un an. Parallèlement, le coût de l'ACTP par bénéficiaire se renchérit à partir de 2009 : +1,2 % en moyenne annuelle en euros constants. Une fois achevé le basculement des handicaps les plus lourds au profit de la PCH, les bénéficiaires souhaitant toujours conserver l'ACTP sont ceux pour lesquels la PCH n'offre pas une meilleure prise en charge, *a fortiori* donc ceux bénéficiant d'une aide élevée, et dont le coût est donc mécaniquement supérieur. En complément, pour les

nouveaux bénéficiaires d'une aide humaine, seule la PCH est attribuable, y compris pour ceux qui ont des besoins moindres. Par ailleurs, le renchérissement de la majoration pour tierce personne (MTP), sur la base de laquelle est calculé le montant maximum de l'ACTP, peut jouer, mais il ne suffit pas à lui seul à expliquer l'augmentation de la dépense moyenne d'ACTP par bénéficiaire<sup>12</sup>.

Au total, dépenses de PCH et dépenses d'ACTP par bénéficiaire convergent. La dépense globale par bénéficiaire a fortement augmenté avec la création de la PCH, et est en diminution depuis 2010. Elle s'établit en 2013 à 6 900 euros environ.

➤ **Graphique 8 • Dépenses annuelles moyennes d'ACTP et de PCH par bénéficiaire entre 2004 et 2013**

En euros



Champ • France entière hors Mayotte.

Source • DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2013.

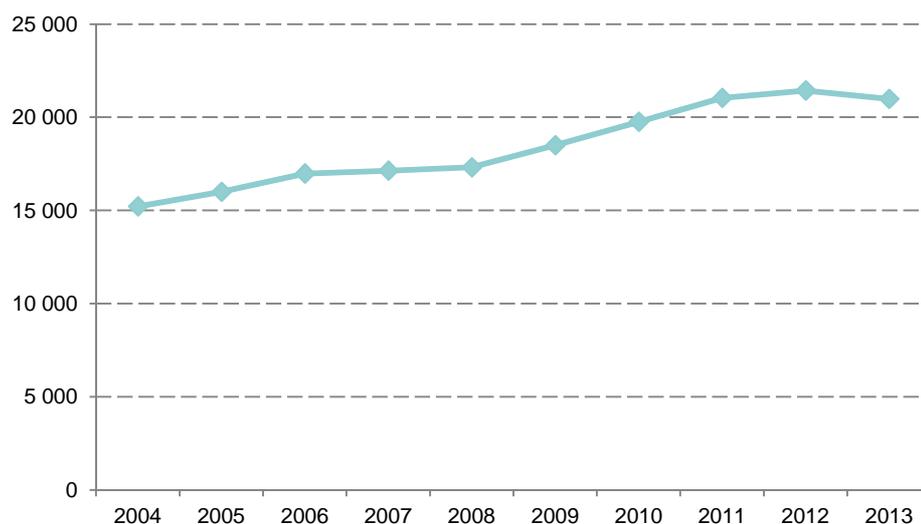
***L'aide ménagère suit également la tendance à l'augmentation***

Une autre aide sociale est attribuable aux personnes vivant à leur domicile : l'allocation représentative de services ménagers, autrement appelée l'aide ménagère. Il s'agit d'une aide délivrée aux personnes non éligibles à la PCH mais dont la situation nécessite tout de même une aide pour certaines activités qu'elles ne peuvent réaliser seules. En effet, l'article L.241-1 du CASF indique : « Toute personne handicapée dont l'incapacité permanente est au moins égale [à 80 %] ou qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité de se procurer un emploi, peut bénéficier des prestations prévues [notamment à l'article L.231-1 du même code], à l'exception de l'allocation simple à domicile [...] ».

<sup>12</sup> La majoration pour tierce personne permet à son bénéficiaire de percevoir une majoration de sa pension d'invalidité ou de sa rente liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT-MP). Elle est prévue sous conditions d'assistance d'une tierce personne. L'évolution annuelle de la MTP en euros constants est de 1,7 % en 2009, -0,6 % en 2010, 0 % en 2011, +0,1 % en 2012, +0,4 % en 2013.

L'allocation représentative de services ménagers concerne un nombre plus limité de personnes que la PCH ou l'ACTP, mais la tendance est à l'augmentation, peut-être, comme pour une partie de la montée en charge de la PCH, du fait de l'impossibilité de contracter l'ACTP à partir de 2006 : le nombre est ainsi passé de 15 200 personnes en 2004 à 21 000 en 2013 (graphique 9).

➤ **Graphique 9 • Effectif de bénéficiaires de l'allocation représentative de services ménagers entre 2004 et 2013**



**Champ** • France entière hors Mayotte.

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2013.

La dépense est plus complexe à mesurer et ne peut être qu'approchée : dans les données disponibles, elle recouvre à la fois l'allocation représentative de services ménagers et d'autres aides hors PCH et ACTP, notamment les secours d'urgence. Cette dépense passe de 35 millions d'euros en 2004 à 63 millions d'euros en 2013. À cette date, elle représente 3 % des dépenses d'aide à domicile et moins de 1 % du total des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées, pour un peu plus de 3 000 euros annuels par bénéficiaire en moyenne.

***En 10 ans, +28 % de personnes handicapées aidées pour leur hébergement en établissement***

Les personnes qui ne peuvent rester en continu à leur domicile du fait de leur handicap peuvent être hébergées dans des établissements médico-sociaux. 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. Cette aide sociale à l'hébergement (ASH) n'est toutefois pas applicable à tous les établissements médico-sociaux. Ainsi l'hébergement en maison d'accueil spécialisée (MAS) relève-t-il de l'Assurance maladie<sup>13</sup>, de même que l'hébergement des enfants et adolescents handicapés<sup>14</sup>. Les départements peuvent toutefois allouer l'aide sociale aux adultes handicapés hébergés en établissement

<sup>13</sup> Article L.344-1 du CASF.

<sup>14</sup> Article L.242-10 du CASF.

pour enfants ou adolescents dans le cadre de l'amendement Creton<sup>15</sup>, ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pour le cas où aucune autre offre d'accueil ne serait disponible.

Il existe principalement trois types d'établissements pour l'hébergement des adultes handicapés, dont les places peuvent relever de l'aide sociale départementale : les foyers d'hébergement, qui assurent l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée en milieu ordinaire (de droit commun), dans un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ; les foyers occupationnels ou foyers de vie, qui accueillent des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé (structure spécialisée) ; enfin les foyers d'accueil médicalisé (FAM), destinés à recevoir des personnes inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi que d'une médicalisation, sans toutefois justifier une prise en charge complète par l'Assurance maladie. Une partie des frais de fonctionnement des FAM sont pris en charge par l'Assurance maladie.

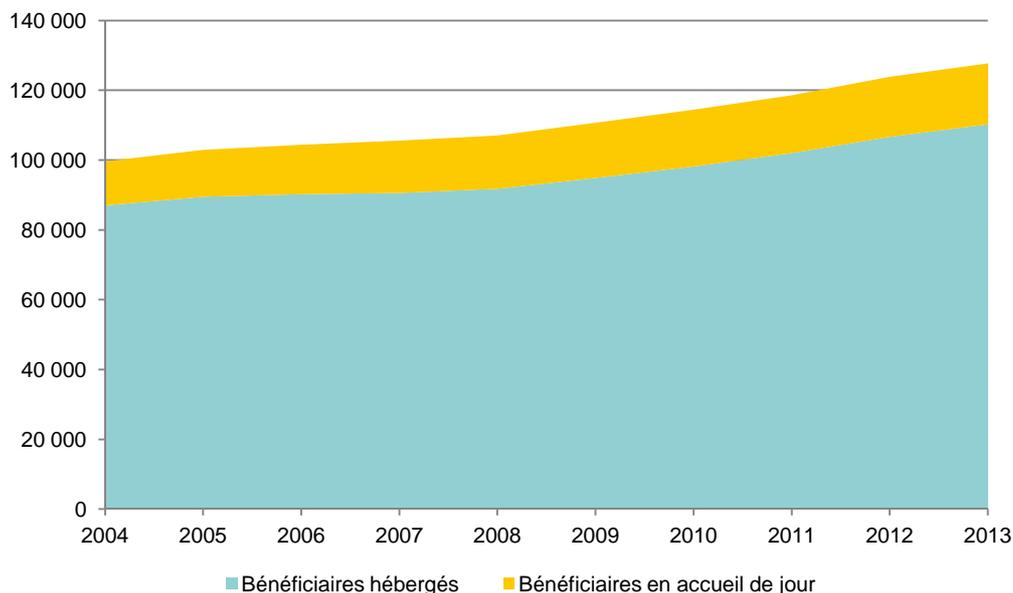
Le nombre de personnes handicapées hébergées en établissement ou en accueil de jour et bénéficiant à ce titre d'une aide augmente régulièrement au cours de la période 2004-2013, passant de 100 000 à 128 000 bénéficiaires environ (graphique 10). Cette augmentation, bien plus importante que la croissance démographique, suit globalement les créations de places en foyers (hébergement et accueil de jour) : +30 % en 10 ans. Globalement, les capacités d'accueil des établissements médico-sociaux sont saturées, le taux d'occupation étant systématiquement supérieur à 100 %<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Voir à ce titre Irace T. et Roy D., 2016 : « Amendement Creton : 6 000 jeunes adultes dans les établissements pour enfants handicapés », DREES, *Études et Résultats*, n°946, janvier.

<sup>16</sup> Pour des statistiques complètes sur les établissements et services pour adultes handicapés, voir Makdessi Y., Mordier B., 2013 : « Les établissements et services pour adultes handicapés – Résultats de l'enquête ES 2010 », DREES, *Document de travail*, série Statistiques, n°180.

➤ **Graphique 10 • Effectifs de bénéficiaires d'une aide à l'hébergement et à l'accueil de jour entre 2004 et 2013**



**Champ** • France entière hors Mayotte.

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2013.

Les dépenses d'ASH ont un rythme d'augmentation plus soutenu que les nombres de bénéficiaires, passant de 2,9 milliards d'euros en 2004 à 4,6 milliards en 2013, soit une augmentation de 36,9 % en euros constants en 10 ans. Rapportée au nombre de bénéficiaires, cette dépense a surtout augmenté en 2006 et en 2007, respectivement de 4,7 % et de 4,2 %, probablement en partie du fait de l'introduction de la PCH : en effet, la PCH, lorsqu'elle est versée au titre de l'aide humaine pour une personne en établissement, ne s'établit qu'à 10 % du montant du plan d'aide, ce qui n'était pas le cas de l'ACTP. Les coûts qui ne sont plus pris en charge par l'ACTP dans les établissements ont pu être reportés vers l'ASH<sup>17</sup> (graphique 11). Depuis 2011, cette dépense par bénéficiaire a tendance à diminuer : en 2013, elle s'établissait à 35 800 euros par an.

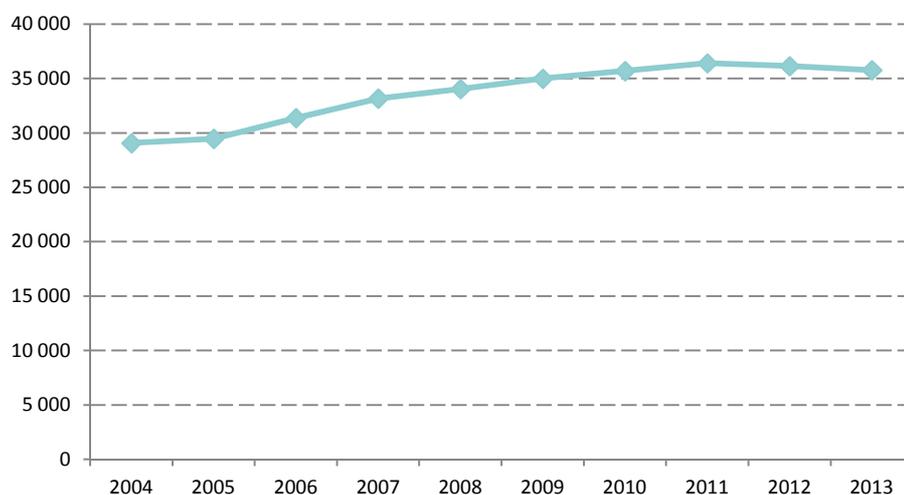
En dernier lieu, l'aide à l'hébergement peut concerner de jeunes adultes qui, du fait du manque de place en établissements dédiés, peuvent rester hébergés dans leur établissement pour enfant ou adolescent handicapé (type institut médico-éducatif – IME). L'aide sociale relative à ces personnes<sup>18</sup> représente des montants assez faibles par comparaison à l'ASH des établissements pour adultes handicapés. Elle est toutefois en forte augmentation, étant passée de 27 millions d'euros en 2004 à 69 millions d'euros en 2013, soit une croissance de 125,6 % en euros constants en 10 ans.

<sup>17</sup> A pu jouer également la montée en charge des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le domaine social et médico-social, pour lesquels l'ordonnance 2005-1477 du 1<sup>er</sup> décembre 2005 indique que ces contrats mentionnent notamment la tarification (voir à ce titre l'article L.313-11 du CASF). Les données disponibles ne permettent pas malheureusement d'étudier un possible effet de la mise en place des CPOM sur les dépenses d'ASH.

<sup>18</sup> Jusque l'âge de 20 ans, l'assurance maladie prend en charge les frais d'hébergement.

➤ **Graphique 11 • Dépense moyenne annuelle de l'aide sociale à l'hébergement par bénéficiaire entre 2004 et 2013**

En euros courants



**Champ** • France entière hors Mayotte, hors dépenses de SAVS-SAMSAH et ASH « jeunes ».

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2013.

***L'accueil par des particuliers reste limité***

L'accueil des adultes handicapés peut également être réalisé auprès de particuliers rémunérés à cet effet (article L.441-1 du CASF). L'agrément de la famille d'accueil par le conseil départemental vaut alors, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Bien qu'en augmentation régulière durant la période 2004-2013, le nombre de personnes handicapées accueillies par des particuliers au titre de l'aide sociale reste très limité : 5 800 en 2013. La dépense correspondante est passée de 25 millions à 54 millions d'euros annuels, soit une augmentation de 85,7 % au cours de la période en euros constants. Le coût annuel moyen par bénéficiaire est de 9 300 euros en 2013.

***Les dépenses départementales pour l'aide sociale en SAVS et SAMSAH ont été multipliées par 2,6 en 10 ans***

Plutôt que d'être accueillis en établissement, les adultes handicapés peuvent faire appel à un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou à un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), pour lesquels le conseil départemental peut payer une partie des tarifs journaliers au titre de l'aide sociale<sup>19</sup>. Dans ces services, il s'agit 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.

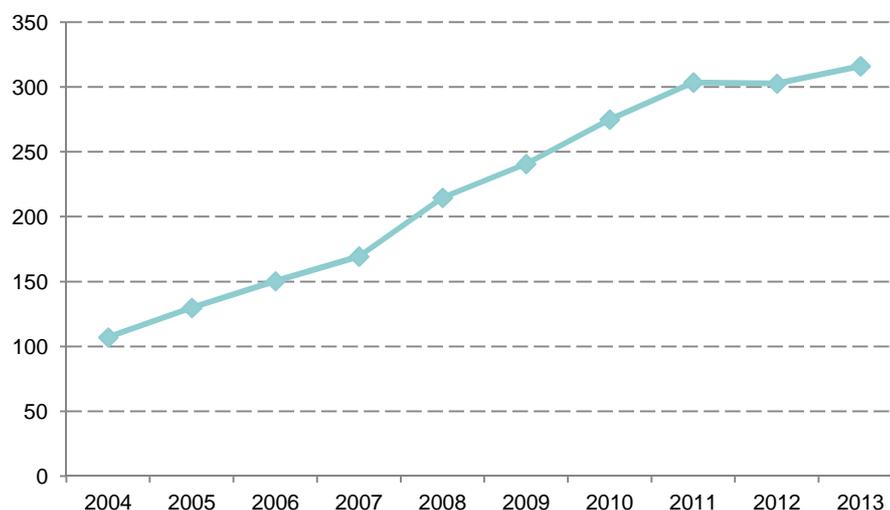
<sup>19</sup> Article L.344-5 du CASF.

Le nombre de bénéficiaires au titre de l'aide sociale dans ces services n'est pas disponible dans les données actuelles<sup>20</sup>. On peut en revanche estimer le nombre total de personnes fréquentant ces services à l'aide des enquêtes quadriennales « Établissements et Services (ES) » de la DREES : au 31 décembre 2010, 46 800 personnes fréquentaient ces services. Elles étaient 27 300 quatre ans plus tôt.

Comme le nombre d'utilisateurs de ces services, les dépenses ont très fortement augmenté de 2004 à 2013, passant de 107 millions d'euros à 316 millions d'euros, soit une augmentation de 156,4 % en euros constants en 10 ans (graphique 12).

➤ **Graphique 12 • Dépenses d'aide sociale pour les services d'accompagnement entre 2004 et 2013**

En millions d'euros courants



Champ • France entière hors Mayotte.

Source • DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2013.

## Une évolution différenciée des effectifs de bénéficiaires par département

Dans toute la suite de l'étude, les données relatives aux dépenses d'aide sociale sont calculées en moyenne sur trois ans<sup>21</sup>. En effet, compte tenu d'éventuels ajustements comptables, certains départements peuvent voir leurs dépenses augmenter brutalement d'une année sur l'autre, puis diminuer fortement l'année suivante. La moyenne mobile permet de lisser ces effets, mais restreint la période d'étude aux années 2005 à 2012. Par souci de cohérence, les données départementales sur les bénéficiaires de l'aide sociale se réfèrent aux mêmes années.

<sup>20</sup> Ce qui empêche de calculer la dépense par bénéficiaire dans ce cas.

<sup>21</sup> Les moyennes sont dites « mobiles », c'est-à-dire que pour une année donnée *n*, on indique la moyenne des années *n-1*, *n* et *n+1*.

Les personnes handicapées bénéficiaires de l'aide sociale départementale sont inégalement réparties sur le territoire (Cartes 1 et 2), et la situation est différente si l'on considère le début ou la fin de la période. Si, dans presque tous les départements, le nombre de bénéficiaires en proportion du nombre total d'habitants a augmenté, les situations sont contrastées : il a plus que doublé dans 15 départements, les augmentations les plus fortes étant celles du Jura et de la Lozère (près de trois fois plus de bénéficiaires en 2012 qu'en 2005). L'augmentation est à l'inverse inférieure à 40 % dans 16 départements, et on constate même une diminution dans les Hauts-de-Seine. Du fait de ces évolutions variées, les départements prenant en charge le plus de personnes handicapées ne sont pas forcément les mêmes en 2005 et en 2012.

Plusieurs explications peuvent être avancées quant à ces évolutions différenciées, en plus de caractéristiques locales qui ne sont pas observables dans les données statistiques<sup>22</sup> :

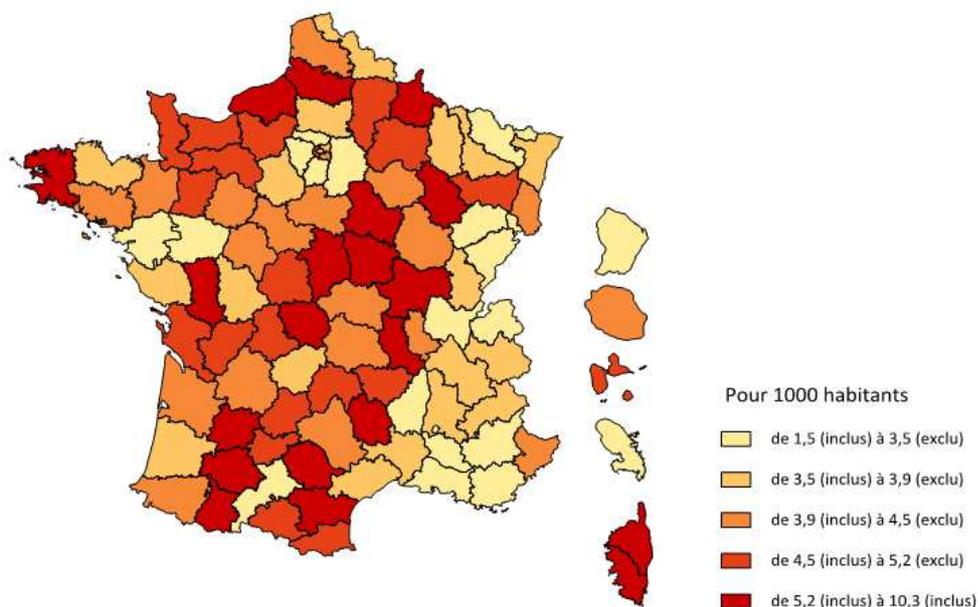
- Des différences territorialisées de prévalence du handicap ;
- Des différences territorialisées de reconnaissance administrative du handicap ;
- La hausse du nombre de places d'hébergement, différenciée également selon les départements<sup>23</sup> ;
- La montée en charge de la PCH, qui n'est pas encore achevée et qui peut être plus avancée dans certains départements que dans d'autres ;
- En corollaire, la substitution de la PCH ou de l'ACTP vers l'APA aux âges « avancés » peut être plus ou moins prononcée selon le territoire ;
- Des différences dans la répartition par âge de la population : les départements les plus « vieillissants » étant ceux pour lesquels plus de personnes substituent l'APA à la PCH, même si cette substitution est certainement marginale ;
- Le contexte économique local et son évolution, notamment pour le recours à l'ASH : plus les personnes sont modestes, plus elles peuvent prétendre à l'aide sociale.

<sup>22</sup> L'estimation d'un modèle économétrique en données de panel permet de s'affranchir de cet écueil (cf. *infra*).

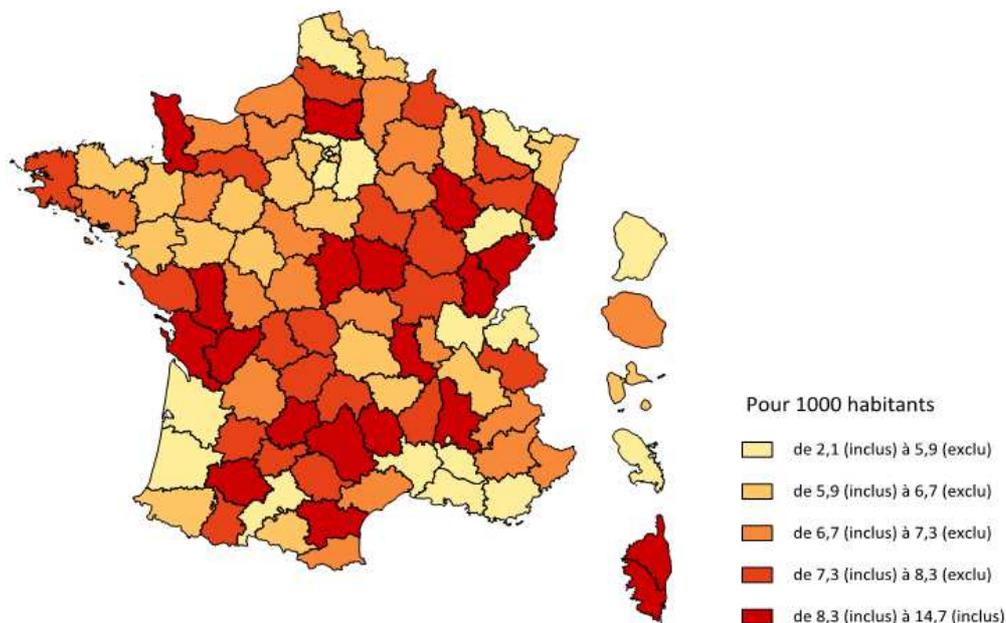
<sup>23</sup> L'effet de la hausse du nombre de places d'hébergement dans un département peut se faire ressentir dans un autre département : en effet, le département payant l'aide sociale reste celui du domicile de secours du bénéficiaire.

➤ Cartes 1 et 2 • Nombre de bénéficiaires d'une aide sociale par département, en proportion de la population totale

En 2005



En 2012



**Note** • Au niveau national, le nombre de bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes handicapées est de 4,1 pour 1 000 habitants en 2005, et de 6,5 pour 1 000 habitants en 2012.

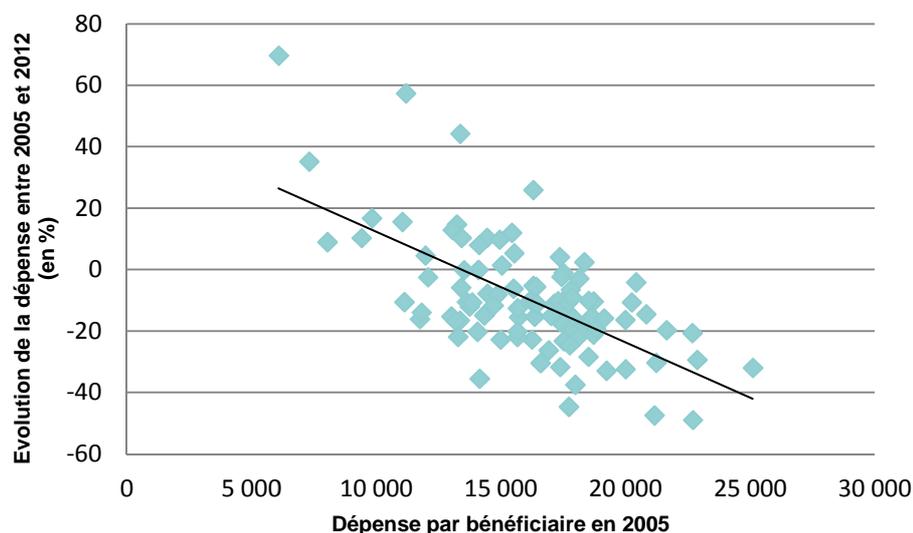
**Champ** • France entière hors Mayotte, classes construites selon les quintiles (c'est-à-dire de manière que chaque classe représente 20 % de l'ensemble des départements).

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2013 – INSEE, estimations localisées de population – fonds de carte Artique.

## La dépense par bénéficiaire des départements tend à s'harmoniser

En moyenne, les dépenses par bénéficiaire convergent (graphique 13) : les départements pour lesquels la dépense par bénéficiaire était élevée en 2005 sont ceux qui ont connu la plus forte baisse de ces mêmes dépenses. C'est l'inverse pour les départements partant d'une faible dépense moyenne par bénéficiaire en 2005. Cette convergence incite à penser que les pratiques des départements ont eu tendance à s'harmoniser, que ce soit en termes de tarification pour l'hébergement en établissement ou en termes de construction des plans d'aide. Il existe toutefois quelques contre-exemples à cette tendance à l'harmonisation : certains départements, qui avaient déjà des dépenses relativement élevées en 2005, les ont tout de même vu augmenter, et *vice-versa*.

➤ Graphique 13 • Dépenses par bénéficiaire d'une aide sociale en 2005 et évolutions de ces dépenses en euros constants entre 2005 et 2012, par département



**Lecture** • Chaque point représente un département. Le département le plus en haut à gauche du graphique dépensait en moyenne un peu plus de 5 000 euros par bénéficiaire en 2005. Cette dépense a augmenté de près de 80 % entre 2005 et 2012 en euros constants. La droite de régression représente la relation moyenne qui lie par département la dépense par bénéficiaire en 2005 à l'évolution de cette dépense entre 2005 et 2012.

**Champ** • France entière hors Mayotte, hors dépenses de SAVS-SAMSAH et ASH « jeunes ».

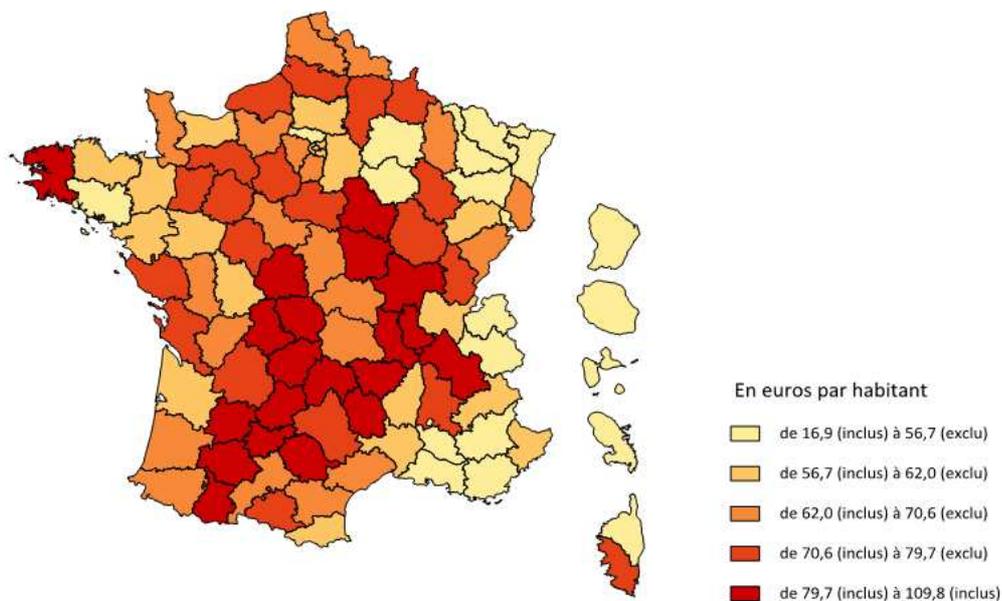
**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2013.

### *Des dépenses par habitant qui augmentent, mais de façon variable d'un département à l'autre*

Les effets combinés de l'augmentation des nombres de bénéficiaires en proportion de la population totale et de l'évolution (positive ou négative) de la dépense moyenne par bénéficiaire, toutes deux très contrastées au niveau départemental, aboutissent également à des situations très variées au regard de la dépense globale rapportée au nombre d'habitants de chaque département (cartes 3 à 5). Celle-ci a augmenté pour presque tous les départements, mais de façon différenciée. Toutefois, les situations de 2005 et 2012 se

ressemblent : les départements qui dépensaient le plus en 2005 sont globalement les mêmes en 2012<sup>24</sup>.

➤ **Carte 3 • Dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées par habitant en 2005**



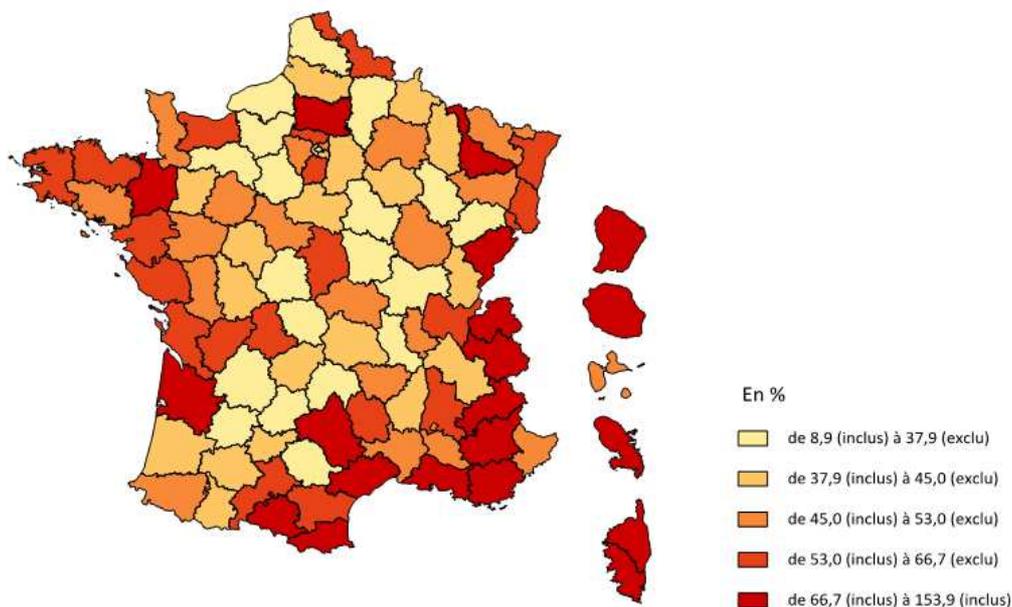
**Note** • Au niveau national, la dépense annuelle moyenne d'aide sociale aux personnes handicapées par habitant en 2005 est de 65,2 euros.

**Champ** • France entière hors Mayotte, classes construites selon les quintiles (c'est-à-dire de manière à ce que chaque classe représente 20 % de l'ensemble des départements).

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2003 à 2006 – INSEE, estimations localisées de population – fonds de carte Artique.

<sup>24</sup> 13 des 20 départements ayant la plus faible dépense par habitant en 2005 sont toujours dans ce cas en 2012, et 15 des 20 départements ayant la plus forte dépense par habitant en 2005 sont toujours dans ce cas en 2012.

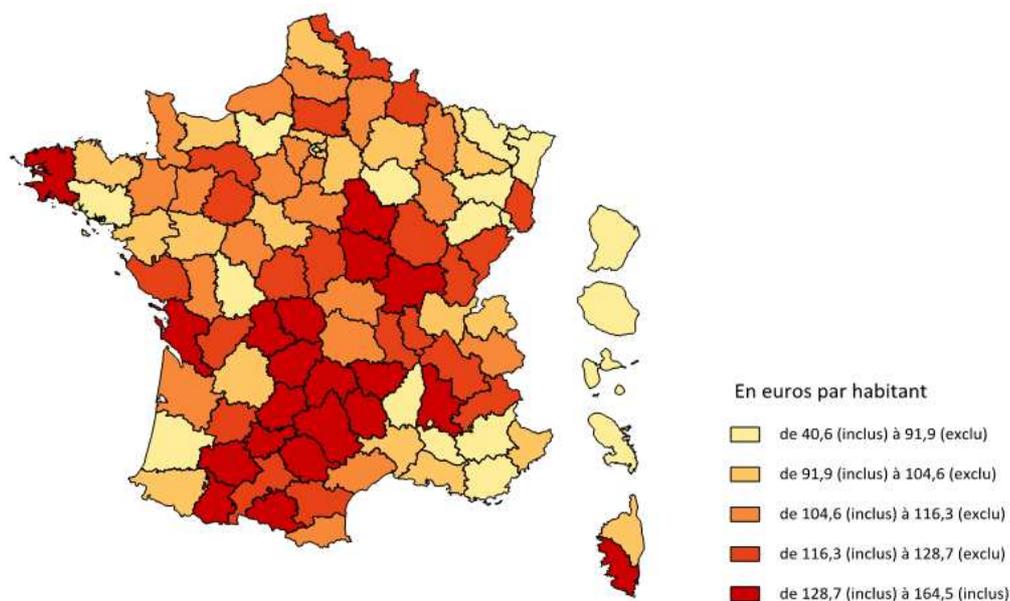
➤ **Carte 4 • Évolutions des dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées entre 2005 et 2012, en euros constants**



**Note** • Le taux d'évolution national moyen 2005-2012 de la dépense d'aide sociale aux personnes handicapées est de 52,9 %.  
**Champ** • France entière hors Mayotte, classes construites selon les quintiles (c'est-à-dire de manière que chaque classe représente 20 % de l'ensemble des départements).

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2013 – INSEE, estimations localisées de population – fonds de carte Artique.

➤ **Carte 5 • Dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées par habitant en 2012**



**Note** • Au niveau national, la dépense annuelle moyenne d'aide sociale aux personnes handicapées par habitant en 2012 est de 106,5 euros.

**Champ** • France entière hors Mayotte, classes construites selon les quintiles (c'est-à-dire de manière que chaque classe représente 20 % de l'ensemble des départements).

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2011 à 2013 – INSEE, estimations localisées de population – fonds de carte Artique.

Malgré la convergence des dépenses par bénéficiaire, les inégalités de dépenses par habitant s'accroissent : l'intervalle interquartile<sup>25</sup> passe ainsi de 19,9 euros à 30,0 euros par habitant au cours de la période (augmentation de 34,5 % en euros constants, tableau 2), et l'intervalle interdécile<sup>26</sup> passe de 40,8 euros à 52,5 euros (soit une augmentation de 14,8 %). La convergence des dépenses par bénéficiaire ne suffit donc pas à compenser l'augmentation des nombres de bénéficiaires, celle-ci accentuant de façon plus importante la dépense globale.

➤ **Tableau 2 • Distributions des dépenses annuelles d'aide sociale aux personnes handicapées par bénéficiaire et par habitant en 2005 et 2012 (en euros courants)**

	En 2005		En 2012	
	Par bénéficiaire	Par habitant	Par bénéficiaire	Par habitant
<b>1er décile</b>	12 000	51	12 300	86
<b>1er quartile</b>	14 000	58	13 700	95
<b>Médiane</b>	16 400	66	16 200	112
<b>3ème quartile</b>	18 100	78	18 000	125
<b>9ème décile</b>	20 000	91	19 600	138
<b>Intervalle interquartile</b>	4 100	20	4 200	30
<b>Intervalle interdécile</b>	8 100	41	7 300	53

**Note** • Intervalle interquartile : écart entre la dépense du 75<sup>ème</sup> département et celle du 25<sup>ème</sup> département, les départements étant classés par ordre croissant des dépenses moyennes par habitant ; intervalle interdécile : écart entre la dépense du 90<sup>ème</sup> département et celle du 10<sup>ème</sup> département, les départements étant classés par ordre croissant des dépenses moyennes par habitant.

**Champ** • France entière hors Mayotte.

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2004 à 2013.

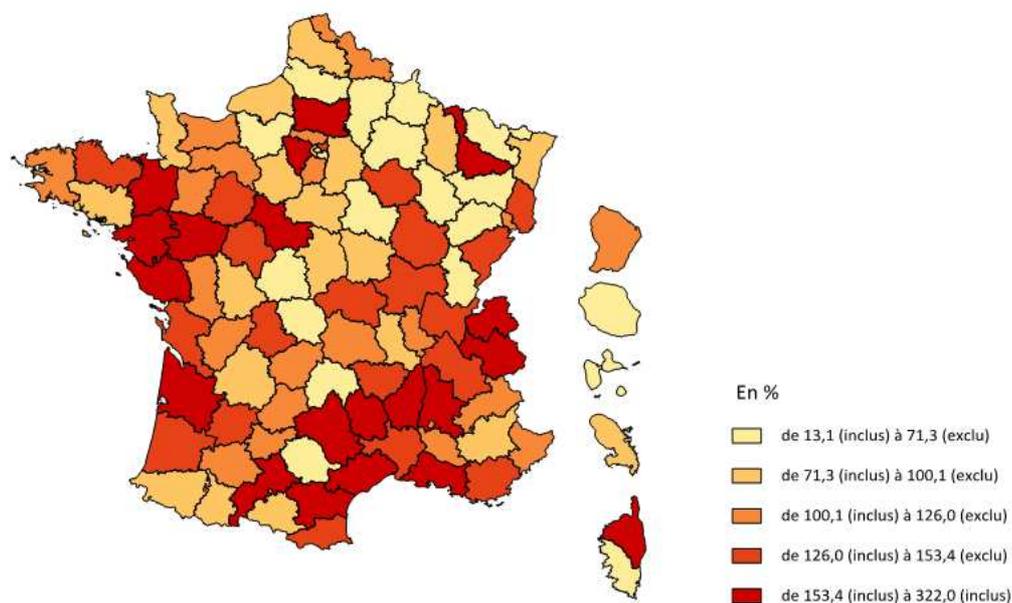
<sup>25</sup> Écart entre la dépense du 75<sup>ème</sup> département et celle du 25<sup>ème</sup> département, les départements étant classés par ordre croissant des dépenses moyennes par habitant.

<sup>26</sup> Écart entre la dépense du 90<sup>ème</sup> département et celle du 10<sup>ème</sup> département, les départements étant classés par ordre croissant des dépenses moyennes par habitant.

**Des déterminants différents de l'augmentation des dépenses d'aide sociale**

La hausse des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées par habitant peut avoir différentes causes suivant le département étudié. Ainsi, la hausse des dépenses d'aide à domicile concerne surtout les départements du Sud et de l'Ouest de la France (carte 6) ; la hausse des dépenses d'accueil<sup>27</sup> s'applique, elle, le plus fortement dans les départements de l'Est et les départements d'outre-mer (carte 7). Il n'y a pas vraiment de corrélation entre ces deux types d'évolution : les départements ayant le plus augmenté leurs dépenses d'accueil ne sont pas forcément ceux ayant le moins ou le plus augmenté leurs dépenses d'aide à domicile, et *vice-versa*.

➤ **Carte 6 • Évolution des dépenses d'aide à domicile entre 2005 et 2012 en euros constants**



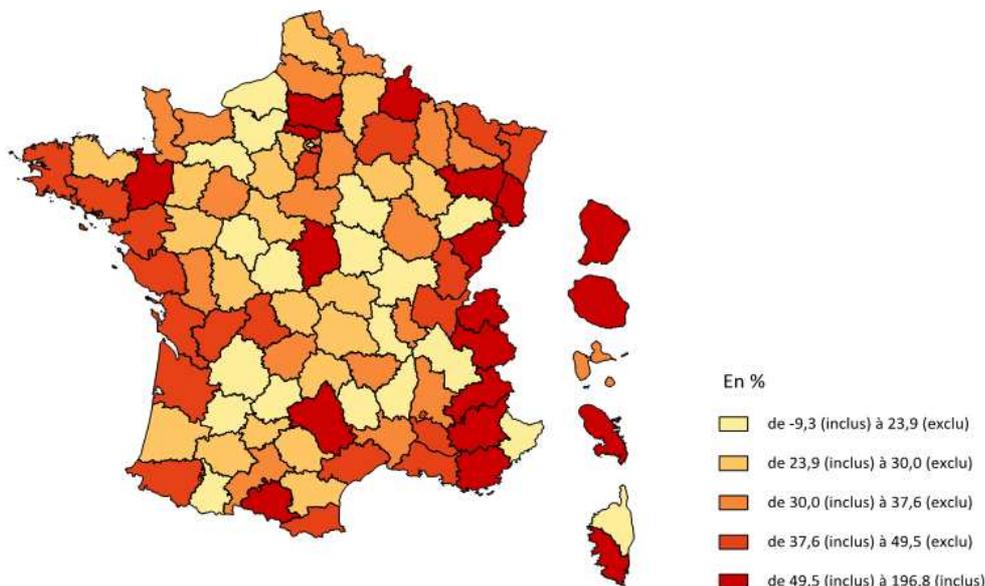
**Note** • Le taux d'évolution national moyen 2005-2012 de la dépense annuelle d'aide sociale aux personnes handicapées à domicile par habitant est de 116,2 %.

**Champ** • France entière hors Mayotte, classes construites selon les quintiles (c'est-à-dire de manière que chaque classe représente 20 % de l'ensemble des départements).

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2011 à 2013 – INSEE, estimations localisées de population – fonds de carte Artique.

<sup>27</sup> Un seul département a un taux de croissance des dépenses par habitant négatif sur la période.

➤ Carte 7 • Évolution des dépenses d'accueil entre 2005 et 2012 en euros constants



**Note** • Le taux d'évolution national moyen 2005-2012 de la dépense annuelle d'aide sociale aux personnes handicapées à l'accueil par habitant est de 34,7 %.

**Champ** • France entière hors Mayotte, classes construites selon les quintiles (c'est-à-dire de manière que chaque classe représente 20 % de l'ensemble des départements).

**Source** • DREES, enquêtes Aide sociale 2011 à 2013 – INSEE, estimations localisées de population – fonds de carte Artique.

**La dépense par bénéficiaire dépend de leur nombre**

Une analyse « toutes choses égales par ailleurs », menée conjointement sur, d'une part, les dépenses de domicile et, d'autre part, les dépenses d'accueil, permet d'isoler les déterminants des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées (tableau 3 et encadré 3).

On constate que la dépense moyenne par bénéficiaire dans un département est corrélée à leur nombre : plus il y a de bénéficiaires, moins la dépense par tête est élevée. Un dixième de point supplémentaire de bénéficiaires d'une aide à domicile dans la population<sup>28</sup> est lié à une dépense moyenne par bénéficiaire de 2 % plus faible ; pour l'aide à l'accueil, l'effet est plus de deux fois plus important.

Deux hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ce résultat. Cela pourrait traduire les contraintes budgétaires des départements : les départements ayant le plus grand nombre de bénéficiaires, en proportion de leur population, seraient les plus contraints, ce qui les pousserait à chercher à modérer la dépense pour chaque bénéficiaire. Une autre hypothèse possible serait que certains départements auraient une reconnaissance du handicap plus étendue que d'autres : le plus fort nombre de bénéficiaires se traduirait par une proportion plus élevée de situations moins lourdes (cas « limites »), occasionnant moins de dépenses.

<sup>28</sup> Bénéficiaires pour 1 000 habitants.

➤ **Encadré 3 • Les modèles économétriques à équations simultanées sur données de panel**

« La simplicité est la sophistication suprême », Léonard de Vinci (1452-1519)

L'analyse toutes choses égales par ailleurs des dépenses soulève deux types de difficultés : le fait que les dépenses d'accueil et à domicile sont corrélées, d'une part, et le fait que certains facteurs explicatifs propres à certains départements ne sont pas observés dans les données, d'autre part.

**De l'utilité d'un modèle à équations simultanées...**

On peut supposer que les coûts associés aux aides aux personnes handicapées à domicile et en établissement sont établis simultanément, c'est-à-dire qu'il existe une certaine relation qui lie les deux dépenses. Cette hypothèse peut être établie si l'on considère les contraintes budgétaires des départements : une forte dépense pour les personnes à domicile accentue la contrainte budgétaire pour la dépense d'hébergement, et *vice-versa*.

Le modèle économétrique des dépenses peut s'écrire sous la forme suivante :

$$\begin{cases} Dep_{dom} = X_{dom}\beta_{dom} + \varepsilon_{dom} \\ Dep_{heb} = X_{heb}\beta_{heb} + \varepsilon_{heb} \end{cases}$$

Les termes d'erreur sont liés par la matrice de variance-covariance  $\Omega = \Sigma \otimes I$ , avec :

$$\Sigma = \begin{pmatrix} \varepsilon_{dom,dom} & \varepsilon_{dom,heb} \\ \varepsilon_{heb,dom} & \varepsilon_{heb,heb} \end{pmatrix}$$

Pour le cas où toutes les variables explicatives sont exogènes (ce qu'on peut raisonnablement supposer pour les dépenses par habitant), l'estimateur de  $\beta = \begin{pmatrix} \beta_{dom} \\ \beta_{heb} \end{pmatrix}$  est déterminé par les moindres carrés généralisés, soit :

$$\hat{\beta} = [X'\Omega^{-1}X]^{-1} X'\Omega^{-1}Dep$$

Cet estimateur est plus efficace (*i.e.* sa variance est plus faible) que celui issu de l'estimation par les moindres carrés ordinaires équation par équation.

Dans le cas des dépenses par bénéficiaire, l'analyse descriptive fait suspecter une éventuelle endogénéité des nombres de bénéficiaires avec les dépenses par bénéficiaires elles-mêmes. Le biais d'estimation de  $\hat{\beta}$  peut dans ce cas être corrigé par la méthode des triples moindres carrés, qui consiste à appliquer la méthode des doubles moindres carrés équation par équation, permettant d'estimer les variables explicatives endogènes, puis les moindres carrés généralisés au système d'équation complet, incluant variables endogènes et exogènes.

**... appliqué aux données de panel**

Toutes les variables explicatives des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées ne sont pas observables. En particulier, il existe une hétérogénéité inobservée des départements liée, par exemple, à des caractéristiques politiques, à un héritage du passé sur le long terme, à l'importance du tissu associatif sur les territoires... Cette hétérogénéité, la plupart du temps invariante (ou peu variante) dans le temps, peut être prise en compte dans la modélisation économétrique, en introduisant, en plus de la dimension individuelle, la dimension temporelle. Le modèle s'écrit alors sous la forme suivante (pour chaque équation du système vu précédemment) :

$$y_{it} = x_{it}\beta + u_i + v_{it}$$

Où  $y_{it}$  représente les dépenses du département  $i$  à la date  $t$ ,  $x_{it}$  ses caractéristiques variables dans le temps et observées,  $u_i$  les caractéristiques du département  $i$  inobservées et invariantes dans le temps, et  $v_{it}$  le résidu d'estimation.

Le projecteur within permet d'estimer les effets des variables  $x_{it}$  sur  $y_{it}$  tout en supprimant les effets fixes départementaux des calculs. Il suffit d'appliquer la méthode des moindres carrés au modèle suivant :

$$y_{it} - y_{i\bullet} = (x_{it} - x_{i\bullet})\beta + (u_i - u_i) + (v_{it} - v_{i\bullet})$$

Soit encore  $y_{it}^* = x_{it}^* \beta + v_{it}^*$

Avec  $z_{it}^* = z_{it} - z_{i\bullet} = z_{it} - \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T z_{it}$

Appliqué au modèle explicatif des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées, on estime les coefficients associés au système suivant :

$$\begin{cases} Dep_{it,dom}^* = X_{it,dom}^* \beta_{dom} + \varepsilon_{it,dom}^* \\ Dep_{it,heb}^* = X_{it,heb}^* \beta_{heb} + \varepsilon_{it,heb}^* \end{cases}$$

Le modèle utilisé dans cette étude prend en compte trois années, de 2010 à 2012, afin d'éviter au maximum la période de montée en charge de la PCH pour une meilleure stabilité (les données relatives au revenu ne sont pas encore disponibles pour 2013). D'autres spécifications ont été testées, sur les années 2008 à 2012 et 2009 à 2012, en introduisant des variables indicatrices d'années, du fait de l'instabilité due à la montée en charge de la PCH sur le début de période (annexe). Ces effets annuels captent la majeure partie de la variance dans ces modèles, mais les principales variables (taux de bénéficiaires rapporté à la population) vont bien dans le même sens que sur le modèle à 3 ans. Les variables expliquées de dépenses par habitant et par bénéficiaires sont transformées en logarithme, les coefficients issus de la régression donnant directement la variation (approximée) en pourcentage de ces dépenses en fonction des variations des variables explicatives.

La dépense moyenne à domicile par habitant est en revanche (et sans surprise) liée de façon positive au nombre de bénéficiaires, l'effet étant toutefois bien moindre que pour la dépense par bénéficiaire accueilli.

La montée en charge de la PCH, mesurée par sa part de bénéficiaires dans le total de la PCH et de l'ACTP au sein du département, a une influence significative et positive sur les dépenses par habitant. À domicile, les aides liées à la PCH restent supérieures à celles de l'ACTP ; en établissement, la PCH est probablement réduite par rapport à l'ancienne ACTP, induisant des dépenses d'hébergement (ASH) plus élevées.

Le revenu moyen des habitants du département a un effet significatif sur les dépenses d'accueil. Plus le niveau de vie est élevé dans le département, plus l'aide à l'accueil est généreuse : 1 % d'augmentation du niveau de vie médian entraîne une hausse de 0,5 % des dépenses d'aide à l'accueil par habitant et de 2,1 % des dépenses par bénéficiaire. L'effet du revenu n'est en revanche pas significatif sur les dépenses à domicile.

Par ailleurs, plus le département a de bénéficiaires de l'AAH, c'est-à-dire plus le nombre de personnes handicapées aux revenus modestes habitant le département est élevé, plus la dépense moyenne d'aide sociale à domicile l'est également.

➤ **Tableau 3 • Résultats des modèles économétriques d'analyse de la dépense d'aide sociale aux personnes handicapées par habitant et par bénéficiaire**

	Dépense par habitant		Dépense par bénéficiaire	
	Domicile	Accueil	Domicile	Accueil
Part des bénéficiaires d'une aide à domicile dans la population*	2,2		-20,0	
Part des bénéficiaires d'une aide à l'accueil dans la population*		7,1		-49,5
Part des bénéficiaires de l'AAH dans la population**	17,0	11,6	20,4	ns
Part des bénéficiaires de la PCH dans le total PCH+ACTP**	0,8	0,5	0,7	-3,7
Indice de vieillissement***	ns	-0,8	ns	1,4
Niveau de vie médian (par % supplémentaire)	ns	0,5	ns	2,1
Taux d'équipement en foyer d'accueil médicalisé	ns		-9,7	
Taux d'équipement en foyers de vie*	-4,7		ns	
Taux d'équipement en foyers d'hébergement*	-9,2		ns	
Part des places de MAS/FAM dans le total de places d'hébergement		ns		ns
Part des places en foyer de vie et foyer d'hébergement dans le total des places d'hébergement		ns		ns
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0,58</b>		<b>0,12</b>	

(\*) Pour 1000 habitants.

(\*\*) en %.

(\*\*\*) Rapport entre les plus de 60 ans et les moins de 20 ans.

ns : non-significatif (seuls les coefficients significatifs au seuil de 10 % sont renseignés dans le tableau).

**Lecture** • Un point supplémentaire pour 1 000 habitants de bénéficiaires d'une aide à l'accueil est lié, toutes choses égales par ailleurs, à des dépenses par habitant plus élevées de 7,1 %.

**Champ** • France métropolitaine, hors dépenses de SAVS-SAMSAH et ASH « jeunes ».

**Sources** • DREES, enquêtes Aide sociale 2010 à 2012, Panorama, Statiss, Finess – INSEE, Estimations localisées de population.

Les taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux – c'est-à-dire le nombre de places pour 1 000 habitants – ont une influence significative sur les dépenses d'aide à domicile : ainsi, plus le département est équipé en foyers de vie, foyers d'hébergement ou foyers d'accueil médicalisé, moins ces dépenses sont élevées<sup>29</sup>. En effet,

<sup>29</sup> L'effet du taux d'équipement sur la dépense d'aide à domicile doit cependant être interprété avec prudence, les résultats issus des modèles à 4 et 5 ans montrant des effets plus ambigus (cf. annexe).

les bénéficiaires accueillis en établissement sont dans la majorité des cas ceux pour lesquels une aide à domicile serait particulièrement coûteuse. Les dépenses d'aide sociale à l'accueil étant déjà expliquées par le nombre de bénéficiaires hébergés, on ne peut donc introduire les taux d'équipements dans cette équation du modèle<sup>30</sup>. L'effet de la répartition des places n'est en revanche pas significatif sur les dépenses d'aide à l'accueil.

---

<sup>30</sup> La colinéarité serait en effet presque parfaite.

## Bibliographie

AMAR E., 2015, « Dépenses d'aide sociale départementale en 2013 », *Document de travail*, Série Statistiques, n°197, Drees, août.

BORDERIES F., TRESPEUX F., « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2013 », *Document de travail*, Série Statistiques, n°196, Drees, juin.

DREES (collectif), 2015, « La protection sociale en France et en Europe en 2013 », juillet.

ESPAGNAC M., 2015, « Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale – Une analyse à partir de l'enquête Handicap-Santé auprès des ménages (HSM, 2008) », *Dossiers Solidarité Santé*, n°68, Drees, septembre.

ESPAGNAC M., 2013, « L'aide humaine apportée aux bénéficiaires d'une allocation de compensation du handicap », *Études et Résultats*, n°855, Drees, octobre.

IRACE T., ROY D., 2016, « Amendement Creton : 6 000 jeunes adultes dans les établissements pour enfants handicapés », *Études et Résultats*, n°946, Drees, janvier.

MAKDESSI Y., MORDIER B., 2013, « Les établissements et services pour adultes handicapés – Résultats de l'enquête ES 2010 », *Document de travail*, Série Statistiques, n°180, Drees, mai.

MARQUIER R., 2013, « Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010) », *Dossiers Solidarité Santé*, n°39, Drees, avril.

## Annexe : Spécifications économétriques alternatives du modèle explicatif des dépenses d'aide sociale aux personnes handicapées

Modèle sur 4 ans

	Dépense par habitant		Dépense par bénéficiaire	
	Domicile	Accueil	Domicile	Accueil
Part des bénéficiaires d'une aide à domicile dans la population*	3,7		-10,6	
Part des bénéficiaires d'une aide à l'accueil dans la population*		3,9		-44,7
Part des bénéficiaires de l'AAH dans la population**	11,6	-5,7	16,4	ns
Part des bénéficiaires de la PCH dans le total PCH+ACTP**	0,7	ns	ns	-0,6
Premier décile des niveaux de vie (par % supplémentaire)	ns	ns	ns	0,9
Niveau de vie médian (par % supplémentaire)	ns	ns	ns	1,2
Taux d'équipement en maison d'accueil spécialisé	ns		0,6	
Taux d'équipement en foyer d'accueil médicalisé	ns		1,8	
Taux d'équipement en ESAT	ns	ns	ns	0,3
Taux d'équipement en SAVS	ns	ns	-1,2	ns
Taux d'équipement en SSIAD*	2,8	-1,2	ns	-7,9
Indicatrice année 2009	-2,9	-16,5	-3,6	-14,8
Indicatrice année 2010	ns	-10,7	ns	-6,1
Indicatrice année 2011	ns	-5,2	ns	ns
Indicatrice année 2012	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0,69</b>		<b>0,14</b>	

(\*) Pour 1000 habitants.

(\*\*) en %.

ns : non significatif (seuls les coefficients significatifs au seuil de 10 % sont renseignés dans le tableau).

Ref : référence pour l'estimation des indicatrices.

Champ • France métropolitaine, hors dépenses de SAVS-SAMSAH et ASH « jeunes ».

Sources • DREES, enquêtes Aide sociale 2009 à 2012, Panorama, Statiss, Finess – INSEE, Estimations localisées de population.

Modèle sur 5 ans

	Dépense par habitant		Dépense par bénéficiaire	
	Domicile	Accueil	Domicile	Accueil
Part des bénéficiaires d'une aide à domicile dans la population*	3,5		-10,1	
Part des bénéficiaires d'une aide à l'accueil dans la population*		7,2		-57,0
Part des bénéficiaires de l'AAH dans la population**	ns	ns	12,3	-10,4
Part des bénéficiaires de la PCH dans le total PCH+ACTP**	0,9	ns	ns	ns
Indice de vieillissement***	ns	ns	ns	0,1
Niveau de vie médian (par % supplémentaire)	1,1	ns	ns	1,6
Taux d'équipement en maison d'accueil spécialisé	ns		ns	
Taux d'équipement en foyer d'accueil médicalisé	ns		2,4	
Taux d'équipement en ESAT	ns	ns	ns	0,4
Taux d'équipement en SAVS	ns	ns	-1,1	ns
Taux d'équipement en SSIAD*	ns	-2,5	ns	-10,1
Part des places en MAS dans le total hébergement		ns		0,3
Part des places en FAM dans le total hébergement		ns		-0,3
Indicatrice année 2008	-3,7	-19,5	-9,5	-15,9
Indicatrice année 2009	ns	-13,3	-4,1	-9,2
Indicatrice année 2010	ns	-8,7	ns	-5,0
Indicatrice année 2011	ns	-4,1	ns	ns
Indicatrice année 2012	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>0,78</b>		<b>0,13</b>	

(\*) Pour 1000 habitants.

(\*\*) en %.

(\*\*\*) Rapport entre les plus de 60 ans et les moins de 20 ans.

ns : non significatif (seuls les coefficients significatifs au seuil de 10 % sont renseignés dans le tableau).

Ref : référence pour l'estimation des indicatrices.

Champ • France métropolitaine, hors dépenses de SAVS-SAMSAH et ASH « jeunes ».

Sources • DREES, enquêtes Aide sociale 2008 à 2012, Panorama, Statiss, Finess – INSEE, Estimations localisées de population.

**Les dossiers de la DREES**

Juin 2016 /// N°2

---

**Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013**

---

**Directeur de la publication**

Franck von Lennepe

**Responsable d'édition**

Carmela Riposa

**Création graphique**

Philippe Brulin

**ISSN**

en cours