

DOSSIERS solidarité et *santé*

Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001 - 2010)

N° 39

Avril 2013



Entre 2001 et 2010, le nombre de mesures d'aide sociale des conseils généraux à destination des personnes âgées dépendantes est passé de 370 000 à 1 350 000 environ, cette augmentation très importante étant principalement due à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002 puis à sa montée en charge.

Parallèlement, les dépenses totales d'aide sociale à destination de ces personnes a fortement augmenté : de 2,81 milliards d'euros de dépenses brutes en 2001 à 8,12 milliards en 2010, soit une augmentation de 150% en euros constants. Déductions faites des recours et récupérations, le montant net des dépenses d'aide sociale s'établit à 6,89 milliards en 2010.

Les dépenses par bénéficiaire ou par habitant suivent des mouvements parfois très différents selon les départements considérés, la tendance globale étant néanmoins à une certaine convergence : les départements dont les dépenses par bénéficiaire sont les plus élevées au début des années 2000 sont aussi ceux qui ont connu la plus forte diminution sur la décennie.

Rémy MARQUIER

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Ministère de l'Économie et des Finances

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

L'aide sociale aux personnes âgées est définie par le code de l'action sociale et des familles (CASF) dans l'article L. 113-1, qui reprend l'article 26 du décret 53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance : « Toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail. » Trente ans plus tard, la loi du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements et les régions de l'État institue les transferts de compétence dans les domaines de l'action sociale et de la santé. Partie prépondérante de l'aide sociale dans sa globalité, l'aide sociale aux personnes âgées est désormais gérée par les conseils généraux. La loi du 22 juillet 1983 complétant la précédente stipule par ailleurs que « les conditions de ressources et d'âge ou d'invalidité requises pour l'attribution de ces prestations ainsi que, selon le cas, leur montant ou les modalités de détermination de leur montant, [...] demeurent applicables, tels qu'ils sont fixés par la législation et la réglementation à la date d'entrée en vigueur [de la loi]. » Les départements doivent donc respecter un certain nombre de contraintes dans leur gestion de l'aide sociale, notamment sur les montants des différentes prestations. Ils disposent toutefois d'une certaine marge de manœuvre puisque l'article L. 121-4 du code de l'action sociale et des familles précise que « le conseil général peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations [d'aide sociale]. Le département assure la charge financière de ces décisions. »

Depuis ces premières lois, l'aide sociale à destination des personnes âgées s'est considérablement étoffée, principalement à la fin des années 1990 et au début des années 2000 : parallèlement à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), aux aides ménagères et à l'accueil familial, la prestation spécifique dépendance (PSD) est instituée en 1997. Elle sera ensuite remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002. La prestation de compensation du handicap (PCH), mise en place en 2006 en remplacement de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), est également accessible aux personnes âgées en perte d'autonomie, dès lors qu'elles disposaient déjà de cette prestation avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans.

Pour certaines d'entre elles, les dépenses d'aide sociale sont récupérables par les conseils généraux auprès des obligés alimentaires des personnes bénéficiaires et par recours sur succession (articles 132-6 et 132-8 du CASF¹). Cette règle a cependant nettement évolué ces dernières années, puisqu'actuellement, seuls l'aide sociale à l'hébergement (ASH), l'accueil par des particuliers à titre onéreux et l'aide ménagère donnent lieu à ces récupérations. L'ACTP prévoit quant à elle l'obligation alimentaire par les proches des bénéficiaires, mais le recours sur succession n'est appliqué que dans certains cas précis (notamment les héritiers ne doivent pas être le conjoint du bénéficiaire ni ses enfants). L'APA et la PCH sont totalement exemptes de ces récupérations.

Cette étude présente un état des lieux des différentes composantes de l'aide sociale à destination des personnes âgées dépendantes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (encadré 1). Seront notamment étudiées la progression des nombres de bénéficiaires et des dépenses associées entre 2001 et 2010, ainsi que les disparités de dépenses d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire et par habitant entre les départements.

PRÈS DE QUATRE FOIS PLUS DE MESURES D'AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES EN 2010 QU'EN 2001

Entre 2001 et 2010, le nombre de mesures d'aide aux personnes âgées versées par les départements est passé de 368 000 à 1 351 000 environ², soit un rapport de 1 à 3,7 (tableau 1, graphique 1). L'augmentation la plus forte du nombre de mesures se produit en 2002 (+63,5%), année de mise en place de l'APA. La montée en charge de l'APA (voir *infra*) se poursuit les années suivantes, qui connaissent une augmentation importante du nombre de personnes âgées bénéficiaires

¹ Ces deux articles reprenant également le décret 53-1186 du 29 novembre 1953 (articles 19 et 21).

² Il s'agit bien ici d'un nombre de mesures, et non pas de bénéficiaires, une même personne pouvant bénéficier de plusieurs mesures. Par abus de langage, on utilisera néanmoins indifféremment les mots mesures et bénéficiaires pour les comptages, les doubles comptes de mesures par bénéficiaire n'étant pas identifiables. Par ailleurs, ces nombres de bénéficiaires sont calculés en moyenne sur l'année, c'est-à-dire par la moyenne entre le nombre de bénéficiaires au 31 décembre de l'année n et le nombre de bénéficiaires au 31 décembre de l'année n-1, ceci afin de mettre le plus possible en rapport les dépenses avec les mesures.

de l'aide sociale : +49,2% entre 2002 et 2003, +11,6% entre 2003 et 2004, ce taux s'amenuisant au fil des années, tout en restant positif.

TABLEAU 1

Nombre de mesures d'aide sociale aux personnes âgées et dépenses associées en 2001 et 2010

	2001		2010		Évolution 2001/2010	
	Nombre de mesures*	Dépenses brutes**	Nombre de mesures*	Dépenses brutes**	Nombre de mesures	Dépenses brutes***
APA (PSD en 2001)	145	720	1 162	5 296	703%	537%
ACTP+PCH des 60 ans et plus	38	156	43	316	14%	75%
ASH	120	1752	119	2203	0%	9%
Aide ménagère	64	139	24	82	-62%	-49%
Accueil familial	1	8	2	18	71%	103%
Total	368	2 810	1 351	8 119	268%	150%

(*) En milliers

(**) En millions d'euros courants

(***) En euros constants

REMARQUE : les totaux de dépense sont différents de la somme des dépenses par prestation, certaines d'entre-elles n'étant pas prises en compte dans le détail (participations et subventions notamment).

SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

ENCADRÉ 1 - LES PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES UTILISÉES

Les enquêtes aide sociale auprès des conseils généraux de la DREES

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

- Aux nombres de mesures en droits ouverts et en personnes payées ;
- A la répartition par GIR¹ et par âge des bénéficiaires de l'APA ;
- Aux nombres de bénéficiaires de l'aide ménagère, de l'aide sociale à l'hébergement et de l'accueil des personnes âgées par des particuliers à titre onéreux ;
- Aux dépenses et recettes associées à ces mesures.

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

Les indicateurs sociaux départementaux

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

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

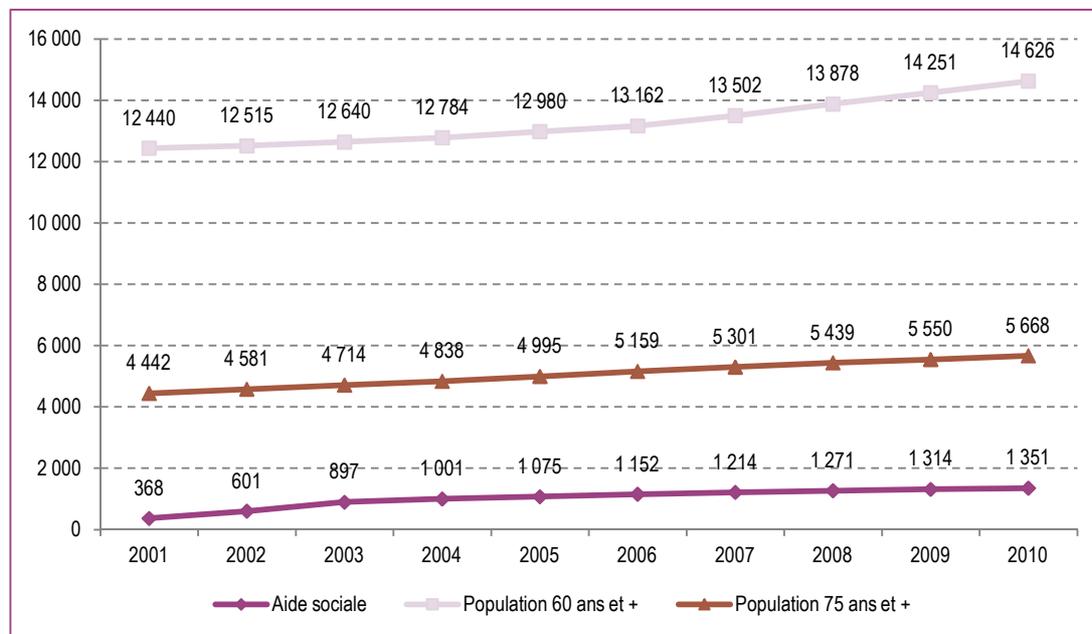
Construire des indicateurs robustes (c'est-à-dire qui font sens et dont la définition est partagée par tous) est un exercice relativement long. A ce jour, une cinquantaine d'indicateurs sont mis à jour à intervalles réguliers et disponibles sur le site internet de l'INSEE www.insee.fr, rubrique « Action sociale départementale »². A vocation pérenne, le groupe de travail est devenu un réseau autour du socle commun des indicateurs sociaux départementaux. Il continue de travailler à la définition et à la diffusion des indicateurs restants, tout en explorant de nouvelles pistes de travail.

1. La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources) permet de classer les personnes selon certains critères liés aux actes essentiels de la vie quotidienne (se lever, faire sa toilette...). Six degrés de perte d'autonomie sont distingués, du GIR 6 pour les moins dépendants au GIR 1 pour les plus dépendants.

2. LA DREES envisage également de diffuser les indicateurs sur son site internet www.drees.sante.gouv.fr.

GRAPHIQUE 1

Évolution du nombre de mesures d'aide sociale aux personnes âgées entre 2001 et 2010, comparativement à la population âgée (en milliers)



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux ; INSEE – estimations de population

CHAMP : France entière.

En termes de personnes couvertes par une aide départementale, l'aide sociale aux personnes âgées représente 3% de la population âgée de 60 ans ou plus et 8,3% de celle âgée de 75 ans ou plus en 2001. Ces proportions augmentent progressivement sur toute la période, même si cette augmentation s'est ralentie depuis 2008. En 2010, les mesures d'aide sociale aux personnes âgées représentent 9,2% des personnes âgées de 60 ans ou plus et 23,8% de celles âgées de 75 ans ou plus.

Par ailleurs, la part de l'aide à domicile, minoritaire en 2001 (46,5% du nombre total de mesures d'aide sociale), dépasse celle de l'aide en établissement à partir de 2004 (où elle s'établit à 51,9%), pour atteindre 57% en 2010. L'augmentation de la part des bénéficiaires de l'aide à domicile se fait tout au long de la période, mais elle s'atténue les dernières années.

FORTE AUGMENTATION DES DÉPENSES D'AIDE SOCIALE AUX PERSONNES ÂGÉES ENTRE 2001 ET 2010, ESSENTIELLEMENT DUE À LA CROISSANCE DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES

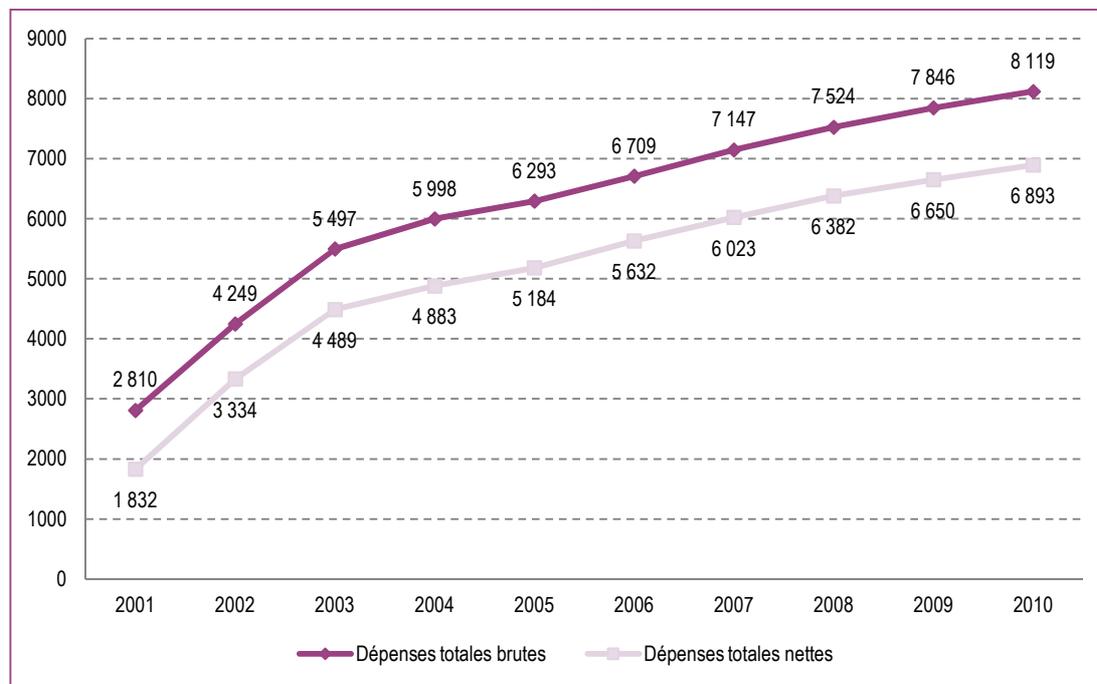
A l'instar du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées, les dépenses associées n'ont cessé de progresser depuis 2001, passant de 2,81 milliards d'euros de dépenses brutes à 8,12 milliards d'euros en 2010 (graphique 2). En montants nets, c'est-à-dire après prise en compte des récupérations et recours essentiellement³, les dépenses

³ On ne tient pas compte ici des participations de l'État aux finances des départements : dotation globale de fonctionnement (DGF), dotation globale de décentralisation (DGD), participations de la CNSA au titre de la PCH et de l'APA essentiellement.

d'aide sociale aux personnes âgées sont passées de 1,83 milliard d'euros à 6,89 milliards en 2010, soit 14% d'augmentation par an en moyenne en euros constants (7,8% à partir de 2002, après la mise en place de l'APA).

GRAPHIQUE 2

Évolution des dépenses d'aide sociale aux personnes âgées entre 2001 et 2010 (en millions d'euros)



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

Par ailleurs, qu'elles soient brutes ou nettes, les dépenses maintiennent un taux de croissance relativement soutenu. Les dépenses nettes d'aide sociale aux personnes âgées ont augmenté en euros constants de 3,1% entre 2007 et 2008, 4,1% entre 2008 et 2009 et 2,2% entre 2009 et 2010 en euros constants.

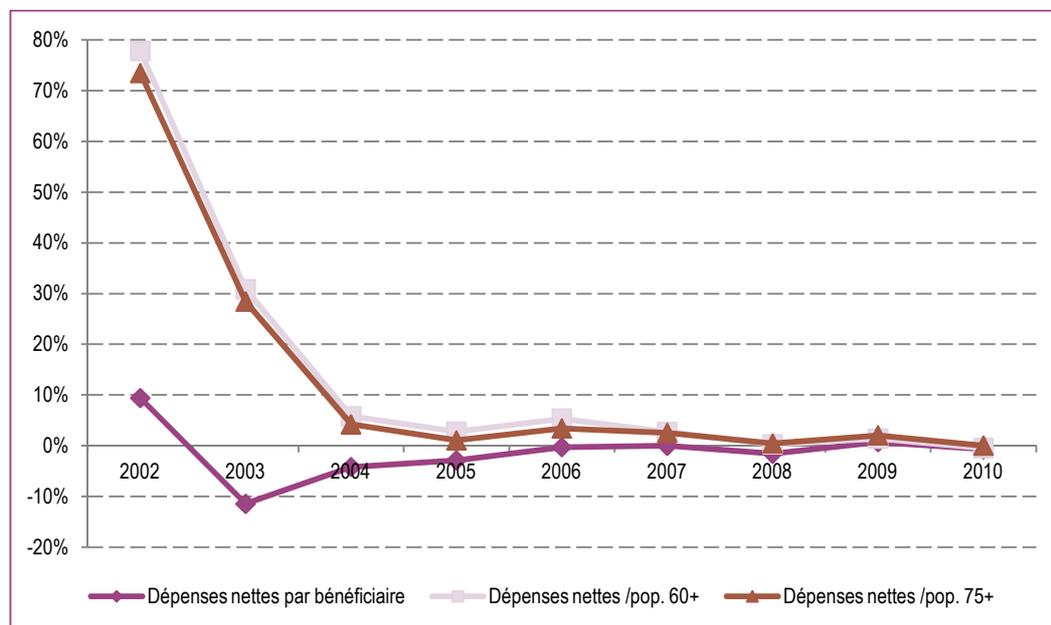
L'écart relatif entre dépenses brutes et nettes, qui mesure la part des récupérations et recours des départements, se réduit au début de la période, puis tend à se stabiliser à partir de 2006-2007 : en 2001 les dépenses nettes d'aide sociale aux personnes âgées représentent un peu moins des deux tiers des dépenses brutes. Du fait de la création de l'APA, et donc à la fin des recours sur succession de la PSD, cet écart se resserre à 79% en 2002, puis augmente jusqu'à environ 84% en 2006 et 2007. Actuellement, les dépenses nettes représentent 85% des dépenses brutes.

En revanche, en termes nominaux, l'écart s'accroît de façon quasi-continue entre 2001 et 2010, passant de 0,98 à 1,23 milliard d'euros. Cet écart est cependant essentiellement dû à l'inflation : en euros 2001, l'écart de 2010 est en effet de 1,06 milliard. L'ampleur de l'écart a légèrement fluctué au cours de la période, autour de 1 milliard d'euros (en euros 2001).

La croissance continue des dépenses s'explique par la croissance du nombre de bénéficiaires : en effet en euros courants sur la période, la dépense nette d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire n'a que peu augmenté, sauf entre 2001 et 2002, années durant lesquelles elle est passée de 4 985 euros par an à 5 549 euros. Elle a ensuite baissé jusqu'en 2005 avant d'augmenter à nouveau, mais de façon relativement modérée. En 2010, les départements consacrent 5 102 euros en moyenne par personne âgée dépendante. En euros constants, les dépenses par bénéficiaire, après une forte décreue entre 2002 et 2003 (-11,4%) sont globalement restées stables à partir de cette date, avec des évolutions annuelles variant de -4,2% à +0,7% (graphique 3).

GRAPHIQUE 3

Taux de croissance annuels des dépenses d'aide sociale aux personnes âgées par bénéficiaire et par personne de 60 ans ou plus et de 75 ans ou plus entre 2001 et 2010 (en euros constants)



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

LECTURE : En 2002, les dépenses nettes d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire ont crû de 9,4% en euros constants.

En revanche, la croissance des dépenses par personne âgée de 60 ans ou plus comme celle par personne âgée de 75 ans ou plus augmente continûment. Cette évolution reflète principalement la montée en charge de l'APA : davantage de personnes couvertes parmi la population âgée implique mécaniquement des dépenses par personne âgée (couverte ou non) plus importantes. Ainsi, sur le champ des personnes âgées de 75 ans ou plus, les dépenses d'aide sociale par habitant ont augmenté entre 0,5% et 4,2% par an entre 2004 et 2009. La dernière évolution (2009 à 2010) est en revanche nulle. Les dépenses par habitant de 60 ans ou plus suivent un schéma similaire, et semblent se stabiliser en 2010 (-0,5% par rapport à 2009).

UNE ÉVOLUTION DIFFÉRENTE DES DÉPENSES EN ÉTABLISSEMENT ET À DOMICILE

Il n'est pas possible d'isoler totalement les dépenses nettes dès lors que l'on s'intéresse à la répartition domicile/établissement⁴. Seules les dépenses brutes peuvent être ainsi réparties. Globalement depuis 2003, les dépenses brutes d'aide en établissement représentent entre 52% et 53% des dépenses brutes totales d'aide aux personnes âgées. Néanmoins en termes de dépenses nettes, l'aide en établissement devrait occuper une part bien moins importante compte tenu des récupérations effectuées notamment sur l'aide sociale à l'hébergement (ASH, voir *infra*).

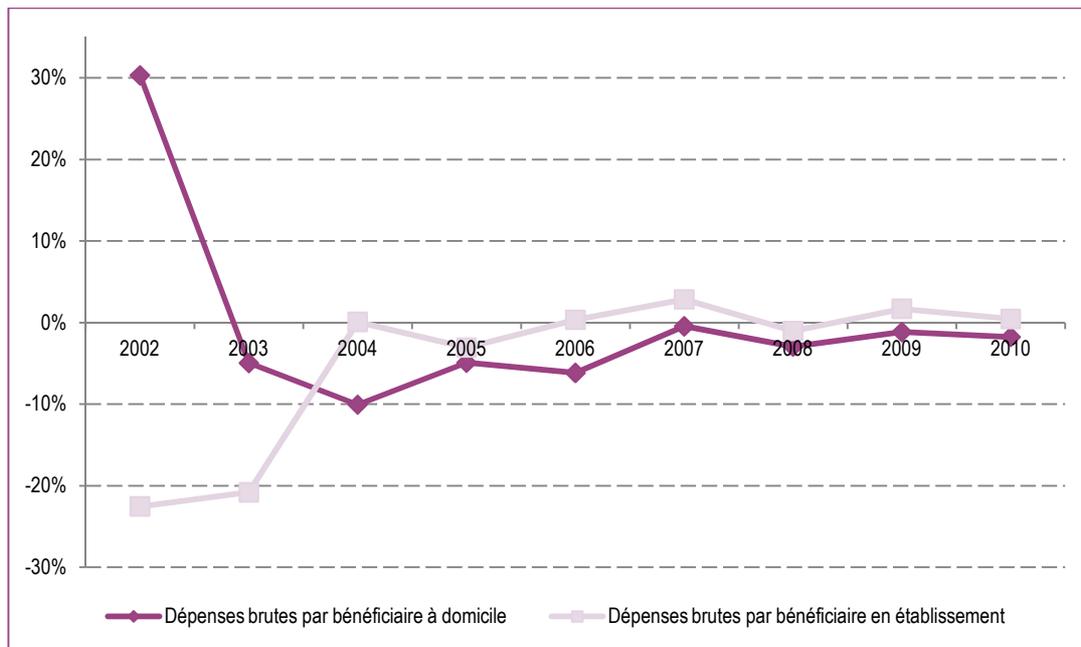
Ramenées au nombre de bénéficiaires, les dépenses brutes à domicile ou en établissement ont suivi des trajectoires différentes entre 2001 et 2010 (graphique 4) : la dépense d'aide aux personnes âgées à domicile a assez fortement décliné entre 2002 et 2006 (entre -4,9% et -10,1% par an en euros constants), traduisant la montée en charge de l'APA à domicile et notamment du GIR 4, puis s'est stabilisée jusqu'en 2010. A cette date, la dépense brute est de 4 817 euros par per-

⁴ Mis à part les dépenses d'aide sociale à l'hébergement.

sonne âgée bénéficiaire. La dépense brute par bénéficiaire en établissement a fortement décru entre 2001 et 2003, et subit une hausse modérée depuis 2006.

GRAPHIQUE 4

Taux de croissance de la dépense brute d'aide sociale aux personnes âgées à domicile et en établissement entre 2001 et 2010 (en euros constants)



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

LECTURE : En 2002, les dépenses brutes d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire à domicile ont crû de 30,3%.

AVEC 1,16 MILLION DE BÉNÉFICIAIRES EN 2010, L'APA CONSTITUE LA PRINCIPALE MESURE D'AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

En 2001, la prise en charge associée à la dépendance des personnes âgées de 60 ans ou plus se fait principalement par le biais de la prestation spécifique dépendance (PSD). Cette prestation est instituée par la loi du 24 janvier 1997, qui stipule que « toute personne résidant en France et remplissant des conditions d'âge, de degré de dépendance et de ressources fixées par voie réglementaire a droit, sur sa demande, à une prestation en nature dite prestation spécifique dépendance »⁵. La loi ajoute plus loin que « la dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ». Concrètement, la PSD peut être accordée aux personnes les plus dépendantes, c'est-à-dire celles évaluées par une équipe médico-sociale en GIR 1 à 3. Les récupérations auprès d'obligés alimentaires ne sont pas possibles, mais la prestation peut faire l'objet d'un recours sur succession. Elle est par ailleurs attribuable sous conditions de ressources, et modulable en fonction de celles-ci. 145 000 personnes âgées bénéficient de la PSD en 2001, dont 47% en établissement (graphique 5).

⁵ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, art. 1er. Le décret n°97-426 du 28 avril 1997 précise quant à lui les conditions et modalités d'attribution de la PSD.

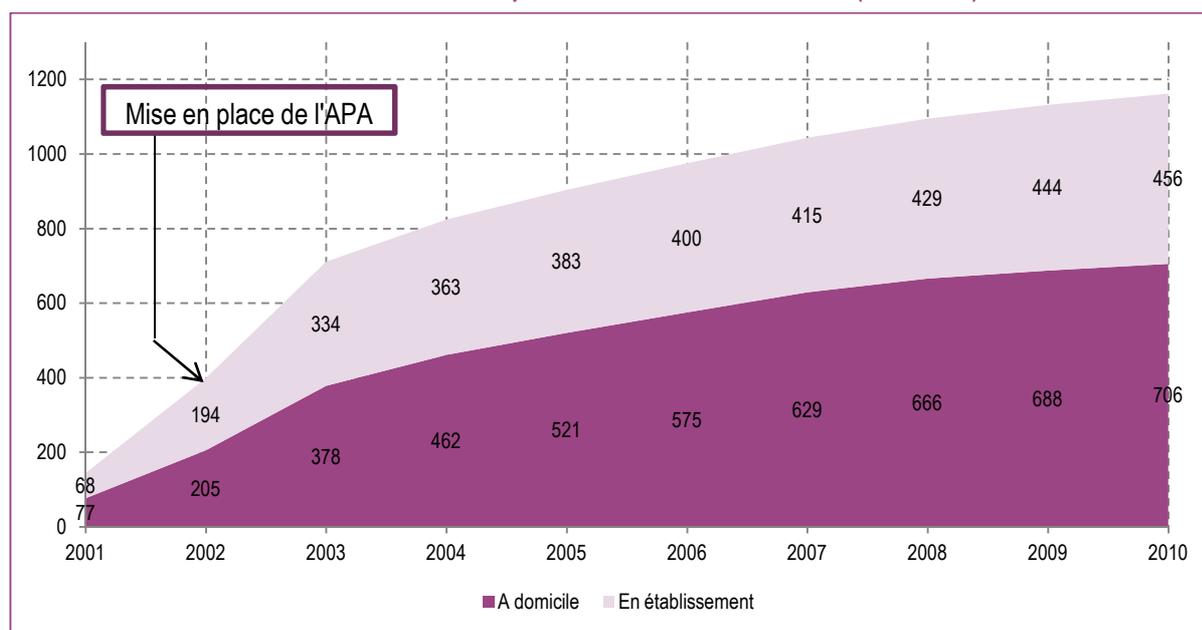
L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) succède à la PSD en 2002⁶. Elle ne prévoit plus le recours sur succession et ouvre son champ d'application aux personnes moyennement dépendantes (classées en GIR 4), qui regroupent à elles seules plus de la moitié des personnes éligibles à l'allocation à domicile, et un quart en établissement. En revanche, s'il n'y a pas de conditions de ressources pour bénéficier de l'APA, le montant versé est fortement conditionné à celles-ci, un bénéficiaire percevant au minimum 10% de l'allocation si ses revenus dépassent un certain plafond⁷. L'allocation consiste à rémunérer une aide à domicile, payer des aides techniques, aménager le logement, ou payer le tarif dépendance des établissements d'hébergement.

L'APA a connu une montée en charge très rapide : par rapport à la PSD, le nombre de bénéficiaires a été multiplié par 2,8 en un an, passant de 145 000 bénéficiaires en 2001 à 399 000 en 2002, dont un peu plus de 110 000 pour les seuls GIR4. L'augmentation du nombre de bénéficiaires, que ce soit à domicile ou en établissement, a été très rapide les premières années (+78,4% entre 2002 et 2003, +15,9% entre 2003 et 2004), puis a continuellement perdu en vitesse. Le nombre de bénéficiaires de l'APA a dépassé le million en 2007. En moyenne en 2010, il s'établit à 1 162 000, en augmentation de 2,6% sur un an, et de 19,2% sur cinq ans.

L'APA peut être versée quel que soit le lieu d'hébergement du bénéficiaire. La part de l'APA à domicile, prépondérante depuis 2002 (51,4% des bénéficiaires vivaient à domicile cette année), a connu une augmentation jusqu'en 2008, avant de se stabiliser autour de 61%.

GRAPHIQUE 5

Évolution du nombre de bénéficiaires de la PSD puis de l'APA entre 2001 et 2010 (en milliers)



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

En termes de population couverte, les mêmes tendances apparaissent : montée en charge très rapide de l'APA, 5,6% des personnes âgées de 60 ans ou plus et 15,1% des 75 ans ou plus sont couvertes en 2003, ces proportions étant respectivement de 3,2% et 8,7% en 2002, et de 1,2% et 3,3% en 2001, années durant lesquelles la PSD avait encore cours. Les taux de couverture augmentent ensuite régulièrement, mais cette hausse s'atténue avec le temps. Le taux de couverture

⁶ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Le décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 précise les modalités d'attribution de l'allocation.

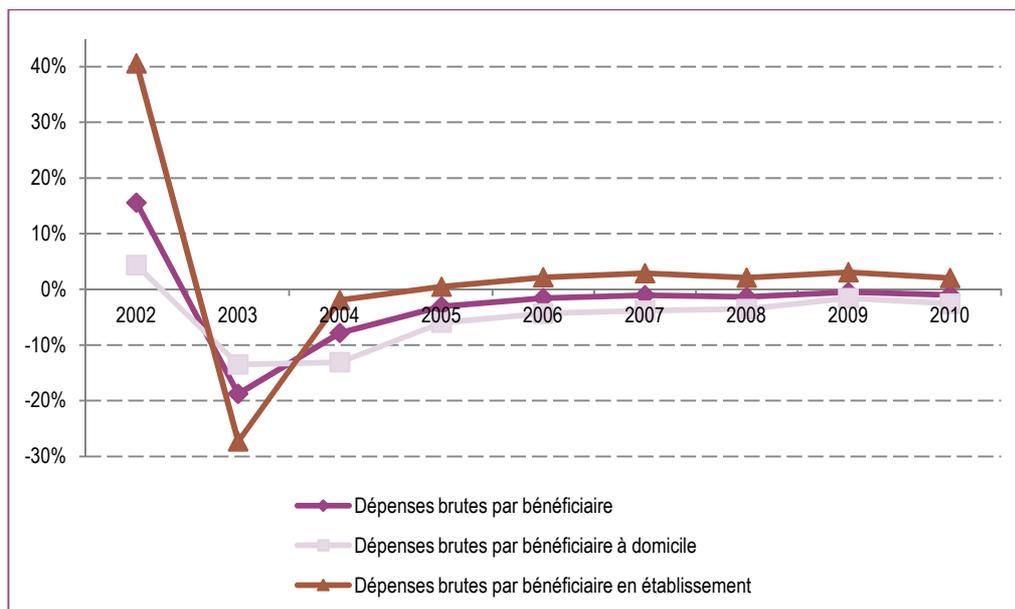
⁷ Plafond fixé à 2 927,63€ depuis le 1er avril 2013. Les bénéficiaires disposent de la totalité de l'APA si leurs revenus se situent sous 734,66€.

se stabilise fin 2010 : pas d'augmentation par rapport à 2009 pour la couverture des personnes âgées de 60 ans et plus, qui s'établit à 7,9%, et +0,1 point, soit 20,5% des personnes âgées de 75 ans ou plus sont couvertes par l'APA.

Les dépenses brutes de PSD puis d'APA suivent globalement le même schéma d'évolution que le nombre de bénéficiaires : forte augmentation les premières années (de 720 millions d'euros à 2,3 milliards d'euros entre 2001 et 2002, soit +218,4% en euros constants, +45% entre 2002 et 2003), ces taux de croissance s'atténuant ensuite avec le temps. Entre 2009 et 2010, les dépenses brutes d'APA ont augmenté de 1,6% en euros constants, pour atteindre 5,3 milliards d'euros.

GRAPHIQUE 6

Taux de croissance des coûts par bénéficiaire de la PSD puis de l'APA entre 2001 et 2010, selon le type d'hébergement (en euros constants)



REMARQUE : l'évolution de dépenses par bénéficiaire en 2002 doit être interprétée avec prudence du fait des coûts de mise en place de l'APA, mais aussi parce que les départements ont pu ne récupérer les indus et autres remboursements de l'APA que l'année suivante.

SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

LECTURE : en 2003, la dépense brute d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire a décliné de 18,8%.

Comme pour les bénéficiaires, les dépenses de PSD puis d'APA à domicile restent prépondérantes, mais leur poids tend à diminuer : si l'on excepte l'année 2002, particulière du fait de la mise en place de l'APA, les dépenses brutes à domicile représentent 69% de la dépense totale d'APA/PSD en 2001, et environ 66% entre 2003 et 2006. Cette proportion diminue ensuite régulièrement, jusqu'à atteindre 63% en 2010. Le phénomène étant inverse pour le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile par rapport aux bénéficiaires de l'APA en établissement, les dépenses par bénéficiaire à domicile de cette allocation tendent à diminuer (graphique 6). De fait, les dépenses d'APA par bénéficiaire en établissement convergent vers celles des bénéficiaires à domicile : la dépense de l'APA par bénéficiaire en établissement augmente régulièrement entre 2005 et 2010, entre +2% et +3,1% par an en euros constants, alors que celle de l'APA à domicile diminue constamment (taux d'évolution des dépenses systématiquement négatif). La hausse de la dépense en établissement peut notamment s'expliquer par la hausse des tarifs dépendance en établissement⁸. Autre facteur, même si l'effet est assez faible : la proportion plus importante de personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) en établissement, le tarif dépendance correspondant étant plus élevé que pour les GIR 3 et 4. Ainsi d'après l'enquête trimestrielle de la DREES sur l'APA, la proportion de

⁸ Voir à ce titre Bérardier et Clément (2011).

personnes âgées en GIR 1 et 2 est passée de 56% fin 2004 à 60% fin 2010. Le phénomène est inversé à domicile : 23% de GIR 1 et 2 fin 2004 et 20% fin 2010.

Au total, la dépense de l'APA par bénéficiaire a plutôt tendance à diminuer : sur la période 2002-2005, elle passe de 5 846 euros par personne aidée à 4 472 euros, probablement du fait d'une amélioration de la gestion de cette allocation par les départements et de l'atténuation des coûts de mise en place. L'ouverture de la prestation aux GIR4 peut également expliquer la baisse des dépenses à domicile : en effet, la proportion de bénéficiaires en GIR4 dans le total de l'APA y augmente assez rapidement, passant de 50% en 2002 à 58% en 2008 avant de se stabiliser⁹. La dépense d'APA par bénéficiaire diminue faiblement entre 2006 et 2010 (-3,8% en euros constants). Elle atteint 4 558 euros par bénéficiaire en 2010.

DES BÉNÉFICIAIRES (ET DES DÉPENSES) DE L'AIDE MÉNAGÈRE EN DIMINUTION CONSTANTE

Outre l'APA, d'autres aides accordées par les conseils généraux sont disponibles pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Comme vu *supra*, le code de l'action sociale et des familles précise que « toute personne âgée de soixante cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail. » Il précise plus loin que « l'aide à domicile [...] peut être accordée soit en espèce, soit en nature. L'aide financière comprend l'allocation simple et, le cas échéant, une allocation représentative de services ménagers. [...] L'aide en nature est accordée sous forme de services ménagers »¹⁰. Communément appelée « aide ménagère », celle-ci dépend, comme l'APA, des ressources du bénéficiaire. Par ailleurs, si les personnes demandant de l'aide ménagère dépassent le plafond du minimum vieillesse¹¹ (allocation de solidarité aux personnes âgées – ASPA – depuis 2006), celle-ci est versée par la caisse de retraite, et non plus par le département¹². Cette aide ménagère ne peut pas se cumuler avec l'APA ; elle est donc destinée aux personnes en GIR 5-6.

Le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère versée par les conseils généraux ne cesse de diminuer depuis le milieu des années 80, principalement du fait de l'élévation du niveau de vie des personnes âgées¹³. Il a baissé de 6% en moyenne annuelle entre 1992 et 2000. Entre 2001 et 2006, cette baisse a été encore plus rapide, le nombre de bénéficiaires passant de 64 000 à 31 000 environ, correspondant à des diminutions annuelles d'effectifs comprises entre -10,4% et -19,4% (graphique 7). La baisse continue des effectifs de bénéficiaires de l'aide ménagère départementale résulte notamment de la diminution du nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse, conséquence de l'élévation du niveau de vie. Ce nombre est ainsi passé de 1 069 000 en 1992 à 645 000 en 2001 puis 511 000 en 2010. La baisse plus importante des effectifs de l'aide ménagère dans les années 2000 est par ailleurs probablement renforcée par la montée en charge de l'APA, avec notamment l'inclusion des personnes en GIR 4 dans cette allocation. La diminution des effectifs s'atténue après 2006, un peu plus de 24 000 personnes âgées sont bénéficiaires de l'aide ménagère en 2010.

⁹ En établissement, le mouvement est moins important : 24% des bénéficiaires de l'APA en institution sont classés en GIR4 au moment de la création de l'APA, ce taux atteignant son maximum en 2005 (26%) avant de baisser par la suite.

¹⁰ Article L. 231-1 du CASF.

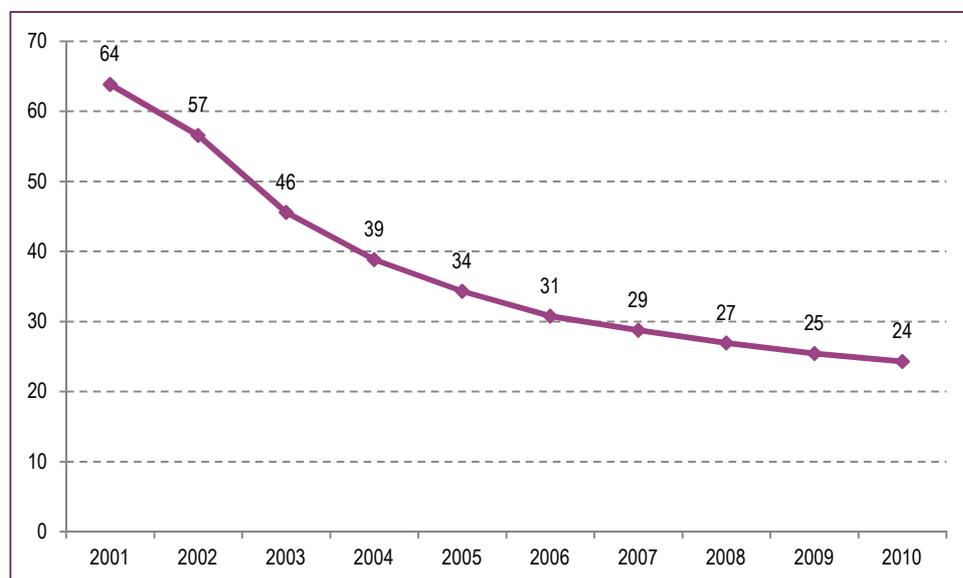
¹¹ Ce plafond est fixé à 777,16 euros mensuels pour une personne seule et à 1206,59 euros pour un couple en 2012.

¹² Cet article ne prend pas en compte l'aide ménagère versée par les caisses de retraite.

¹³ Baudier-Lorin C., 2001 : « Bénéficiaires de l'aide sociale des départements et de l'État en 2000 », *Document de travail série statistiques*, DREES, n°29, novembre.

GRAPHIQUE 7

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère entre 2001 et 2010 (en milliers)



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

Les dépenses brutes d'aide ménagère connaissent de la même façon une diminution continue, sauf entre 2001 et 2002. Elles sont passées de 139 millions d'euros en 2001 à 82 millions d'euros en 2010. En revanche, les dépenses par bénéficiaire ont fortement augmenté entre 2001 et 2005, passant de 2 183 euros à 3 734 euros par personne, soit une augmentation de 12,4% par an en moyenne et en euros constants sur la période. Ces dépenses par bénéficiaire ont ensuite légèrement diminué, atteignant 3 385 euros par personne en 2010, soit une diminution de -3,4% en moyenne annuelle et euros constants depuis 2005.

UNE RELATIVE CONSTANCE DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ASH, MAIS DES DÉPENSES ASSOCIÉES QUI AUGMENTENT

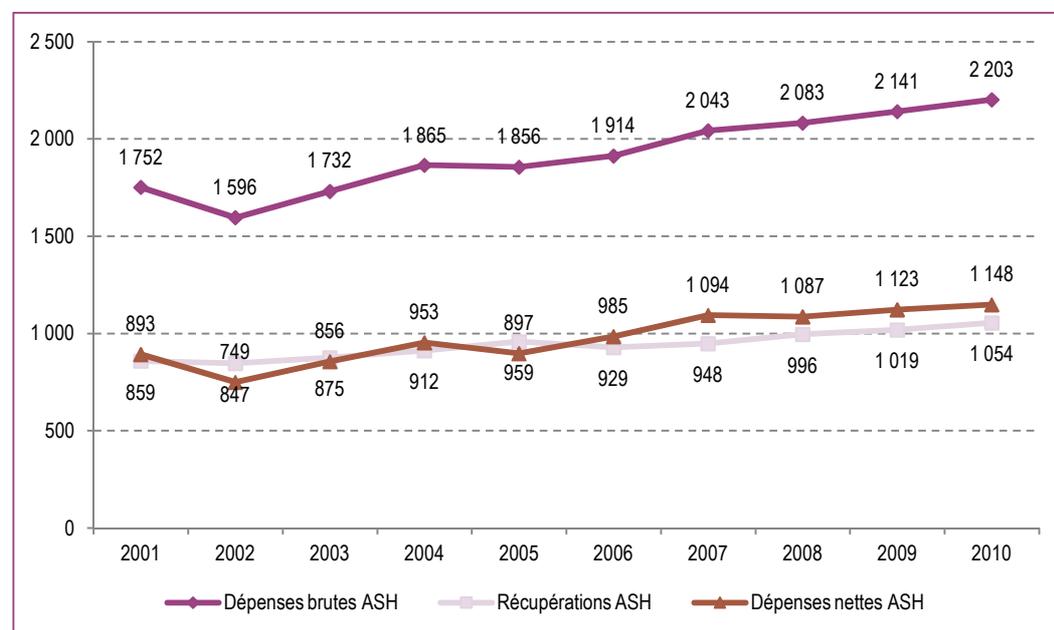
Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) a peu évolué au cours de la décennie. S'il a légèrement diminué au cours des années 2001 à 2004, passant de 120 000 bénéficiaires à 115 000, il augmente depuis 2006 d'environ 1 000 personnes par an. En 2010, le nombre de bénéficiaires de l'ASH était d'un peu plus de 119 000, soit moins de 1% de la population âgée de 60 ans ou plus, et 2,1% de celle âgée de 75 ans ou plus.

Bien que le nombre de bénéficiaires augmente légèrement, le taux d'occupation des places en établissement d'hébergement pour personnes âgées par ces personnes reste globalement constant (autour de 17%). D'une part les places habilitées à l'aide sociale sont loin d'être toutes pourvues par ses bénéficiaires (fin 2007 les établissements totalement habilités à recevoir des bénéficiaires de l'ASH proposaient 454 000 places¹⁴), il n'y a donc probablement pas d'effet de « saturation ». D'autre part différents plans d'augmentation des capacités d'accueil en établissement ont été mis en place sur les dernières années (plan Alzheimer, plan solidarité grand âge).

¹⁴ Source : DREES – enquête EHPA 2007.

GRAPHIQUE 8

Évolution des dépenses d'ASH et des récupérations entre 2001 et 2010 (en millions d'euros)



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

REMARQUE : de 2001 à 2003, les données sur les récupérations de nombreux départements ne sont pas disponibles. A ceci s'ajoute le fait que le questionnaire a évolué après cette période, se traduisant par une rupture de série. Des redressements ont été opérés pour retracer l'évolution des récupérations et des dépenses nettes d'ASH, mais ceux-ci n'ont pas été repris dans les séries sur les dépenses totales des départements d'aide aux personnes âgées.

En revanche, les dépenses des départements relatives à l'aide sociale à l'hébergement ont tendance à augmenter sur la période, que ce soit en termes bruts (avant récupérations) ou nets (après récupérations, graphique 8)¹⁵. Environ la moitié des sommes engagées au titre de l'ASH sont récupérées chaque année par les départements. Les dépenses nettes d'ASH sont passées de 893 millions d'euros en 2001 à 1,15 milliard d'euros en 2010.

En termes de dépenses nettes par bénéficiaire, l'ASH est passée d'environ 7 500 euros en 2001 à 9 600 euros en 2010, soit une augmentation de 11,8% en euros constants.

Le questionnaire d'enquête permet désormais de connaître –du moins en partie– les pratiques des départements en matière de récupérations au titre de l'ASH, celles-ci pouvant varier d'un département à l'autre. En effet, les modalités de paiement aux établissements, les charges prises en compte pour le montant versé de l'ASH ou les procédés en termes de récupérations ne sont pas identiques sur l'ensemble du territoire.

En 2010, en France métropolitaine¹⁶, près de la moitié des départements payent systématiquement aux établissements, quel que soit leur statut juridique¹⁷, la totalité des frais d'hébergement des résidents percevant l'ASH, y compris la participation des bénéficiaires qu'ils récupèrent par la suite¹⁸. A l'inverse, 13 % des départements ne s'acquittent auprès des établissements que du différentiel des frais d'hébergement une fois déduite la participation des bénéficiaires. 86 % des

¹⁵ L'ASH est par ailleurs la seule aide sociale pour laquelle on peut reconstituer les récupérations auprès des obligés alimentaires ou par recours sur succession à partir de l'enquête.

¹⁶ Les données relatives aux DOM ne sont pas incluses ici, par défaut de réponses suffisantes.

¹⁷ Établissements publics, établissements privés à but non lucratif (gérés par des associations) ou établissements privés à but lucratif.

¹⁸ Dans le cadre de l'ASH, le bénéficiaire doit disposer d'au moins 10% de ses ressources comme reste-à-vivre après participation. Celui-ci doit par ailleurs se situer au-dessus d'une somme plancher (89 euros par mois en 2011).

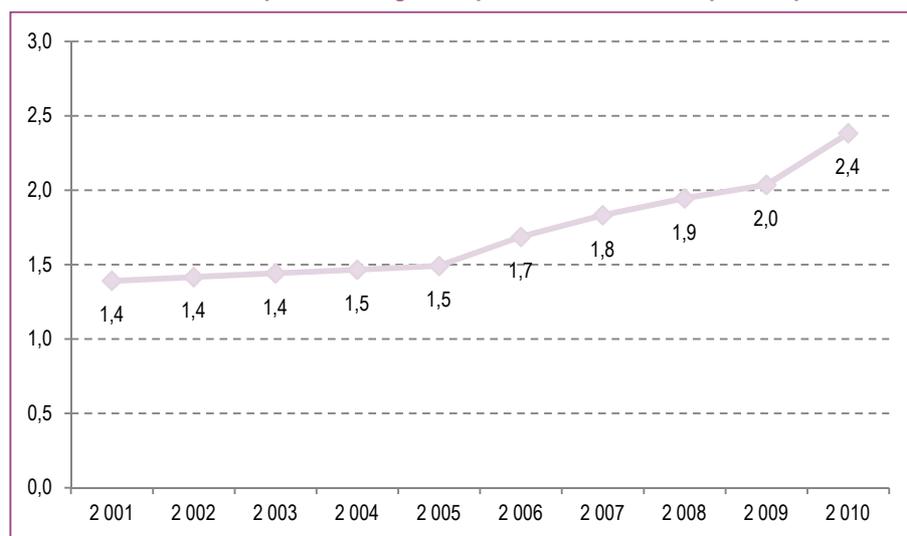
conseils généraux tiennent systématiquement compte des frais relatifs à la dépendance en GIR 5 et 6 dans le montant de l'ASH et 11 % ne le font jamais. En outre, 76 % des départements déduisent de la participation du bénéficiaire certaines charges du type frais de tutelle, de mutuelle ou d'assurance par exemple. Enfin, 98 % des départements ont recours systématiquement à l'obligation alimentaire¹⁹, principalement auprès des enfants et/ou des gendres et belles-filles, les 2 % restants le pratiquent de façon non systématique. De la même façon, 96 % des départements pratiquent toujours le recours sur successions et 4 % de façon non systématique.

LE NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES ACCUEILLIES PAR DES PARTICULIERS AUGMENTE, MAIS RESTE LIMITÉ

Alternative à l'hébergement en institution, l'accueil familial des personnes âgées dépendantes par des particuliers peut également être proposé par le conseil général. Les accueillants familiaux sont rémunérés, et ne doivent pas appartenir à la famille de la personne accueillie, jusqu'au 4^{ème} degré inclus. Ils sont agréés par le conseil général pour un nombre fixé de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de 3 personnes²⁰.

GRAPHIQUE 9

Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes accueillies par des particuliers entre 2001 et 2010 (en milliers)



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

Entre 2001 et 2005, le nombre de personnes âgées dépendantes accueillies par des particuliers a augmenté de moins de 2% par an, passant de 1 400 à 1 500 personnes environ sur la période (graphique 9). La loi 2002-73 de modernisation sociale a permis un renforcement de l'accueil de personnes âgées par des particuliers²¹, notamment en revalorisant la rémunération minimale (fixée par décret en référence au SMIC) ainsi qu'en instituant un contrat de travail type défini par une réglementation de portée nationale. Les décrets modifiant le code de l'action sociale et des familles sont publiés le 30 décembre 2004²². La loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit opposable au logement et portant diverses disposi-

¹⁹ Si les ressources des personnes concernées le permettent.

²⁰ Article L. 441-1 du CASF.

²¹ Article 51 de la loi.

²² Décret n°2004-1538 relatif aux particuliers accueillant à titre onéreux des personnes âgées ou handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire), décret n°2004-1541 fixant les montants minimum et maximum des rémunérations et indemnités visées au 1°, 2° et

tions pour la cohésion sociale permet ensuite une nouvelle extension de l'accueil en milieu familial : celui-ci peut être désormais assuré par des personnes salariées d'organismes, et non plus uniquement par des personnes à leur propre compte. Le nombre de personnes âgées accueillies par des particuliers à titre onéreux a augmenté fortement en 2006 (+13%) ; le taux de croissance reste depuis soutenu (entre +5% et +17% par an), mais les effectifs globaux de personnes prises en charge restent limités. En 2010, 2 400 personnes sont accueillies par des particuliers à titre onéreux.

De même, les dépenses brutes correspondantes ont augmenté sur la période, passant de 7,6 millions d'euros en 2001 à 17,8 millions d'euros en 2010. Le faible effectif de personnes concernées conduit à observer des mouvements erratiques de la dépense par bénéficiaire. Cette dépense semble toutefois avoir augmenté sur la décennie, passant de 5 500 euros par bénéficiaire et par an en 2001 à 7 500 euros environ en 2010.

LES PRESTATIONS SPÉCIFIQUES AU HANDICAP ONT CONNU UNE ÉVOLUTION CONTRASTÉE

Enfin, les personnes âgées peuvent bénéficier de deux autres aides pour prendre en charge les surcoûts liés à la perte d'autonomie : l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et la prestation de compensation du handicap (PCH). Ces deux prestations sont réservées à l'origine aux personnes handicapées. Créée en 1975, l'ACTP « est accordée à tout handicapé [...] lorsque son incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé [par décret], soit que son état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence, soit que l'exercice d'une activité professionnelle lui impose des frais supplémentaires »²³. L'ACTP est alors la seule allocation disponible pour prendre en charge la perte d'autonomie, quel que soit l'âge de la personne. La PCH lui succède en 2006, permettant une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie²⁴. Les personnes déjà titulaires de l'ACTP peuvent toutefois en garder le bénéfice lors du renouvellement de leurs droits, ou alors opter pour la PCH. Dans le second cas, le choix est définitif. Par ailleurs, depuis la création de la PCH, il n'est plus possible de contracter de nouvelles ACTP. Enfin, lorsqu'il atteint l'âge de 60 ans, le bénéficiaire de l'ACTP ou de la PCH peut, s'il le souhaite, opter pour l'APA en remplacement de ces aides.

L'introduction de la PSD puis de l'APA ont par ailleurs profondément modifié les recours aux diverses prestations : ainsi, la création de la PSD en 1997 s'est accompagnée d'une forte chute du nombre d'allocataires de l'ACTP²⁵, qui a perduré jusqu'à l'arrivée de l'APA en 2002. Le nombre de bénéficiaires âgés de 60 ans ou plus de l'ACTP est ainsi passé de 196 000 à 26 000 entre 1997 et 2002 (soit une diminution de 86,7%), et a peu évolué ensuite (graphique 10).

La mise en place de la PCH a ensuite à nouveau profondément modifié la donne : cette prestation étant sous certaines conditions plus intéressante que l'APA, notamment parce que les aides humaines ne sont pas plafonnées et que les aides techniques peuvent être beaucoup plus importantes, le nombre de bénéficiaires âgés de la PCH a connu une croissance importante depuis sa création en 2006. Le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficiaires de la PCH atteint 22 000 en 2010 et dépasse pour la première fois celui des bénéficiaires de l'ACTP. De ce fait, le nombre total de personnes âgées bénéficiant d'une aide spécifique au handicap a fortement augmenté depuis 2006, passant de 20 000 personnes à 43 000 en 5 ans, soit 111,2% d'augmentation. Il n'en reste pas moins que les bénéficiaires âgés de ces aides sont beaucoup moins nombreux que ceux de l'APA : il n'est pas possible d'opter pour la PCH si la dépendance apparaît après 60 ans et l'entrée en dépendance de personnes de 60 ans ou plus implique donc nécessairement de bénéficier de l'APA si la personne en fait la demande²⁶.

^{3°} de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles, et décret n°2004-1542 relatif au contrat type prévu à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles.

²³ Loi n°75-354 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, art. 39. Le décret n°77-1549 du 31 décembre 1977 fixe le taux d'incapacité minimum pour obtenir l'ACTP à 80%.

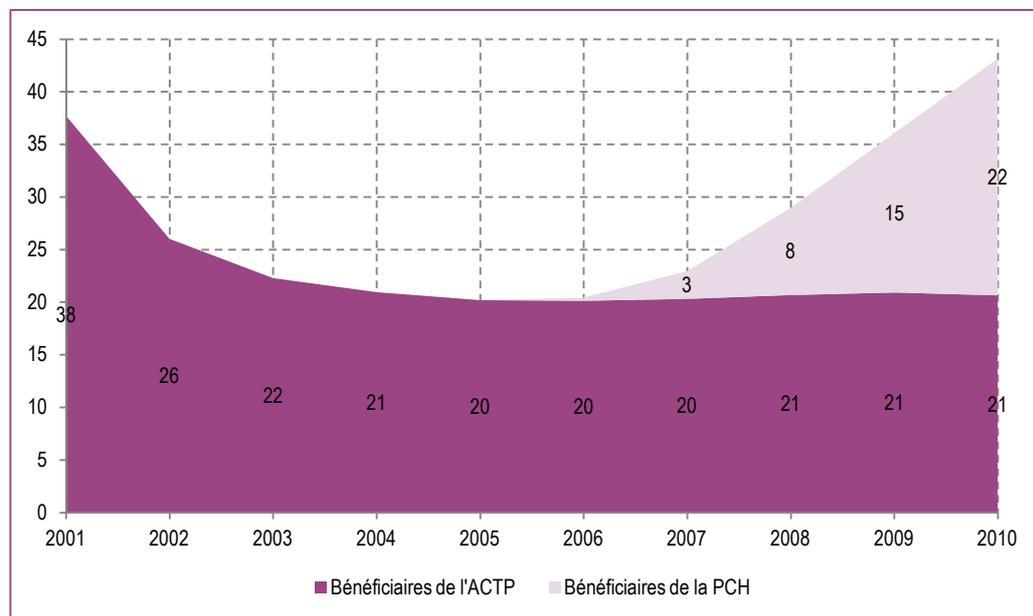
²⁴ Les critères d'attribution ont par ailleurs été modifiés par rapport à l'ACTP : il ne s'agit plus d'un seuil d'incapacité minimum, mais de critères basés sur les limitations fonctionnelles (voir article L. 245-1 du CASF).

²⁵ Avant 1997, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficiaires de l'ACTP ne cessait d'augmenter.

²⁶ Ceci peut également expliquer pourquoi le nombre de bénéficiaires âgés de l'ACTP a chuté à partir de 1997, alors que l'ACTP ne prévoit pas de recours sur succession lorsque les héritiers sont le conjoint, les enfants ou la personne qui a assumé la charge du handicap.

GRAPHIQUE 10

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH âgés de 60 ans ou plus de 2001 à 2010 (en milliers)



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

La dépense d'ACTP et de PCH suit globalement la même tendance que les nombres de bénéficiaires. Elle était de 156 millions d'euros bruts en 2001, puis a diminué jusqu'en 2004 à 110 millions d'euros, avant d'augmenter à nouveau de façon importante. En 2010, la dépense cumulée d'ACTP et de PCH représente 316 millions d'euros.

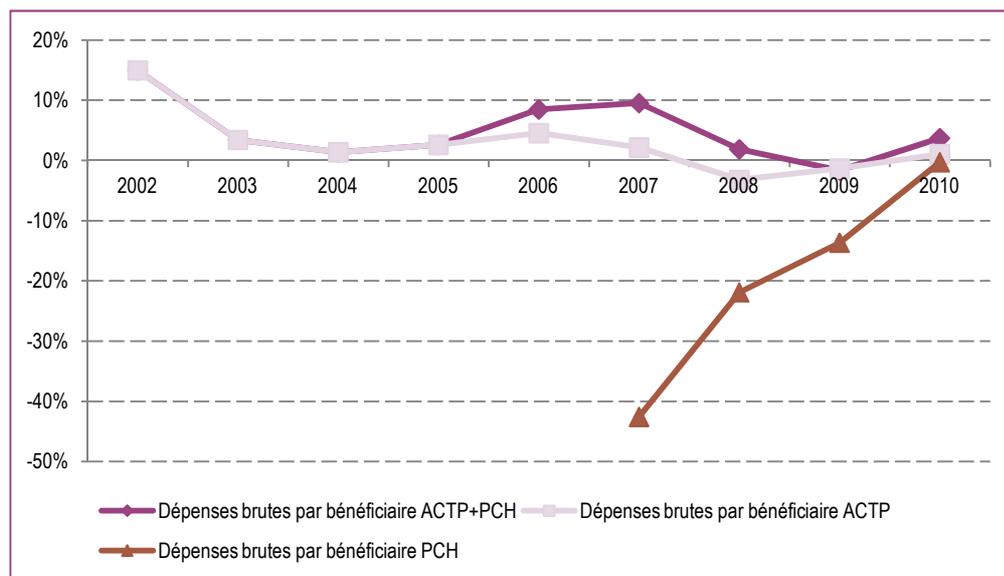
De fait, l'arrivée de la PCH en 2006 marque une rupture assez nette en termes de dépenses, la dépense brute par bénéficiaire de l'ACTP et de la PCH passant de 5 504 euros en 2005 à 6 072 euros en 2006, puis 6 748 euros en 2007 et 7 066 euros en 2008. Deux effets se conjuguent pour expliquer cette augmentation (graphique 11) : d'une part sous certaines conditions, la PCH est plus avantageuse que l'ACTP. Les personnes âgées ayant opté pour la PCH bénéficient normalement de montants plus élevés que s'ils étaient restés sous le régime de l'ACTP²⁷. Le montant de dépense brute de PCH par bénéficiaire est ainsi systématiquement plus élevé que celui des dépenses d'ACTP par bénéficiaire. Il s'établit à 20 574 euros en 2006, mais baisse ensuite rapidement jusqu'à atteindre 8 421 euros en 2010 (-61,3% en euros constants). Le chiffre très élevé de 2006, par ailleurs à relativiser du fait de la faiblesse du nombre de bénéficiaires (300 en moyenne annuelle), s'explique notamment par les coûts importants de mise en place de la prestation, mais aussi par la nature particulière de certaines dépenses de PCH : des montants peuvent être attribués pour des aides techniques ou des aménagements du logement, qui peuvent être très élevés mais ne nécessitent pas un paiement mensuel. Le montant payé en 2006 pour de telles aides peut être destiné à un dispositif ayant une durée de vie de plusieurs années (aménagement du véhicule par exemple) mais n'est payé qu'en une seule fois. Le renouvellement de ces dépenses se fait plusieurs années plus tard, ce qui permet diminuer de fait les dépenses moyennes par bénéficiaire (en supposant que les personnes disposant de ces aides ponctuelles les renouvellent à des dates différentes). D'autre part, lors de la période de montée en charge de la PCH, ce sont d'abord les personnes les plus lourdement handicapées qui ont opté pour la nouvelle prestation, c'est-à-dire celles qui y avaient un avantage comparatif. En 2010, la montée en charge de la PCH n'est pas encore achevée mais les dépenses par bénéficiaire semblent se stabiliser (-0,3% en euros constants entre 2009 et 2010).

²⁷ Sauf éventuellement pour ceux qui sont rentrés dans le dispositif destiné aux personnes handicapées à partir 2006, qui ne pouvaient de toute façon pas bénéficier de l'ACTP.

Autre effet, les bénéficiaires ayant préféré conserver l'ACTP sont, au moins pour une partie d'entre eux, ceux qui y ont un avantage par rapport à la PCH, et donc ceux qui disposent des montants d'ACTP les plus élevés. De ce fait, les dépenses d'ACTP par bénéficiaire âgé de 60 ans ou plus ont connu une augmentation assez importante entre 2005 et 2007 (+6,8% en euros constants). Entre 2009 et 2010, elles ont augmenté de 1,1% en euros constants.

GRAPHIQUE 11

Taux de croissance des dépenses d'ACTP et de PCH par bénéficiaire âgé de 60 ans ou plus entre 2001 et 2010 (en euros constants)



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux.

CHAMP : France entière.

LECTURE : en 2002, la dépense brute d'ACTP par bénéficiaire de 60 ans ou plus a augmenté de 15%.

L'ÉVOLUTION DE LA DÉPENSE D'AIDE SOCIALE AUX PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES EST TRÈS VARIABLE SELON LES DÉPARTEMENTS

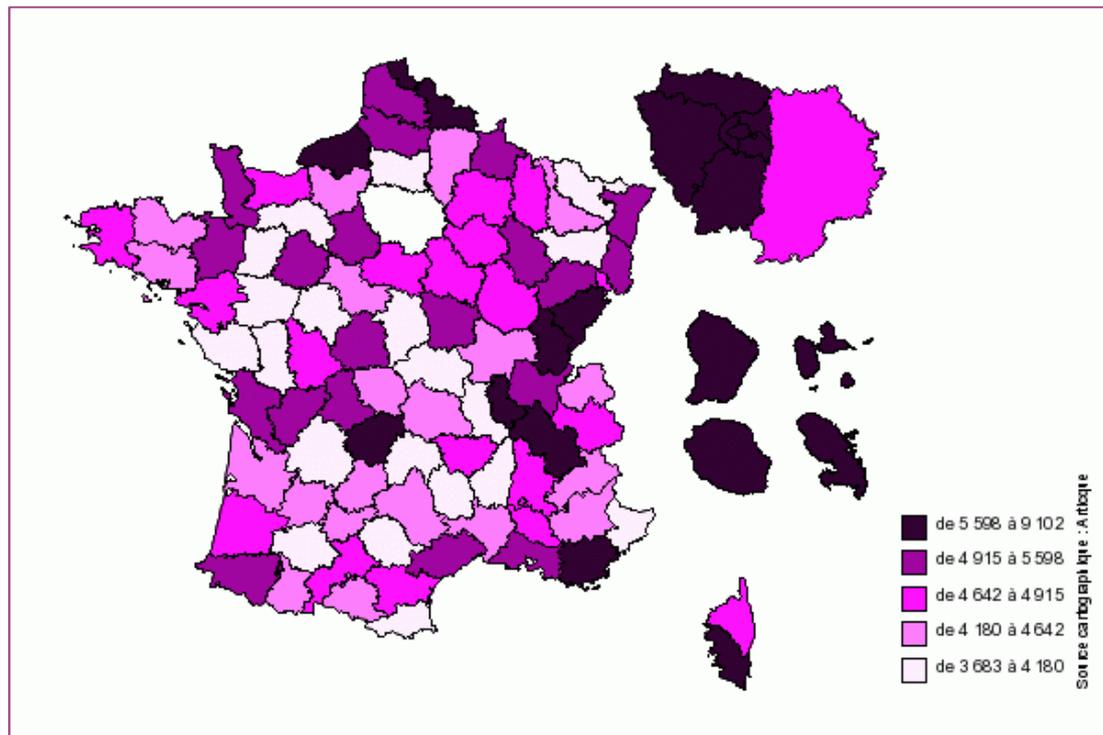
L'analyse de la dépense d'aide sociale département par département nécessite une certaine prudence : en effet, en fonction des aléas de gestion opérés par département de brusques variations peuvent apparaître dans l'évolution des dépenses départementales. Si l'évolution agrégée au niveau national atténue ces aléas, il n'en est rien à un niveau géographique plus fin. Aussi, afin de limiter cet effet, les analyses qui suivent se basent sur les dépenses d'aide sociale calculées en moyenne mobile sur 3 ans²⁸.

Au niveau national, l'évolution des dépenses d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire est relativement stable entre 2001 et 2010 (cf. *supra*). Pour autant, les départements qui dépensaient le plus en matière d'aide sociale aux personnes âgées par bénéficiaire en 2002 ne sont pas forcément les mêmes en 2009, et inversement (cartes 1 et 2). Les départements parisiens, le Nord et le Rhône, très urbains, restent néanmoins parmi les plus dépensiers en matière d'aide sociale. C'est également le cas pour les départements d'outre-mer et certains départements ruraux comme la Corse du Sud et la Corrèze.

²⁸ Ainsi la dépense d'aide sociale de 2009 sera la moyenne des dépenses 2008, 2009 et 2010, celle de 2008 sera la moyenne des dépenses 2007, 2008 et 2009, etc.

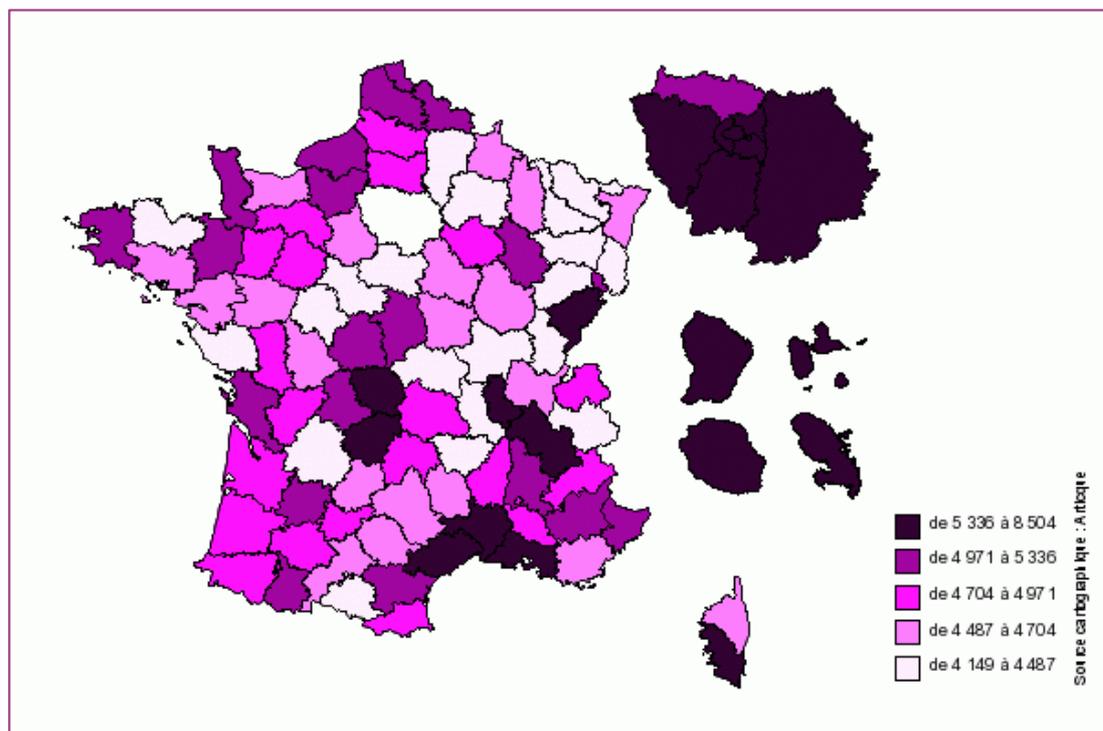
CARTE 1

Dépenses nettes d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire en 2002 (en euros courants)



CARTE 2

Dépenses nettes d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire en 2009 (en euros courants)

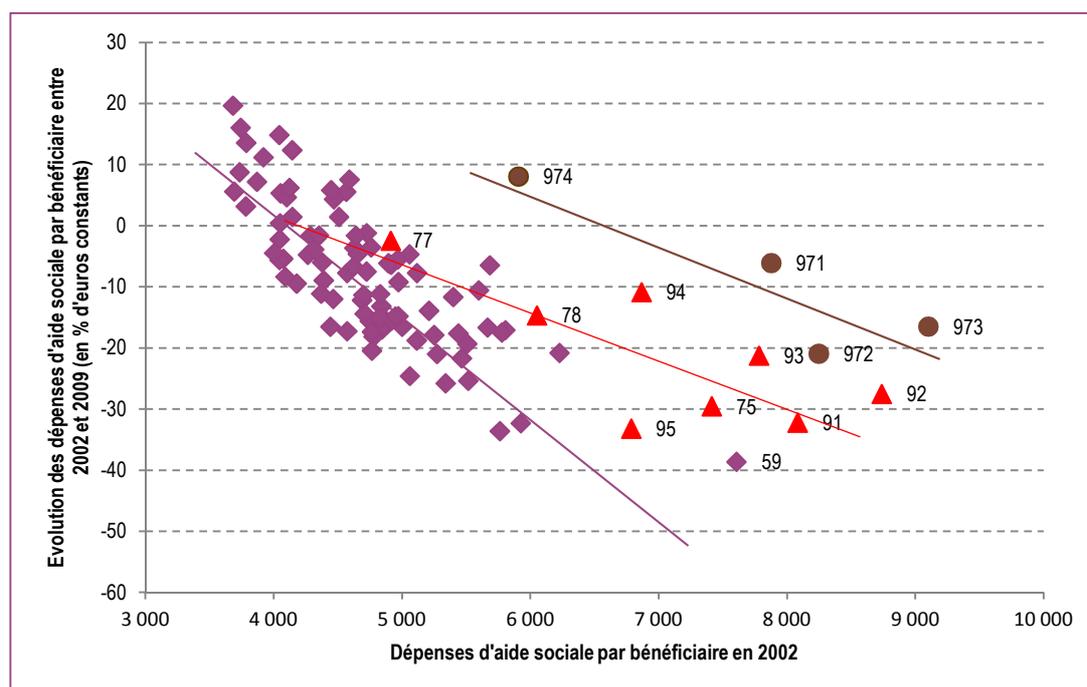


La tendance générale est à une certaine convergence des dépenses par bénéficiaire (graphiques 12 et 13) : les départements qui étaient les plus dépensiers en 2002 ont connu en euros constants une évolution négative relativement marquée jusqu'en 2009, alors que les moins dépensiers au départ ont à l'inverse connu une croissance de leurs dépenses. Cette relation se vérifie particulièrement pour les départements provinciaux (hors DOM). Le cas du Nord est le plus marquant : partant d'une dépense par bénéficiaire très élevée en 2002 (environ 7 600 euros), le département a connu une décroissance de ses dépenses réelles particulièrement importante (-38,7% en euros constants entre 2002 et 2009).

La même tendance s'observe pour la région parisienne et pour les DOM, à quelques nuances près : en région parisienne, où les dépenses par bénéficiaire de la quasi-totalité des départements (excepté la Seine-et-Marne) sont très importantes, l'évolution de celles-ci reste négative, mais les écarts d'évolution ne sont pas aussi marqués que dans le cas des départements de province. En d'autres termes, la relation négative entre dépenses initiale et évolution de celles-ci est moins forte que dans le cas des départements de province. Ainsi, les décroissances des dépenses de Paris, des Hauts-de-Seine et de l'Essonne sont proches, alors qu'elles étaient initialement relativement éloignées. Les DOM quant à eux, correspondent à des départements partant d'une dépense par bénéficiaire très élevée en 2002, mais avec une diminution ultérieure de leurs dépenses limitées (les dépenses de la Réunion sont même à la hausse), ce qui explique qu'ils restent parmi les départements qui dépensent le plus par personne âgée bénéficiaire de l'aide sociale en 2009. La part plus importante de bénéficiaires à domicile peut expliquer, au moins en partie, ce cas particulier.

GRAPHIQUE 12

Liens entre les dépenses d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire et l'évolution de ces dépenses entre 2002 et 2009

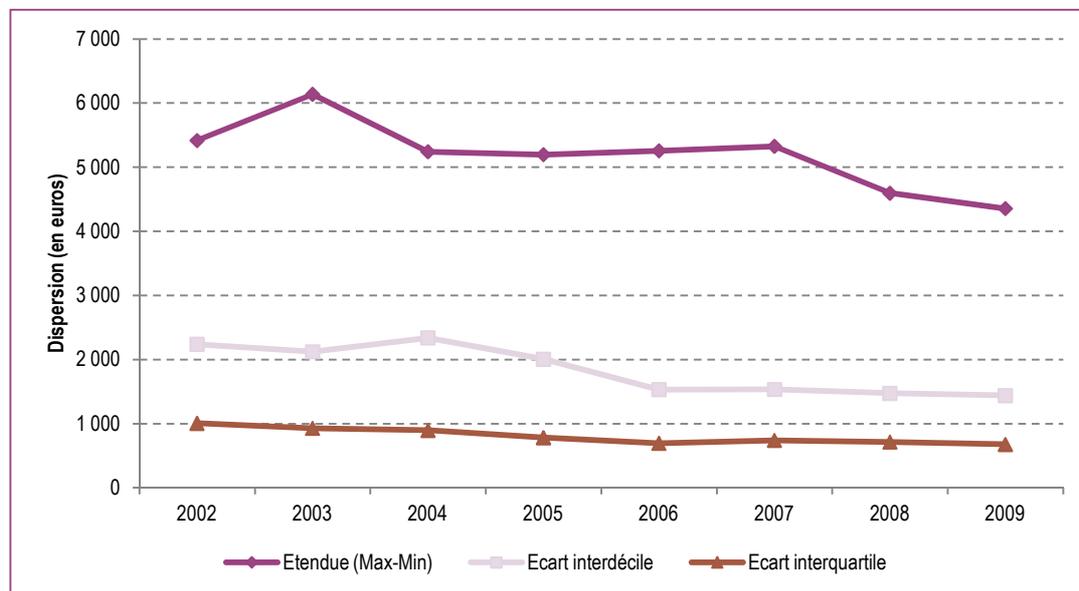


SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux 2001 à 2010.

LECTURE : le département du Val d'Oise (95) dépensait environ 6 800 euros par personne âgée bénéficiaire de l'aide sociale en 2002. Entre 2002 et 2009, ses dépenses ont baissé de 33% en euros constants.

GRAPHIQUE 13

Évolution des indicateurs de dispersion des dépenses départementales d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire de 2002 à 2009



SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux 2001 à 2010.

CHAMP : France entière.

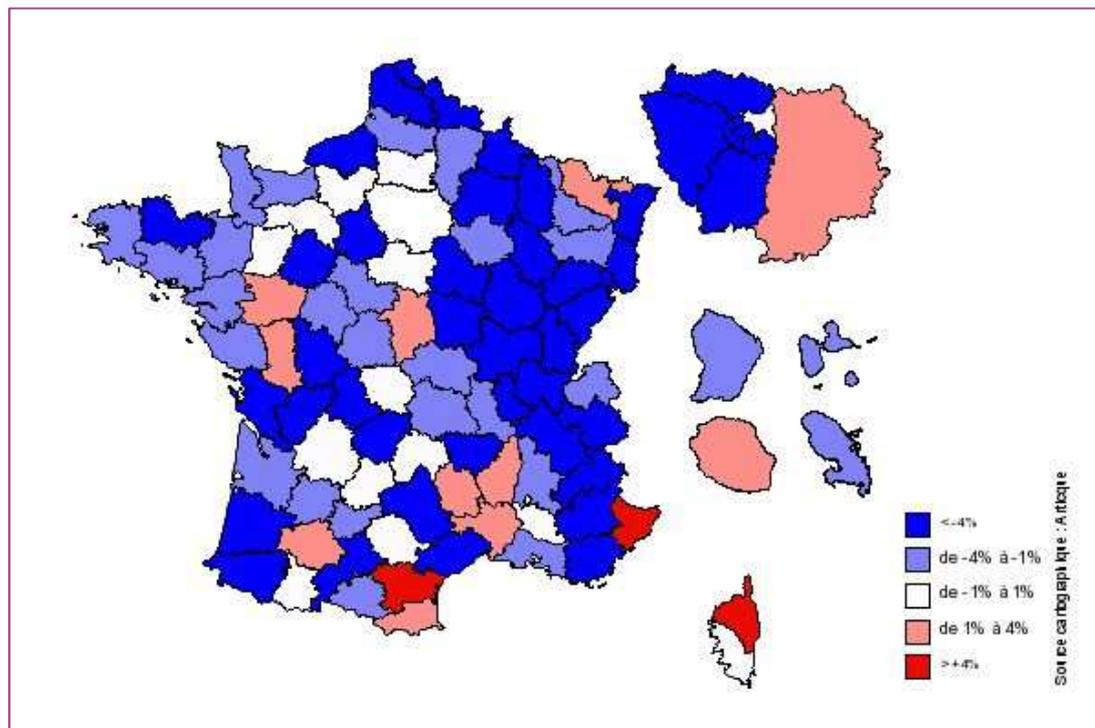
LECTURE : en 2002, l'écart interquartile de dépenses d'aide sociale par personne âgée bénéficiaire (c'est-à-dire l'écart entre le 25ème département le plus dépensier et le 25ème département le moins dépensier) était de 1 000 euros. Cet écart est de 700 euros en 2009.

Au-delà de ce constat général, les évolutions des dépenses départementales d'aide sociale aux personnes âgées suivent des mouvements très divers en fonction des départements considérés. Deux périodes se dégagent : la première correspond à ce que l'on pourrait nommer « l'absorption du choc APA », c'est-à-dire des évolutions de dépenses relativement brusques en fonction des départements (carte 3). Cette période s'étend de 2002 à 2005 environ. La dépense moyenne par bénéficiaire diminue de plus de -4% par an en euros constants dans une majorité de départements, correspondant aux gains de gestion de la prestation dont les départements ont pu faire preuve pour gérer la nouvelle allocation, ainsi qu'à la montée en charge due à l'ouverture de l'APA aux GIR 4. Ces gains très nets d'efficacité se retrouvent principalement en Île-de-France, dans le Nord-Pas-de-Calais et dans une large frange est du pays. À l'inverse, quelques départements (minoritaires), connaissent des hausses significatives de leurs dépenses d'aide sociale par bénéficiaire, notamment les Alpes-Maritimes (+7,4% en euros constants en moyenne annuelle), l'Aude (+4,7%) et la Haute-Corse (+6,4%).

La seconde période – 2006 à 2009 – correspond à la fin de la montée en charge de l'APA. La plupart des départements connaissent une évolution stable de leurs dépenses d'aide sociale par bénéficiaire : entre -1% et +1% en moyenne annuelle en euros constants (carte 4). Ces dépenses moyennes augmentent à un rythme supérieur à +1% par an pour une proportion non négligeable de départements. C'est notamment le cas de l'Eure-et-Loir avec une augmentation moyenne annuelle de +5,4%. Toutefois, les dépenses par bénéficiaire âgé avaient diminué sur la période précédente dans la quasi-totalité de ces départements. Inversement, les trois départements qui avaient connu des hausses très importantes entre 2002 et 2005, ont connu sur la seconde période des diminutions non négligeables de leurs dépenses.

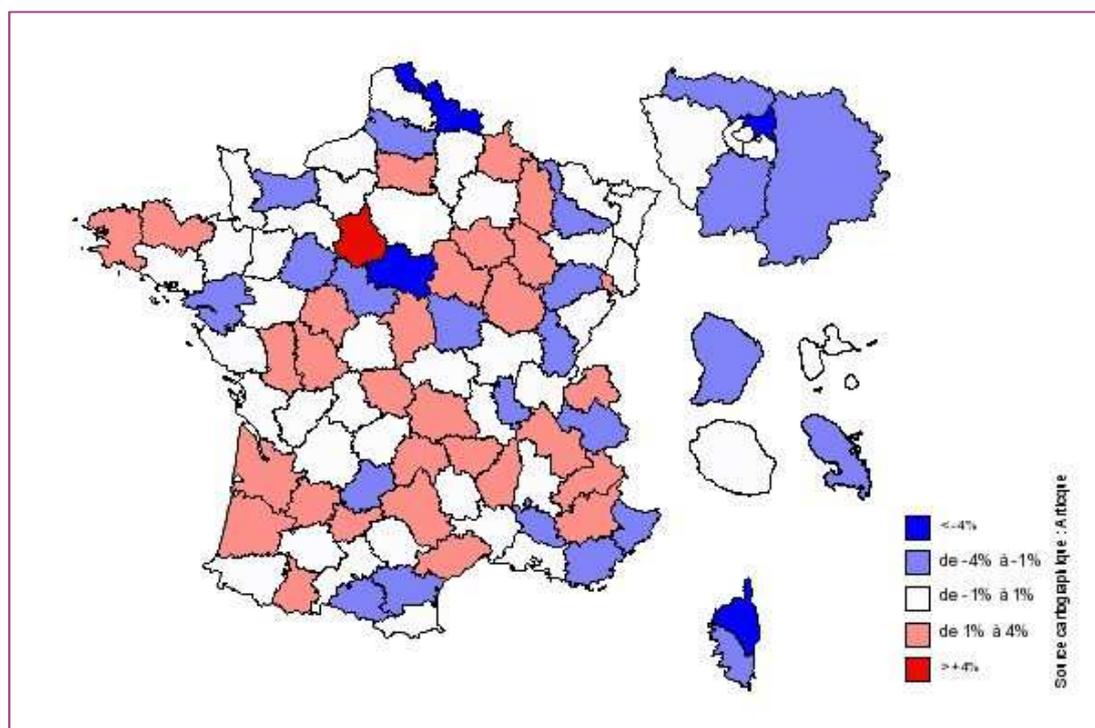
CARTE 3

Évolution annuelle moyenne des dépenses nettes d'aide sociale départementale par personne âgée bénéficiaire entre 2002 et 2005 (en euros constants)



CARTE 4

Évolution annuelle moyenne des dépenses nettes d'aide sociale départementale par personne âgée bénéficiaire entre 2006 et 2009 (en euros constants)



LES DÉPENSES D'AIDE SOCIALE SONT SURTOUT FONCTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES ET DU NIVEAU DE VIE DES DÉPARTEMENTS

Un modèle de régression en données de panel permet d'expliquer les disparités départementales de dépenses d'aide sociale aux personnes âgées, tout en neutralisant les facteurs d'hétérogénéité départementale inobservés²⁹. L'éventuel mimétisme des départements en termes de dépenses (un département pouvant être incité à adapter ses dépenses en fonction de ce que font ses voisins) est également pris en compte dans les estimations (encadré 2).

Les régressions effectuées souffrent cependant d'une lacune : la répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA devrait avoir une influence certaine sur la dépense d'APA (et donc sur la dépense totale d'aide sociale aux personnes âgées), en particulier sur la dépense par bénéficiaire. Il n'a cependant pas été possible d'introduire un indicateur sur cette répartition dans les régressions : d'une part la répartition par GIR des personnes âgées bénéficiaires n'est pas connue de tous les départements (ce n'est d'ailleurs quasiment jamais le cas pour les établissements sous dotation globale APA), d'autre part, un tel indicateur introduirait un biais d'endogénéité certain dans les estimations : en effet, la détermination du GIR peut également faire partie d'un choix stratégique du département, en vue de limiter les dépenses. En d'autres termes, les dépenses anticipées peuvent influencer sur le choix du GIR. En tout état de cause, ne pas avoir introduit la répartition par GIR des personnes bénéficiaires de l'APA dans notre modèle explique l'ajustement global quelque peu dégradé du modèle, principalement sur la dépense par bénéficiaire. La part de variance non expliquée des dépenses des départements ne peut donc pas être interprétée uniquement comme des différences de gestion selon les départements. Il n'en reste pas moins que l'interprétation des effets estimés des autres variables sur les dépenses gardent leur validité.

Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses nettes d'aide sociale par habitant dépendent fortement de la structure de la population (tableau 2) : logiquement, plus le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans augmente, plus la dépense est élevée. Ainsi, un point supplémentaire de la part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la population entraîne-t-il 10% de dépenses par habitant supplémentaires. Les nombres de bénéficiaires des différentes aides augmentent également cette dépense, mais dans des proportions moindres : entre 2% et 4% par point supplémentaire, à l'exception de la part des bénéficiaires de l'APA en établissement, dont la contribution à la dépense n'est pas significative. Les taux d'équipement en EHPAD et en SSIAD – c'est-à-dire le nombre de places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus – ont également un effet positif sur cette dépense, les départements les plus équipés pouvant accueillir plus de personnes particulièrement dépendantes d'autres départements. Enfin, le niveau de vie des ménages influe significativement sur le niveau des dépenses d'aide sociale par habitant : plus les personnes âgées sont pauvres (ce qui est mesuré par la part de personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiaires du minimum vieillesse), plus les dépenses augmentent, conséquemment à la diminution de la part que doivent payer les personnes âgées pour l'APA (ticket modérateur) ou a posteriori l'ASH (récupérations sur les successions moindres). Mais le niveau de vie médian du département est aussi corrélé positivement à la dépense d'aide sociale. Il faut sans doute y voir un effet relevant des marges de manœuvre financières des départements : plus les habitants disposent de revenus élevés, plus leurs prélèvements sont importants et plus le département dispose de marges de manœuvres pour sa politique d'aide aux personnes âgées. En effet, le département perçoit une part de la taxe d'habitation et des taxes foncières, qui dépendent du revenu. De plus, le département perçoit une partie des droits de mutation à titre onéreux, qui dépendent des prix des biens immobiliers et donc du revenu des ménages. En revanche, moins les habitants défavorisés sont pauvres – plus le premier décile des revenus s'élève –, moins les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées sont importantes. Les personnes les moins favorisées sont moins imposées, l'effet sur les ressources des départements est donc ici quasi-nul. En revanche, ils peuvent commencer à s'acquitter du ticket modérateur de l'APA ou du recours sur succession.

Les dépenses par bénéficiaire apparaissent contenues par les départements : d'une part il n'y a plus de corrélation entre la dépense d'un département et celles de ses voisins, alors que celle-ci existait – même si elle était très faible – lorsque l'on considérait la dépense par habitant. D'autre part, alors qu'en l'absence de contrainte les nombres de bénéficiaires de l'APA ne devraient pas avoir d'effet sur le niveau des dépenses moyennes par bénéficiaire, celui-ci diminue au fur et à

²⁹ Les départements d'outre mer ne sont pas pris en compte dans cette analyse, faute de disposer de l'ensemble des indicateurs pour ceux-ci.

mesure que la part de ces bénéficiaires augmente : de -0,6% par point supplémentaire de bénéficiaires de l'APA à domicile, à -1,3% par point supplémentaire de bénéficiaires de l'APA en établissement. Deux interprétations peuvent être envisagées. Selon la première, plus les demandeurs d'aide sont nombreux – relativement à la population âgée de 75 ans ou plus – moins le département peut leur allouer individuellement de ressources supplémentaires pour faire face à leur dépendance. On peut alors faire l'hypothèse que les départements maîtrisent davantage le nombre d'heures d'aide des plans d'aide (pour l'APA à domicile). Selon la seconde interprétation, les conseils généraux auraient tendance à catégoriser plus facilement les personnes parmi les GIR 4, moins coûteuses à domicile comme en établissement. Les parts des autres aides n'influent cependant pas sur ces dépenses. Les variables d'équipement et de niveau de vie ont globalement des effets identiques par rapport à la dépense par habitant.

TABLEAU 2

Résultats de la régression des variables de demande, d'offre de biens et services, et de contexte sur le logarithme des dépenses d'aide sociale aux personnes âgées

	Dépenses par bénéficiaire	Dépenses par habitant de 75 ans ou plus	Dépenses par habitant
Part de la population âgée de 75 ans et plus	ns	ns	9,7
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile*	-0,6	1,9	2,0
Part des bénéficiaires de l'APA en établissement*	-1,3	ns	ns
Part des bénéficiaires de l'ASH*	ns	2,3	2,5
Part des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP*	ns	3,7	4,2
Taux d'équipement en EHPAD**	0,1	0,1	0,1
Taux d'équipement en SSIAD**	0,3	0,4	0,3
Densité d'infirmiers**	ns	ns	1,0
Part de la CMU complémentaire dans la population***	2,1	ns	ns
Part du minimum vieillesse****	ns	ns	1,7
Niveau de vie médian (par % supplémentaire)	1,1	1,2	1,0
1er décile du niveau de vie (par % supplémentaire)	-0,7	-0,7	-0,6
Coefficient d'autocorrélation spatiale	ns	ns	0,02
R ²	0,32	0,67	0,82

(*) En % d'habitants de 75 ans ou plus

(**) Pour 1000 habitants de 75 ans ou plus

(***) En % d'habitants

(****) En % d'habitants de 65 ans ou plus

SOURCES : DREES – enquêtes aide sociale des conseils généraux 2006 à 2010, ADELI, FINES ; CNAV, CNAMTS et INSEE pour les variables relatives au niveau de vie.

CHAMP : France métropolitaine.

LECTURE : lorsque la part des bénéficiaires de l'APA à domicile augmente de un point, les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées par bénéficiaire diminuent de 0,6%, toutes choses étant égales par ailleurs.

ENCADRÉ 2 - LE MODÈLE ÉCONOMÉTRIQUE D'ANALYSE DES DÉPENSES DÉPARTEMENTALES

De l'intérêt d'utiliser les données en panel...

Les dépenses départementales en matière d'aide sociale aux personnes âgées peuvent dépendre d'un grand nombre de facteurs. La difficulté vient du fait que certains de ces facteurs ne sont pas ou sont difficilement observables : on pense par exemple à des caractéristiques politiques, à l'héritage du passé sur le long terme, à l'importance du tissu associatif sur les territoires... Cette hétérogénéité, la plupart du temps invariante (ou peu variante) dans le temps, peut être prise en compte dans la modélisation économétrique, en introduisant, en plus de la dimension individuelle, la dimension temporelle. Le modèle s'écrit alors sous la forme suivante :

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

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

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

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

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

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

Le modèle utilisé dans cette étude prend en compte trois années, de 2007 à 2009.

... à celui de tenir compte de l'autocorrélation spatiale

En plus des problèmes d'hétérogénéité départementale inobservée, les départements peuvent également adopter des comportements mimétiques par rapport à leur voisin. Concrètement, un département peut décider de sa dépense d'aide sociale en partie en fonction de ce que ses voisins décident. Le modèle économétrique prend alors la forme suivante :

$$y_{it} = \rho \sum_{j=1}^{96} w_{ij} y_{jt} + x_{it}\beta + u_i + v_{it}$$

Où w_{ij} est la distance qui sépare le département i du département j . Différentes mesures sont applicables pour cette distance : fonction du kilométrage entre les préfectures, de la contiguïté des départements, etc. Par ailleurs, ces distances ne sont pas forcément géographiques : on peut également considérer d'autres indicateurs, comme l'appartenance à la même classe politique¹. On considère dans notre cas la notion de contiguïté, c'est-à-dire :

$w_{ij} = 1$ si i et j ont une frontière commune²

$w_{ij} = 0$ si i et j n'ont pas de frontière commune, ou si $i = j$

Pour l'estimation, on peut à nouveau appliquer la projection within, le modèle s'écrit alors :

$$y_{it}^* = \rho \left(\sum_j w_{ij} y_{jt} \right)^* + x_{it}^* \beta + v_{it}^*$$

L'estimation se fait par la méthode du maximum de vraisemblance, le logarithme de celle-ci s'écrivant sous la forme :

$$\ln L(\rho, \beta, \sigma^2) = -\frac{NT}{2} \ln(2\pi\sigma^2) + T \sum_{i=1}^N \ln(1 - \rho\omega_i) - \frac{1}{2\sigma^2} \sum_{i=1}^N \sum_{t=1}^T (y_{it}^* - \rho \left(\sum_j w_{ij} y_{jt} \right)^* - x_{it}^* \beta)^2$$

Où les ω_i sont les valeurs propres de la matrice de distances W dont les éléments sont les w_{ij} .

1. Pour plus de détails sur les mesures de distances et l'économétrie spatiale, voir Fréret (2008).
2. Les DOM ne sont pas pris en compte dans cette régression, certaines données étant indisponibles sur ces territoires. Les départements Corses sont contigus uniquement entre eux.

Bibliographie

- Bérardier M., Clément E., 2011 : « L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n°780, octobre.
- Borderies F., Trespeux F., 2012 : « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010 », *Document de travail série statistiques*, DREES, n°171, juillet.
- Charpin J.-M., Tlili C., 2011 : « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », *Rapport du groupe de travail n°2 sur la prise en charge de la dépendance*, juin.
- Clément E., 2012 : « Dépenses d'aide sociale départementale en 2010 », *Document de travail série statistiques*, DREES, n°169, juin.
- Clément E., Mansuy M., 2011 : « Les dépenses sociales des départements : évolution et disparités spatiales », in *Les comptes de la protection sociale 2009*, DREES, juin.
- Dexia Crédit Local, 2010 : « L'action sociale dans les finances des départements – synthèse et rapport », Assemblée des départements de France, octobre.
- Direction générale des collectivités locales (DGCL), 2011 : « Les collectivités locales en chiffres 2011 », éditions La Documentation française, avril.
- Fréret S., 2008 : « Essais empiriques sur les interactions horizontales en termes de dépenses publiques », thèse de doctorat de l'université de Rennes I, mention sciences économiques, 216p.
- Lord S., 2010 : « Le choix de vieillir à domicile : l'inévitable adaptation des modes de vie », in *Les carnets de Retraite & Société*, CNAV, n°2, mai.
- Mauguin J., 2007 : « Les disparités départementales en matière d'aide sociale », *Études et Résultats*, DREES, n°602, octobre.
- Marquier R., 2010 : « Les activités des aides à domicile en 2008 », *Études et Résultats*, DREES, n°741, octobre.
- Observatoire des finances locales, 2011 : « Les finances des collectivités locales en 2011 », éditions *La Documentation française*, juillet.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directeur de la publication : Franck von Lenep

ISSN : 1958-587X
