



HAL
open science

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées: les dimensions territoriales de l'action publique

Agnès Gramain, Solène Billaud, Cécile Bourreau-Dubois, Helen Lim, Florence Weber, Jingyue Xing

► To cite this version:

Agnès Gramain, Solène Billaud, Cécile Bourreau-Dubois, Helen Lim, Florence Weber, et al.. La prise en charge de la dépendance des personnes âgées: les dimensions territoriales de l'action publique. MSSH. 2012. halshs-00705569

HAL Id: halshs-00705569

<https://shs.hal.science/halshs-00705569>

Submitted on 6 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution| 4.0 International License

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les dimensions territoriales de l'action publique

Note de synthèse

Avril 2012

La loi du 13 août 2004, dans son article 56, reconnaît aux conseils généraux un rôle de "chef de file" de l'action sociale en direction des personnes âgées. Cependant, la latitude dont ils disposent dans la définition et la mise en œuvre d'une politique propre sur le territoire départemental est relativement bornée par l'existence d'un cadre légal spécifique, fixé au plan national, que justifient la volonté d'harmoniser l'action publique sur l'ensemble du territoire nationale et l'existence de financements sur le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. D'aucun se plaignent que les conseils généraux seraient devenus de simples caisses, sur le modèle des caisses d'allocations familiales, tandis que d'autres s'inquiètent des disparités territoriales qui pourraient découler d'une organisation aussi décentralisée de l'action publique. Entre ces deux discours, ces deux inquiétudes, qu'en est-il des marges de manœuvre réelles dont disposent les conseils généraux en matière de politique de la dépendance ? S'en saisissent-ils ? Comment organisent-ils leur action et leurs priorités politiques dans le cadre fixé par la loi ? C'est à ces trois questions que s'attache la recherche dont les principaux résultats sont restitués ici, abordées par le prisme particulier des politiques en direction des personnes âgées à domicile, qui reposent pour l'essentiel sur l'allocation personnalisée d'autonomie et la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Comprendre comment se construit la diversité de l'action publique entre territoires départementaux, contraint, en l'état actuel des systèmes d'information, à suivre une démarche ethnographique. La recherche repose donc sur l'analyse de monographies départementales, conduites dans un souci de comparabilité des matériaux recueillis. Cette démarche a l'avantage de donner accès aux pratiques de différents conseils généraux. Elle comporte en revanche plusieurs obstacles et plusieurs limites.

Tout d'abord, les données empiriques disponibles ne renseignent que sur sept départements : ces sept terrains d'enquête ont été choisis pour leur diversité, mais ne donnent qu'un accès partiel à la diversité des pratiques départementales. L'analyse des sept monographies réalisées permet donc de témoigner de l'existence de disparités, de repérer des points clef autour desquels s'organisent ces différences, d'en analyser les conséquences et de proposer des pistes d'interprétation qui structurent les différences observées en les rattachant aux enjeux de la politique de financement de l'aide aux personnes âgées à domicile pour les conseils généraux ; mais elle ne constitue qu'une première étape qui appelle une analyse plus systématique. Dans cette perspective de long terme, les résultats de cette recherche permettront, d'une part, de guider un recueil d'informations standardisées, permettant un traitement statistique, et d'autre part, de guider une modélisation des comportements des conseils généraux qui puisse être confrontée aux données, dans une démarche économétrique.

Ensuite, la réalisation de monographies départementales, même sur un champ aussi circonscrit que la politique de financement de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes, est une tâche de longue haleine fort coûteuse en main d'œuvre. Les enquêtes de terrain, exploitées ici, se sont donc déroulées sur une période de presque 5 ans (entre 2008 et 2012) et ont été conduites avec des dispositifs variables, exploitant les opportunités qui se présentaient. L'analyse des matériaux a tenté de tenir compte de ces diversités dans les protocoles de recueil, mais il apparaît clairement que les monographies se sont faites dans des contextes politiques variables, et surtout à des stades plus ou moins avancés de la compréhension des enjeux, ce qui a sensiblement modifié le déroulement du travail de terrain, de la première monographie très exploratoire, aux dernières plus ciblées.

Enfin, l'analyse comparative de monographies s'avère un exercice complexe, qui a supposé de standardiser l'information recueillie, à la fois, pour des raisons d'analyse - constituer un corpus comparable d'un département à l'autre, mais aussi pour des raisons de division du travail – chaque chercheur mobilisé dans l'analyse n'ayant participé qu'à une partie des enquêtes de terrain. Le matériau recueilli a donc été restitué sous la forme de quatre questionnaires, remplis par les enquêteurs pour chacun des sept terrains, portant sur l'organisation des services en charge des personnes âgées dépendantes dans les conseils généraux, et sur trois de leurs leviers d'action en matière de coût public de l'APA :

- le contrôle de l'éligibilité et la prescription des interventions relevant d'un financement par la solidarité publique (le contenu des plans d'aide) ;
- leur solvabilisation, c'est à dire la détermination du montant de la participation financière publique ;
- la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés, c'est à dire le contrôle des coûts de production de ces interventions.

1 Organisation des services en charge des personnes âgées dépendantes

Bien que l'organisation des services mise en place par les conseils généraux ne fasse pas partie des thèmes assignés a priori aux enquêtes de terrain de cette recherche, elle constitue un élément de contexte qu'il s'est avéré nécessaire de mettre à plat pour rendre les matériaux comparables. Cet exercice de décryptage suggère l'intérêt d'une analyse approfondie de la structuration des services et de l'organisation du travail, comme révélateur des arbitrages que les conseils généraux sont conduits à faire, face aux différentes contraintes qui s'imposent à eux, et donc de leurs priorités. Le matériau recueilli ne permet pas de conduire cette analyse mais apporte un premier éclairage sur quatre points de divergences entre les conseils généraux enquêtés.

Le premier a trait au découpage du travail entre agents chargés des demandes d'APA. Ce découpage est à rapprocher de la contrainte que constitue la nécessité légale d'organiser une visite à domicile pour l'élaboration des plans d'aide. Il apparaît que les agents chargés des visites traitent un nombre de dossiers qui varie presque du simple au triple selon le département. Cependant, les observations de terrain interdisent d'interpréter ce simple ratio en termes d'efficacité productive ou de coût de production. En effet, alors que dans certains départements, les "visiteurs" sont chargés des seules visites, ce qui permet de réduire la proportion d'agents affectés à cette mission et peut être gage d'une meilleure spécialisation, dans d'autres, ils assurent, en complément, une partie du travail de secrétariat, d'instruction et de suivi, ce qui réduit les coûts de coordination et peut améliorer la cohérence globale de la réponse apportée aux personnes qui demandent l'APA. Ces constatations suggèrent qu'il y a là une vraie question de sociologie des organisations et d'économie de la production à approfondir.

Le second point qui distingue la structuration des services concerne leur organisation hiérarchique : le nombre maximal d'échelons qui séparent les agents "de terrain" du directeur général adjoint de la solidarité varie de 5 à 7 selon les départements. Etant donné la prépondérance de la circulation institutionnelle de l'information par voie hiérarchique, sur tous nos terrains d'enquête, le nombre d'échelons constitue un indicateur de la vitesse de circulation et du risque de déformation, à la fois, dans le sens descendant, pour l'application des décisions, mais surtout, dans le sens ascendant pour nourrir de manière pertinente les décisions et les négociations avec les partenaires.

Comprendre ce qui préside à l'organisation hiérarchique supposera d'intégrer une troisième dimension : celle de la spécialisation horizontale des services. Sur les sept terrains d'enquête, on peut repérer trois types de découpages horizontaux :

- un découpage par "population-cible" ou dispositif de politiques publiques, qui sépare, par exemple, les services "personnes âgées", des services "personnes handicapées", ou "personnes à domicile" de "personnes en établissement" ;
- un découpage par interlocuteurs, qui conduit à séparer les services "pilotage" (tournés vers les acteurs politiques du territoire), des services "régulation des producteurs" (tournés vers les services d'aide à domicile

et les établissements d'hébergement) et des services "gestion des prestations" au sens large (tournés vers les bénéficiaires de l'action sociale);

- un découpage par métier, qui organise des services de comptables, de juristes, de médecins, de travailleurs sociaux etc.

L'ordre hiérarchique dans lequel ses trois découpages élémentaires sont organisés doit probablement beaucoup à l'histoire, mais il peut aussi révéler des priorités ou, à tout le moins, des forces différentes : introduire, par exemple, les découpages par interlocuteur et par métier après les découpages par population-cible facilite la cohérence interne à chaque champ de politique publique, mais entrave l'harmonisation des pratiques professionnelles de l'un à l'autre ; tandis que faire primer un découpage par interlocuteurs comporte un risque d'incohérence entre les différents niveaux d'intervention, puisque les actions à l'échelle des bénéficiaires sont prises dans une branche parallèle à celles qui concernent les producteurs ou la régulation départementale d'ensemble.

Enfin, quatrième point à articuler avec les précédents, l'organisation des services en charge des personnes âgées dans les sept conseils généraux enquêtés présente des formes de déconcentration très différentes. Si certaines missions, telles que la facturation des prestations, la tarification des producteurs et le pilotage de la politique gérontologique sont toujours situées au siège, le contrôle de l'éligibilité et l'instruction des dossiers de demande peuvent être confiés à des unités territoriales réparties sur l'ensemble du territoire départemental. Dans ce cas, les difficultés rencontrées par les enquêteurs pour cheminer entre le siège et les unités territoriales suggèrent que le bon fonctionnement des services suppose, d'une part, une déconcentration assez radicale, qui vide totalement le siège des missions déconcentrées, afin d'inscrire les agents en poste "sur le territoire" dans une seule ligne hiérarchique les rattachant au directeur de l'unité territoriale (sans la doubler d'une autre les rattachant au directeur du service spécialisé au siège), et d'autre part, une cohérence entre le type de missions déconcentrées et le niveau hiérarchique de rattachement des unités territoriales, afin de garantir que leur intervention se fasse bien dans le respect des orientations générales de la politique en direction des personnes âgées, arrêtées au siège.

2 Mise en œuvre de l'éligibilité

La procédure d'instruction des demandes d'APA à domicile est spécifique. Elle est inscrite dans le Code de l'action sociale et des familles et a été codifiée par décret. Les modalités d'instruction de la demande sont fixées par l'article R232-7 : confiée à une "équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social", l'instruction nécessite une visite à domicile "effectuée par l'un au moins des membres de l'équipe médico-sociale". L'article L.232-14 du CASF organise l'instruction autour de deux dimensions de l'éligibilité : celle du bénéficiaire à travers l'évaluation du degré de perte d'autonomie (art L.232-2), et, s'il y a lieu, celle des dépenses éligibles à financement public, à travers l'établissement d'un plan d'aide (art. L. 232-3 et L.232-6). Enfin, l'encadrement de l'affectation de l'APA, porte non seulement sur le contenu des aides, mais aussi sur les intervenants qui apportent ces aides, privilégiant le recours à un service prestataire d'aide à domicile "dans le cas pertes d'autonomie les plus importants, déterminés par voie réglementaire (Art L. 232-6 et R232-12).

Les enquêtes de terrain conduites dans le cadre de cette recherche font bien-sur apparaître des différences entre départements, dans l'instruction des demandes d'APA par des personnes vivant à domicile que l'on peut organiser autour de trois points principaux :

- la mise en œuvre de l'évaluation « médico-sociale » de la dépendance,
- la gestion de l'éligibilité
- la prescription de l'aide.

Le terme "médico-social" reçoit, dans la pratique, une définition très variable d'un département à l'autre, qui se traduit à la fois dans les politiques de recrutement des agents en charge de l'instruction des demandes d'APA à domicile et dans le découpage de leurs missions. Sur le terrain, repérer les "équipes médico-sociales" s'avère en fait

une tâche relativement ardue. Il apparaît que l'instruction des demandes d'APA implique trois catégories d'agents : des travailleurs sociaux, des médecins et des infirmières, et enfin des personnels administratifs. Dans certains départements, le caractère "médico-social" se traduit essentiellement par la diversité des agents appartenant au service. Dans d'autres en revanche, apparaît une définition plus précise au travers de l'implication de chacun dans la procédure d'instruction, articulant les légitimités médicale, sociale (au sens de « travail social ») et administrative. L'articulation entre regards médical et social peut se faire dans les visites elles-mêmes, par la constitution de binômes de visiteurs, mais dans ce cas, ce sont des infirmières qui sont mobilisées et les médecins n'interviennent que pour la gestion de cas exceptionnel (département V). L'articulation peut se faire aussi par répartition des rôles (départements C et M) : les visites sont assurées uniquement par des travailleurs sociaux, les médecins valident l'évaluation de la dépendance, et la direction du service est assurée par un agent administratif. Ce modèle peut reposer sur une juxtaposition des missions, le dernier mot étant donné au pouvoir médical en cas de désaccord sur le "girage" (département M), ou sur une réelle coordination entre médecins et visiteurs dans l'évaluation du GIR et l'élaboration du plan d'aide, ce qui suppose un nombre de médecins conséquent, situés près des visiteurs (département C).

Les observations de terrain soulignent aussi l'importance de la barrière d'éligibilité entre GIR 5 et GIR 4. Au delà de la gestion du nombre de bénéficiaires, les observations de terrain soulignent l'enjeu du filtrage des demandes, en amont de l'instruction, afin de réduire le temps perdu à instruire des dossiers qui seront rejetés. Deux dispositifs principaux sont observables : une pré-évaluation avec orientation vers les caisses de retraite, ou une mise en avant, lors des demandes d'information, de la lourdeur de la procédure pour le demandeur au regard du peu de droits qu'obtiennent les personnes si elles sont relativement aisées, et peu dépendantes (d'autant plus qu'existent des consignes spécifiques de plafonnement des plans d'aide accordés aux bénéficiaires en GIR4). Ces procédures de filtrage s'inscrivent dans un arbitrage entre la recherche d'efficacité, d'autant plus forte qu'elles sont assurées par des agents du conseil général, et la maîtrise de leur coût, ce qui peut expliquer la diversité des modes opératoires choisis, le filtrage étant confié, selon les terrains, aux CLIC, aux services municipaux ou à des plates-formes d'appel, déléguées ou non.

Enfin, c'est probablement dans la diversité des pratiques en matière de prescription des plans d'aide qu'apparaît le pouvoir qu'ont les conseils généraux d'orienter le dispositif en fonction de leurs conceptions des politiques d'aide sociale. On constate tout d'abord que, dans certains départements (départements G, V, M), l'aide apportée par la famille est prise en considération dans l'élaboration du plan d'aide, ce qui conduit à faire de l'APA un dispositif subsidiaire, dans certains département (les dépenses éligibles à un financement APA viennent en complément de l'aide familiale), et non subsidiaire dans d'autres (l'aide financée par la collectivité est indépendante de l'implication familiale). Ensuite, la rédaction des plans d'aide et leur utilisation révèlent trois conceptions différentes du rôle du conseil général dans le dispositif de l'APA.

- Pour certains (départements B, C, G), l'APA constitue un outil d'administration du secteur de l'aide à domicile, au sens fort du terme : la version interne des plans d'aide y est très détaillée, précisant, selon les cas, les tâches à accomplir, la qualification des intervenants, l'emploi du temps ; les équipes du conseil général orientent expressément vers des services prestataires autorisés, leur envoie le contenu du plan d'aide et vont jusqu'à le négocier en direct avec le service prestataire, soit lors de la visite, soit ultérieurement. Dans ces départements, le conseil général finance, demande et contrôle les producteurs, dans des tonalités plus ou moins paternalistes, selon le niveau d'information transmis au bénéficiaire.
- Pour d'autres (département V), c'est le rôle de prescripteur qui semble dominant : dans ce cas, le plan d'aide adressé au bénéficiaire est extrêmement précis, donnant non seulement le montant de l'aide et le volume horaire total, mais aussi, les tâches à réaliser et un emploi du temps. Les agents du conseil général conseillent certes de recourir à des services prestataires, mais sans préférence particulière pour les services autorisés, et seulement pour les bénéficiaires en GIR 1 ou 2, le recours à l'emploi direct étant privilégié pour les bénéficiaires en GIR 4 entourés d'une famille "présente". Enfin, ils transmettent leur prescription aux services choisis.

- Dernier modèle, celui du conseil général financeur (département M) : le plan d'aide, servant avant tout à calculer le montant de l'aide, l'information transmise au bénéficiaire est très succincte ; une incitation financière à recourir à des services prestataires, autorisés ou non, plutôt qu'à l'emploi direct, complète le dispositif et permet de respecter le choix du bénéficiaire sur le marché de l'aide, tout en garantissant que la tâche de coordination de la prise en charge soit externalisée sur les services d'aide plutôt que sur le bénéficiaire lui-même ou son entourage.

On le voit, au-delà de simples différences d'organisation du travail ou d'applications plus ou moins « fidèles à l'esprit de la loi », les différences en matière d'instruction des demandes d'APA traduisent donc de réelles politiques départementales qui participent à une redéfinition du dispositif de l'APA.

3 Solvabilisation

Le même diagnostic peut être porté pour la solvabilisation, c'est à dire pour le calcul de la participation financière versée par le conseil général. La lecture des textes légaux et réglementaires laisse penser que la solvabilisation de la demande fait partie des prérogatives centrales, et que ses règles sont ainsi fixées de manière identique pour l'ensemble du territoire national. En effet, d'une part, le code de l'action sociale et des familles établit, par voie réglementaire, un montant maximum du plan d'aide, en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille AGGIR (Article R232-10 du CASF). D'autre part, il fixe un barème national pour la participation financière laissée à la charge du bénéficiaire, en fonction de ses ressources (Article R232-11 du CASF). Le cadre légal étant stipulé en unité monétaire, il convient cependant, une fois que les équipes médico-sociales ont établi l'éligibilité du demandeur et un plan d'aide, de convertir ce plan en euros afin de vérifier si le plan d'aide ainsi valorisé est bien inférieur au plafond légal, puis d'appliquer les règles de financement légales pour déterminer la participation financière du conseil général. Or, le cadre réglementaire fixe quelques propriétés de cette opération de conversion (article R232-9 du CASF), mais n'en contraint pas la nature profonde.

Les enquêtes de terrain révèlent l'utilisation de deux méthodes différentes. On peut convertir les heures à l'aide du prix facturé par l'intervenant : c'est la méthode utilisée par 5 des 7 conseils généraux enquêtés, lorsque le bénéficiaire recourt à une structure autorisée. Mais on peut aussi utiliser un tarif, que nous avons qualifié de prospectif, en ce qu'il est indépendant du prix facturé par l'intervenant à domicile (prestataire ou salarié) : c'est ce que font tous les conseils généraux enquêtés lorsque le bénéficiaire recourt à une structure agréée ou lorsqu'il emploie directement une aide, et deux d'entre eux en cas d'intervention d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile autorisé (départements R et B).

L'utilisation d'un tarif indépendant des prix facturés aux bénéficiaires dans le cas du recours à des services autorisés pose question. En effet, lorsque le bénéficiaire recourt à des prestataires agréés ou à l'emploi direct de salarié, l'utilisation d'un tarif prospectif relève d'une logique classique de contrôle des dépenses publiques, en cas de prestation en nature finançant des biens et services achetés auprès de producteurs libres de leur prix ; en outre, elle permet de simplifier le travail des équipes médico-sociales qui peuvent indiquer au bénéficiaire le volume d'heures solvabilisées et le montant de l'aide auxquels il a droit, sans avoir à connaître une multitude de prix. Mais ces deux motivations apparaissent peu pertinentes dans le cas des prestataires autorisés qui sont tarifés par le conseil général (voir section suivante) et en général peu nombreux.

Les entretiens conduits avec les agents des conseils généraux mettent en avant une troisième propriété du tarif prospectif : il permet que le montant des droits soit indépendant de l'intervenant choisi. C'est un avantage indéniable pour l'instruction et le suivi de l'allocation : le volume et le montant de l'aide peuvent être annoncés sans connaître l'intervenant choisi et sont insensibles aux changements de prestataires ou encore aux évolutions de salaire. Cependant, pousser l'analyse permet de faire apparaître, au delà des implications organisationnelles, l'impact du choix d'une méthode de conversion sur les propriétés assurantielles et distributives de l'APA.

Analyser, sur données départementales, les méthodes concrètes de conversion, fait tout d'abord apparaître les enjeux assurantiels de l'APA sous un jour nouveau. Le fait que les plafonds légaux soient fixés en valeur monétaire

ne pose pas seulement le problème, souvent évoqué, de la perte de pouvoir d'achat de l'APA face à l'accroissement du coût horaire dans le temps. Il pose aussi la question de l'assurance face à la variabilité des prix facturés, à un instant donné, sur un territoire. Cette variabilité induit deux risques : l'un sur le volume d'heures solvabilisées, dû à l'application des plafonds légaux, l'autre sur le niveau de la participation financière horaire, calculé comme une proportion du coût du plan d'aide. De fait, deux moments de conversion sont à distinguer. Les plafonds légaux étant fixés en valeur monétaire, la conversion est tout d'abord nécessaire pour vérifier que les besoins d'aide de la personne éligible à l'APA, tels qu'ils sont évalués par l'équipe médico-sociale, sont conformes aux plafonds, faute de quoi, il conviendra de supprimer des heures pour déterminer le plan d'aide APA (opération de "valorisation du besoin d'aide" – risque "volume"). La conversion est à nouveau nécessaire pour calculer la participation que verse le conseil général pour le financement d'une heure d'aide accordée (opération de "solvabilisation du plan d'aide" – risque "financement horaire"). Il apparaît que les conseils généraux enquêtés utilisent systématiquement la même méthode de conversion pour la valorisation et pour la solvabilisation ce qui conduit à un nombre de schémas assurantiels réduit. Utiliser le prix facturé pour "valoriser" le besoin d'aide et "solvabiliser" le plan d'aide revient à faire supporter au bénéficiaire l'intégralité du risque en volume et une partie du risque "financement horaire", au prorata de son ticket modérateur : plus le prestataire auquel il s'adresse est cher, plus vite le plafond est atteint, et plus sa participation financière par heure est élevée. A contrario, utiliser un tarif prospectif permet d'assurer le bénéficiaire contre le risque "volume" et de faire assurer le conseil général par le bénéficiaire, pour le risque "financement horaire", sauf en cas d'aide publique complémentaire pour le financement du différentiel entre le prix facturé et le tarif de solvabilisation. De fait, dans les deux départements qui utilisent systématiquement un tarif prospectif, des financements complémentaires ont été mis en place pour les bénéficiaires qui recourent à des prestataires autorisés. La forme de ces financements permet que ces bénéficiaires soient intégralement assurés contre les deux composantes du risque liés à la variabilité des prix facturés : quel que soit le prestataire autorisé auquel il s'adresse, le bénéficiaire a un même montant à déboursier pour un même nombre d'heure d'aide.

L'utilisation d'un tarif de solvabilisation prospectif a une deuxième conséquence majeure : elle modifie le caractère redistributif du financement public de l'aide à domicile. En effet, fixer le niveau du tarif prospectif de solvabilisation revient à fixer la part du coût effectif du plan d'aide qui est financée selon les règles fixées par la loi, et, du même coup, celle qui leur échappe. Ainsi, en l'absence de financement complémentaire facultatif, comme c'est le cas, systématiquement, pour les bénéficiaires qui recourent à des prestataires agréés ou à des salariés, plus le tarif de solvabilisation est bas, plus le ticket modérateur effectif s'éloigne du ticket modérateur légal, et moins l'APA redistribue de la collectivité vers les personnes dépendantes dans leur ensemble. En présence de financements complémentaires, le niveau du tarif de solvabilisation prospectif ouvre un espace plus ou moins large au conseil général, pour peser sur l'impact redistributif, non plus de l'APA seulement, mais du financement public dans son ensemble : le ticket modérateur effectif est alors une moyenne pondérée du ticket modérateur légal et de celui choisi par le conseil général pour le financement complémentaire. Sur les deux terrains d'enquête où de tels financements existent, la participation demandée sur le complément est forfaitaire, ce qui réduit la redistribution entre personnes dépendantes en fonction du revenu. Le niveau de participation complémentaire demandé, nulle dans un cas, d'un peu plus d'un euro dans l'autre, règle, pour sa part, l'ampleur de la redistribution de la collectivité, vers les personnes dépendantes dans leur ensemble.

Le choix du taux de conversion des heures d'aide en euros, dans la mise en œuvre de l'APA, choix confié, ou laissé, aux conseils généraux constitue donc un choix majeur qui leur permet de faire, ou non, de l'APA un dispositif d'assurance face à la variabilité du coût de la dépendance au sens plein du terme et d'en faire une prestation publique plus ou moins redistributive.

4 Tarification

L'analyse des pratiques de solvabilisation souligne la nécessité d'inclure la tarification des services d'aide à domicile dans le champ de l'analyse, puisque, dans les départements les plus interventionnistes (voir section 2), le

choix des méthodes de conversion ne prend tout son sens, qu'en fonction du niveau des tarifs arrêtés pour les services autorisés et de leur variabilité. Pour autant, bien que les conseils généraux soient l'autorité tarifcatrice pour les services d'aide à domicile, le CASF leur impose une démarche de comptabilité analytique prévisionnelle individualisée, qui revient à calculer, pour chaque structure, le niveau de financement nécessaire pour couvrir ses charges de production et rendre son activité viable économiquement. Il inscrit donc très nettement la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans une optique de régulation de l'offre.

Si le CASF laisse d'importantes marges de manœuvre aux conseils généraux, c'est essentiellement dans le choix des dépenses de production jugées légitimes qui seront intégrées dans le calcul du coût de revient des SAAD. L'observation et la comparaison des pratiques des tarifcateurs dans les différents départements étudiés montre que les conseils généraux s'en saisissent effectivement, en élaborant des normes, qui varient d'un département à l'autre, mais concernent les trois mêmes points du processus de production : l'affectation des charges de structure, les frais de personnel – à travers la structure de qualification de la main d'œuvre et le calcul des heures d'intervention effectives par équivalent temps plein – et les frais de transports. Sur tous les terrains d'enquête, tarifier consiste, in fine, à calculer un coût de revient théorique, en imbriquant, d'une part, des données prévisionnelles proposées par les services tarifés eux-mêmes et, d'autre part, des normes de « bonnes pratiques de production », touchant aussi bien au poids relatif des frais de structures, des tâches de direction et de gestion, et des tâches d'encadrement dans le coût de production, qu'à l'organisation du temps de travail des intervenants. A première vue, si la loi semble donc bien garantir une même démarche de tarification sur tout le territoire, la tarification n'en apparaît pas moins comme un outil réellement décentralisé de normalisation des processus de production des SAAD, qui repose sur l'incitation budgétaire : il ne s'agit pas de contrôler directement l'organisation du travail, mais bien d'inciter les services à s'en rapprocher, sous peine d'être en déficit.

Dans un tel dispositif, l'efficacité de l'incitation repose de manière cruciale sur les conditions de reprise des déficits par le conseil général qui peut intégrer, dans le tarif, le coût des déficits subis deux années auparavant. De fait, les modalités de reprise des déficits ne sont pas identiques sur l'ensemble des terrains d'enquête et permettent d'isoler deux conceptions différentes de l'outil "tarification" parmi les conseils généraux enquêtés : dans certains départements, le déficit n'est repris qu'à la condition que les normes de production utilisées pour la tarification soit effectivement respectées par le service d'aide ; dans d'autres (départements M et V), la reprise du déficit est aussi conditionnée, mais à la valeur du tarif cette fois : les éventuels déficits ne sont jamais repris pour les structures dont le tarif est supérieur à un tarif de référence fixé par le conseil général. Ces deux méthodes reviennent à donner la préséance au respect des normes de production sur le respect des objectifs financiers, ou l'inverse. Il apparaît ainsi que certains conseils généraux font de la tarification un moyen d'incitation budgétaire pour instaurer des normes de production dans les services d'aide, tandis que d'autres en font un outil de maîtrise des coûts, la normalisation des processus de production constituant alors non pas un objectif en soi, mais un moyen de contrôler les prix facturés et les dépenses du conseil général.

La consultation des dossiers de tarification, dans les différents terrains d'enquête, permet aussi de souligner que l'impact des règles de tarification dépend largement de leur mise en œuvre concrète par les tarifcateurs : les pratiques des tarifcateurs dans l'application des normes théoriques, peuvent en effet conduire à les redéfinir, transformant, par exemple, une norme portant sur le taux de qualification des intervenants en une incitation portant non plus sur le taux lui-même, mais sur son évolution dans le temps. Dans la pratique, certains points de tarification, a priori normés, se transforment même en un espace de négociation entre services tarifés et tarifcateurs. Trois éléments majeurs du coût de production apparaissent ainsi peu encadrés, dans la pratique, et ce, sur l'ensemble des terrains d'enquête : d'une part, la qualification des personnels d'intervention et le nombre d'heures d'intervention au domicile par équivalent temps plein, parce que les normes explicites dont ils font l'objet dans les référentiels de tarification sont appliquées avec une grande souplesse, d'autre part le nombre de kilomètres parcourus par le personnel d'intervention, qui ne fait l'objet d'aucune norme.

Le caractère systématique de cette constatation, sur l'ensemble des terrains, amène à rechercher des explications structurelles. L'analyse des entretiens réalisés avec les personnels des services de tarification et les personnels de direction des services d'aide permet de suggérer deux pistes d'explication. La première tient au manque de légitimité politique des tarificateurs à intervenir sur les composantes du processus de production qui touchent à la qualité des prestations et à celle des emplois dans le secteur. L'organisation des pouvoirs publics conduit en effet à ne pas trancher l'arbitrage entre les différents objectifs politiques touchant la régulation du secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes : les coûts de revient des services d'aide à domicile sont en effet indissociables de la qualité des prestations fournies et de celle des emplois dans le secteur. Les conseils généraux se trouvent garants des deux premiers, mais leur organisation interne les confie à des services distincts et cloisonnés, notamment parce qu'ils interviennent à des échelles différentes : échelle du bénéficiaire pour les évaluateurs responsables de l'élaboration des plans d'aide APA, échelle du département pour les services de tarification. La mise en place d'une organisation différente qui permette l'articulation entre ces deux missions des conseils généraux, si tant est qu'elle soit possible, ne suffirait probablement pas à garantir le pouvoir normatif et incitatif de l'outil de tarification. En effet, en matière de qualité de l'emploi, la commande politique revient en grande partie à d'autres échelons des pouvoirs publics : le pouvoir central, qui a pour objectifs explicites d'accroître l'emploi dans les services de proximité et d'améliorer la formation et la qualification dans le secteur de l'aide à domicile et, dans une moindre mesure, les pouvoirs municipaux, qui ont la main sur les stratégies de recrutement dans les CCAS et l'affectation de postes de fonctionnaire territorial.

La deuxième piste d'explication renvoie au principe même de la tarification médico-sociale. En effet, la logique de comptabilité analytique prévisionnelle, imposée par la loi, suppose d'élaborer des normes de production a priori. Or, les nombreuses informations transmises par les services d'aide tarifés à leurs tarificateurs, ne peuvent être utilisées directement pour asseoir des normes : d'une part, le mécanisme actuel n'incite pas les services d'aide à révéler leurs véritables coûts dans les budgets prévisionnels, puisque le tarif obtenu, et donc l'aisance budgétaire du service, en dépendent ; d'autre part, les comptes administratifs renseignent bien sur les coûts de production réels, mais ne correspondent pas nécessairement à des conditions de production efficaces. Ces constats invitent donc à s'interroger, dans une perspective normative cette fois, sur la pertinence de procédures de tarification prospective alternatives, telle que celle mise en place dans le secteur hospitalier par exemple, pour garantir aux conseils généraux un pouvoir de régulation effectif.

* * *

Le matériau recueilli pour cette recherche s'avère particulièrement touffu. Les analyses conduites ont essentiellement permis de gagner en parcimonie, c'est à dire de trier l'information pour faire émerger plusieurs points autour desquels peut s'organiser la description raisonnée de l'action des conseils généraux en direction des personnes âgées dépendantes à domicile. L'objectif de cette recherche n'est ni de juger des avantages et inconvénients de la décentralisation actuelle des politiques en direction des personnes âgées, ni de juger des pratiques des conseils généraux, de leur respect de la loi, ou même de leur efficacité, mais bien de comprendre le fonctionnement concret de la décentralisation. Dans cette perspective, l'analyse du matériau recueilli permet de souligner l'existence d'un décalage entre la décentralisation telle qu'on peut se la représenter à la lecture des textes "centraux", et la décentralisation effective telle qu'on la voit fonctionner à l'échelle des départements. Ce sont ainsi les conseils généraux, dans la diversité de leurs contraintes et de leurs objectifs politiques, qui définissent l'acceptation du terme "médico-social" dans le cadre de l'APA, qui délimitent l'étendu de leur rôle, de simple financeur à véritable tutelle du secteur médico-social, qui déterminent la nature plus ou moins assurantielle des financements de l'aide à domicile par l'APA, face au risque qu'induit la variabilité du prix et du coût de production d'une heure d'aide et l'intensité redistributive de l'APA. A l'inverse, alors qu'ils sont chargés, par la loi, de réguler les coûts de production d'une partie des services d'aide à domicile (les services autorisés), leur pouvoir effectif de régulation butte sur les compétences dévolues, aux autres échelons de pouvoirs publics (municipalités et services déconcentrés de l'état central) en matière de développement de l'emploi et de qualification des services.

Afin de saisir les enjeux propres à chacun des outils de régulation publique, les analyses ont été conduites de manière isolée pour chacun d'entre eux : l'évaluation de l'éligibilité, la solvabilisation des bénéficiaires et la tarification des producteurs. Ce faisant, plusieurs points d'articulation entre les trois dimensions de l'action publique émergent et montrent la nécessité de compléter l'approche dissociée retenue ici par une approche transversale pour restituer la logique d'ensemble de chaque terrain d'enquête, et construire des comportements-types de conseils généraux.

- A. Gramain (CES, Université Paris 1)
- S. Billaud (CMH, Chaire ENS-EHESP-CNSA "Décision pour autrui")
- C. Bourreau-Dubois (BETA, Université de Lorraine)
- H. Lim (BETA, Université de Lorraine)
- F. Weber (CMH, Ecole normale supérieure)
- J. Xing (CMH, Ecole des Hautes études en sciences sociales)