



La lettre de l'Odas

Juin 2004

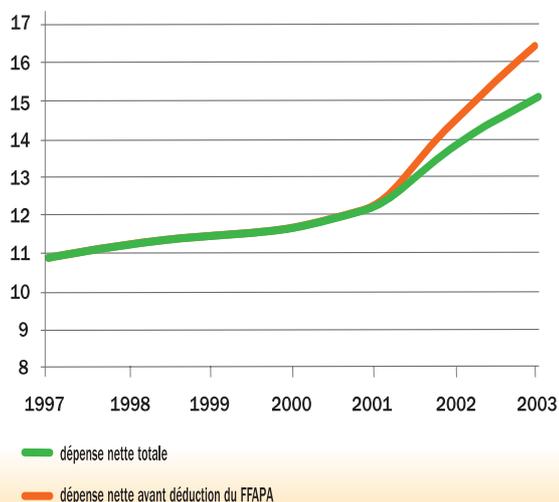
Dépense nette d'action sociale en 2003 : Vers une recomposition de l'action sociale départementale

Avec 15 milliards d'euro, la dépense nette d'aide sociale en métropole a augmenté de 9 % en 2003. Bien que moins importante que l'évolution de 14 % constatée en 2002, 2003 confirme la tendance à une forte augmentation amorcée en 2001.

Dépense nette totale d'aide sociale départementale (hors aide médicale)

(en milliards d'euro, pour les départements métropolitains)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Evolution 2003/2002
Dépense nette directe	8,84	9,10	9,15	9,18	9,40	10,85	11,85	
Dépense indirecte estimée	2,01	2,15	2,37	2,53	2,7	3,0	3,2	
Dépense nette totale	10,85	11,25	11,52	11,71	12,10	13,85	15,05	+ 9 %



Cette augmentation s'explique principalement par la poursuite de la montée en charge de l'APA engagée en 2002.

Mais il faut signaler, au-delà de l'augmentation normale des dépenses, les conséquences de l'adoption en 2004 d'une nouvelle nomenclature comptable dans les départements, les obligeant à solder tous les « retards » de paiement qu'ils avaient avec les différents établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'ils financent. Ainsi, ce sont entre 100 à 150 millions d'euro qui grèvent exceptionnellement la dépense de 2003.

Par contre, contrairement à l'année précédente, l'année 2003 n'a pas enregistré de revalorisations exceptionnelles des salaires dans les établissements et services.

Dépenses indirectes : une estimation de plus en plus difficile

Jusqu'en 1999 les services financiers des départements devaient répartir précisément les dépenses indirectes des services d'action sociale, afin d'en récupérer une partie auprès des communes via le contingent communal d'aide sociale. Depuis sa suppression en 2000, un nombre de plus en plus important de départements n'affecte plus par service les charges indirectes rendant par conséquent leur estimation de plus en plus difficile.

Ces dépenses concernent essentiellement les charges de personnel des services sociaux des conseils généraux. Elles étaient traditionnellement imputées aux chapitres comportant l'essentiel du personnel : PMI, service social départemental et frais communs.

On peut toutefois estimer que les dépenses de personnel d'action sociale ont augmenté en 2003 de 7 % environ, soit au même rythme qu'en 2000 et 2001. Ainsi elles seraient passées de 2,7 milliards en 2001 à 3,0 milliards d'euro en 2002 environ et à 3,2 en 2003.

1 - L'aide sociale à l'enfance (ASE)

(en milliards d'euro)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Dépense directe ASE (954-11 + 12)	3,54	3,69	3,83	3,90	3,98	4,32	4,50
Taux annuel d'évolution		4 %	4 %	2 %	3 %	8 %	4 %

Avec 4,50 milliards d'euro les dépenses directes nettes d'aide sociale à l'enfance ont progressé de 180 millions d'euro en 2003. Cette progression de 4 % environ correspond au rythme d'évolution des dépenses d'aide sociale à l'enfance depuis plusieurs années.

On peut rappeler que l'évolution plus importante des dépenses en 2002 (+8%) s'expliquait essentiellement par une augmentation du coût des prestations de prise en charge des enfants, augmentation consécutive à la mise en œuvre de l'ARTT dans les établissements sociaux et l'application de nouveaux barèmes de primes accordées à certaines catégories de personnels des établissements médico-sociaux régis par la convention collective de 1966.

Dans les prochaines années on devrait observer le même taux d'évolution des dépenses, sachant que l'acte II de la décentralisation n'entraîne pas de modifications importantes dans ce domaine.

2 - L'aide sociale en direction des personnes handicapées (ASPH)

(en milliards d'euro)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hébergement personnes handicapées	1,68	1,80	1,91	2,01	2,15	2,41	2,59
Allocation compensatrice aux personnes de moins de 60 ans (ACPH)	0,47	0,49	0,50	0,52	0,53	0,56	0,57
Dépense nette¹	2,15	2,29	2,41	2,53	2,68	2,97	3,16
Taux annuel d'évolution		7 %	5 %	5 %	6 %	11 %	6 %

Avec une progression de 190 millions d'euro les dépenses d'aide sociale en direction des personnes handicapées ont progressé de + 6 % . On retrouve donc un rythme d'augmentation conforme à celui observé au cours des années précédentes, à l'exception de l'année 2002.

Pour mémoire en 2002, comme pour l'ASE, la forte évolution des coûts s'expliquait en partie par la revalorisation des salaires de certaines catégories de personnels dans les établissements médico-sociaux régis par la convention collective de 1966 et la mise en place de l'ARTT.

Dans les prochaines années la progression de 6 % devrait se confirmer, l'aide sociale en direction des personnes handicapées devant faire face à l'augmentation du nombre de personnes handicapées liée au vieillissement des populations prises en charge. Ces créations de places² expliquent le fort accroissement des dépenses comparé à celui de l'aide sociale à l'enfance, qui n'est pas soumise à la nécessité d'étendre ses capacités d'accueil.

En outre, c'est dans le domaine du handicap que résident les plus grandes incertitudes sur le futur contour de l'action sociale décentralisée.

En effet, selon les choix qui seront retenus pour la réforme de la décentralisation, la dépense brute en matière de handicap pourrait plus que tripler³, et devenir ainsi, de très loin, le premier poste de l'action sociale départementale.

Il faut rappeler que les 100 000 places en **centres d'aide par le travail**, gérées par l'Etat, représentent une dépense de 1,2 milliard d'euro en 2002 ; la garantie de ressources (GRTH) correspondante s'élève à 1 milliard d'euro.

Le financement du soutien au handicap par **l'assurance maladie, dans le cadre de l'ONDAM⁴** représentait en 2002 3,8 milliards d'euro pour l'éducation spécialisée des enfants et 1,3 milliard d'euro pour les maisons d'accueil spécialisé (adultes les plus lourdement handicapés) les foyers d'accueil médicalisé et les centres de rééducation professionnelle.

Enfin, **l'allocation aux adultes handicapés** (4,2 mds €) ne figure pas dans les scénarii actuels de décentralisation mais pourrait y apparaître, par souci de cohérence avec le RMI.

¹Chapitre 956-6 du compte administratif des départements moins la dépense estimée d'allocation compensatrice attribuée à des personnes de plus de 60 ans.

²Souvent sous forme de services d'accompagnement à la vie sociale (moins coûteux que les structures d'accueil « traditionnelles », et répondant aux souhaits des familles en permettant le maintien des personnes handicapées en milieu ouvert) mais aussi en structures d'accueil « traditionnelles » comme les foyers d'hébergement, occupationnels et d'accueil médicalisé pour répondre au vieillissement de la population handicapée.

³Non compris les transferts financiers de l'Etat vers les départements pour couvrir les transferts de compétences.

⁴ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie.

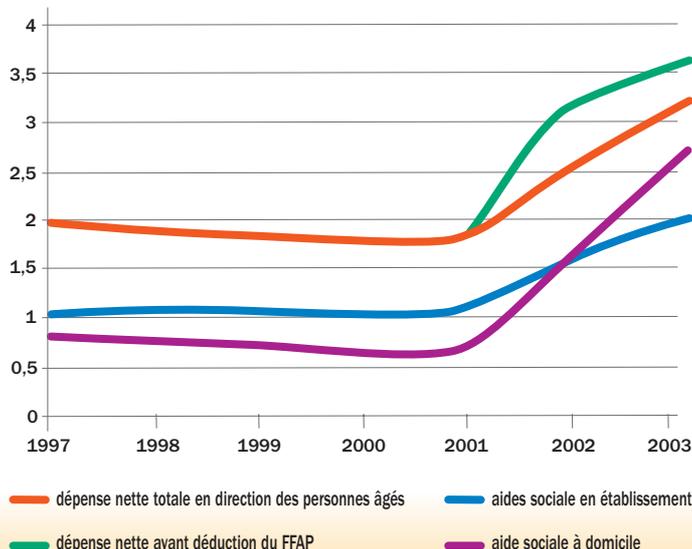
3 - L'aide sociale en direction des personnes âgées (ASPA)

(en milliards d'euro)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Evolution 2003/2002
Dépense nette totale en direction des personnes âgées⁵	1,97	1,91	1,83	1,80	1,76	2,41	2,95	+ 22 %
Total aide sociale à l'hébergement (ASH)	0,90	0,91	0,88	0,88	0,82	0,70	0,90	+ 29 %
Total allocation compensatrice aux plus de 60 ans (ACPA)	0,90	0,62	0,38	0,25	0,15	0,12	0,11	- 8 %
Dont ACPA domicile	0,72	0,50	0,30	0,20	0,12	0,10	0,10	-
Dont ACPA établissement	0,18	0,12	0,08	0,05	0,03	0,02	0,01	- 50 %
Total PSD	0,02	0,24	0,44	0,55	0,67	0,42	0,12	- 70 %
Dont PSD domicile	0,02	0,22	0,30	0,37	0,40	0,33	0,09	- 75 %
Dont PSD établissement	0,0	0,02	0,14	0,18	0,27	0,09	0,03	- 67 %
Total APA						1,06	1,72	+ 62 %
Dont APA domicile						0,95	2,10	+ 120 %
Dont APA établissement						0,75	1,05	+ 40 %
Fonds de financement APA						-0,64	-1,43	+ 123 %
Total Aide ménagère	0,15	0,14	0,13	0,12	0,12	0,11	0,10	- 9 %

Dépense en direction des personnes âgées

(en milliards d'euro)



Entre 2001 et 2003, la dépense nette d'aide sociale en direction des personnes âgées est passée de 1,76 à 2,95 milliards d'euro, soit une progression de 68 % en deux ans (+ 150 % avant prise en compte du FFAPA). Plus précisément, l'augmentation s'élève à 540 millions d'euro en 2003 (soit + 22 %) contre 650 millions d'euro en 2002 (soit +37 %).

La réduction du taux d'accroissement de la dépense en 2003 s'explique par la modification des conditions d'attribution de l'APA introduite en avril 2003 et par la progression des recettes versées par le FFAPA. En effet, alors qu'en théorie, le FFAPA devait verser 800 millions d'euro au titre de 2002 et 1 250 millions au titre de 2003, les départements ont réellement perçu 637 millions d'euro en 2002, et 1 437 millions en 2003⁶. Ce décalage a majoré la dépense nette 2002 (1,06 milliard d'euro au lieu de 0,90) et diminué celle de 2003 (1,72 milliard d'euro au lieu de 1,90). La progression de la dépense nette d'APA est ainsi passée de 110 % à 62 %.

La fin de la montée en charge de l'APA en 2003, occasionnera dès 2004 un moindre report de recettes du FFAPA au titre de l'année précédente. Ainsi en 2004, malgré la stabilisation du nombre de bénéficiaires, on devrait observer une forte augmentation des dépenses nettes d'APA.

Comme en 2002, l'apparition de l'APA a occasionné une diminution de la PSD. Toutefois, on observe une stabilisation de la dépense d'allocation compensatrice attribuée aux personnes âgées de 60 ans et plus. Cette évolution est une des conséquences du vieillissement des populations handicapées qui sont actuellement de plus en plus nombreuses à atteindre l'âge de 60 ans.

Enfin, contrairement à 2002, la dépense **d'aide sociale à l'hébergement** a très fortement progressé en 2003. L'augmentation de 200 millions d'euro s'explique essentiellement par des régularisations de paiement aux établissements d'accueil après le gel de prix de journée en 2002 provoqué par la réforme tarifaire des établissements et par le changement de nomenclature comptable des départements en 2004 nécessitant « une remise à zéro de tous les comptes ».

⁵Chapitres 956-5 et 981 et part estimée de l'allocation compensatrice versée aux personnes âgées de 60 ans et plus

⁶Dont 161 millions au titre de 2002 et 388 millions à titre exceptionnel FFAPA: fonds de financement de l'APA

Ces deux années charnières ont permis pour la première fois de privilégier l'aide à domicile, qui dépasse dorénavant l'aide en établissement.

Dépense nette d'aide sociale en direction des personnes âgées, avant prise en compte du FFAPA

(en milliards d'euro)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hébergement	1,08	1,05	1,10	1,11	1,12	1,56	1,99
Domicile	0,89	0,87	0,73	0,69	0,64	1,49	2,39

Dans les prochaines années on devrait observer une augmentation de la dépense qui suivra l'accroissement de la population âgée éligible aux prestations d'aide sociale.

4 - L'action sociale en matière de RMI

Jusqu'en 2003, les départements n'avaient à leur charge que **la dépense d'insertion des bénéficiaires du RMI**, avec obligation d'y consacrer une enveloppe budgétaire représentant au moins 17 % de la dépense d'allocation versée l'année précédente par l'Etat.

(en milliards d'euro)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Evolution 2003/2002
Dépenses de RMI (959)	0,47	0,53	0,59	0,55	0,53	0,58	0,64	+ 10 %

En 2003 comme en 2002, après deux années de diminution s'expliquant en partie par l'amélioration du marché du travail et en partie par la disparition des dépenses de santé (« transférées » à l'Etat en 2000 avec l'aide médicale) les charges d'insertion des bénéficiaires du RMI augmentent. Si cette inversion de tendance était essentiellement liée à des phénomènes conjoncturels en 2002 (clôture anticipée des comptes en 2001 avec « le passage à l'euro ») elle est consécutive en 2003 à l'augmentation du nombre de bénéficiaires du RMI lié au ralentissement économique.

Dans les prochaines années cette dépense devrait évoluer considérablement. Pour l'année 2004, outre la

nécessité de prendre en charge l'évolution de 5 % du nombre de bénéficiaires constatés en 2003 (pour la métropole, environ 1 000 000 fin 2003 (CAF + MSA) contre 950 000 fin 2002), les départements seront très vraisemblablement confrontés à l'arrivée de nouveaux bénéficiaires causée par les modifications d'indemnisation des demandeurs d'emploi.

Par ailleurs, il est probable que les départements devront financer une partie des évolutions du financement de l'allocation du RMI dont ils ont désormais la charge. Cette allocation représentait en métropole 4,3 milliards d'euro en 2002. Avec 50 000 bénéficiaires supplémentaires fin 2003 elle s'élève à environ 4,6 milliards d'euro en 2003, au moment du transfert de cette responsabilité aux départements.

L'interrogation principale porte donc sur l'évolution du marché de l'emploi avec une inquiétude particulièrement importante dans les départements où le taux de bénéficiaires du RMI dans la population est élevé (voir annexe).

5 - Les autres dépenses d'aide sociale

(en milliards d'euro)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Autres dépenses directes	0,72	0,67	0,49	0,40	0,45	0,57	0,60
Dépenses indirectes estimées	2,01	2,15	2,37	2,53	2,7	3,0	3,2
Total	2,73	2,82	2,86	2,93	3,15	3,57	3,8

Il s'agit essentiellement des dépenses des autres secteurs d'intervention des conseils généraux en matière d'aide sociale : protection maternelle et infantile, service social départemental, frais communs, aide facultative.

Ces dépenses d'aide sociale sont composées à hauteur de 85 % de dépenses indirectes (essentiellement dépenses de personnel), les dépenses directes n'étant en règle générale que des dépenses résiduelles et hétérogènes dont le montant d'un département à l'autre et d'une année à l'autre varie énormément en fonction de choix comptables ou organisationnels.

Conclusion

L'année 2003 marque donc un tournant, celui de la recomposition de l'action sociale départementale avec la mise en œuvre de l'APA. Les bouleversements se poursuivront avec la décentralisation du RMI et seront encore accentués avec les transferts de responsabilités concernant les personnes handicapées. Ces évolutions vont donc entraîner une profonde modification de la structure de l'action sociale départementale.

Afin de l'appréhender dans ses dimensions quantitatives et organisationnelles, on a estimé la dépense directe pour chaque secteur d'activité en fonction des différents scénarii de décentralisation, avant déduction des compensations financières apportées par l'Etat.

Structure de la dépense directe d'action sociale (département + Etat)

(en milliards d'euro)	1997 (département uniquement)	2003	2004	2004 + CAT + GRTH	2004 + CAT - GRTH + ON DAM
ASE	40 %	34 %	25 %	22%	15%
Personnes âgées	22 %	33 %	25 %	22 %	29 %
Personnes handicapées	25 %	24 %	18 %	27 %	36%
RMI	5 %	5 %	29 %	26 %	18%
Autres	8 %	4 %	3 %	3 %	2%

Alors que l'action sociale départementale se caractérisait principalement jusqu'en 2002 par son rapport à l'enfance et à la famille, **les années 2002 – 2003 marquent une mutation profonde avec l'installation de l'APA.** L'aide sociale à l'enfance, qui représentait jusqu'alors 40 % de la charge globale, passe à 34 % tandis que l'aide en direction des personnes âgées passe de 22 % en 1997 à 33 % en 2003.

L'année 2004 marquera une seconde mutation, avec l'intégration de 4,6 milliards d'euro provenant de l'allocation RMI. L'ASE ne représentera plus que 25% de la dépense, tandis que l'insertion deviendra le premier poste de dépense d'action sociale départementale (29%).

Dans les prochaines années, avec la décentralisation en matière de handicap, on se trouverait en face de quatre blocs de compétences d'égale importance si seuls les CAT (et la GRTH)⁷ étaient décentralisés. En revanche si tout le secteur médico-social était décentralisé, le bloc « soutien à l'autonomie » (personnes âgées et handicapées) représenterait à lui seul deux tiers de la dépense.

Les départements sauront-ils faire face à des mutations d'une telle ampleur ? On peut le penser en observant la réactivité des départements dans la mise en œuvre de la décentralisation du RMI (voir La lettre de l'Odas : *Enquête Flash : la décentralisation du dispositif RMI et la mise en œuvre du RMA dans les départements* - Mai 2004).

Il reste que les profondes inégalités socio-démographiques entre départements appellent pour la réussite de l'acte II de la décentralisation une très forte vigilance de l'Etat en matière de péréquation des moyens, en particulier si le contexte économique se dégradait.

Enfin, il faut à nouveau relever que l'augmentation du coût des services, et notamment de la charge salariale, pèse lourdement dans l'évolution de la dépense départementale. Le processus de décentralisation devra donc s'accompagner d'une meilleure maîtrise par les départements du mode d'organisation des services, avec une évaluation plus poussée de l'efficacité des réponses, par comparaison notamment avec d'autres pays européens.

⁷GRTH : garantie de ressources des travailleurs handicapés.

Annexe : Les inégalités entre départements

Avec la mise en œuvre de l'APA puis la décentralisation du RMI, l'action sociale départementale change de nature. Elle représentera dorénavant une charge financière deux fois plus importante (avant la prise en compte des apports de l'Etat) et sera fortement marquée par le poids massif de ces deux prestations.

Or la dépense d'APA est directement liée au nombre de personnes âgées dans la population et celle de RMI au nombre de bénéficiaires du RMI (lui même étroitement lié au contexte économique). Les départements vont donc avoir à faire face à des contextes socio-démographique et socio-économique sur lesquels ils n'ont que peu d'influence. Or ces contextes sont fortement inégaux.

Ainsi, le taux de personnes âgées de 75 ans et plus dans la population varie de 4,5 % dans le Val-d'Oise à 14,1 % dans la Creuse. Ainsi, le taux de bénéficiaires du RMI dans la population varie de 0,8 % dans la Mayenne à 4,7 % dans les Bouches-du-Rhône.

Afin de mesurer l'impact de ces réformes, nous avons sélectionné les 25 départements ayant les plus forts taux de RMI, et les 25 ayant les taux les plus faibles ; ainsi que les 25 départements ayant les plus forts taux de personnes âgées de plus de 75 ans, et les 25 ayant les taux les plus faibles. En croisant les deux critères, ont été mis en évidence quatre catégories contrastées de départements :

Catégorie A : faible taux de RMI - faible taux de personnes âgées :

Ain, Ille-et-Vilaine, Isère, Haut-Rhin, Savoie, Seine-et-Marne, Yvelines

Catégorie B : faible taux de RMI - fort taux de personnes âgées :

Aveyron, Corrèze, Indre, Lozère

Catégorie C : fort taux de RMI - faible taux de personnes âgées :

Haute-Garonne, Pas-de-Calais, Nord, Paris, Seine-Maritime, Seine-Saint-Denis

Catégorie D : fort taux de RMI et fort taux de personnes âgées :

Alpes-Maritimes, Ariège, Aude, Charente-Maritime, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Orientales, Tarn-et-Garonne, Var

	A PA- RMI -	B PA+ RMI -	C PA- RMI +	D PA+ RMI +
Dépense d'aide sociale par habitant en 2003 + alloc RMI / hab	206 €	232 €	333 €	306 €
Poids de l'insertion dans la dépense totale d'aide sociale en 2003 (yc alloc RMI)	20 %	19 %	36 %	36 %
Dépense supplémentaire pour 10 % de bénéficiaires	+ 6 €	+ 6 €	+ 16 €	+ 15 €

Les caractéristiques de ces 4 catégories sont très contrastées. En particulier l'augmentation du nombre de bénéficiaires du RMI se traduirait par une dépense supplémentaire presque trois fois plus importante dans les 25 départements les plus touchés par le RMI que dans les 25 qui le sont le moins. Comme en outre la dépense initiale est déjà sensiblement plus importante, on n'imagine pas d'autre solution pour une décentralisation efficace qu'une forte péréquation de la part de l'Etat.



La lettre de l'Odas est une publication de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée

250 bis, boulevard Saint-Germain, 75007 Paris

Tel : 01 44 07 02 52 - Fax : 01 44 07 02 62 - <http://www.odas.net>

Directeur de la publication : Jean-Louis Sanchez

Ce numéro spécial est tiré à 10 000 exemplaires - ISSN 1265-74-76