

## ÉDITORIAL

TOUT MONTRE QUE L'ACTION SOCIALE représente aujourd'hui la responsabilité première des Conseils généraux. Elle constitue sans doute également la meilleure justification de la décentralisation départementale.

Or, l'augmentation des charges liées à la lutte contre l'exclusion sociale et à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap, présentées dans ce numéro spécial de la *Lettre de l'Odas*, placent les départements devant des arbitrages financiers de plus en plus délicats entre l'action sociale et leurs autres missions, elles aussi lourdes de conséquence quant à la vie quotidienne de nos concitoyens.

Les élus se trouvent ainsi partagés entre leur fonction de médiateur social et celle de développeur local.

À un moment où les autres collectivités publiques souffrent de difficultés similaires, on comprend pourquoi il devient chaque jour plus urgent de développer des stratégies visant à une meilleure utilisation des moyens, ou, en d'autres termes, à mieux gérer.

Dans ce domaine, plusieurs pistes sont connues : meilleure articulation des actions des uns et des autres, mise en place de dispositifs d'observation au service de la décision et de l'action, recherche d'une conciliation entre solidarité et responsabilité individuelle... Il appartient à chacun des acteurs du social d'y consacrer leurs efforts.

Ainsi, la crise, à l'origine des nouveaux désordres sociaux, pourra aussi constituer l'occasion de définir de nouvelles dynamiques dans l'organisation de la réponse publique aux besoins sociaux.

**PIERRE MÉHAIGNERIE**

*Pierre MÉHAIGNERIE, ancien ministre, président de l'Odas, est maire de Vitry, président du Conseil général d'Ille-et-Vilaine et président de la Commission des Finances de l'Assemblée Nationale.*

## Les dépenses départementales d'action sociale en 1994

**L'analyse des dépenses d'action sociale départementale pour l'année 1994 confirme le rythme annuel moyen d'augmentation des dépenses enregistré depuis 1989 : 9%, avec une légère amplification en 1994.**

**En 1994, les dépenses départementales d'action sociale se sont élevées à 68,8 milliards de francs pour la métropole et 3 milliards de francs pour les départements d'outre-mer.**

**Ce numéro spécial de La lettre de l'Odas comprend tout d'abord une analyse de la progression globale de ces dépenses, puis une présentation de leur évolution par grands secteurs.**

Comme chaque année depuis 1992, l'Odas a procédé à l'analyse des dépenses départementales d'action sociale. Encore une fois, l'ampleur des évolutions surprend.

Progression annuelle des dépenses d'action sociale depuis 1989

1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94
+ 9,9%	+ 8,6%	+ 6,7%	+ 9,0%	+ 9,4%

L'exercice 1994 se caractérise par le maintien du rythme de croissance des dépenses déjà très élevé les années précédentes, alors que l'on s'attendait à son ralentissement. En effet, aux incidences de l'évolution du coût unitaire des prestations et de leur volume pour l'action sociale traditionnelle, s'ajoute le poids croissant des dépenses d'insertion. Cette situation entraîne non seulement un alourdissement de la pression fiscale, mais aussi une réduction

de la capacité d'investissement des départements.

### Le poids croissant de l'insertion

Alors que l'aide sociale à l'enfance, aux personnes handicapées et aux personnes âgées représentait en 1989 75% de la dépense globale d'aide sociale, elle n'en représente plus que 70% en 1994.

Le mouvement de transfert de dépenses de l'aide sociale traditionnelle (enfants en danger, personnes âgées, personnes handicapées) vers les dépenses d'insertion se poursuit, voire s'amplifie.

Les dépenses d'insertion progressent en effet considérablement avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires du RMI : ainsi, les dépenses d'insertion *stricto sensu* et celles de l'aide médicale ont augmenté de plus de 35% en 1994, passant de 6,4 à 8,7

### SOMMAIRE

■ Éditorial .....	1
■ Étude d'ensemble des dépenses départementales d'action sociale .....	1
■ Les dépenses d'insertion .....	4
■ L'aide sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées .....	6
■ L'aide sociale à l'enfance .....	8

milliards de francs. Elles représentent aujourd'hui 12,5% de la dépense globale d'action sociale, contre 10% en 1993 et 6% en 1989.

Structure de la dépense nette d'aide sociale en 1989 et en 1994

(en %)	ASE	ASPA	AC	Héb PH	AM	RMI	Autres
1989	38	13	13	11	6	-	19
1994	34	10	13	13	8,5	4	17,5

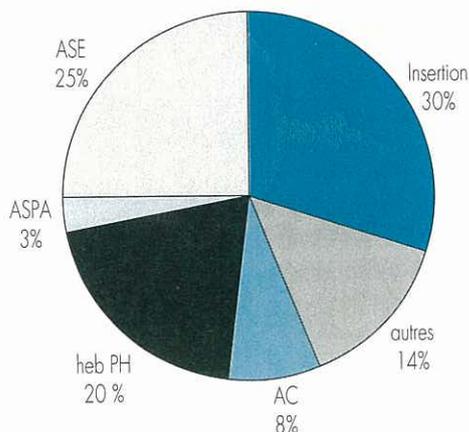
Or, cette double évolution n'est pas compensée par une diminution du rythme d'augmentation des dépenses pour les autres secteurs qui poursuivent leur forte progression, à l'exception de l'allocation compensatrice.

Ainsi, la principale augmentation concerne cette année encore l'accueil des adultes handicapés, dont la dépense progresse à nouveau au rythme de 14% par an, malgré la recherche de formes de prises en charge innovantes et moins coûteuses.

Les autres domaines traditionnels connaissent un rythme d'évolution de 5% en moyenne pour l'ASE et l'aide sociale aux personnes âgées, et de 7% pour la PMI et le service social.

Il faut enfin souligner l'évolution relativement faible de la dépense d'allocation compensatrice : celle-ci, attribuée près de trois fois sur quatre à des personnes âgées dépendantes, fait partie des rares prestations sur lesquelles les Conseils généraux disposent d'une marge d'appréciation dans leurs décisions d'attribution.

Part des différentes dépenses dans l'évolution de la dépense d'aide sociale entre 1992 et 1994



Le graphique ci-dessus montre que, pour 100 francs d'augmentation des dépenses nettes d'aide sociale départementale entre 1992 et 1994 :

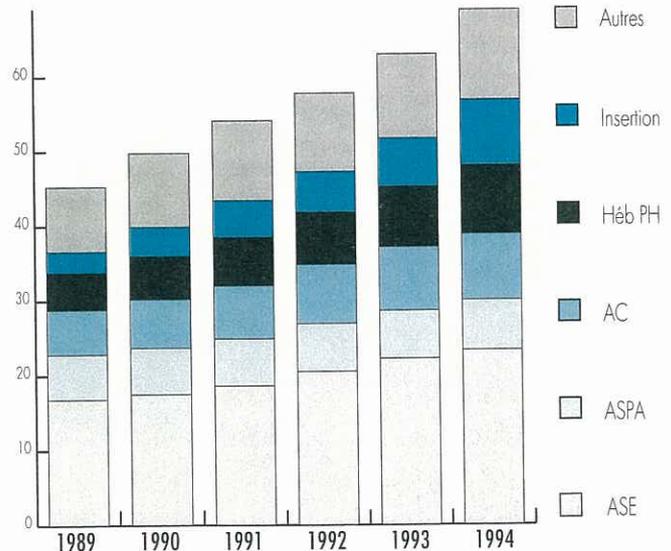
- 30 F sont imputables à l'insertion
- 25 F à l'aide sociale à l'enfance
- 20 F à l'hébergement des personnes handicapées
- 8 F à l'allocation compensatrice
- 3 F à l'aide sociale aux personnes âgées
- 14 F aux autres dépenses d'aide sociale (PMI, SSD, frais communs, etc...)

Dépenses nettes d'action sociale (France métropolitaine)

(en milliards de francs)	1989	1990	1991	1992	1993	1994	Évolution 89/94	93/94
ASE	16,8	17,5	18,6	20,5	22,2	23,3	39%	5%
ASPA	6,0	6,2	6,3	6,4	6,4	6,7	12%	5%
Héb PH	5,0	5,8	6,5	7,0	8,1	9,2	84%	14%
ACPH	2,5	2,5	2,5	2,6	2,8	2,8	12%	0%
ACPA	3,5	4,0	4,6	5,3	5,7	6,0	71%	5%
Aide médicale	2,6	3,2	3,6	3,6	4,3	5,8	123%	35%
RMI	0,2	0,7	1,3	1,8	2,1	2,9	-	38%
Autres	8,7	9,9	10,7	10,5	11,3	12,1	39%	7%
<b>TOTAL</b>	<b>45,3</b>	<b>49,8</b>	<b>54,1</b>	<b>57,7</b>	<b>62,9</b>	<b>68,8</b>	<b>52%</b>	<b>9,4%</b>

Évolution des dépenses nettes d'aide sociale départementale de 1989 à 1994

Milliards de francs



### Les poids respectifs de l'effet coût et de l'effet volume

Afin de parvenir à une interprétation plus qualitative de ces évolutions, il convient de distinguer, dans l'augmentation de la dépense globale, la part due à l'augmentation du coût unitaire des prises en charge des personnes (effet coût) de celle imputable à l'augmentation du nombre de bénéficiaires (effet volume).

Il se confirme tout d'abord que l'effet coût joue un rôle déterminant dans l'augmentation des dépenses : les deux tiers de l'évolution de la dépense lui sont imputables, contre un tiers à l'effet volume.

Évolution des principaux postes  
de 1992 à 1994

POSTES PRINCIPAUX	Augmentation coûts	Augmentation volume	% coûts	% volume
Établissements ASE	2,2	- 0,4	5/4	- 1/4
ASMAT	0,1	0,3	1/4	3/4
Hébergement PA	0,4		1	
Aide ménagère	0,1	- 0,2	1	- 2
Hébergement PH	1,4	0,8	2/3	1/3
Allocation compensatrice	0,3	0,6	1/3	2/3
Aide médicale	0,7	1,5	1/3	2/3
RMI	0,4	0,7	1/3	2/3
<b>TOTAL</b>	<b>5,6</b>	<b>3,3</b>	<b>2/3</b>	<b>1/3</b>

Ce phénomène se vérifie en matière d'aide sociale à l'enfance : le coût du placement en établissement a augmenté de 1,8 milliard en deux ans, malgré une diminution du nombre d'enfants placés. Il est aussi notable en ce qui concerne les dépenses d'hébergement des personnes âgées ou handicapées. Pour ces dernières, il faut préciser que l'effet volume est vraisemblablement un peu plus important qu'il n'y paraît, car les créations de places d'accompagnement à la vie sociale sont intégrées dans les dépenses, mais mal comptabilisées dans l'augmentation du volume. En revanche, lorsqu'il s'agit du versement d'allocations ou de l'attribution de prestations, l'évolution s'explique pour deux tiers par l'augmentation du nombre de bénéficiaires, qu'il s'agisse d'allocation compensatrice, d'aide médicale, ou encore des dépenses d'insertion liées au RMI.

### Une augmentation lourde de conséquences

Depuis 1993, les dépenses d'action sociale représentent plus de la moitié des dépenses de fonctionnement des départements. Toute augmentation de ces dépenses pèse donc lourdement sur leur équilibre financier, à un moment où les concours de l'État tendent à se stabiliser à un niveau comparable à celui de l'inflation. L'évolution de l'ensemble des dotations de fonctionnement de l'État est de l'ordre de 2% en 1994.

Les excédents de dépenses sont donc pris en charge intégralement par les départements sous deux formes :

- une augmentation de la pression fiscale, car les bases de la fiscalité évoluent peu (au rythme de l'inflation) ;
- une réduction de l'épargne disponible des départements, et donc de leur capacité d'investissement.

L'augmentation des taux de la fiscalité locale est en 1994 de + 3% pour la taxe professionnelle et la taxe d'habitation. En 1993, cette augmentation était déjà respectivement de + 4% et + 4,5%.

Selon la note de conjoncture du Crédit Local de France de juillet 1995, on remarque que, malgré cet accroissement de la pression fiscale, le produit fiscal direct effectif des départements n'évolue que de 5,7% pour un produit voté en progression de 8,3%. Seules les recettes indirectes (droits de mutation et vignette) progressent fortement : + 8,5%.

Les dépenses réelles de gestion progressant plus vite que les recettes réelles de fonctionnement (6,3% contre 5,1%), les départements doivent compenser cette charge résiduelle en réduisant leur épargne brute. Selon l'estimation de l'Odas, cette réduction pourrait atteindre en moyenne près de 20%.

Cette diminution de l'épargne brute va en outre s'accompagner d'un accroissement rapide de l'annuité d'emprunt (+ 9,4%), en raison de la progression du recours à l'emprunt les années précédentes (+ 25% en 1993, + 50% en 1992), affectant les marges de manœuvre des départements. En 1994, leurs dépenses d'équipement brut devraient baisser de plus de 5%.

Cette situation, difficilement compatible avec les impératifs de l'aménagement du territoire, peut par ailleurs entraîner des répercussions dans les rapports entre les départements et les villes, car la participation de celles-ci à l'aide sociale n'a cessé de croître de façon importante ces dernières années. Il faut relever à cet égard qu'entre 1992 et 1994, la participation des communes aux dépenses d'aide sociale des départements est passée de 15,5% à 17,7%. En outre, une récente étude de l'Odas sur les contingents communaux d'aide sociale laisse apparaître que la pression sur les villes varie considérablement entre départements ainsi qu'entre villes du même département. Plus concrètement, en dehors de la région parisienne, où les communes sont beaucoup moins sollicitées, ce sont les grandes villes qui payent les contingents les plus élevés et subissent, en outre, les augmentations les plus importantes.

Il est donc probable, pour des raisons à la fois internes et externes aux départements, que le débat sur la répartition des compétences en matière d'action sociale prenne prochainement une acuité nouvelle ■

### ET EN 1995 ?

*Pour 1995, on prévoit la persistance des grandes tendances observées en 1994, avec une très légère décélération.*

*Plus précisément, les dépenses liées à l'insertion continuent à progresser très fortement, dont notamment l'aide médicale. Il devrait en être de même pour l'hébergement des adultes handicapés.*

*Sur les autres chapitres d'aide sociale, la poursuite d'un rythme d'augmentation de 5 à 7% semble se confirmer, les répercussions passées des accords conventionnels sur les salaires étant relayées par l'augmentation du SMIC et de la TVA.*

*Enfin, on observe une stabilisation quasi générale des dépenses d'allocation compensatrice, que les contrôles d'effectivité ne suffisent pas à expliquer.*

*Ainsi se confirme un double mouvement : le coût unitaire des services continue d'augmenter tandis que se confirme un transfert progressif de l'aide sociale traditionnelle vers l'insertion.*

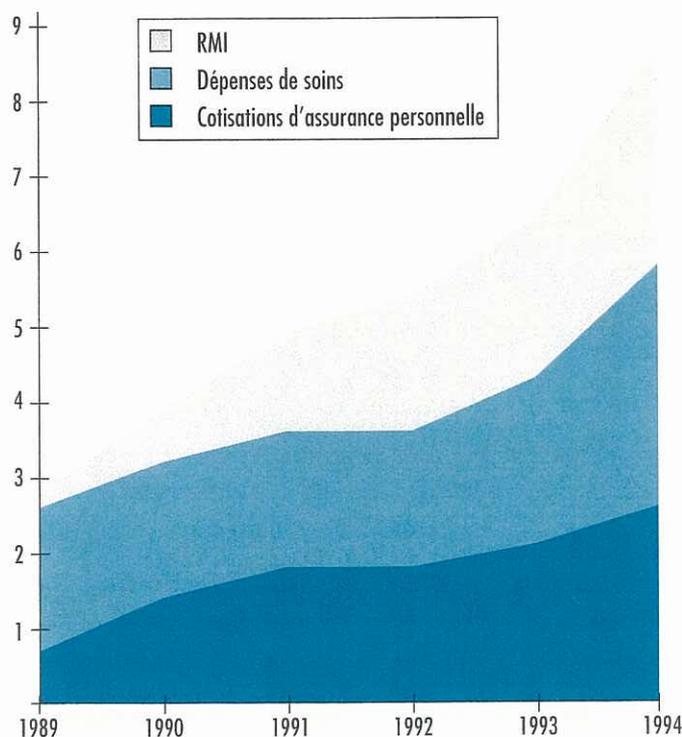
# Les dépenses d'insertion

**Les dépenses directes d'insertion des départements sont constituées des dépenses obligatoires liées au versement de l'allocation RMI et des dépenses d'aide médicale.**

**Elles s'élèvent en 1994, à 8,7 milliards de francs. Elles représentent 13% de la dépense globale d'aide sociale contre 10% en 1993. Elles ont progressé de 36% en un an, et représentent à elles seules 40% de l'augmentation totale de l'ensemble des dépenses d'aide sociale.**

**Cette progression est très inégale selon la taille des départements : sur les 2,3 milliards de progression entre 1993 et 1994, 80% sont imputables aux départements les plus peuplés (plus de 800 000 habitants) qui ne représentent que 50% de la population française. Malgré de grandes diversités de situations, on peut noter que ces départements dépensent en moyenne deux fois plus que les autres : 400 francs par habitant contre 200 francs environ pour les autres départements. De plus, en 1994, leurs dépenses d'insertion ont augmenté en moyenne deux fois plus vite que dans les autres départements (+ 44% contre + 23%).**

Milliards de francs



Les dépenses d'insertion (France métropolitaine)

(en milliards de francs)	1989	1990	1991	1992	1993	1994
RMI	0,2	0,7	1,3	1,8	2,1	2,9
Cotisations d'assurance personnelle	0,7	1,4	1,8	1,8	2,1	2,6
Dépenses de soins	1,9	1,8	1,8	1,8	2,2	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>2,8</b>	<b>3,9</b>	<b>4,9</b>	<b>5,4</b>	<b>6,4</b>	<b>8,7</b>

## Les dépenses de RMI (\*)

La dépense effective d'insertion au titre du RMI est en 1994 de 2,9 milliards de francs en métropole. Elle s'élevait à 1,8 milliard de francs en 1992, et 2,1 milliards de francs en 1993, soit une augmentation de 800 millions de francs en un an (+ 38%) et 1,1 milliard en deux ans (+ 63%).

Pour la première fois, cette année, le montant total dépensé correspond pour la plupart des départements au montant budgété. Si la majorité d'entre eux disposent encore de reports, ceux-ci devraient être consommés dans les deux exercices à venir.

L'augmentation de la dépense est principalement liée à celle du nombre d'allocataires (celui-ci représente, fin 1994, 2,6% de la population des 20-59 ans).

Nombre d'allocataires du RMI (France métropolitaine)

	1991	1992	1993	1994
Nombre d'allocataires	488 000	575 000	697 000	803 000
Évolution		+ 18%	+ 21%	+ 15%

Si l'on analyse l'évolution de cette dépense en tenant compte de la population des départements, on relève que la dépense totale des départements les plus peuplés a doublé en deux ans et explique l'essentiel de l'évolution totale pour l'ensem-

\* : il s'agit de l'analyse des dépenses du chapitre 959 dont ont été exclues les dépenses d'aide médicale réimputées dans l'ensemble des dépenses d'aide médicale du chapitre 956-4.

ble de la France : sur 1,1 milliard de hausse en deux ans, 800 millions sont imputables à ces départements.

La dépense a évolué de manière assez homogène dans tous les autres groupes de départements avec environ 30% d'augmentation en deux ans.

Le rapprochement avec le potentiel fiscal montre que, pour les départements faiblement (moins de 300 000 habitants) et moyennement peuplés (300 à 800 000 habitants), un fort potentiel fiscal va de pair avec un taux de bénéficiaires encore faible (19‰ des habitants de 20 à 59 ans) malgré une forte évolution depuis 1991 (+ 82% en trois ans). *A contrario*, les départements à faible potentiel fiscal ont depuis longtemps un fort taux d'allocataires (24‰ en 1994) qui évolue plus lentement (+ 47% en trois ans).

Pour les départements les plus peuplés, le taux d'allocataires est généralement élevé, car même ceux ayant un potentiel fiscal élevé connaissent le phénomène d'attractivité des grandes villes vis-à-vis des populations en situation de précarité.

À côté des dépenses de structure et des actions liées à la santé, qui représentent environ le quart des dépenses, le reste des dépenses de ce chapitre est consacré pour l'essentiel à l'accompagnement social et à l'insertion par l'emploi.

Les interventions dans ce domaine se traduisent généralement par des subventions à des associations, le financement de postes de CES, et aussi, depuis peu, par des aides versées aux communes. On peut également noter que les départements les plus peuplés attribuent, avec leurs crédits d'insertion, des aides d'urgence, notamment en matière de logement.

La multiplication des axes d'intervention des départements les amène à intensifier et à rationaliser leurs rapports avec leurs partenaires. La participation des départements aux contrats de ville et aux plans locaux d'insertion par l'économique (PLIE) s'effectue de plus en plus fréquemment dans un souci d'harmonisation avec le plan départemental d'insertion.

## Les dépenses d'aide médicale

La dépense d'aide médicale a évolué de 61% en 2 ans entre 1992 et 1994. Un tiers de cette évolution (800 millions de francs) est dû à l'augmentation des cotisations d'assurance personnelle et les deux autres tiers (1,4 milliard de francs) à l'augmentation des dépenses d'aide sociale à domicile et hospitalière.

### Les dépenses de cotisations

Elles ont augmenté de 44% en deux ans. Ce résultat provient essentiellement de l'augmentation du nombre de

bénéficiaires, elle-même liée à l'augmentation du nombre d'allocataires du RMI et à l'automatisme de leur accès à l'aide médicale.

Les ouvertures de droits comportent de nombreux doubles comptes. Lors de l'inscription d'un bénéficiaire, à l'aide médicale, les caisses d'assurance maladie et les URSSAF ont de grandes difficultés à contrôler l'absence de droits préalables. Un apurement systématique, minutieux et régulier des fichiers permet au Conseil général de réaliser de sensibles économies. Lorsque cet apurement est réalisé, l'absence de droits préalables ne touche plus, selon les départements concernés, qu'entre 15 et 25% des bénéficiaires du RMI.

Cette démarche a notamment été réalisée dans les départements suivants : Ardèche, Haute-Loire, Côtes d'Armor et Meurthe-et-Moselle. La complexité des recoupements rend la tâche particulièrement ardue dans les départements les plus peuplés.

### Les dépenses d'aide médicale à domicile et hospitalière

Après avoir été relativement stables jusqu'en 1992, les dépenses d'aide médicale à domicile et hospitalière augmentent considérablement : + 1,4 milliard de francs en deux ans (soit + 78% d'augmentation). Parallèlement à l'augmentation liée à celle du nombre de bénéficiaires, cette évolution s'explique par l'augmentation du coût du ticket modérateur et, dans une moindre mesure, par la mise en place des cartes santé. Avec cette formule plus souple, les dépenses par bénéficiaire ont tendance à augmenter, bien que leur consommation reste encore inférieure à celle de l'assuré ordinaire ■

#### REMERCIEMENTS

*L'Odas remercie les présidents des vingt-sept Conseils généraux composant l'observatoire permanent des finances d'action sociale départementale et leurs collaborateurs :*

**AIN** : M. Albert CRUCIS ; **AISNE** : M. Bernard BAS ; **ARDÈCHE** : M. Michel FREUND ; **BOUCHES-DU-RHÔNE** : M. Jean SUZZONI ; **CHARENTE** : M. Bernard LE NAOUR ; **CÔTE-D'OR** : Mlle Christiane PERNET ; **CÔTES D'ARMOR** : M. Daniel MACÉ ; **CREUSE** : Mme Christiane SIREYX ; **DOUBS** : M. Martial DARDELIN ; **DRÔME** : Mme Brigitte COUPAT ; **EURE** : M. Patrick BAINÉE ; **GERS** : M. Alain BAQUÉ ; **GIRONDE** : Mlle Jacqueline DUFOUR ; **HÉRAULT** : M. Jean-Paul HOULLEZ ; **LANDES** : M. Francis LACOSTE ; **LOZÈRE** : M. Bernard RAULOT ; **NIÈVRE** : M. Alain GRENOUILLET ; **PAS-DE-CALAIS** : M. Bernard PRUVOST ; **PYRÉNÉES-ATLANTIQUES** : Mme Sylvie LOUSTAUNEAU ; **HAUT-RHIN** : Mlle Elisabeth SCHOCH ; **RHÔNE** : M. Éric PHILIPPART ; **HAUTE-SAVOIE** : M. Serge GONON ; **PARIS** : Mlle Yvette VIDAL ; **VIENNE** : M. Bernard TYL ; **HAUTE-VIENNE** : M. Thierry GÉVAUDAN ; **TERRITOIRE-DE-BELFORT** : M. Gérard CARLE ; **ESSONNE** : M. François GUYOMARCH.

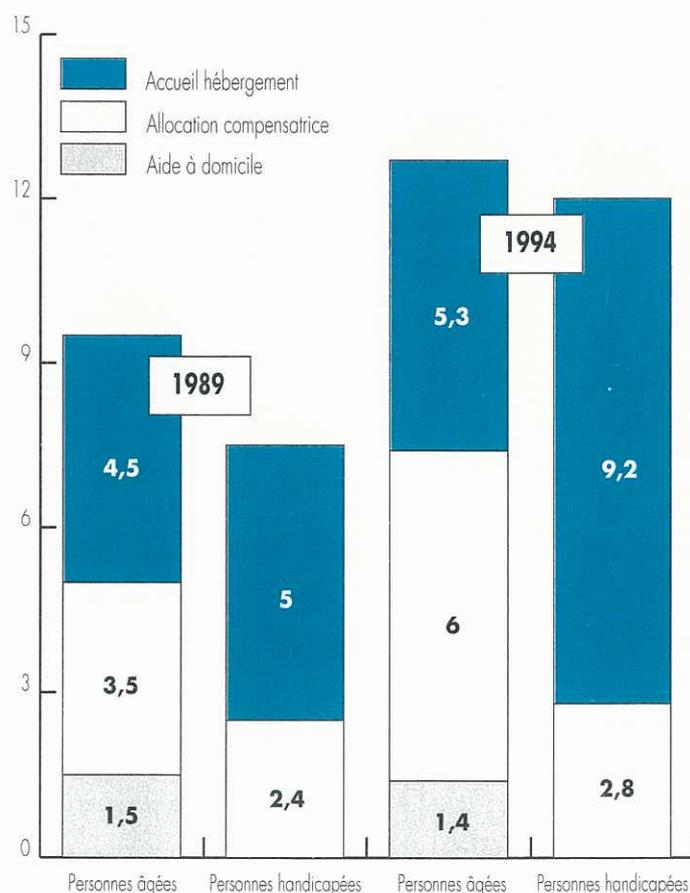
# L'aide sociale aux personnes âgées et aux adultes handicapés

**L'ensemble des prestations liées à la dépendance et au handicap s'élève en 1994 à 24,7 milliards de francs, contre 17 en 1989, 21,3 en 1992 et 23 en 1993.**

**Ce domaine recouvre trois types de prestations aux évolutions très différentes : l'aide sociale traditionnelle aux personnes âgées, l'aide à l'hébergement des adultes handicapés et l'allocation compensatrice.**

**Afin de mesurer l'effort réel consacré aux personnes âgées, les dépenses d'allocation compensatrice sont ici imputées à l'aide aux personnes âgées lorsqu'elles concernent celles-ci (\*).**

Évolution des dépenses d'aide sociale pour personnes handicapées et personnes âgées en 1989 et 1994 (France métropolitaine)



\* : grâce aux résultats de travaux complémentaires, le mode de répartition de l'allocation compensatrice entre personnes âgées et handicapées a été affiné par rapport à celui utilisé dans les précédentes études de l'Odas.

## L'aide sociale en direction des personnes handicapées

La dépense d'aide sociale aux adultes handicapés, une fois extraite la dépense d'allocation compensatrice aux personnes âgées, s'élève en 1994 à 12 milliards de francs, dont les trois quarts sont affectés à l'hébergement et le quart restant à l'allocation compensatrice (ACPH).

En 1994, les dépenses d'aide sociale en direction des personnes handicapées ont augmenté de plus de 1,1 milliard de francs, soit environ 11%. L'aide sociale à l'hébergement continue de progresser rapidement : + 14% en 1994, alors que l'ACPH est stable en raison de la stabilité du nombre de bénéficiaires.

L'aide sociale en direction des personnes handicapées (France métropolitaine)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	Évolution	
							89/94	93/94
ASPH	7,5	8,3	9,0	9,6	10,9	12,0		
Évolution		11%	9%	9%	14%	11%	60%	11%
Hébergement	5,0	5,8	6,5	7,0	8,1	9,2	84%	14%
ACPH	2,5	2,5	2,5	2,6	2,8	2,8	12%	0%
Bénéficiaires	1989	1990	1991	1992	1993	1994	Évolution	
Hébergement	69 800	72 200	73 800	78 300	84 200	87 400	25%	4%
ACPH	72 000	74 000	73 000	78 800	80 700	81 700	13%	1%

Cette augmentation soutenue confirme celle constatée depuis 1989 dans ses deux composantes : 84% d'augmentation de la dépense d'hébergement, 12% d'augmentation de la dépense d'ACPH. Ainsi, en cinq ans, 90% de l'évolution de la dépense est liée aux dépenses d'hébergement, soit 4,2 milliards de francs sur 4,5.

Sur ces 4,2 milliards, deux tiers sont imputables à l'augmentation des coûts, un tiers à l'augmentation de l'activité.

Bien que l'effet d'application des accords de salaires commence à s'estomper, l'augmentation des coûts continue en effet à être le principal facteur de croissance de la dépense,

avec les dépenses liées à l'adaptation et à la modernisation des places issues des anciens hospices. Par ailleurs, les nouvelles places créées pour handicapés vieillissants (FDT, foyers occupationnels) sont plus coûteuses que les places déjà existantes.

Pour nuancer ce constat, il faut signaler que les nombreuses créations de services d'accompagnement à la vie sociale sont comptabilisés dans la dépense mais pas toujours dans le dénombrement des bénéficiaires. Il est vraisemblable que l'effet-volume est plus près de 40% que de 30%.

Rappelons en effet que, pour des raisons traditionnelles, le taux de personnes handicapées hébergées est deux fois plus élevé dans les départements les moins peuplés (4 pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans, contre 2% dans les autres). De plus, des prix de journée sensiblement moins élevés (95 000 F contre 130 000 F) contribuent à l'attractivité du placement dans ces départements.

Il faut enfin noter que cette évolution concerne globalement les départements quelle que soit leur importance démographique. La différence de taux d'équipement entre les départements les moins peuplés et les autres devrait donc se maintenir à l'avenir.

## L'aide sociale en direction des personnes âgées

La dépense d'aide sociale en direction des personnes âgées, comprenant le chapitre 956-5 du compte administratif et l'allocation compensatrice versée aux personnes âgées, représente 12,7 milliards de francs en 1994, soit 18,5% de la dépense globale d'aide sociale contre 21% en 1989. Ces prestations concernent actuellement environ 410 000 per-

L'aide sociale en direction des personnes âgées  
(France métropolitaine)

Dépenses (en milliards de francs)	1989	1992	1994	Variation 92/94
Aide à domicile	1,5	1,5	1,4	-7%
Aide sociale hébergement	4,5	4,9	5,3	+8%
Allocation compensatrice	3,5	5,3	6,0	+11%
<b>TOTAL</b>	<b>9,5</b>	<b>11,7</b>	<b>12,7</b>	<b>+9%</b>

Bénéficiaires	1989	1992	1994	Variation 92/94
Aide ménagère	114 200	101 900	87 500	-14%
Hébergement	141 200	136 800	136 700	0%
Allocation compensatrice	122 000	166 000	186 000	+12%

sonnes âgées de plus de 60 ans contre 377 000 en 1989 (et 10% des personnes âgées de plus de 75 ans). La dépense d'aide sociale en direction des personnes âgées se décompose en trois parties : l'allocation compensatrice aux personnes âgées (ACPA), l'aide sociale à l'hébergement et l'aide à domicile (soit essentiellement l'aide ménagère).

Au cours de ces cinq dernières années, l'augmentation de la dépense d'aide sociale en direction des personnes âgées est due à hauteur de 80% à l'ACPA, et à hauteur de 20% à l'hébergement, la dépense d'aide ménagère restant stable.

### L'allocation compensatrice aux personnes âgées (ACPA)

Elle concerne environ 186 000 personnes en 1994 (contre 180 000 en 1993), pour une dépense totale estimée à 6 milliards de francs. Après avoir très fortement progressé depuis 1989, (+ 15% par an de 1989 à 1992, + 8% en 1993), elle connaît en 1994 un ralentissement de son rythme d'évolution, ramené à environ + 5%. Ce ralentissement s'explique essentiellement par la mise en œuvre dans les départements de contrôles d'effectivité de la prestation.

Il faut rappeler que l'allocation n'est pas perçue par tous ses bénéficiaires potentiels, certains en ignorant l'existence, d'autres ne pouvant prétendre qu'à un montant dérisoire. On estime qu'actuellement, seuls 50% des bénéficiaires potentiels à domicile la perçoivent. En établissement, seuls 10% des bénéficiaires potentiels la reçoivent, mais la moitié de ces bénéficiaires potentiels sont pris en charge par l'aide sociale à l'hébergement.

### L'aide sociale à l'hébergement

Elle concerne, en 1994, 137 000 personnes (dont environ 80 000 très dépendantes) pour un coût net de 5,3 milliards de francs. Cette dépense est relativement stable depuis 1989. Cette stabilité s'explique essentiellement par deux facteurs d'évolution qui se neutralisent : la diminution du nombre de bénéficiaires en raison de l'augmentation des ressources des personnes âgées, l'augmentation des prix de journée en établissement, due notamment à une aggravation de l'état de dépendance moyen des résidents, qui nécessite des formes de prise en charge plus coûteuses.

### L'aide ménagère

L'aide à domicile porte essentiellement sur l'aide ménagère : 87 500 bénéficiaires en 1994 contre 102 000 en 1992. Le nombre de bénéficiaires de cette prestation d'aide sociale continue à diminuer. Seules les personnes âgées ayant un revenu inférieur ou égal au minimum vieillesse y ont droit et sont de moins en moins nombreuses : 1 060 000 en 1993 contre 1 300 000 en 1989 et 1 600 000 en 1984. Depuis 1984, le taux moyen de bénéficiaires de l'aide ménagère par rapport à celui du FNS reste constant aux alentours de 9%. Toutefois, ce taux peut varier d'un département à l'autre de 1% à près de 30% ■

# L'aide sociale à l'enfance

**Les dépenses d'aide sociale à l'enfance (chapitre 954-1) représentent 23,3 milliards de francs en 1994, et concernent principalement l'hébergement.**

**Elles se répartissent de la façon suivante : 54% pour les établissements, 22% pour le placement familial, 24% pour les autres dépenses (principalement actions éducatives en milieu ouvert - AEMO - et aides financières).**

Corrélativement à la diminution du nombre de placements entre 1984 et 1989, la dépense d'action sociale avait diminué durant cette période en francs constants.

Elle a fortement augmenté depuis 1989, malgré une légère diminution puis une stagnation des placements. Plus précisément, elle a augmenté de 39% entre 1989 et 1994, passant de 16,8 milliards à 23,3 milliards.

Structure de la dépense d'aide sociale à l'enfance en 1989 et 1994 (France métropolitaine)

(en milliards de francs)	1989	1994
ASMAT	4,9	5,1
Établissements	8,5	12,6
Autres	3,4	5,6

Sur les 6,5 milliards d'augmentation de la dépense entre 1989 et 1994 :

- 57%, soit 3,7 milliards de francs, proviennent de l'accueil en établissement, qui ne représente que 54% des dépenses d'ASE. Cette augmentation s'explique par celle des prix de journée (4,5 milliards), compensée à hauteur de 0,8 milliard par la baisse du nombre d'enfants placés ;
- 26%, soit 1,7 milliard de francs, sont imputables au placement familial, qui ne représente pourtant que 22% des dépenses d'ASE. 1,5 milliard est imputable à l'augmentation du coût du placement et 0,2 milliard à l'augmentation du nombre d'enfants placés ;
- 17%, soit 1,1 milliard de francs, proviennent des autres dépenses (essentiellement des aides financières et des AEMO), alors qu'elles représentent 24% de la dépense d'ASE. Un transfert s'opère des dépenses en milieu ouvert vers les dépenses de placement.

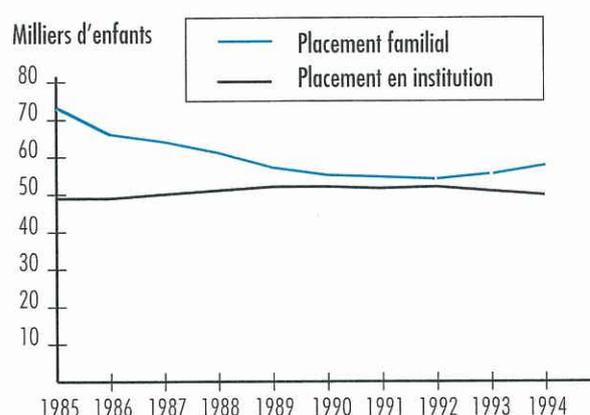
Il faut enfin relever que cette augmentation moyenne n'est pas identique dans tous les départements. Si la dépense d'ASE reste fortement disparate entre départements (700 à 1 600 francs par habitant de moins de 20 ans), on évolue vers un resserrement de cet écart.

## Les placements

On peut distinguer trois périodes : de 1984 à 1989, le nombre de placements a sensiblement diminué. À partir de 1989, cette tendance s'est fortement ralentie. Depuis 1992, elle s'est inversée, avec une augmentation de 1 500 enfants en deux ans.

Cette légère augmentation correspond à une augmentation de 3 500 enfants placés en familles d'accueil (+7%) compensée par une baisse de 2 000 enfants placés en établissements.

Évolution du placement familial et en institution de 1985 à 1994 (France métropolitaine)



Le taux de placement est moins important dans les départements moyennement peuplés que dans les autres. Toutefois, ce taux diminue dans les départements les moins peuplés, alors qu'il stagne, voire augmente dans les autres.

Si, presque partout, le placement en établissement diminue au profit du placement familial, ce mouvement est nettement plus marqué dans les départements les moins peuplés que dans les plus peuplés.

## L'action éducative en milieu ouvert

Bien que le nombre d'AEMO répertoriées ait globalement augmenté entre 1989 et 1992, passant de 112 000 à 118 000 on ne peut identifier depuis de tendance précise. En effet, de plus en plus de départements réalisent tout ou partie des AEMO en gestion directe, et ne se sont pas donnés les moyens de mesurer cette activité. Seules peuvent être identifiées les mesures d'AEMO judiciaires, qui sont en général gérées par des associations. Contrairement aux idées reçues, leur nombre n'augmente pas depuis 1992 : la tendance est plutôt à la baisse dans les départements peu et moyennement peuplés, et à la stabilité dans les plus peuplés ■

La Lettre de l'Odas est une publication de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée : 37, boulevard Saint-Michel, 75005 Paris - Tél : (1) 44 07 02 52 - Fax : (1) 43 25 85 34 • Collecte et analyse des données : James KUPERMINE • Rédaction : Claudine PADIEU • Édition : Pierre-Antoine LÉGOUTIERE • Directeur de la publication : Jean-Louis SANCHEZ • Ce numéro spécial a été tiré à 10 000 exemplaires ■