



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère des solidarités et de la santé**  
**Ministère du travail**  
**Ministère de l'action et des comptes publics**

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

**Sous-direction de l'observation de la  
solidarité**

Bureau du handicap et de la dépendance

Dossier suivi par : Delphine Roy

Tél. : +33 (0) 1 40 56 88 22

Courriel : [DREES-BHD@sante.gouv.fr](mailto:DREES-BHD@sante.gouv.fr)

Paris, le 15/09/2017

DREES-BHD N°46/2017

**Les statistiques publiques sur le handicap et la dépendance : quelles avancées depuis 2011?**

**Note préparatoire à la session du 4 octobre 2017 de la formation "services publics, services aux publics" du CNIS**

L'observation statistique du handicap et de la dépendance avait fait l'objet de deux séances de la commission « services publics » du CNIS le 23 novembre 2011 et le 13 juin 2012. Ces deux séances venaient peu de temps après le débat national sur la prise en charge de la dépendance de 2011, qui avait été l'occasion de produire ou de synthétiser de nombreuses informations sur le thème<sup>1</sup>, mais avait aussi révélé un certain nombre de lacunes du système statistique existant.

Quatre grandes catégories d'enquêtes ou de remontées de données avaient alors été décrites par la DREES<sup>2</sup>, qui répondaient au double objectif de suivi des politiques publiques et de connaissance des populations handicapées (yc personnes âgées<sup>3</sup>) :

1. Des enquêtes auprès des établissements et des services
2. Le suivi des bénéficiaires de prestations via des données administratives
3. Des enquêtes spécifiques auprès des usagers/bénéficiaires de dispositifs
4. Des enquêtes en population générale auprès des personnes

L'ensemble de ces sources permettait déjà de décrire la population des personnes ayant besoin d'aide, selon différentes définitions du handicap ou de la dépendance, et de suivre la montée en charge des prestations qui leur étaient destinées. Mais elles n'étaient pas liées entre elle : on identifiait mal les bénéficiaires des prestations dans les enquêtes, on ne savait que peu de choses du contexte familial et socio-économique des bénéficiaires dans les données administratives, etc. La micro-simulation avait donc été mobilisée pour répondre à de nombreuses questions, et en particulier pour simuler un reste à charge grâce au modèle « Autonomix » développé à la DREES.

---

<sup>1</sup> Rapport Charpin « [Perspectives démographiques et financières de la dépendance - Rapport du groupe n°2 sur la prise en charge de la dépendance](#) » et rapport Fragonard « [Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées - Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance](#) »

<sup>2</sup> Cf annexe 1 : la fiche « l'existant en 2012 et le système cible », sur le champ des personnes âgées uniquement.

<sup>3</sup> Dans la suite, on considèrera que les « populations handicapées » incluent celles des personnes âgées dépendantes, sauf mention contraire quand il s'agira de statistiques portant sur les populations de part et d'autre de la barrière d'âge des 60 ans.

La DREES avait conclu en annonçant que son projet était un « système d'information à moyen terme axé sur le calcul de restes à charge ». L'ensemble des interventions avait enfin pointé deux directions majeures d'amélioration :

- 1) une meilleure connaissance des populations et des dispositifs à l'échelle infranationale ;
- 2) un meilleur suivi longitudinal des phénomènes observés.

Un nouvel enjeu majeur s'est affirmé au cours des dernières années, celui de la coordination des différents recueils d'information auprès des acteurs du champ médico-social, afin d'éviter les redondances et d'en préserver la qualité.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015<sup>4</sup> a également été l'occasion de mobiliser les sources statistiques pour préparer et chiffrer les pistes de réforme (APA, aides à l'hébergement...), et de préparer l'avenir : son article 74 inscrit dans la loi le caractère obligatoire de plusieurs remontées de données sur l'APA et l'ASH, et autorise la collecte du NIR dans ce cadre<sup>5</sup>.

La suite de la note est organisée ainsi : après un rappel des questions de définition et des problèmes de mesure qu'elles posent, ainsi que des réponses pratiques qui leur sont actuellement apportées par la DREES, les quatre catégories de sources listées ci-dessus sont reprises une à une afin de décrire les évolutions intervenues depuis 2012 et les projets en cours. La dernière partie conclut sur quelques angles morts qui resteront à combler malgré ces projets.

---

<sup>4</sup> [Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement](#)

<sup>5</sup> Ceci répond à l'avis 3 de la séance du 23/11/2011: "le Conseil recommande d'étudier l'utilisation d'un identifiant commun aux différents systèmes de gestion de la dépendance et du handicap: organismes de sécurité sociale, conseils généraux, sources fiscales". Les appariements avec les sources fiscales se font encore sur les noms, prénoms, dates de naissance et adresse, mais les autres (Caisses et départements) se feront à l'avenir sur le NIR.

## Table des matières

<b>0</b>	<b>Préambule : de qui parle-t-on ?</b> .....	<b>5</b>
0.1	Les différentes approches du handicap .....	5
0.2	Ne pas produire « le » chiffre du nombre de personnes handicapées .....	5
0.3	Un indicateur synthétique pour les comparaisons internationales et le repérage des personnes en situation de handicap dans toutes les enquêtes sociales : le « GALI » .....	6
0.4	Conséquence : un système statistique complexe et de nécessaires enquêtes en population générale pour confronter les approches .....	6
<b>1</b>	<b>Les enquêtes auprès des établissements et services</b> .....	<b>7</b>
1.1	Depuis 2012 : dématérialisation, réduction des délais de publication et baisse des taux de réponse .....	7
1.2	Dimensions locale et longitudinale : publications sur l'accessibilité des EHPAD et les durées de séjour, pondérations régionales .....	8
1.3	L'avenir : veiller à une meilleure coordination des recueils de données, en particulier auprès des établissements .....	8
<b>2</b>	<b>De nouvelles données pour le suivi des prestations et de leurs bénéficiaires</b> .....	<b>9</b>
2.1	Trois nouvelles opérations de remontées individuelles ont été réalisées .....	10
2.1.1	<i>Les "Remontées individuelles APA/ASH 2011"</i> .....	10
2.1.2	<i>L'appariement de l'enquête "Care-Ménages" avec les données des conseils départementaux</i> <i>10</i>	
2.1.3	<i>Les "Remontées individuelles PCH 2012-2016", premier étage du dispositif PHEDRE</i> .....	11
2.2	La loi ASV et ses décrets : relance de l'enquête APA Trimestrielle et inscription dans la loi des futures remontées d'information .....	11
2.3	RI 2018, première étape du panel ÉNÉAS et au-delà, d'un panel « solidarités » .....	12
2.3.1	<i>Les "Remontées individuelles APA-ASH 2018" et l'ÉNÉAS</i> .....	12
2.3.2	<i>Le rapprochement des échantillons « solidarité »</i> .....	12
2.3.3	<i>L'intégration des données du SI-MDPH dans le SNDS</i> .....	13
2.4	Des données sur les prestations d'action sociale aux PA et PH offertes par les communes et intercommunalités : l'enquête ASCO 2014. ....	13
2.5	La mise en place d'un véritable suivi des bénéficiaires de pensions d'invalidité (en tous régimes)13	
2.6	Une meilleure diffusion des données recueillies .....	13
<b>3</b>	<b>Une nouvelle enquête auprès de bénéficiaires de prestations : PHEDRE</b> .....	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>Les enquêtes en population générale : de « HSM » à « Care » et à l'enquête « Autonomie »</b> .....	<b>15</b>
4.1	Le dispositif « Care » (VQS, Care-ménages et Care-institutions) .....	15
4.2	Le projet d'enquête « Autonomie » (2020-2022) .....	16

<b>5 Croiser l'approche par les populations avec celle par les prestations : une information complète sur les ménages, leurs revenus et les prestations afin de calculer un reste à charge.....</b>	<b>18</b>
<b>6 Quelques pistes d'amélioration pour l'avenir .....</b>	<b>18</b>
6.1 La dernière enquête sur les services d'aide à domicile date de 2009.....	18
6.2 Les données longitudinales sur le patrimoine des ménages concernés manqueront encore .....	19
6.3 Les populations handicapées hors ménages ordinaires et hors institutions spécialisées sont encore mal repérées.....	19
6.4 Au-delà de la production statistique : améliorer les outils de projection des populations et des besoins.....	20
<b>Annexe 1 : l'état des lieux en 2012.....</b>	<b>21</b>
<b>Annexe 2: Fiches descriptives des enquêtes et sources de données de la Drees sur le handicap et la dépendance produites depuis 2011 .....</b>	<b>24</b>
L'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ES-H 2014) .....	25
L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2015) .....	28
L'enquête Enquête Vie quotidienne et Santé ( VQS 2014) .....	31
L'enquête « Care-Ménages » (2015) .....	33
L'enquête « Care-Institutions » (2016).....	36
L'enquête PHEDRE (2017-2018) .....	40
Les enquêtes sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) .....	41

## 0 Préambule : de qui parle-t-on ?

### 0.1 Les différentes approches du handicap

Le handicap est le fait d'avoir besoin d'aide ou de connaître une restriction dans les activités de la vie quotidienne ou la vie sociale, du fait d'un problème de santé durable ou de limitations des fonctions du corps ou de l'esprit<sup>6</sup>. La dépendance répond à la même définition, mais concerne les personnes âgées et renvoie davantage à l'altération des facultés due au vieillissement. Il s'agit donc d'une définition à la fois par les causes (problèmes de santé, limitations des fonctions) et par les conséquences (restrictions de participation), et qui plus est, contextualisée dans un environnement donné. Les politiques publiques du handicap mises en place depuis la loi de 2005 visent à le « compenser », c'est-à-dire à permettre aux personnes ayant des problèmes de santé ou des limitations qui pourraient constituer un handicap de ne pas en subir les conséquences en termes d'activités ou de vie sociale, c'est-à-dire de ne pas se trouver « en situation de handicap ».

Suivant Ravaud, Ville et Letourmy (2000)<sup>7</sup>, on peut donc considérer qu'il existe au moins cinq façons d'appréhender le handicap, qui ont chacune leur pertinence et méritent d'être croisées pour appréhender ses différentes facettes : par les limitations fonctionnelles, les restrictions d'activités, le besoin d'aide, l'auto-déclaration d'un handicap, ou sa reconnaissance administrative.

### 0.2 Ne pas produire « le » chiffre du nombre de personnes handicapées

Afin de tenir compte de ces différentes approches et d'éviter de privilégier l'une d'entre elle en en faisant une définition « officielle », la DREES répond toujours de façon plurielle à la question du dénombrement des personnes handicapées. Ainsi dans le sous-indicateur 1.1 de l'indicateur n°1 « Évaluation de la population concernée par un handicap » du Programme de Qualité et d'Efficiace « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé au PLFSS, pour lequel sept populations sont dénombrées selon une méthodologie semblable à celle de Ravaud, Ville et Letourmy (2000)<sup>8</sup>, ou encore dans le cadrage statistique du numéro de la RFAS consacré à la question<sup>9</sup>.

Ceci est en conformité avec l'avis 1 émis lors de la séance du 23/11/2011: « La population des personnes en situation de handicap ou de dépendance doit être appréhendée de la façon la plus large possible en raison des nombreux enjeux soulevés : médicaux, financiers, familiaux, professionnels, scolaires, sociaux. Le Conseil demande à la statistique publique d'éclairer, autant que possible, les caractéristiques de ces populations en lien avec ces différents enjeux ».

Il en va de même sur le champ des personnes âgées. Par exemple, plusieurs mesures de la dépendance sont mobilisées et comparées dans le numéro d'« études et résultats » qui dresse un état des lieux de la dépendance à domicile en France en 2015 à l'aide des données de l'enquête « Care-ménages »<sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup> Pour reprendre la définition de la loi de 2005 (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) : « 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. »

<sup>7</sup> Ravaud J.-F., Letourmy A., Ville I. Les méthodes de délimitation de la population handicapée : l'approche de l'enquête de l'Insee. Vie quotidienne et santé. In: *Population*, 57<sup>e</sup> année, n°3, 2002. pp. 541-565. Disponible sur Persée : [http://www.persee.fr/doc/pop\\_0032-4663\\_2002\\_num\\_57\\_3\\_16871](http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_2002_num_57_3_16871)

<sup>8</sup> [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/pqe\\_invalidite\\_et\\_dispositifs\\_geres\\_par\\_la\\_cnsa\\_2017.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/pqe_invalidite_et_dispositifs_geres_par_la_cnsa_2017.pdf)

<sup>9</sup> Roy D., « Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement », *Revue française des affaires sociales* 2016/4 « Handicap, âge, dépendance : quelles populations ? », p. 21-33.

<sup>10</sup> A paraître en septembre 2017

### **0.3 Un indicateur synthétique pour les comparaisons internationales et le repérage des personnes en situation de handicap dans toutes les enquêtes sociales : le « GALI »**

En parallèle, la réflexion se poursuit (notamment au niveau européen) sur la possibilité de repérer de façon très simple, à l'aide d'un tout petit nombre de questions, les personnes « en situation de handicap » afin de pouvoir décrire leurs conditions de vies en insérant ces questions dans le plus grand nombre d'enquêtes possible dans le champ social.

La question synthétique, surnommée « GALI » pour « Global Activity Limitation Indicator », est formulée ainsi : « Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité(e) / Oui, limité(e), mais pas fortement / Non pas limité(e) du tout »<sup>11</sup>. Elle fait partie du « mini-module sur la santé » des enquêtes européennes et est par exemple posée dans les enquêtes sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC, SRCV en France) et dans l'enquête Emploi.

Le GALI permet de poser une seule question incluant les quatre éléments constitutifs de la situation de handicap, dans sa définition actuelle : la dimension chronique du handicap (« depuis plus de 6 mois »), ses causes (« problème de santé ») et le fait que l'on cherche à mesurer les conséquences sur les activités (« limité dans les activités »), dans un contexte social donné (« que les gens font habituellement »). L'inconvénient en est que la question est longue et assez complexe, assez abstraite, et peut être l'objet d'interprétations différentes de la part des enquêtés<sup>12</sup>.

La DREES participe à la discussion sur cet indicateur par des études méthodologiques menées grâce au « baromètre DREES »<sup>13</sup> et milite au niveau européen pour son introduction dans le plus grand nombre possible d'enquêtes.

### **0.4 Conséquence : un système statistique complexe et de nécessaires enquêtes en population générale pour confronter les approches**

La difficulté principale de l'observation statistique du handicap et de la dépendance est donc de tenter d'articuler ces différentes approches et de construire des outils d'observation cohérents entre eux, pour répondre à la multitude de questions qui lui sont posées, sachant que l'approche par la reconnaissance administrative est nécessairement prégnante dans le travail de la DREES, qui a vocation à suivre les prestations.

Les enquêtes en population générale, type « handicap-santé », sont en revanche les seules qui permettent de mesurer ensemble les différentes dimensions et donc d'analyser les recoupements entre les différentes approches et de produire l'éventail des dénombrements possibles, comme dans l'annexe au PLFSS, l'article de cadrage paru dans la RFAS ou l'étude sur le nombre de personnes dépendantes cités précédemment.

---

<sup>11</sup> Elle a été conçue en anglais dans cette formulation: "For at least the past 6 months, to what extent have you been limited because of a health problem in activities people usually do? Would you say you have been ...1. severely limited 2. limited but not severely 3. not limited at all?".

<sup>12</sup> Pour une analyse de l'intérêt de cette question et de ses limites en comparaison internationale, cf. par exemple <https://bmcomedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-15-1>

<sup>13</sup> Le Baromètre de la Drees a servi à plusieurs reprises à en tester plusieurs variantes, les résultats de la première de ces expérimentations ont été publiés dans Grobon Sébastien, Robine Jean-Marie, Van Hoyen Herman, « [Faut-il changer la formulation des indicateurs de "limitations d'activité" : une comparaison de quatre variantes de la formulation du GALI](#) » dossier solidarité et santé n° 70, 2015/12, 28 p.

# 1 Les enquêtes auprès des établissements et services

## 1.1 Depuis 2012 : dématérialisation, réduction des délais de publication et baisse des taux de réponse

La DREES gère le répertoire des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Mis à jour par les ARS, ce répertoire renseigne sur le type d'établissement ou de service ainsi que sur ses capacités d'accueil. Il sert de base de sondage pour le lancement d'enquêtes quadriennales auprès des établissements et services : sur le champ handicap-dépendance, il s'agit des enquêtes « ES-Handicap » (ES-H) pour les structures accueillant des adultes et enfants handicapés, et « EHPA » pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ces deux enquêtes sont exhaustives – au taux de réponse près – sur leur champ respectif ; elles concernent respectivement 12 000 et 10 500 structures.

L'annexe 2 reprend le contenu de la page du site de la DREES consacrée à chacune de ces enquêtes : description, objectifs, champ... Le lecteur est invité à consulter le site pour une version mise à jour avec les dernières publications :

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

Ces enquêtes portent sur la population au 31 décembre d'une année et sur les entrées/sorties au cours de la même année. Elles sont collectées au premier semestre de l'année suivante. En 2012, la dernière édition en date d'EHPA datait de 2007, et celle d'ES-H de 2010. Celles-ci avaient encore été collectées via un questionnaire papier. La collecte de l'édition 2011 d'EHPA était en cours. Il s'agissait d'une collecte multimode, les établissements pouvant choisir de répondre sur Internet ou sur papier, ce qui a occasionné des difficultés (doublons...) et donc des délais dans les post-traitements.

Les questionnaires des éditions 2014 d'ES-H et d'EHPA 2015 sont restés très comparables à ceux des éditions précédentes. La principale innovation a consisté en leur dématérialisation complète, les établissements devant se connecter à un site web pour remplir leur questionnaire.

Ceci a eu comme conséquence positive une réduction significative des délais de post-traitement, et donc des délais entre la date de référence des données et la première publication :

- 21 mois pour ES-H 2014 (première publication septembre 2016<sup>14</sup> sur des données au 31/12/2014) au lieu de 26 mois pour ES-H 2010 (première publication février 2013 sur des données au 31/12/2010)<sup>15</sup> ;
- 19 mois pour EHPA 2015 (première publication juillet 2017<sup>16</sup> sur des données au 31/12/2015) au lieu de 26 mois pour EHPA 2011 (première publication février 2014 sur des données au 31/12/2011)<sup>17</sup>.

En revanche, le temps pris par la préparation de la collecte informatique (spécifications, tests...) a eu pour conséquence une réduction du nombre de publications réalisées par la DREES sur les éditions précédentes des enquêtes.

---

<sup>14</sup> Ida Falinower (DREES), 2016, « [L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014](#) », Études et Résultats, n°975, Drees, septembre

<sup>15</sup> Volant S., 2014, « [L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011](#) », Études et résultats, DREES, n°877, février

<sup>16</sup> Marianne Muller (DREES), 2017, « [728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015](#) », Études et Résultats, n°1015, Drees, juillet.

<sup>17</sup> Volant S., 2014, « [L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011](#) », Études et résultats, DREES, n°877, février

Un élément d'inquiétude est la chute importante des taux de réponse aux deux enquêtes lors de ces dernières collectes :

- 91 % pour ES-H 2014 au lieu de 97 % pour ES-H 2010 ;
- 73 % pour EHPA 2015 au lieu de 84 % pour EHPA 2011.

Cette chute, plus marquée pour EHPA, et pour les petits établissements dans ES-H s'explique en partie par la dématérialisation, et en partie par la charge de réponse croissante qui pèse sur les établissements. Il faudra veiller à l'avenir à améliorer l'ergonomie du site de collecte et la coordination avec les autres recueils de données auprès des établissements (cf point 1.3.).

## **1.2 Dimensions locale et longitudinale : publications sur l'accessibilité des EHPAD et les durées de séjour, pondérations régionales**

Au-delà des publications de cadrage sur l'offre et les personnes accueillies, la dimension géographique de l'enquête EHPA a été exploitée dans le cadre des travaux de thèse de M. Ramos-Gorand, qui ont donné lieu à plusieurs publications dans les collections DREES sur le thème de l'accessibilité<sup>18</sup>, analysant notamment les effets frontières des départements.

La dimension temporelle a quant à elle été explorée dans une étude sur les durées en EHPAD, parue en mai 2017<sup>19</sup>.

Enfin et surtout, afin de répondre à la demande récurrente des utilisateurs (ARS, chercheurs, administrations, missions de contrôle...) de pouvoir exploiter ces enquêtes au niveau infranational, un travail sur les pondérations régionales a été mené en 2017 : par l'animation d'un groupe de travail rassemblant des statisticiens régionaux pour ES-H 2014, et par le calcul par la DREES de pondérations régionales pour EHPA 2015, qui ont été diffusées à l'été 2017.

## **1.3 L'avenir : veiller à une meilleure coordination des recueils de données, en particulier auprès des établissements**

Une part de la baisse des taux de réponse est imputable, d'après les établissements, à l'accroissement de la charge de réponse qui pèse sur eux, de façon parfois redondante, alors qu'elle émane souvent d'acteurs institutionnels proches : DREES, DGCS, ARS, CNSA... Un travail de coordination en amont est nécessaire et la DREES a initié des démarches en ce sens.

- sur le champ PH : la DREES est en lien avec les associations regroupant des établissements qui ont développé leur propre SI (UNAPEI, APF) afin de mutualiser au maximum les concepts et les nomenclatures, et de travailler à un pré-remplissage de l'enquête ES-H 2018 avec les données disponibles dans leurs SI.

- sur les champs PH et PA :

- la DREES souhaite travailler à une meilleure utilisation du répertoire FINISS et à une meilleure articulation entre les exploitations qui peuvent en être faites et celles des enquêtes auprès des établissements et services : utiliser davantage FINISS lorsque cela est possible ;
- la DREES et la CNSA ont mené un travail de cartographie de leurs sources de données respectives et travaillent également à les mutualiser afin de limiter les doubles recueils : ainsi, par exemple, les tarifs des EHPAD recueillis à la fois par EHPA 2015 et le « portail personnes âgées » de la CNSA ;

---

<sup>18</sup> Melina Ramos-Gorand, 2013, « [Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux](#) », *Dossier Solidarité Santé*, DREES, n°36, janvier, et Ramos-Gorand M., Volant S., 2014, « [Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011](#) », *Études et résultats* n°891, septembre.

<sup>19</sup> Arnaud Fizzala (DREES), 2017, « [Les durées de séjour en EHPAD - Une analyse à partir de l'enquête auprès des Établissements d'hébergement pour personnes âgées \(EHPA\) 2011](#) », Les Dossiers de la Drees n° 15, Mai.



- la DREES a pris contact avec la Mission de management de l'information et de gouvernance des systèmes d'information (MI(G)SI) de la DGCS afin de lancer une opération similaire avec cette direction ;
- des démarches ont été entreprises depuis 2014 auprès de l'ANAP puis de l'ATIH pour rapprocher les nomenclatures de leur « tableau de bord médico-social » de celles d'ES-H et d'EHPA. Les possibilités de mutualisation d'une partie des données saisies par les établissements sont également à l'étude.

Enfin, un « administrateur des données sociales et médico-sociales » pourrait être nommé, homologue de ce qui existe dans le champ sanitaire avec l' « administrateur des données de santé », afin de veiller à la cohérence de l'ensemble des recueils de données administratives sur ce champ et de leurs utilisations.

## 2 De nouvelles données pour le suivi des prestations et de leurs bénéficiaires

En 2011-2012, les différents intervenants des séances du CNIS soulignaient la difficulté de collecter de l'information auprès des départements, qui mettent en œuvre l'action sociale en direction des personnes handicapées (notamment PCH et ASH) et des personnes âgées dépendantes (notamment APA et ASH), mais dont les systèmes d'information sont tous différents : « chaque fois qu'une compétence est locale, elle requiert beaucoup plus d'énergie dans la collecte des informations ». ... « Les acteurs locaux ont une connaissance remarquable de leurs pratiques, de ce qui se passe. Mais personne ne sait regrouper ni capitaliser ces données »<sup>20</sup>.

Il existait alors à la DREES :

- une enquête trimestrielle sur l'APA, et une sur la PCH, destinées à suivre la montée en charge de ces deux prestations. Elles ont pris fin respectivement au T4 2011 et au T4 2015.
- l'enquête annuelle sur l'aide sociale auprès des départements permettant le suivi annuel des bénéficiaires et des dépenses. Dans le champ du handicap et de la dépendance, elle couvre en particulier l'APA, l'ASH, l'aide ménagère, la PCH et l'ACTP. Cette enquête se poursuit.
- une première opération, expérimentale, de remontées de données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA qui avait été menée en 2008-2009 sur des données de 2006-2007, auprès de 34 départements, et avait fourni des informations déjà très riches. Les informations collectées couvraient tous les bénéficiaires de l'APA ayant eu des droits ouverts à l'APA entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2007. Les données concernaient plus de 500 000 personnes âgées bénéficiaires de l'APA. Elles avaient permis de décrire les bénéficiaires de l'APA (à domicile comme en établissement), la distribution des montants des plans d'aide. Des travaux plus économétriques avaient modélisé ce que pourraient être ces montants en cas de déplaçonnement de l'APA, et les durées de perception de l'allocation<sup>21</sup>.

Un investissement important a été réalisé dans cette direction, et la loi ASV est venue en renforcer les bases légales.

En ce qui concerne les personnes handicapées, le suivi des parcours (dans les minima sociaux, l'emploi et le chômage) des bénéficiaires de l'AAH est d'ores et déjà rendu possible par l'ENIACRAMS de la DREES, complété par l'enquête « bénéficiaires des minima sociaux » qui lui est associée (tirage de l'échantillon de BMS dans l'ENIACRAMS).

L'étude des parcours des élèves handicapés est par ailleurs rendue possible par le panel d'élèves reconnus comme handicapés au sens où ils bénéficient d'un plan personnalisé de suivi (PPS), mis en place par la

<sup>20</sup> Intervention de B. Fragonard lors de la séance du CNIS du 23 novembre 2011.

<sup>21</sup> Description des données et publications en annexe 2 et sur le site : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/handicap-et-dependance/article/les-enquetes-sur-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa>

DEPP. Un travail commun DEPP/DREES a été initié pour comparer le champ des données DEPP et des données DREES (enquête ES-H) sur la scolarisation des enfants accueillis en établissement.

## **2.1 Trois nouvelles opérations de remontées individuelles ont été réalisées**

### **2.1.1 Les "Remontées individuelles APA/ASH 2011"**

En 2012-2013, la DREES a renouvelé l'opération de remontées individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH avec le soutien de la CNSA et de l'ADF. 66 conseils généraux ont participé à l'opération. Les informations recueillies portent sur tous les bénéficiaires ayant eu des droits ouverts à l'APA ou à l'ASH entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011. Ces données rassemblent plus de 850 000 personnes âgées bénéficiaires de l'APA vivant à domicile ou en établissement. Elles permettent de connaître leur profil<sup>22</sup>, le montant de l'allocation pris en charge par le département et celui restant à leur charge, leurs parcours à partir du moment où elles perçoivent l'APA (évolution du niveau de dépendance ou changement de lieu de vie)<sup>23</sup>. Le recueil relatif à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) est le premier de grande ampleur et a permis une première description statistique de la population couverte par cette aide<sup>24</sup>.

Les exploitations ont été faites au niveau national en pondérant les individus présents dans les départements répondants de façon à ce qu'ils représentent ceux des départements aux caractéristiques proches. Les départements étaient regroupés en cinq groupes à l'aide d'une typologie. La dimension locale a donc également été présente dans les exploitations de ces données, via la publication de résultats et de cartes utilisant cette typologie<sup>25</sup>.

Dans l'optique d'une meilleure diffusion des données collectées par l'administration vers la recherche, objectif souvent rappelé par le CNIS, les données des "Remontées individuelles APA/ASH 2011" ont fait l'objet de trois conventions de licence de droit d'usage avec des équipes de recherche. Celles-ci ont ainsi pu disposer de fichiers anonymisés, construits chacun de façon ad hoc pour répondre à leur besoin tout en préservant la confidentialité des données.

### **2.1.2 L'appariement de l'enquête "Care-Ménages" avec les données des conseils départementaux**

L'enquête "Care-Ménages", décrite plus bas, porte sur un échantillon de 15 000 personnes de 60 ans ou plus. Elle s'inscrit dans la lignée de l'enquête "Handicap-Santé Ménages" de 2008 et s'intéresse aux conditions de vie des personnes âgées, à leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et aux aides qu'elles reçoivent.

Le bénéfice des prestations est souvent mal déclaré dans les enquêtes car les personnes ne savent pas nécessairement qui finance les aides en nature qu'elles reçoivent (APA, aide ménagère des caisses de retraite...). Les données de l'enquête Care-Ménages sont en cours d'appariement, courant 2017, avec les données du Conseil Départemental dont dépend le domicile de chaque personne interrogée. Pour réaliser cette recherche tout en conservant l'anonymat des personnes, un dispositif complexe a été mis en place qui fait intervenir:

- le CASD (tiers de confiance de l'appariement, qui gère le fichier nominatif et le découpe en autant de fichiers qu'il y a de départements concernés)
- un prestataire qui réalise la collecte auprès des départements en collaboration avec les éditeurs des logiciels de gestion de l'APA

<sup>22</sup> Sur les bénéficiaires de l'APA à domicile: Bérardier M., 2014, « [Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011](#) », *Études et Résultats*, n° 876, février, DREES.

Sur les bénéficiaires en établissement: Bérardier M., 2015, « [Aide sociale à l'hébergement en 2011 : des bénéficiaires moins dépendants et plus seuls que ceux de l'allocation personnalisée d'autonomie, en établissement](#) », *Études et Résultats*, n°909, Drees, Mars

<sup>23</sup> Etude sur les parcours dans l'APA, en cours à la Drees

<sup>24</sup> Bérardier M., 2015, « [Aide sociale à l'hébergement en 2011 : des bénéficiaires moins dépendants et plus seuls que ceux de l'allocation personnalisée d'autonomie, en établissement](#) », *Études et Résultats*, n°909, Drees, Mars.

<sup>25</sup> [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/beneficiaires\\_apa\\_et\\_ash\\_fin\\_2011.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/beneficiaires_apa_et_ash_fin_2011.pdf)

- un second prestataire qui se rend sur place et réalise manuellement la collecte lorsqu'elle ne peut pas être faite par le département ou son éditeur de logiciel

La collecte s'étend sur tout le premier semestre 2017 ; le travail de post-traitement et d'harmonisation des données occupe le second semestre. À l'issue de cet appariement, on pourra confronter le "pseudo-GIR" construit à partir des données d'enquête avec le GIR réellement attribué par les équipes médico-sociales sur le terrain et calculer un reste à charge après APA fondé sur des montants collectés dans les bases des départements, plus fiables que les montants déclarés.

### 2.1.3 Les "Remontées individuelles PCH 2012-2016", premier étage du dispositif PHEDRE

« RI-PCH » est une opération préalable à l'enquête PHEDRE (Prestation de compensation du Handicap : Exécution dans la Durée et REste à charge). L'enquête PHEDRE, qui s'inscrit dans la lignée des enquêtes spécifiques auprès des usagers/bénéficiaires de dispositifs, est décrite au point 3 et fait l'objet d'une fiche dans l'annexe 2. Elle vise à éclairer les écarts qui peuvent exister entre les plans notifiés par les MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) et ce qui est, par la suite, effectivement payé par les conseils départementaux (CD). L'enquête PHEDRE devrait également permettre d'évaluer le montant du reste à charge pour les bénéficiaires de la PCH et la saturation des plans, de mieux connaître les aménagement et les équipement possédés par le bénéficiaire ainsi que leur usage de l'aide humaine.

« RI-PCH » a trois objectifs : créer une base de sondage pour l'enquête PHEDRE, récupérer les informations sur ce qui est réellement payé par les CD afin de mettre ces montants payés en regard des plans notifiés, et décrire les bénéficiaires de la PCH.

L'opération consiste à extraire des données administratives dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et les conseils départementaux : les premières instruisent la demande de PCH et notifient un plan d'aide au bénéficiaire, les seconds en assurent le paiement. Des informations permettant de décrire les bénéficiaires de la PCH au 31/12/2012, au 31/12/2013, au 31/12/2014, au 31/12/2015 et au 31/12/2016 sont récupérées. Comme il existe peu d'informations récentes sur les bénéficiaires de la PCH, les informations collectées sur le « stock 2016 » permettront de répondre aux demandes récurrentes d'une description minimale des bénéficiaires de la PCH (sexe, âge, distribution des montants des plans et du nombre d'éléments).

L'organisation pratique de cette opération est assez semblable à celle des « RI APA/ASH » : un prestataire de la DREES travaille en collaboration avec les éditeurs de logiciels de gestion des départements, et constitue un fichier national à partir des données transmises par les départements ou les éditeurs de logiciels, conformément à un dessin de fichier défini par la DREES.

La collecte s'étend sur toute l'année 2017, les post-traitements seront réalisés en 2018 et la DREES publiera en 2019 les premiers éléments de description des bénéficiaires de la PCH en 2016.

## **2.2 La loi ASV et ses décrets : relance de l'enquête APA Trimestrielle et inscription dans la loi des futures remontées d'information**

L'article 74 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) du 28 décembre 2015 inscrit dans la loi plusieurs remontées de données. La DREES et la DGCS ont travaillé ensemble en 2016 et 2017 à l'écriture de deux décrets d'application de cet article.

Le premier a été publié en mars 2017<sup>26</sup>. Il transforme en décret l'arrêté prévoyant la relance d'une enquête trimestrielle sur l'APA, afin de suivre la montée en charge de la réforme de l'allocation portée par la loi ASV. Cette enquête trimestrielle a débuté en janvier 2016. La collecte des données d'un trimestre donné avait initialement lieu durant le trimestre suivant, mais le délai a été allongé d'un trimestre en raison des difficultés

---

<sup>26</sup> [Décret n° 2017-344 du 16 mars 2017](#) relatif aux transmissions de données sur l'allocation personnalisée d'autonomie et l'aide sociale à l'hébergement

rencontrées par les départements pour avoir des données complètes et fiables sur les paiements moins de 3 mois après la date du service fait. L'enquête devrait donner lieu à une première publication en 2017.

Ce premier décret prévoit également de réaliser des opérations régulières de remontées de données individuelles sur les bénéficiaires, sur le modèle des « RI APA/ASH » de 2011, mais en constituant un panel (cf point 2.3.).

À cette fin, la loi ASV prévoit que le NIR soit collecté par les départements pour servir d'identifiant aux données sur les demandeurs et bénéficiaires de l'APA et de l'ASH. Ceci répond au troisième avis émis par le CNIS en 2012, qui exprimait le souhait d'un identifiant commun aux données administratives sur la dépendance.

Le deuxième décret<sup>27</sup> d'application de l'article 74 est donc paru en mai 2017 : il autorise les conseils départementaux à collecter le NIR des personnes faisant une demande d'APA ou d'ASH (le flux des bénéficiaires) et leur impose de l'avoir collecté et vérifié pour tous les bénéficiaires (le stock) avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Tous les éléments seront alors en place pour constituer un panel dont le premier point serait les « remontées individuelles APA/ASH 2018 ». Ceci répond à la recommandation formulée lors de la séance du CNIS de 2011 de constituer des panels de bénéficiaires plutôt que de chercher à constituer des cohortes en population générale (en raison du coût et de l'attrition qui constituent les principaux inconvénients de ces dernières).

## **2.3 RI 2018, première étape du panel ÉNÉAS et au-delà, d'un panel « solidarités »**

### **2.3.1 Les "Remontées individuelles APA-ASH 2018" et l'ÉNÉAS**

Le premier décret d'application de l'article 74 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit que soit réalisée, en 2018, une opération de remontées de données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA. Elle s'appuiera sur l'expérience des précédentes opérations du même type (portant sur 2007 et 2011). Les données recueillies concerneront l'APA et l'ASH, et porteront sur les personnes ayant eu un droit à l'une de ces prestations ouvert au moins un jour au cours de l'année 2017, ou ayant fait l'objet d'une évaluation pour l'obtenir. L'année 2017 a été consacrée à la conception, et au lancement d'un appel d'offres afin de recruter un prestataire pour réaliser cette opération.

Un troisième décret, dans la suite des deux décrets d'application de l'article 74 de la loi ASV, sera présenté en 2018 à la CNIL puis au Conseil d'État, afin d'autoriser la mise en place d'un échantillon longitudinal de bénéficiaires APA-ASH pour une première collecte en 2020 ou 2022 : le panel ÉNÉAS (Échantillon National d'Études sur l'Autonomie et l'hébergement des Seniors).

La connaissance des parcours des bénéficiaires dans les prestations sera enrichie grâce à des appariements : suivi de la mortalité (RNIPP), connaissance des allocations logements (si un appariement avec les données de la CNAF est possible), dépenses de soins (si un appariement avec les données du SNDS est possible).

### **2.3.2 Le rapprochement des échantillons « solidarité »**

L'échantillon sera conçu en concertation avec l'INSEE, le bureau « lutte contre l'exclusion » et le bureau « retraites » afin de permettre un rapprochement avec les échantillons ENIACRAMS et EIR-EIC. Au-delà du suivi des trajectoires des personnes âgées dépendantes, ce rapprochement permettra une meilleure connaissance du parcours des bénéficiaires de l'AAH (fin de carrière, départ à la retraite : appariement EIR-EIC-ENIACRAMS) et de l'entrée dans la dépendance (appariement EIR- ÉNÉAS, l'EIR étant lui-même apparié aux données fiscales).

Ce projet de panel de personnes âgées répond donc à la fois au souhait du CNIS d'améliorer la connaissance des dispositifs au niveau local et le suivi dans le temps des personnes, ainsi que de privilégier

---

<sup>27</sup> [Décret n° 2017-880 du 9 mai 2017](#) autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement

le recours aux appariements pour enrichir l'information collectée sans alourdir la collecte auprès des personnes.

### 2.3.3 L'intégration des données du SI-MDPH dans le SNDS

Il est prévu que les données collectées auprès des MDPH par la CNSA soient intégrées dans le système national des données de santé (SNDS). On connaîtra ainsi les consommations et les parcours de soins des personnes suivies par les MDPH. À terme, l'appariement SNDS-EDP (échantillon démographique permanent) permettra également une meilleure connaissance des caractéristiques socioéconomiques et des parcours démographiques des personnes reconnues comme handicapées par les MDPH.

## **2.4 Des données sur les prestations d'action sociale aux PA et PH offertes par les communes et intercommunalités : l'enquête ASCO 2014.**

La DREES a mené en 2015-2016 une enquête quantitative de grande envergure auprès de communes et d'intercommunalités, afin de dresser un état des lieux complet de leur action sociale.

Le périmètre retenu dans cette description de l'action sociale comprend les domaines des personnes âgées et des personnes handicapées, en plus des autres thèmes de l'enquête que sont la lutte contre la pauvreté et les exclusions, l'insertion professionnelle, l'hébergement et le logement, la petite enfance, la jeunesse et la famille, l'accès aux soins et la prévention sanitaire.

Elle porte sur le contenu de l'action sociale : aides délivrées, service et prestations mis en place, établissements et services gérés mais également sur les publics visés par ces prestations, les modalités d'accès et d'attribution des aides. Elle s'intéresse à l'organisation de l'action sociale sur le territoire communal : répartition des compétences entre les communes et leur CCAS, entre les communes et les EPCI, rôle du CIAS lorsqu'il y en a un. Plus généralement, l'enquête aborde les rapports entre les communes ou les EPCI et leurs partenaires, notamment les départements, ou encore d'autres administrations, les caisses de sécurité sociale... Il s'agit enfin d'en apprendre plus sur les moyens humains et financiers affectés par les communes à l'action sociale.

## **2.5 La mise en place d'un véritable suivi des bénéficiaires de pensions d'invalidité (en tous régimes)**

Les données issues des Caisses de retraites contiennent également de l'information sur les personnes handicapées, car les Caisses gèrent et versent les pensions d'invalidité. Les pensions d'invalidité du régime général sont quant à elles gérées par la CNAMTS : cette dernière a rejoint les dispositifs de remontées de données auprès des caisses de retraite, qui ont été enrichis de questions sur les pensions d'invalidité et leurs bénéficiaires, afin de disposer d'un véritable suivi statistique tous régimes de l'invalidité.

Au niveau agrégé, l'enquête annuelle auprès des Caisses de retraites (EACR) suit ainsi le nombre de bénéficiaires des pensions d'invalidité et leur montant moyen depuis 2011.

Au niveau individuel, l'échantillon Interrégimes de Retraités (EIR) contient depuis son édition 2016 l'ensemble des bénéficiaires de pensions d'invalidité. L'appariement de cet échantillon avec les données fiscales permettra de disposer d'éléments sur leurs ressources.

## **2.6 Une meilleure diffusion des données recueillies**

Les données des enquêtes auprès des établissements et services (ES-H et EHPA) sont d'ores et déjà diffusées via le réseau Quételet. Elles font partie des plus demandées sur le champ des données produites par la sous-direction de la solidarité de la DREES. Les données des enquêtes en population générale sont également diffusées par cette voie, et font par ailleurs l'objet de conventions de licence de droit d'usage (LDU) avec les administrations qui ne peuvent y accéder via Quetelet (ARS, directions régionales de l'INSEE, CNSA...).

Un effort particulier a été fait depuis 2014 pour une meilleure diffusion et davantage d'exploitations des données recueillies auprès des départements. On a déjà mentionné la signature de LDU avec les chercheurs pour la diffusion des données RI-APA/ASH 2011. En ce qui concerne l'exploitation, un ouvrage, dans la collection « Panorama » de la DREES, sur « L'aide et l'action sociales en France » a été lancé<sup>28</sup>. Il a vocation à être publié annuellement et inclut de nombreux résultats sur l'aide et l'action sociales en direction des personnes handicapées et âgées. Les données sont, pour la première édition de cette publication, essentiellement issues des enquêtes Aide sociale de la DREES, mises en œuvre chaque année auprès des conseils départementaux. L'action sociale facultative, comme celle délivrée par les communes et intercommunalités, ou encore celle des caisses de Sécurité sociale, enrichiront les prochaines éditions dans l'avenir. De même, il est prévu d'enrichir la description des bénéficiaires de l'aide sociale via les enquêtes ES et EHPA. Des données sur l'offre médico-sociale devrait également faire partie de l'ouvrage à terme.

### **3 Une nouvelle enquête auprès de bénéficiaires de prestations : PHEDRE**

Lors des séances de 2011 et 2012, les enquêtes précédentes menées par la DREES auprès des bénéficiaires de prestations et politiques publiques avaient été rappelées :

- L'enquête de 2003 sur l'APA, au début de sa mise en place, qui a notamment permis d'étudier les configurations d'aide dispensée aux personnes âgées<sup>29</sup> avant et après l'obtention de la prestation;
- L'enquête « résidents 2007 »<sup>30</sup>, adossée à l'enquête EHPA 2007, destinée à recueillir l'opinion des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées et de leurs proches sur la qualité de la prise en charge ;
- L'enquête auprès des allocataires de l'ACTP et de la PCH 2009-2010 (« ACTP/PCH 2009 ») : trois ans après la mise en place de la PCH, la DREES a mené une enquête auprès d'un échantillon de 5 000 bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP afin de décrire leurs caractéristiques et de comprendre le choix des allocataires préférant rester à l'ACTP.

L'enquête sur les bénéficiaires de minima sociaux (BMS) réalisée par la DREES dans le cadre du dispositif d'observation statistique des situations des populations en difficulté permet de décrire les conditions de vie des bénéficiaires de l'AAH. La dernière enquête a été menée fin 2012, suite à deux enquêtes menées en 2006 et en 2003. Une nouvelle vague de l'enquête BMS est prévue en 2018. Son appariement avec les sources fiscales permet entre autres de connaître les ressources des bénéficiaires de l'AAH.

La principale opération conçue et lancée depuis 2012 sur le champ des bénéficiaires de prestations est l'enquête PHEDRE (Prestation de compensation du Handicap : Exécution dans la Durée et REste à charge)<sup>31</sup>. Elle vise à répondre à deux questions principales autour de la Prestation de compensation du Handicap (PCH) :

- Évaluer les écarts qui peuvent exister entre les plans notifiés par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et ce qui est réellement mis en place par le bénéficiaire ;
- Mesurer le montant du reste à charge pour les bénéficiaires de la PCH.

La principale nouveauté réside dans son protocole à plusieurs étages, qui permettra de disposer de données d'enquête dont l'échantillon aura été tiré dans une base de données administratives, et qui sera enrichie a posteriori d'autres données administratives.

<sup>28</sup> <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-edition-2017>

<sup>29</sup> <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er459.pdf>

<sup>30</sup> <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/l-enquete-aupres-des-residents-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes>

<sup>31</sup> <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/handicap-et-dependance/article/l-enquete-phedre-prestation-de-compensation-du-handicap-execution-dans-la-duree>

L'enquête a débuté fin 2016 par des extractions dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) d'un échantillon d'une trentaine de départements, et tout au long de l'année 2017, dans les conseils départementaux de ces mêmes départements. En 2018, un échantillon de bénéficiaires ayant eu une notification d'élément de PCH en 2012<sup>32</sup> sera tiré dans la base ainsi constituée, afin d'interroger environ 4 500 personnes en face-à-face.

Enfin, des informations complémentaires sur les bénéficiaires échantillonnés seront collectées dans les MDPH, et des appariements réalisés a posteriori (sources fiscales pour les ressources, SNDS pour les consommations de soins).

## **4 Les enquêtes en population générale : de « HSM » à « Care » et à l'enquête « Autonomie »**

À la date de 2011, deux enquêtes majeures avaient été réalisées sur la thématique du handicap et de la dépendance : Handicap-Incapacités-Dépendance (HID) en 1998-2001 et Handicap-Santé (HS) en 2008-2009. Dans les deux cas, un volet « Institutions » succédait à un volet « Ménages », mais HID comportait 2 vagues distantes de 2 ans afin de réinterroger les personnes pour suivre l'évolution de leur situation, tandis que HS n'avait pas de dimension de panel. HID comportait également un volet spécifique aux prisons, pour les personnes incarcérées, qui n'a pas été renouvelé pour HSI.

Entre les enquêtes HID et HS, de nombreux changements avaient eu lieu : nouvelle CIF (Classification Internationale du Fonctionnement) de l'OMS, création de l'APA et de la PCH, loi de 2005 sur le handicap... Aucun bouleversement de cette ampleur n'est à noter depuis, le cadre conceptuel étant resté stable tout comme l'essentiel du cadre légal. L'effort de mesure du handicap et de sa prise en charge en population générale a porté sur les personnes âgées avec le dispositif d'enquête « Care » (4.1.), et un renouvellement des données sur le handicap est désormais nécessaire : ce sera l'objet d'une enquête « Autonomie » prévue à l'horizon 2020-2022 (4.2.).

### **4.1 Le dispositif « Care » (VQS, Care-ménages et Care-institutions)**

Le dispositif comprend trois enquêtes :

- L'enquête Care-Ménages est précédée d'une courte enquête filtre sur un large échantillon de plus de 100 000 personnes, intitulée « Vie Quotidienne et Santé » (VQS, 2014)
- Care-Ménages (Care-M) porte sur les seniors vivant à domicile. Elle a eu lieu de mai à octobre 2015. Environ 15 000 seniors ont été interrogés.
- Care-Institutions (Care-I) porte sur les seniors vivant en établissements pour personnes âgées. Elle a eu lieu de septembre à décembre 2016. Environ 3 000 seniors répartis dans 700 établissements ont été interrogés.

Care-M et Care-I comprennent chacune un volet auprès des seniors et un volet auprès des proches aidants, ce qui constitue une amélioration côté institutions, par rapport à HSI.

Un effort important de documentation et de communication a été réalisé pour ces enquêtes : l'ensemble des documents les décrivant (notes, questionnaires, lettres d'information « Care-News » diffusées tout au long du projet, document de travail...) sont disponibles sur le site de la DREES<sup>33</sup>.

L'une des principales innovations des enquêtes Care est leur recours important aux enrichissements des données d'enquête par des données administratives, afin d'obtenir des données plus fiables et d'alléger la

---

<sup>32</sup> L'année 2012 a été choisie comme point de départ pour disposer du recul temporel nécessaire à l'étude de la mise en place (ou non) des plans d'aide notifiés, qui peut prendre beaucoup de temps.

<sup>33</sup> <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care> . Les paragraphes qui suivent reprennent la description de l'enquête de cette page.

charge de réponse posant sur les ménages. Conformément au décret en Conseil d'État n° 2015-343 du 26 mars 2015, sept enrichissements sont prévus pour l'enquête Care-M. Ils sont décrits en détail dans un document de travail de la DREES<sup>34</sup> :

- un appariement avec les ressources fiscales et sociales (RFS) qui permet de disposer de données sur les ressources des ménages ;
- deux appariements avec des données sur les prestations sociales, familiales et vieillesse : celles fournies par la CNAV, celles fournies par la CCMSA – qui permettent de disposer, outre des revenus sociaux, d'une information sur le bénéfice éventuel de l'action sociale proposée par ces régimes de retraite ;
- un appariement avec les données de la CNAM-TS : données du SNIIR-AM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie), permettant de disposer de données de consommation médicale détaillées ;
- un appariement avec la BRPP (Base de répertoire des personnes physiques), afin de reconstituer les numéros de sécurité sociale (NIR – numéro d'inscription au répertoire) des personnes ou de les valider puis, afin de suivre la mortalité des répondants après l'enquête pendant quinze ans ;
- un enrichissement avec les données sur l'APA (Allocation personnalisée d'Autonomie) issues des conseils départementaux (CD) ;
- et, enfin, un enrichissement avec les données de la base permanente des équipements (BPE) permettant, à partir d'informations sur la localisation géographique des logements des enquêtés, d'estimer les distances d'accès à divers services.

Par rapport à VQS 2007, l'échantillonnage de VQS 2014 a été réalisé de façon à ce que l'enquête soit représentative au niveau départemental, et un recueil d'indicateurs départementaux est paru<sup>35</sup>. Plusieurs demandes d'accès aux données VQS ont été formulées par des ARS et des directions régionales de l'Insee, qui confirment l'intérêt de cette représentativité départementale (à la différence des extensions départementales de HSM qui n'étaient pas l'outil adapté). Enfin, pour diffuser un maximum de données à un niveau géographique infranational, des « cubes Beyond » permettant aux utilisateurs de produire des tableaux en croisant plusieurs variables de leur choix à partir des données de l'enquête VQS 2014 ont été mis en ligne<sup>36</sup>.

La comparabilité des enquêtes du dispositif avec celles de VQS 2007-HSM-HSI a été un objectif central, afin de pouvoir mesurer des évolutions dans le temps. Les premiers résultats comparant la dépendance mesurée par VQS 2007 et 2014 ont déjà été publiés<sup>37</sup>. Une étude sur l'évolution de la dépendance entre HSM et Care-M est également en cours<sup>38</sup>.

Enfin, on peut noter que le suivi de la mortalité, dont le CNIS avait déploré l'interruption avant les 15 ans prévus pour l'enquête HID, a été repris pour HSM. La DREES a récupéré les dernières données disponibles auprès de l'Insee et va les mettre à la disposition des chercheurs via le réseau Quetelet. Le fonctionnement du suivi de la mortalité pour les enquêtes Care-M et Care-I a été formalisé et fait désormais l'objet d'un protocole visant à le rendre pérenne pour les 15 années de suivi prévues.

## **4.2 Le projet d'enquête « Autonomie » (2020-2022)**

Les grandes enquêtes sur le handicap et la perte d'autonomie ont débuté sur un rythme décennal : à l'enquête pionnière « Handicap-Incapacités-Dépendance » (HID) de 1998-1999 a succédé « Handicap-Santé » (HS) en 2008-2009. La DREES souhaiterait réaliser la prochaine enquête sur ce thème au cours

---

<sup>34</sup> Amélie CARRÈRE, 2016, « [Les enrichissements prévus pour l'enquête CARE-Ménages - Mise en oeuvre, apports et contraintes](#) », Document de travail, Série sources et méthodes, n°56, Drees, septembre

<sup>35</sup> Le rapport « [Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 - Résultats départementaux d'une enquête auprès des seniors](#) » - Octobre 2016

<sup>36</sup> [http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P\\_545\\_2060](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P_545_2060)

<sup>37</sup> Mathieu Brunel (DREES) et Amélie Carrère (DREES et INED), 2017, « [Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 - Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014](#) », Les Dossiers de la Drees n° 13, Mars

<sup>38</sup> ref



des années 2020, ce qui constituerait déjà un report de quelques années par rapport au rythme décennal. Ce report s'explique par les moyens importants déjà déployés tant par la DREES (maîtrise d'ouvrage) que par l'Insee (maîtrise d'œuvre) pour l'enquête « Care » de 2015-2016, portant sur les personnes âgées et lancée suite au débat national sur la dépendance de 2011.

Les dernières données en population générale sur le handicap datent ainsi de 2008 (ménages) et de 2009 (institutions). Elles servent encore aujourd'hui à produire des analyses et à répondre à de multiples demandes (IGAS, hauts conseils, cabinets ...). Toutefois, ces réponses sont d'ores et déjà critiquées pour le manque de fraîcheur des données sur lesquelles elles se fondent.

Celles-ci reflètent de plus en plus mal ce qu'est le handicap aujourd'hui, car elles ont été collectées au tout début de la mise en œuvre de la loi de 2005 sur le handicap (loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Ainsi :

- Cette loi a donné une définition légale au handicap, qui inclut pour la première fois le handicap psychique. Si l'on peut étudier l'évolution de la prévalence des autres types de handicap en comparant HID et HS, un tel exercice est impossible pour le handicap psychique. La mesure de la prévalence du handicap psychique est donc un enjeu majeur de politique publique, sur lequel les données actuelles font défaut.
- La loi comportait des obligations de mise en accessibilité, d'insertion, de maintien et de promotion dans l'emploi, de non-discrimination des personnes. Si attendre 10 ans (soit 2015) pour mesurer les effets de ces mesures paraissait souhaitable étant donné les délais de mise en œuvre de ces mesures (travaux d'accessibilité...), repousser encore le délai d'attente paraît plus difficilement justifiable.
- Suite à la loi de 2005, la prestation de compensation du handicap (PCH) a été créée en 2006. Une enquête spécifique sur ses bénéficiaires est en cours de préparation à la DREES, mais elle ne permettra pas de les comparer à l'ensemble des personnes handicapées, ce qui est une demande récurrente de l'IGAS, la DGCS et la CNSA.
- Enfin, certaines variables manquent à l'enquête HS de 2008-2009. Ainsi les revenus, collectés de manière déclarative, ne sont pas exploitables en niveau, alors que la question du niveau de vie des personnes handicapées est régulièrement posée à la DREES. Une exploitation du module ad-hoc de l'enquête Emploi 2011 a été publiée sur ce sujet, mais sur la base de définitions moins satisfaisantes du handicap. De même, l'analyse de la pauvreté et des niveaux de vie des plus modestes, publiée annuellement par la DREES dans son Panorama sur les « Minima sociaux et prestations sociales », a été, en 2017, complétée par des ventilations permettant de distinguer les personnes handicapées – mais uniquement sur la base de l'indicateur général GALI. La nouvelle enquête sur le handicap devrait bénéficier des innovations dont l'usage s'est largement développé depuis l'enquête de 2008 (appariements des enquêtes ménages avec les sources administratives exhaustives), et venir combler ce manque d'information.

L'enquête « Autonomie » serait donc une enquête tous âges, précédée comme Handicap-Santé et Care-M, par une enquête filtre. L'échantillon devrait être suffisamment important pour permettre l'étude des personnes âgées d'une part, et en âge de travailler d'autre part, ainsi que l'étude des populations handicapées par grand type de limitation.

Elle serait réalisée en deux volets : à domicile et en établissement. Si cela était réalisable, ces deux volets pourraient être collectés la même année. Les établissements comme les prisons ou les établissements de l'ASE/PJJ pourraient être intégrés dans le champ (comme pour HID en ce qui concerne les prisons), étant donnée l'importance de la question du handicap parmi les personnes qui y vivent.

Enfin, les questions du champ géographique (inclusion des DOM) et de la représentativité régionale (ou départementale pour l'enquête filtre) sont encore ouvertes à ce stade, et auront également un impact sur le coût de l'enquête.

## 5 Croiser l'approche par les populations avec celle par les prestations : une information complète sur les ménages, leurs revenus et les prestations afin de calculer un reste à charge

Les séances du CNIS de 2011 et 2012 avaient relevé qu'il manquait au système existant le lien entre description des populations d'une part, et mesure de la prise en charge par les dispositifs d'aide, d'autre part. Par exemple, les données de l'enquête HSM pouvaient être utilisées pour calculer un « pseudo-GIR », mais pas de savoir qui, parmi les personnes enquêtées, bénéficiait effectivement de l'APA ou de la PCH (du fait des problèmes de sous-déclaration et d'erreurs des données déclaratives). On ne disposait d'aucune source comportant à la fois les dépenses encourues par les personnes du fait de leur perte d'autonomie et leurs ressources, qui aurait permis de calculer un reste à charge.

Depuis 2012, trois chantiers importants ont été entrepris pour faire progresser la connaissance statistique des restes à charge du handicap et de la dépendance :

- 1) l'enquête Care (cf point 4.1.) dont c'est l'un des trois objectifs principaux : les nombreux appariements devraient apporter des éléments de calculs fiables du reste à charge ;
- 2) l'enquête PHEDRE (cf point 3.), conçue elle aussi pour permettre de mesurer un reste à charge du handicap après intervention de la PCH ;
- 3) les données des « Remontées individuelles 2011 » et de l'enquête EHPA 2011 ont été appariés pour servir de base au modèle de microsimulation « Autonomix 2014 ». Grâce à ces nouvelles données et aux améliorations apportées au modèle à l'occasion du rebasage, le modèle est plus complet que celui qui existait en 2011<sup>39</sup> : il se fonde sur les données de 63 départements au lieu de 34, et intègre l'ASH. Le modèle a été sollicité à de nombreuses reprises pour l'élaboration de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015. Il a donné lieu à la publication de plusieurs études dans un dossier de la DREES<sup>40</sup> et d'un article d'Économie et Statistique<sup>41</sup> destiné à illustrer l'utilisation du modèle par l'évaluation ex ante de 6 exemples de mesures visant à modifier les aides publiques.

## 6 Quelques pistes d'amélioration pour l'avenir

L'observation statistique dans le champ du handicap et de la dépendance compte encore quelques angles morts, dont certains devraient être comblés par les projets en cours et d'autres resteront en chantier pour les années à venir.

### 6.1 La dernière enquête sur les services d'aide à domicile date de 2009

L'enquête « Care-M » explore le sujet de l'aide aux personnes dépendantes du point de vue de la personne aidée, mais on connaît mal les services d'aide à domicile (SAAD) du point de vue de l'offre (description des structures, personnels, tarifs...), la dernière enquête sur ce champ datant de 1999-2000. L'enquête SAPAD avait alors permis de décrire le secteur de l'aide à domicile s'adressant aux publics dits « fragiles », à savoir les personnes âgées, les personnes handicapées, et les familles ayant des enfants de moins de 3 ans.

---

<sup>39</sup> Fizzala Arnaud. [Autonomix, un modèle de microsimulation sur le champ de la dépendance des personnes âgées](#), Documents de Travail, série Sources et Méthodes un nouveau numéro : n°54 - octobre 2015

<sup>40</sup> Arnaud FIZZALA (DREES), 2016, « [Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix](#) », Les Dossiers de la Drees, n°1, Drees, Mars.

<sup>41</sup> Fizzala Arnaud. [Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes](#). In: *Economie et statistique*, n°481-482, 2015. Microsimulation appliquée aux politiques fiscales et sociales. pp. 51-75.

L'enquête SAPAD-Structures interrogeait de façon exhaustive, par le biais d'un questionnaire à remplir, l'ensemble de ces 7 000 services. Elle ne couvrait donc pas le champ des aides à domicile intervenant dans le cadre du gré à gré ou de services non agréés. Un second volet, en mai 2000, interrogeait un échantillon de 3 000 bénéficiaires de ces services.

La DREES a, depuis, réalisé une enquête auprès des seuls services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en 2009. Cette enquête visait à rendre compte de l'activité et des caractéristiques des services, du personnel intervenant, de la nature des interventions et des caractéristiques des bénéficiaires. Or, les politiques publiques en direction des personnes handicapées ou dépendantes à domicile sont tributaires de l'organisation du temps d'aide à domicile par les SAAD, des questions de ressources humaines qui sont les leurs (difficulté de recrutement, salaires, qualifications...), et de la tarification de ces services. Mieux connaître ce secteur reste donc un enjeu.

## **6.2 Les données longitudinales sur le patrimoine des ménages concernés manqueront encore**

L'échantillon ÉNÉAS et, à terme, le rapprochement ÉNÉAS-EIC-EIR-données fiscales permettra de suivre des trajectoires d'individus et d'étudier, par exemple, l'incidence de la dépendance au sens administratif, ou le passage du domicile à l'établissement. Mais comme toutes données administratives, elles resteront largement muettes sur le contexte de ces trajectoires : contextes familial et patrimonial en particulier, qui en sont pourtant deux déterminants majeurs.

D'autre part, les enquêtes « Care » devraient apporter quelques éléments de réponse sur l'existence d'un patrimoine et sa mobilisation pour le financement de la prise en charge de la dépendance, à domicile et en établissement, mais sans dimension longitudinale.

« L'économie des transferts longitudinaux » que l'un des participants à la séance du CNIS de 2011 appelait de ses vœux, à savoir la description du patrimoine, de son utilisation et de son épuisement éventuel, ou les stratégies de préservation développées par les familles, ne pourront pas encore être étudiées dans leur dimension temporelle à partir des sources de la statistique publique, à l'horizon 2020.

## **6.3 Les populations handicapées hors ménages ordinaires et hors institutions spécialisées sont encore mal repérées**

Le système statistique existant ne permet pas d'enregistrer l'existence d'un handicap (reconnaissance administrative, limitations ou besoin d'aide) parmi les populations vivant dans des institutions qui ne sont pas spécifiquement dédiées au handicap : enfants accueillis à l'ASE, adultes en difficulté sociale (sans domicile ou vivant en institution) ou en prison, ou plus généralement toutes personnes vivant en institution.

On peut toutefois signaler que la problématique du handicap a été intégrée dans l'enquête de la DREES sur les établissements de l'ASE et de la PJJ<sup>42</sup>, à partir de sa vague 2017. Le questionnaire inclut désormais une case à cocher dans le questionnaire décrivant les enfants et adolescents accueillis, qui renseigne sur l'existence d'une reconnaissance administrative d'un handicap. Une question est également ajoutée dans les enquêtes Aide sociale, afin d'établir un comptage, au niveau agrégé, des enfants de l'ASE ayant un dossier MDPH. Mais ces populations particulières échappent encore largement à l'observation statistique du handicap et de la dépendance, alors même qu'il est très probable que les personnes handicapées y soient surreprésentées.

---

<sup>42</sup> Aide sociale à l'enfance (ASE) et protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

#### **6.4 *Au-delà de la production statistique : améliorer les outils de projection des populations et des besoins***

Les sources statistiques ne pourront en tout état de cause jamais répondre à l'intégralité des questions. Le recours à la simulation restera nécessaire pour répondre au besoin de connaissance et anticiper les politiques publiques à mettre en œuvre ainsi que leurs effets.

À cette fin, la DREES souhaiterait faire du modèle « Autonomix » un outil de microsimulation dynamique (et non statique comme aujourd'hui) et le rapprocher du modèle Trajectoire sur les retraites pour constituer un modèle « complet » sur les seniors, qui intégrerait le patrimoine. Cette évolution ne sera pas possible avant l'ajout d'éléments sur les conjoints dans le modèle « Trajectoire » et restera conditionnée par les moyens et les effectifs des équipes chargées du modèle.

À plus court terme, la DREES réfléchit à développer un outil plus fruste mais qui permettrait de répondre au moins en partie aux questions récurrentes sur les besoins d'équipements et de services à destination des personnes handicapées et dépendantes, au niveau national ou régional.

## **Annexe 1 : l'état des lieux en 2012**

### **Le système d'information de la DREES sur la dépendance : l'existant et le système cible**

La DREES poursuit un double objectif de suivi des politiques publiques d'une part, et de connaissance des populations âgées dépendantes d'autre part. La poursuite de ces objectifs nécessite la mise en place d'un système varié d'enquêtes et de remontées administratives, qui se rangent dans 4 grandes catégories :

- Le suivi des bénéficiaires de prestations (l'APA pour la dépendance)
- Des enquêtes auprès des établissements et des services pour personnes âgées dépendantes
- Des enquêtes en population générale auprès des personnes
- Des enquêtes spécifiques auprès des usagers/bénéficiaires de dispositifs

#### **Le suivi des bénéficiaires de l'APA<sup>43</sup>**

La Drees dispose d'un suivi annuel de l'ensemble de l'aide sociale des départements qui fournit entre autre pour l'APA, le nombre de bénéficiaires, leurs caractéristiques et des données sur les dépenses associées. Les données sont diffusées au niveau départemental. Jusqu'au quatrième trimestre 2011 la Drees réalisait en outre une enquête trimestrielle pour suivre la montée en charge de l'APA. Cette montée en charge étant terminée, le dispositif a été arrêté.

Le suivi agrégé de l'allocation n'est pas suffisant pour connaître finement le dispositif et ses bénéficiaires. Pour pallier ce manque, la Drees a réalisé en 2008 des remontées individuelles auprès de conseils généraux volontaires (34 au final). Il s'agissait, à partir des systèmes de gestion des conseils généraux, de constituer une base de données individuelles retraçant le parcours des individus au sein de l'APA. Cette base de données s'est avérée particulièrement riche. Elle a permis de calculer des durées de perception de l'APA, d'étudier la saturation des plans d'aide, de modéliser les besoins d'aide au-delà de ces plafonds, de réaliser des projections de bénéficiaires de l'APA et, enfin, de travailler sur le reste à charge des personnes dépendantes (modèle de micro-simulation Autonomix). La richesse des travaux issus de l'exploitation de cette source a conduit la Drees à renouveler l'opération en 2012.

#### **Suivi des établissements et des services pour personnes âgées**

La Drees gère le fichier des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Mis à jour par les ARS, ce répertoire renseigne sur le type d'établissement et de service ainsi que sur ses capacités d'accueil. Il sert de base de sondage pour le lancement d'enquêtes plus spécifiques.

Sur le champ de la dépendance, la Drees dispose d'une enquête quadriennale auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées, dite enquête EHPA<sup>44</sup>. Cette enquête couvre les EHPAD, les foyers logement et les USLD. La dernière enquête EHPA porte sur l'année 2007. Exhaustive sur son champ, elle renseigne sur les places offertes, le personnel (effectif et qualification) ainsi que sur les personnes accueillies dans les établissements (caractéristiques, niveau de dépendance, entrées et sorties de l'année etc.). En outre, une enquête complémentaire a été réalisée sur un échantillon représentatif de résidents afin de décrire les pathologies dont sont atteintes ces personnes. L'enquête 2011 est collectée dans le courant de l'année 2012. Elle est dans son contenu très proche de l'édition 2007.

En 2009 la Drees a également réalisé une enquête auprès des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Cette enquête visait à rendre compte de l'activité et des caractéristiques des services, du personnel intervenant, de la nature des interventions et des caractéristiques des bénéficiaires.

---

<sup>43</sup> <http://www.sante.gouv.fr/l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa.html>

<sup>44</sup> <http://www.sante.gouv.fr/enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa.html>

## Les enquêtes en population générale

D'une portée plus générale que les dispositifs décrits précédemment, les enquêtes en population générale permettent d'une part de s'affranchir des définitions portées par les dispositifs publics (la grille AGGIR dans le cas de la prise en charge de la dépendance par l'APA) et, d'autre part, de décrire l'ensemble de la population, y compris les personnes qui n'auraient pas recours aux prestations. Elles fournissent ainsi des données de cadrage sur le handicap et la dépendance pour l'ensemble de la population française, et permettent, par le biais d'un questionnement détaillé, de connaître les conditions de vie des personnes dépendante et de décrire leur entourage familial.

L'enquête « Handicap, incapacités, dépendance »<sup>45</sup> est la première enquête en France (HID, 1998-2000, réalisée par l'Insee). Elle est rééditée 10 ans plus tard par l'Insee et la Drees, sous un format un peu différent et sous le nom d'enquête « Handicap, santé ». Cette enquête comporte trois volets : en ménage, en institution, et un volet spécifique auprès des aidants des personnes en situation de handicap.

L'exploitation de ces enquêtes Handicap, Santé est en cours, au sein de la Drees comme dans le milieu académique. Les principales publications ont à ce jour porté sur la description des personnes en situation de handicap ou de dépendance (qui sont elles, comme se manifeste leur perte d'autonomie...) et les aidants informels (aides apportées, « charge » de l'aidant).

## Des enquêtes spécifiques pour rendre compte de la satisfaction des usagers

Enfin, la Drees collecte ponctuellement des enquêtes pour rendre compte de la satisfaction des usagers et l'adéquation des dispositifs de prise en charge. On citera pour mémoire l'enquête auprès des bénéficiaires de l'APA (2003) qui a notamment permis d'étudier l'effet de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées<sup>46</sup> et l'enquête « résident »<sup>47</sup> destinée à recueillir l'opinion des résidents et de leurs proches sur la qualité de la prise en charge.

## Le débat national sur la dépendance : apports et limites du système d'information actuel

A l'occasion du débat national, la Drees a réalisé un grand nombre de travaux sur la dépendance pour apporter des éclairages parfois inédits. Il a notamment été possible de faire un état des lieux de la dépendance aujourd'hui, en mobilisant les données sur les structures et sur les bénéficiaires de l'APA, et d'établir des scénarios de projection de bénéficiaire de l'APA à l'horizon 2060. La Drees a aussi développé un modèle de micro simulation qui permet de calculer le reste à charge des personnes dépendantes en établissement en fonction des revenus, et de simuler des réformes qui modifieraient les barèmes de l'APA.

Les travaux de la Drees ont aussi montré les limites du système actuel :

- Les hypothèses servant de base aux scénarios de projection sont fragiles faute de données sur les déterminants et l'incidence de la dépendance
- Le calcul de restes à charge pour les personnes vivant à domicile est particulièrement frustré
- Le recours à l'ASH est très mal connu

## Un système d'information à moyen terme axé sur le calcul de restes à charge

Dans le prolongement du débat national sur la dépendance, la Drees cherche à construire un système d'information qui permette à moyen terme :

- De donner des éléments sur l'évolution de la dépendance,
- D'étudier le reste à charge des ménages, en particulier à domicile,

---

<sup>45</sup> <http://www.sante.gouv.fr/handicap-sante.html>

<sup>46</sup> <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er459.pdf>

<sup>47</sup> <http://www.sante.gouv.fr/l-enquete-aupres-des-residents-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees.html>

- De savoir qui finance le reste à charge, notamment lorsque les restes à charge sont importants
- De comparer les personnes à domicile et en institution

Afin de répondre à ces questions la Drees envisage de collecter une enquête en population générale en 2015-2016. Cette enquête reprendra le principe des enquêtes handicap, santé mais le questionnaire devra être conçu à la fois pour permettre la comparaison avec HS et pour répondre aux questions relatives au reste à charge et à son financement. Pour couvrir la partie institutions on prévoit de coupler à l'enquête EHPA 2015 (collectée en 2016) un volet résidents (et aidants). La partie ménage serait faite sur le modèle de Handicap, Santé, volet ménage.

L'expérience de handicap santé montre que la population des APAistes est difficile à cerner dans une enquête en population générale : les individus interrogés peuvent selon toute vraisemblance ignorer qu'ils bénéficient d'une allocation ou, à l'inverse, croire qu'ils en bénéficient alors que ce n'est pas le cas. D'une manière générale les questions relatives aux revenus et aux transferts financiers entre membres d'une même famille sont difficiles à traiter si on se contente d'une simple interrogation des personnes âgées. Aussi a-t-il été décidé de prévoir des appariements avec des sources administratives (SNII-RAM, CNAF, sources fiscales, données des conseils généraux) d'une part, et d'interroger les aidants informels d'autre part. L'opération projetée est donc nécessairement complexe.

A ces enquêtes dépendance s'ajoutent également l'opération « remontées individuelles 2011 » qui a débuté début 2012 . Elle vise d'une part à mettre à jour les simulations réalisées par la Drees pour le débat dépendance, et à compléter notre connaissance de l'ASH<sup>48</sup>.

Enfin, la Drees collectera en 2014 une enquête auprès des services d'aide à domicile (SAAD) et de leurs bénéficiaires, la dernière enquête de ce type datant de 1999.

---

<sup>48</sup> On prévoit de remonter les informations disponibles sur les bénéficiaires de l'ASH et leurs obligés alimentaires.

## **Annexe 2**

### **Fiches descriptives des enquêtes et sources de données de la Drees sur le handicap et la dépendance produites depuis 2011**

(source : site Web de la Drees, sauf pour PHEDRE)



## *L'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ES-H 2014)*

### **Genèse des enquêtes Établissements sociaux (ES)**

Initiée en 1982 et renouvelée en 1983, l'enquête Établissements sociaux (ES) a été réalisée tous les deux ans jusqu'en 1997. Elle portait alors à la fois sur les établissements et services pour personnes handicapées et les établissements et services pour personnes en difficulté sociale de France métropolitaine et des départements d'outre-mer (DOM).

Pour la première fois en 2001, l'enquête ES n'interrogeait que les structures pour personnes handicapées. Depuis, les deux volets de l'enquête (ES « personnes handicapées » et ES « difficulté sociale ») sont séparés et chacun est enquêté tous les quatre ans. Les dernières collectes de l'enquête ES « handicap » ont été réalisées sur les exercices de 2001, 2006 et 2010 et 2014 (collecte au 31 décembre de l'année d'exercice). La prochaine portera sur l'exercice de 2018 (collecte au 31 décembre 2018).

### **Objectifs de l'enquête ES « handicap »**

L'enquête ES « handicap » s'intéresse à l'activité des établissements et services pour personnes handicapées, au personnel en fonction, au profil des personnes présentes dans ces structures au moment de l'enquête, ainsi qu'à celui des personnes sorties de ces structures au cours de l'année précédant l'enquête. On distingue les structures pour enfants et adolescents d'une part, et celles pour adultes d'autre part.

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.) en décrivant, au moins quantitativement, les moyens mis en œuvre et les besoins couverts par ce système de prise en charge.

### **Principaux thèmes abordés**

- ▶ Concernant l'**activité des structures**, l'enquête s'intéresse au nombre de places, aux effectifs présents à une date donnée, au nombre de jours d'ouverture, au nombre d'entrées et de sorties au cours de l'année, au mode d'accueil (internat, externat, etc.), à l'agrément de clientèle et, pour les structures adultes, au type d'intervention (hébergement, activité de jour, etc.).
- ▶ Pour connaître le **profil du personnel en fonction**, l'enquête recueille des informations sur l'année de naissance, la fonction principale exercée, l'année de prise de fonction et l'équivalent temps plein (ETP).
- ▶ S'agissant des **enfants et adolescents présents** dans la structure au moment de l'enquête, sont collectées des données sur l'âge et le sexe, la pathologie, la déficience principale et associée, les incapacités, l'hébergement principal au moment de l'enquête, la modalité d'accueil ou d'accompagnement, l'année d'entrée dans la structure, le département de résidence des parents, le lieu de scolarisation, la classe suivie. L'enquête repère également les jeunes maintenus dans l'établissement après l'âge de 20 ans au titre de l'amendement Creton.
- ▶ Pour les **enfants sortis définitivement au cours de l'année**, l'enquête collecte des informations sur la date d'entrée dans la structure, la date de sortie, la déficience principale, l'activité et l'hébergement après la sortie ainsi que les personnes qui bénéficiaient d'un amendement Creton avant la sortie.
- ▶ Concernant les **adultes présents** dans la structure au moment de l'enquête, la structure renseigne, pour chaque personne suivie, le sexe et l'année de naissance, mais également la pathologie, la déficience principale et associée, les incapacités, l'activité ou l'accueil en journée, l'hébergement et l'année d'entrée dans la structure.

► Pour les **adultes sortis définitivement au cours de l'année**, l'enquête recueille des données sur la date d'entrée dans la structure, la date de sortie, la déficience principale, l'activité et l'hébergement avant la sortie ainsi que l'activité et l'hébergement après la sortie.

## Champ de l'enquête

Les enquêtes ES couvrent la France métropolitaine et les DOM. Le champ des établissements et services enquêtés évolue au gré des millésimes pour s'adapter aux changements de l'offre médico-sociale.

Pour l'enquête ES 2006, les entreprises adaptées (ex-ateliers protégés) ont été exclues du champ puisqu'elles s'inscrivent désormais dans le champ de l'entreprise ordinaire. En revanche, de nouvelles structures sont prises en compte : les services d'accompagnement à la vie sociale, les centres de préorientation pour adultes, les foyers d'accueil polyvalent, les établissements expérimentaux pour enfants ou adultes handicapés et les établissements d'accueil temporaire pour enfants ou adultes handicapés.

pdf Champ de l'enquête ES 2006 pdf Champ de l'enquête ES 2010 pdf Champ de l'enquête ES 2014  
[Téléchargement \(36.2 ko\)](#)      [Téléchargement \(37.2 ko\)](#)      [Téléchargement \(22.1 ko\)](#)

## Questionnaires

Le questionnaire de l'enquête comporte sept fiches : identification de la structure ; description de l'activité de l'établissement ou du service, puis des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ; description du personnel (CAMSP et CMPP inclus) ; description des enfants présents ; description des enfants sortis ; description des adultes présents ; description des adultes sortis.

pdf Questionnaire ES 2006 pdf Questionnaire ES 2010 pdf Questionnaire ES 2014  
[Téléchargement \(716.5 ko\)](#)      [Téléchargement \(270.9 ko\)](#)      [Téléchargement \(242.4 ko\)](#)

## Services producteurs

La DREES pilote l'enquête ES au niveau national, tandis que, depuis l'enquête 2010, les services statistiques des Agence Régionales de Santé (ARS) suivent la remontée des questionnaires et assurent les premiers contrôles et redressements (auparavant ces fonctions étaient assurées au sein des directions régionales des affaires sanitaires et sociales, les DRASS).

Les questionnaires sont envoyés par voie postale. Le repérage des structures à enquêter s'effectue à partir d'une extraction du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux du ministère en charge de la Santé (FINESS) mis à jour par les ARS. Certaines informations sont saisies a priori à partir des éléments fournis par le fichier FINNESS et éventuellement corrigées par les structures (la capacité d'accueil notamment). L'envoi est centralisé. Les structures adressent les questionnaires remplis aux ARS, qui effectuent les premiers contrôles puis renvoient les questionnaires à un organisme chargé de la saisie. Une fois le fichier saisi, il est renvoyé en ARS pour validation, puis remonte à la DREES.

## Publications

### Dossiers Solidarité et Santé

— [L'enquête auprès des structures pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'édition 2006](#), Dossiers Solidarité et Santé, DREES, n° 20, 2011.

### Études

et

### résultats

— Thomas Irace, Delphine Roy, 2016, « [Amendement Creton : 6 000 jeunes adultes dans des établissements pour enfants handicapés](#) », Études et Résultats, n°946, Drees, janvier.

- Ida Falinower (DREES), 2016, « [L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014](#) », Études et Résultats, n°975, Drees, septembre.
- B. MORDIER, 2013, « [L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010](#) », Études et Résultats, DREES, n° 833, février.
- Y. MAKDESSI, 2013, « [L'accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010](#) », Études et Résultats, DREES, n° 832, février.
- A. Mainguené, 2008, « [Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse. Résultats provisoires](#) », *Études et Résultats*, DREES, n° 641, juin.
- A. Mainguené, 2008, « [Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile](#) », *Études et Résultats*, DREES, n° 669, novembre.
- Vanovermeir S., 2004, « [Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001](#) », Études et Résultats, DREES, n°308, mai.
- Monteil C., 2004, « [Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en 2001](#) », *Études et Résultats*, DREES, n° 288, février,

### Documents de travail

- Makdessi Y., Mordier B., 2013, « [Établissements et services pour adultes handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010](#) », Document de travail, DREES, Série Statistiques, n°180, mai.
- Makdessi Y., Mordier B., 2013, « [Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010](#) », Document de travail, DREES, Série Statistiques, n°177, mars.
- Makdessi Y., 2012, « [Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités](#) », *Document de travail*, DREES, Série études et recherche, n°123, octobre.
- Makdessi Y., Masson L., avec la collaboration de Mainguené A., 2010, « [Établissements et services pour enfants handicapés résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006](#) », Documents de travail, DREES, série Statistiques, n° 148, septembre.
- Makdessi Y., avec la collaboration de Mainguené A., 2010, « [Établissements et services pour adultes handicapés résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006](#) », Documents de travail, DREES, série Statistiques, tomes 1 et 2, n° 141, janvier.
- Vanovermeir S. et Bertrand D., 2004, « [Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés : activité, clientèle et personnel](#) », Documents de travail, DREES, série Statistiques, n° 71, novembre.
- Vanovermeir S. et Bertrand D., 2004, « [Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001](#) », Documents de travail, DREES, série Statistiques, n° 64, mai.
- Woitrain avec la participation de Callegher D., 2000, « [Les établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés. Série chronologique 1985-1998](#) », Documents de travail, DREES, série Statistiques, n° 7, août.
- Woitrain avec la participation de Callegher D., 2000, « [Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés. Série chronologique 1985-1998](#) », Documents de travail, DREES, série Statistiques, n°6, août.

### Données téléchargeables

« [L'accueil des personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux \(2014\)](#) », Tableau Data.Drees, juin 2017

### Contacts

Bureau handicap-dépendance : DREES-ES-Handicap@sante.gouv.fr

## **L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2015)**

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 sur la pathologie et la morbidité des résidents. Ses résultats sont en conséquence très attendus par l'ensemble des acteurs.

Cette enquête a été lancée pour la première fois en 1985 et portait alors sur l'exercice 1984. Jusqu'en 1996, elle a été réalisée tous les deux ans et un exercice sur deux, elle comportait un volet décrivant la clientèle. Depuis 1996, elle est réalisée tous les quatre ans et comporte systématiquement un volet clientèle. La dernière enquête réalisée porte sur l'année 2015.

### **Champ de l'enquête EHPA**

Cette enquête couvre l'ensemble des établissements médico-sociaux qui hébergent des personnes âgées en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM). Depuis 2003, elle intègre également des établissements de santé comme les unités de soins de longue durée (USLD). On distingue traditionnellement trois grands types d'établissements :

- Les **Établissements pour personnes âgées dépendantes** (ehpad), établissements qui ont signé une convention tripartite avec leur conseil général et l'assurance maladie et s'engagent ainsi sur des conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier de même que sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. Ces établissements sont des lieux d'hébergement collectif qui assurent la prise en charge globale de la personne âgée. Les Établissements pour personnes âgées, n'ayant pas signé de convention tripartite, qui peuvent être médicalisés ou non, et proposent de l'accueil en chambre.
- **les logements-foyers**, groupes de logements ou de chambres autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif ;
- les établissements **de soins de longue durée des hôpitaux (USLD)**, structures très médicalisées destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes. À ces établissements, s'ajoutent les hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée, les centres d'accueil de jour (depuis 2007) et les établissements expérimentaux. Tous ces établissements, quel que soit leur statut (public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif) font partie du champ de l'enquête.

### **Principaux thèmes abordés**

- **Les établissements : leurs caractéristiques et leur activité**

L'enquête EHPA permet de préciser les caractéristiques générales et l'activité des établissements : nombre de places, effectifs présents au 31 décembre de l'année d'exercice, nombre d'entrées et de sorties dans l'année, accueil temporaire, accueil de jour, accueil de nuit. Elle aborde également des aspects plus réglementaires : la signature d'une convention tripartite, l'habilitation à l'aide sociale et les tarifs d'hébergement, de soins et de dépendance.

- **Le personnel**

L'enquête fournit pour chaque personne sa fonction principale exercée, son sexe, son âge, ou encore son équivalent temps plein.

- **Les résidents**

L'enquête permet de connaître, l'âge, le sexe, la date d'entrée, l'hébergement antérieur, le niveau de dépendance, ventilé selon les variables discriminantes de la grille AGGIR (Autonomie, gérontologie, groupes

iso-ressources). Concernant les résidents sortis dans l'année, l'enquête fournit notamment des informations sur la date de sortie, la date d'entrée, l'âge, et la destination de sortie.

#### - **Le bâti**

L'enquête décrit l'ensemble des équipements, dans les chambres (ou les logements) et les parties communes.

#### - **Les pathologies**

L'enquête fournit une description de l'ensemble des pathologies d'un échantillon de résidents, lui-même issu d'un échantillon d'établissements.

### **Questionnaire**

Le questionnaire de l'enquête EHPA est structuré en sept fiches , en cohérence avec les thèmes abordés. Les fiches établissement, activité et personnel sont remplis par les gestionnaires des établissements.

La fiche « personnes accueillies" est remplie par le gestionnaire de l'établissement en ce qui concerne les données démographiques des résidents et par un médecin ou une infirmière en ce qui concerne leurs incapacités. Les résidents ne sont donc pas interrogés.

Les fiches recensant les sorties de l'année et les informations relatives au bâti sont remplies par les gestionnaires des établissements.

Enfin, le volet complémentaire pathologies ne concerne qu'une partie des résidents, lesquels constituent une sous-partie de la population décrite dans le volet clientèle. La partie médicale (diagnostics et morbidité) est obligatoirement remplie par un médecin. Cette partie du questionnaire n'apparaît que dans une édition de l'enquête sur deux.

pdf Questionnaire de l'enquête EHPA 2007 [Téléchargement \(1.2 Mo\)](#)

pdf Questionnaire de l'enquête EHPA 2011 [Téléchargement \(704.8 ko\)](#)

pdf Questionnaire de l'enquête EHPA 2015 [Téléchargement \(279.8 ko\)](#)

### **Services producteurs**

La DREES pilote l'enquête EHPA au niveau national et les services statistiques des agences régionales de santé (ARS) assurent le suivi de la collecte (réponses aux questions des établissements, relances des établissements et services n'ayant pas répondu, contrôles des questionnaires). La liste des établissements à enquêter est établie à partir du répertoire Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux), mis à jour par les ARS. Pour la première fois, l'édition de 2011 a offert la possibilité aux gestionnaires d'établissements de répondre au questionnaire sur Internet, tout en conservant le questionnaire papier. En 2015, la collecte a exclusivement été réalisée sur Internet.

### **Publications**

#### **Études et résultats**

— Muller M., 2017, « [728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015](#) », *Études et résultats* n°n°1015, juillet.

— Makdessi Y., Pradines N., 2016, « [En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës](#) », *Études et résultats* n°989, décembre.

— Volant S., 2014, « [693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011](#) », *Études et résultats* n°899, décembre.

— Ramos-Gorand M., Volant S., 2014, « [Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011](#) », *Études et résultats* n°891, septembre.

- Volant S., 2014, « [L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011](#) », *Études et résultats*, DREES, n°877, février.
- Prévot J., 2009, « [Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007](#) », *Études et résultats*, DREES, n°699, août.
- Prévot J., 2009, « [L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007](#) », *Études et résultats*, DREES, n°689, mai.
- Dutheil N. et Sheidegger S., 2006, « [Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 515, août.
- Dutheil N. et Sheidegger S., 2006, « [Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 494, juin.
- Tugores F., 2006, « [La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées](#) », *Études et résultats*, DREES, n°485, avril.
- Dutheil N., 2005, « [Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 380, mars.
- Tugores F., 2005, « [Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 379, février.

### **Les Dossiers de la Drees**

- Fizzala A., 2017, « [Les durées de séjour en EHPAD - Une analyse à partir de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées \(EHPA\) 2011](#) », Les Dossiers de la DREES, DREES, n° 15, mai

### **Dossiers solidarité et santé**

- Rémy Marquier, 2013, « [Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000](#) », *Dossier Solidarité Santé*, DREES, n°47, octobre.
- Melina Ramos-Gorand, 2013, « [Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux](#) », *Dossier Solidarité Santé*, DREES, n°36, janvier.
- Joëlle Chazal, Jacqueline Perrin-Haynes, 2012, « [L'hébergement offert en établissements pour personnes âgées](#) », *Dossier Solidarité et Santé*, DREES, n°29, juin.
- Jacqueline Perrin-Haynes, Joëlle Chazal, Cécile Chantel et Ida Falinower, 2011, « [Les personnes âgées en institution](#) », DREES, n° 22, novembre.
- Collectif, 2011, « [La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches](#) », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n°18, février.

### **Document de travail**

Depuis l'édition EHPA 2011, le document de travail est dématérialisé : les tableaux détaillés sont consultables sur l'espace « [Data.Drees](#) » dédié à la diffusion des données produites par la DREES.

- Perrin-Haynes J., 2010, « [Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007](#) », *Document de travail*, DREES, série Statistiques, n°142, février.
- Bertrand D., Prévot J., Tugores F., 2007, « [Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Activité et personnel au 31 décembre 2003](#) », *Document de travail*, DREES, série Statistiques, n°106, janvier.

## ***L'enquête Enquête Vie quotidienne et Santé ( VQS 2014)***

### **Objectifs**

Les objectifs de cette enquête sont triples :

#### **a) connaître l'état de santé des seniors et des personnes vivant avec eux ;**

L'enquête VQS est une enquête ménages, remplie par tous les habitants d'un logement. L'information sur l'état de santé de toutes les personnes du logement est essentielle pour l'analyse de la configuration d'aide et du réseau d'aidants potentiels. Elle permet également de mettre en lumière la mutualisation d'aides au niveau du foyer.

#### **b) disposer d'informations dans chaque département ;**

La prise en charge sociale et médico-sociale auprès des personnes âgées étant décentralisée, le besoin d'information sur la dépendance au niveau départemental est important. Le format court de l'enquête VQS laisse la possibilité d'un large échantillon, qui peut facilement répondre à un objectif de représentativité départementale pour tous les départements, permettant ainsi des comparaisons entre territoires. Des résultats départementaux seront également produits pour les DOM (hors Mayotte), territoires sur lesquels les données de santé sont relativement peu disponibles et exploitables.

#### **c) permettre de sélectionner l'échantillon de l'enquête CARE "seniors" en logements ordinaires (réalisée en 2015).**

L'enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) est une "enquête filtre" destinée à préparer l'échantillon d'une enquête approfondie sur la dépendance, l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors auprès des ménages (CARE-Ménages). Les personnes en situation de dépendance sont peu nombreuses relativement à la population générale : environ 10% des personnes âgées de 80 ans ou plus sont bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile contre 1% des 60-79 ans (source : enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'APA - DREES). Il est donc important de pouvoir les surreprésenter dans l'échantillon d'une enquête qui s'intéresse à leurs caractéristiques et à leur situation pour disposer de résultats suffisamment robustes.

### **Principaux thèmes abordés**

- L'état de santé général (mini-module européen) ;
- Les difficultés sensorielles, motrices et cognitives ;
- Le recours à de l'aide humaine (professionnelle ou de l'entourage) ;
- Le recours à des aides techniques ou des aménagements du logement ;
- La reconnaissance officielle d'un handicap ou de la dépendance.

### **Champ et nombre d'unités enquêtées**

L'enquête interroge 210 000 logements dits « ordinaires » dans lesquels habite au moins un individu né avant le 02/05/1955. L'ensemble des départements français, hors Mayotte, sont représentés. Les logements-foyers ou résidences services sont inclus dans le champ de l'enquête ; les collectivités (maisons de retraite, EHPAD, foyers, prisons, hôpitaux...) et habitations mobiles (mariniers, sans-abri...) en sont exclues.

### **Dates et mode de collecte**

L'enquête a été réalisée par courrier et internet entre septembre et novembre 2014 puis par téléphone par un enquêteur auprès des non répondants entre novembre 2014 et février 2015.

## Partenaires

La maîtrise d'œuvre est assurée par l'Insee.

L'enquête bénéficie du soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

- L'opération a été conçue en partenariat avec un groupe de conception regroupant :
- la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) ;
- la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) ;
- le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) ;
- la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ;
- la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- l'Institut national des études démographiques (Ined) ;
- l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ;
- l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (Irdes) ;
- la Maison des sciences sociales du handicap (MSSH) ;
- l'université de Paris 1.

L'Union nationale des associations familiales (Unaf), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Île-de-France ont rejoint ce groupe transformé en groupe d'exploitation.

## Publications

- Le rapport « [Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 - Résultats départementaux d'une enquête auprès des seniors](#) » - Octobre 2016
- [Données de l'enquête sur Data.Drees](#)
- — Mathieu Brunel (DREES) et Amélie Carrère (DREES et INED), 2017, « [Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 - Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014](#) », Les Dossiers de la Drees n° 13, Mars
- — Le rapport « [Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 - Résultats départementaux d'une enquête auprès des seniors](#) » - Octobre 2016  
[Données de l'enquête sur Data.Drees](#)
- — Amélie CARRÈRE, 2016, « [Les enrichissements prévus pour l'enquête CARE-Ménages - Mise en oeuvre, apports et contraintes](#) », Document de travail, Série sources et méthodes, n°56, Drees, septembre
- — CARRÈRE A., HAAG O., SOULLIER N., 2015, « [Enquêtes VQS et Care : ou comment prendre en compte le tirage d'échantillons dépendants dans le cadre du NCEE](#) », Actes des Journées de Méthodologie Statistique.



## **L'enquête « Care-Ménages » (2015)**

### **Objectifs**

Le volet « seniors » de l'enquête **CARE-ménages** s'intéresse aux conditions de vie des personnes âgées, à leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et aux aides qu'elles reçoivent.

L'enquête a trois objectifs principaux :

#### **a) suivre l'évolution de la dépendance**

Depuis les enquêtes [Handicap-Santé](#) (2008-2009), les questions autour de la dépendance ont pris une part importante dans les débats publics. Mais les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'apporter des réponses au niveau national sur l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes. Le volet « seniors » des enquêtes CARE permettra de caractériser les personnes âgées selon plusieurs définitions de la perte d'autonomie. L'évolution de la prévalence de la dépendance sera estimée par rapport aux enquêtes [Handicap-Santé](#).

#### **b) estimer le reste à charge lié à la dépendance,**

Le débat national de 2011 sur la dépendance a fait émerger de nombreuses questions quant aux moyens financiers, humains et techniques qu'elle requiert. Les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'évaluer au niveau national les moyens mobilisés par les ménages confrontés à la dépendance et leurs difficultés à y faire face. Les enquêtes CARE ont pour objectif d'estimer le reste à charge lié à la dépendance des ménages, en abordant les coûts de la dépendance et la prise en charge publique et privée liée à la dépendance. Le reste à charge est défini par la différence entre les coûts et les aides publiques qui interviennent dans la prise en charge de la dépendance. Enfin, l'enquête s'attache à comprendre comment les familles s'organisent pour faire face au reste à charge : aide dans les actes de la vie quotidienne apportée par l'entourage, paiement grâce aux revenus courants de la personne âgée, mais également vente du patrimoine, désépargne, crédit, transferts financiers issus de la famille ou renoncement à la prise en charge.

#### **c) mesurer l'implication de l'entourage auprès de la personne âgée.**

Les enquêtes CARE cherchent également à recenser la nature, la quantité et l'origine des aides humaines, financières et techniques existantes ainsi que des besoins non satisfaits. Cet objectif était déjà traité dans les enquêtes [Handicap-Santé](#) (2008-2009).

Le **volet « aidants »** de l'enquête **CARE-ménages** répond en particulier à cet objectif et complète les informations du volet « seniors » sur :

- La relation de l'aidant avec l'aidé,
- Les aides humaines, financières, matérielles et le soutien moral qu'apporte l'aidant,
- Les prestations liées à la perte d'autonomie de l'aidé pour lesquelles l'aidant a effectué des démarches. L'aidant sera aussi interrogé sur son état de santé et les conséquences de l'aide sur sa vie professionnelle, sociale et affective.

### **Principaux thèmes abordés**

#### **Volet « seniors »**

- Famille – ménage
  - Habitants du logement
  - Enfants
- Santé – perte d'autonomie

- Santé (dont mini-module européen et déficiences)
- Recours aux soins et à l'hébergement
- Limitations fonctionnelles
- Restrictions d'activités
- Accessibilité
- Aides
  - Aides techniques
  - Aménagements du logement
  - Aides humaines
  - Aides financières
- Revenus, allocations et prestations
- Dépenses régulières et contraintes du ménage

#### **Volet « aidants »**

- La relation de l'aidant avec l'aidé,
- Les aides humaines, financières et matérielles fournies par l'aidant,
- Les conséquences de l'aide (sur la santé, la vie professionnelle, la vie familiale, les loisirs)
- Les prestations liées à la perte d'autonomie que l'aidé n'aurait pas pu renseigner.

#### **Champ et nombre d'unités enquêtées**

L'enquête **CARE à domicile – volet « seniors »** interroge 15 000 personnes nées avant le 02/05/1955 vivant en logements dits « ordinaires » en France métropolitaine et ayant répondu à l'enquête Vie Quotidienne et Santé 2014. Les logements-foyers ou résidences services sont incluses dans le champ de l'enquête ; les collectivités (maisons de retraite, EHPAD, foyers, prisons, hôpitaux...) et habitations mobiles (mariniers, sans-abri...) en sont exclues. L'enquête **CARE à domicile – volet « aidants »** interroge tous les proches aidants âgés de 18 ans ou plus et résidant en France métropolitaine, qui ont été cités par les répondants au volet « seniors » comme des proches leur apportant un soutien régulier en raison de leur état de santé.

#### **Dates et mode de collecte**

L'enquête CARE à domicile – volet « seniors » s'est déroulée du 2 mai au 17 octobre 2015. Un enquêteur se déplace au domicile de la personne pour réaliser l'entretien en face-à-face.

L'enquête CARE à domicile – volet « aidants » s'est déroulée du 2 mai au 27 octobre 2015. Elle est réalisée :

- Soit en face-à-face au domicile du senior et à la suite de l'entretien avec celui-ci ;
- Soit par téléphone.

#### **Partenaires**

La maîtrise d'œuvre est assurée par l'Insee.

L'enquête bénéficie du soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). L'opération a été conçue en partenariat avec un groupe de conception regroupant :

- la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) ;
- la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) ;
- le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) ;
- la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ;
- la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- l'Institut national des études démographiques (Ined) ;

- l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ;
- l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (Irdes) ;
- la Maison des sciences sociales du handicap (MSSH) ;
- l'université de Paris 1.

L'Union nationale des associations familiales (Unaf), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Île-de-France ont rejoint ce groupe transformé en groupe d'exploitation.

## **L'enquête « Care-Institutions » (2016)**

### **Objectifs**

L'enquête CARE-Institutions s'intéresse aux conditions de vie des personnes âgées vivant en établissements, à leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et aux aides qu'elles reçoivent.

Le débat national de 2011 sur la dépendance a fait émerger de nombreuses questions quant aux moyens financiers, humains et techniques qu'elle requiert.

Elles a trois objectifs principaux :

#### **a) suivre l'évolution de la dépendance**

Depuis les enquêtes [Handicap-Santé](#) (2008-2009), qui ont lieu auprès des ménages et des établissements pour personnes handicapées ou dépendantes, les questions autour de la dépendance ont pris une part importante dans les débats publics. Mais les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'apporter des réponses au niveau national sur **l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes**. Le volet « seniors » des enquêtes CARE (Ménages et Institutions) permettra de caractériser les personnes âgées selon plusieurs définitions de la perte d'autonomie. L'évolution de la prévalence de la dépendance sera estimée par rapport aux enquêtes [Handicap-Santé](#).

#### **b) estimer le reste à charge lié à la dépendance**

Les enquêtes CARE ont pour objectif d'estimer le **reste à charge lié à la dépendance** des seniors, c'est-à-dire la différence entre les coûts liés à la dépendance et les aides publiques qui interviennent dans la prise en charge de la dépendance.

Les enquêtes s'attachent en outre à comprendre comment les familles s'organisent pour faire face au reste à charge : aide dans les actes de la vie quotidienne apportée par l'entourage, paiement grâce aux revenus courants de la personne âgée, mais également vente du patrimoine, désépargne, crédit, transferts financiers issus de la famille ou renoncement à la prise en charge.

#### **c) mesurer l'implication de l'entourage auprès de la personne âgée**

Les enquêtes CARE cherchent également à recenser la nature, la quantité et l'origine des aides humaines, financières et techniques existantes ainsi que des besoins non satisfaits. Cet objectif était déjà traité dans les enquêtes [Handicap-Santé](#) (2008-2009) pour ce qui est de l'aide apportée aux seniors vivant en ménages ordinaires, mais pour la première fois les aidants des seniors vivant en établissement seront également interrogés.

Le volet « aidants » s'intéresse à la relation de l'aidant avec l'aidé, les aides humaines, financières, matérielles et le soutien moral qu'apporte l'aidant, les prestations liées à la perte d'autonomie de l'aidé pour lesquelles l'aidant a effectué des démarches. L'aidant sera aussi interrogé sur son état de santé et les conséquences de l'aide sur sa vie professionnelle, sociale et affective.

### **Principaux thèmes abordés**

#### **- Questionnaire « établissement » et données de cadrage**

Ce questionnaire s'adresse aux établissements. Il permet d'avoir des informations générales sur l'établissement, de procéder au tirage au sort des seniors à interroger, et de vérifier leur aptitude à répondre au questionnaire seuls.

- **Questionnaire « établissements »**
  - **Questions générales sur l'établissement** (présence de marches, services offerts aux résidents)
  - **Aptitude à répondre au questionnaire** : on détermine l'aptitude du senior à répondre seul au questionnaire en posant des questions sur : sa cohérence et son orientation au regard de la grille AGGIR, ses difficultés à comprendre le français, ses difficultés à s'exprimer oralement, la présence éventuelle de troubles majeurs de l'audition, de problèmes de vigilance. Si le senior est déclaré inapte, on fait appel à un « proxy », c'est-à-dire quelqu'un qui répond à la place du senior. Il peut s'agir d'un membre de son entourage, ou de l'établissement.
  - **Existence d'une forme de protection juridique** (tutelle, curatelle etc.)
  
- **Données de cadrage** Les questions portent essentiellement sur le lieu de vie du senior avant son entrée en établissement et sur les allocations perçues directement ou versées à l'établissement (aide personnalisée à l'autonomie, aide sociale à l'hébergement, allocation de logement social, aide personnalisée au logement) et les montants de ces allocations.

#### - Questionnaire « seniors »

Le questionnaire s'adresse aux seniors vivant de façon permanente en établissements d'hébergement pour personnes âgées et âgés de 60 ans ou plus au lancement de l'enquête.

Voici les sujets couverts par le questionnaire et des exemples de questions posées :

- **Tronc commun – famille** : état civil du senior, situation maritale, situation professionnelle et culturelle, nombre d'enfants etc.
- **Tutelles** : existence d'une mesure de protection juridique, type de cette mesure, depuis combien de temps, etc.
- **État-civil** : numéro de sécurité sociale ou de celui de l'ayant-droit.
- **Santé-déficiences** : état de santé global, douleurs ou problèmes de santé rencontrés.
- **Limitations fonctionnelles (limitations sensorielles, limitations motrices, mémoire)** : le senior porte-t-il des lunettes ? Un appareil auditif ? Peut-il monter et descendre des escaliers seul ? A-t-il parfois des trous de mémoire au cours de la journée ?
- **Aides techniques et aménagements intérieurs** : le senior utilise-t-il, en raison de son état de santé, des aides techniques pour se déplacer (cannes, déambulateur, etc.), des aides pour communiquer (téléphone à grosses touches, etc.), pour manger (couverts adaptés) ? Utilise-t-il des meubles ou aménagements spécifiques (barres d'appui, meubles à hauteur réglable, portes automatiques) ?
- **Recours aux soins** : le senior a-t-il consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois ?
- **Restrictions d'activité** : le senior rencontre-t-il des difficultés pour se laver seul, s'habiller seul, couper sa nourriture seul, effectuer les démarches administratives courantes seul, etc. ? Si oui, pour quelles activités reçoit-il de l'aide ? Qui sont les aidants pour ces activités (personnel de l'établissement ou membres de l'entourage) ?
- **Accessibilité** : le senior est-il capable de sortir seul de l'établissement ? Si non, quelles sont les difficultés principales ?
- **Aide humaine** : description des activités pour lesquelles le senior reçoit une aide de son entourage, fréquence de l'aide apportée, fréquence des visites et des appels téléphoniques.
- **Allocations, prestations et revenus** : prestations reçues par le senior et par son conjoint, montants des prestations, types de placements financiers détenus, prise en charge médicale (CMU, CMU complémentaire).
- **Dépenses régulières et contraintes** : dépenses hors frais liées à l'hébergement dans établissement, moyens utilisés pour payer le séjour en établissement (désépargne, vente de patrimoine, etc.).

## ► Questionnaire « aidants »

Ce questionnaire s'adresse aux aidants déclarés par le senior dans le module « aide humaine » du volet « Seniors », vivant en France métropolitaine, et majeurs.

Certaines questions sont posées à l'aidant seulement si le senior (ou le proxy) n'y a pas répondu dans le questionnaire « Seniors ».

- **Identité et liens** : identité de l'aidant et lien avec le senior.
- **Aide apportée** : nature de l'aide apportée au senior (pour manger, s'habiller, etc.), fréquence et durée des visites, temps consacré à l'aide par semaine.
- **Santé et vie de l'aidant** : conséquences de l'aide apportée au senior sur la vie personnelle et professionnelle de l'aidant (l'état de santé général de l'aidant est-il bon, se sent-il fatigué, découragé, etc. ?). L'aidant a-t-il l'impression que l'aide prodiguée crée une charge financière, qu'elle affecte sa santé ? L'aide apportée est-ce un devoir, une obligation ? Le temps consacré au senior empêche-t-il à l'aidant de voir ses amis ? Les relations avec le senior se sont-elles compliquées ? L'aidant envisage-t-il de prendre une retraite anticipée/retardée pour rendre service au senior ?
- **Allocations et prestations du senior aidé** : quelles sont les allocations que touche le senior, quels sont les montants des allocations ?
- **Autres personnes aidées** : l'aidant apporte-t-il de l'aide à d'autres seniors ?
- **Famille, emploi** : situation familiale de l'aidant, situation professionnelle actuelle, situation du conjoint.

## Champ et nombre d'unités enquêtées

### Volet « établissements »

Dans le cadre de cette enquête, seront interrogés des seniors hébergés en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), maisons de retraite non-EHPAD et unités de soins de longue durée.

L'enquête sera réalisée dans environ 700 établissements en France métropolitaine.

NB : Les logements-foyers ou résidences services sont incluses dans le champ de l'enquête Care-Ménages.

### Volet « seniors »

Environ 3 000 personnes nées avant le 02/09/1956 et vivant de façon permanente en établissement pour personnes âgées, en France métropolitaine, seront questionnées.

### Volet « aidants »

L'enquête interroge tous les proches aidants âgés de 18 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, cités par les répondants dans le volet « seniors » comme étant des proches leur apportant une aide régulière en raison de leur état de santé. Il peut s'agir d'une aide à la vie quotidienne, matérielle, financière ou morale.

## Dates et modes de collecte

L'enquête s'est déroulée de septembre à décembre 2016.

### Volet « établissements »

Un enquêteur se déplacera au sein de l'établissement pour effectuer un entretien avec un membre du personnel de l'établissement après un premier contact téléphonique.

### **Volet « seniors »**

Un enquêteur se déplacera au sein de l'établissement du senior pour réaliser l'entretien en face-à-face avec le senior.

### **Volet « aidants »**

L'entretien avec les aidants des seniors auront lieu :

- soit en face-à-face au sein de l'établissement, à la suite de l'entretien avec le senior ;
- soit par téléphone.

### **Partenaires**

La collecte est assurée par TNS Sofres.

Care-Institutions bénéficie du soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

L'opération a été conçue en partenariat avec un groupe de conception regroupant :

- la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) ;
- la Caisse Centrale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) ;
- la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ;
- la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ;
- l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (Irdes) ;
- l'université de Paris 1.
- l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA)
- le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Ce groupe de conception sera plus tard transformé en groupe d'exploitation.

## **L'enquête PHEDRE (2017-2018)**

### **Objectifs :**

L'enquête PHEDRE (Prestation de compensation du Handicap : Exécution dans la durée et Reste à charge) vise à répondre à deux questions principales autour de la Prestation de compensation du Handicap (PCH) :

- Évaluer les écarts qui peuvent exister entre les plans notifiés par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et ce qui est réellement mis en place par le bénéficiaire ;
- Mesurer le montant du reste à charge pour les bénéficiaires de la PCH.

### **Protocole / Calendrier :**

Fin 2016 – début 2017 : Extractions dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)

Au cours de l'année 2017 : Extractions dans les conseils départementaux

Au cours du 2e trimestre 2018 : Collecte terrain face-à-face

Au cours du 2e trimestre 2018 : Collecte terrain MDPH

2019 : Appariements

### **Thèmes abordés :**

Extractions MDPH : contenu des notifications 2012, et suivantes.

Extractions CD : paiements 2012 à 2016.

Le questionnaire en face-à-face aura une durée moyenne d'environ trois quarts d'heure, et portera sur les thèmes suivants :

- difficultés rencontrées ou non lors de la mise en place du plan ;
- raisons de l'abandon (même partiel) de celui-ci ;
- informations nécessaires au calcul du reste à charge (prise en charge complémentaire santé, caisse de retraite, anah...) ;
- situation fonctionnelle, restriction d'activités... ;
- recours à l'aide humaine y compris celle qui n'est pas financée au titre de la PCH (aide-ménagère, aide à la parentalité) ;
- organisation de l'aide humaine au quotidien, incluant le sanitaire et le paramédical ;
- usage de l'ensemble des aides techniques et des aménagements du logement.

Appariements : SNIIRAM + Revenus fiscaux et sociaux

### **Champ géographique :**

France métropolitaine + DOM

### **Champ(s) statistique(s) couvert(s) :**

La population concernée par l'enquête est appelée « flux 2012 ». Elle est composée des personnes qui ont déposé une demande de PCH en 2012 (avec accord et paiement attendu).

Il peut s'agir d'un primo-accord (aucun accord d'élément PCH avant le 1er janvier 2012), ou d'un accord lors d'un réexamen (bénéficiaire ayant eu un accord PCH antérieur).

Environ 5000 entretiens dans 30 départements.

### **Publications :**

Premières publications attendues pour fin 2019.



## ***Les enquêtes sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)***

### **L'enquête annuelle sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale départementale**

Dans le cadre d'une enquête annuelle sur l'aide sociale, réalisée chaque année depuis 1984 auprès des conseils généraux, la DREES recueille des données sur les bénéficiaires et les dépenses d'APA.

- ▶ **Consulter :** [Présentation de l'enquête "Aide sociale auprès des conseils généraux et des services déconcentrés de l'État"](#)
- ▶ **Consulter :** [Données concernant l'allocation personnalisée d'autonomie \(APA\)](#)

### **Les remontées individuelles APA**

Afin d'affiner la connaissance des bénéficiaires de l'APA et de leurs caractéristiques, la DREES avait mis en place en 2008 et 2009, en partenariat avec 34 conseils généraux, un recueil de données administratives individuelles sur la situation des bénéficiaires de l'APA. Les informations collectées couvrent tous les bénéficiaires de l'APA ayant eu des droits ouverts à l'APA entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2007. Des données anonymisées concernent plus de 500 000 personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement. Elles permettent d'étudier le profil des bénéficiaires, leur prise en charge via l'allocation mais aussi leur parcours au sein du dispositif de l'APA.

En 2012-2013, la DREES avait renouvelé cette opération statistique avec le soutien de la CNSA et de l'ADF. 66 conseils généraux ont participé à l'opération. Les informations recueillies portent sur tous les bénéficiaires ayant eu des droits ouverts à l'APA entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2011. Ces données anonymisées rassemblent plus de 850 000 personnes âgées bénéficiaires de l'APA vivant à domicile ou en établissement. Elles permettent de connaître leur profil, la part prise en charge par l'allocation, leurs parcours (évolution du niveau de dépendance ou changement de lieu de vie) à partir du moment où elles perçoivent l'APA. Le recueil relatif à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) est le premier de grande ampleur et de nature statistique et couvre 110 000 personnes âgées.

Pour l'analyse de ces données administratives, il est important de disposer d'éléments de contexte, en particulier sur l'organisation de la gestion de l'APA et de l'ASH au sein des conseils généraux. C'est pourquoi la DREES a collecté un questionnaire avec quelques questions simples auprès de l'ensemble des départements. La collecte a été effectuée par Internet entre le 8 octobre et le 12 décembre 2012. 97 départements y ont répondu sur 100 sollicités.

— **Consulter la synthèse :**

pdf Gestion de l'APA et de l'ASH [Téléchargement \(99.4 ko\)](#)

— **Consulter les résultats des données individuelles en 2011 :**

pdf Les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH fin 2011 [Téléchargement \(318.5 ko\)](#)

html Données : Les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH fin 2011 [Téléchargement \(31.9 ko\)](#)

### **Publications**

— Bérardier M., 2015, « [Aide sociale à l'hébergement en 2011 : des bénéficiaires moins dépendants et plus seuls que ceux de l'allocation personnalisée d'autonomie, en établissement](#) », Études et Résultats, n°909, Drees, Mars.

- Bérardier M., 2014, « [Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011](#) », *Études et Résultats*, n° 876, février, DREES.
- Bérardier M., 2012, « [Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : quels restes à charge pour les bénéficiaires ?](#) », *Revue française des affaires sociales*, 2012/2-3 (n° 2-3), pp. 197-217.
- Bérardier M., et Clément É., 2011, « [L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie \(APA\) de 2002 à 2009](#) », *Études et Résultats*, n° 780, octobre, DREES.
- Bérardier M., Debout C., 2011, « [Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables](#) », *Étude et Résultats*, DREES, n° 748.
- Lécroart A., 2011, « [Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 - Sources, méthode et résultats](#) », *Document de travail, Série Sources et Méthodes*, DREES, n° 23.
- Bérardier M., 2011, « [APA à domicile : quels montants si l'APA n'était pas plafonnée ?](#) », *Document de travail, Série Sources et Méthodes*, DREES, n° 21.
- Debout C., 2010, « [Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA](#) », *Études et Résultats*, n° 730, juin, DREES.
- Debout C., 2010, « [La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne. Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 724.
- Debout C., Lo S.-H., 2009, « [L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 710, novembre.
- Debout C., Lo S.-H., 2009, « [L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2008](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 690, mai.
- Espagnol P., Lo S.-H., Debout C., 2008, « [L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2008](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 666, octobre.
- Espagnol P., 2008, « [L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 637, mai.
- Espagnol P., 2007, « [L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2007](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 615, décembre.
- Campéon A., Le Blhan B., 2006, « [Les plans d'aide associés à l'allocation personnalisée d'autonomie](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 461.
- Petite S., Weber A., 2006, « [Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées](#) », *Études et résultats*, DREES, n° 459.