

BETA, CMH, CES

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques

Responsables scientifiques :

Agnès Gramain et Florence Weber

Convention DREES-CNRS: **52346**

Introduction

La loi du 13 août 2004, dans son article 56, reconnaît aux conseils généraux un rôle de "chef de file"¹ 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 bornée². En effet, tout d'abord, la politique départementale doit s'insérer dans un cadre légal spécifique, fixé au plan national : les allocations qui permettent de solvabiliser la demande (type Allocation personnalisée d'autonomie) et les procédures d'organisation de l'offre (procédure de conventionnement des établissements et services d'aide aux personnes dépendantes) sont ainsi fixées par la loi. Ensuite, les financements publics en direction des personnes dépendantes âgées relèvent essentiellement de la solidarité nationale et ont été fortement recentralisés par la création de la CNSA : la caisse décide en effet de l'affectation aux préfets et aux conseils généraux d'environ 10 milliard d'euros annuels³, soit plus de la moitié des dépenses versées par les pouvoirs publics aux personnes dépendantes. Enfin, les départements doivent tenir compte des compétences confiées par la loi à d'autres échelons des pouvoirs publics (Etat central déconcentré, régions, communes), ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale (article L121-1 du code de l'action sociale et des familles). 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.

Avant de s'engager dans une démarche de mesure standardisée et systématique sur l'ensemble du territoire national, il nous a semblé nécessaire de mieux comprendre les enjeux attachés à la diversité d'action des conseils généraux dans le champ de l'aide à domicile. C'est dans cette perspective que nous avons engagé une enquête ethnographique dans plusieurs départements français. Le premier chapitre de ce rapport précise les raisons de ce choix méthodologique, décrit la démarche d'enquête mise en œuvre et apporte quelques éléments de cadrage permettant de situer les différents terrains d'enquête.

Les travaux antérieurs des membres de l'équipe concernant les aidants mobilisés auprès des

¹ Au sens de l'article 72 de la constitution, on entend par "chef de file" la collectivité territoriale ayant le pouvoir d'organiser les modalités de l'action commune des différentes composantes de pouvoirs publics.

² Lafore Robert, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du 'département providence' », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2004-4, p. 17-34.

³ Pour mémoire, on estime à environ 20 milliards des dépenses publiques qui bénéficient spécifiquement ou presque exclusivement aux personnes âgées dépendantes (Gramain Agnès & Wittwer Jérôme, « Prise en charge des personnes âgées dépendantes : quels enjeux économiques ? », in *La dépendance des personnes âgées : quelles réformes ? Regards sur l'actualité*, La Documentation française, n° 366, 2010, p. 46-60). Cependant, ce chiffre inclut les dépenses hospitalières et les dépenses en soins de ville qui bénéficient à des personnes âgées dépendantes, ainsi que des exonérations de cotisations sociales, dépenses dont l'ampleur échappe en grande partie aux pouvoirs publics.

personnes âgées dépendantes, membres de l'entourage familial et professionnels, ainsi que deux enquêtes exploratoires menées auprès de conseils généraux nous avaient conduit à articuler nos enquêtes autour de trois thématiques, correspondant à trois dimensions de l'action publique confiée aux conseils généraux : l'application des critères d'éligibilité de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), le calcul de l'aide versée par les pouvoirs publics et de la participation financière demandée aux bénéficiaires de l'APA, et la régulation des services d'aide et d'accompagnement à domicile (autorisation et tarification). Ces trois thématiques ont organisé le recueil du matériau et l'analyse, et se retrouvent dans le plan de ce rapport.

Pour autant, le premier résultat que notre démarche empirique a fait apparaître est certainement la diversité d'organisation interne des services des conseils généraux. Cette diversité a émergé comme difficulté d'enquête. En effet, l'ampleur du travail de terrain qui nourrit cette recherche supposait que plusieurs enquêtes soient conduites en parallèle par les différents membres de l'équipe ; mais pour assurer que l'analyse du matériau recueilli tire bien parti de la comparaison entre les terrains d'enquête, chaque chercheur a été chargé plus particulièrement d'une thématique, ce qui supposait donc un échange d'information particulièrement important dans l'équipe. Cette organisation du travail a rapidement révélé la difficulté à se comprendre, chacun d'entre nous réfléchissant à partir d'une représentation de ce qu'est un conseil général construite sur un cas unique : son propre terrain d'enquête. La mise en commun des observations de terrain a donc nécessité une mise à plat de l'organisation des services en charge des personnes âgées et une explicitation des principales caractéristiques de cette organisation. L'analyse comparée des organigrammes effectifs de chacun des sept conseils généraux enquêtés fait l'objet du deuxième chapitre du rapport : elle permet de faire apparaître quelques indicateurs clefs pour décrire le contexte organisationnel dans lequel les agents des conseils généraux travaillent, et, ce faisant, de lire les différentes modalités choisies par les conseils généraux pour répondre, en termes de structuration du travail, aux caractéristiques des missions que leur confie la loi et aux contraintes qui en découlent.

Les organigrammes des services en charge de l'action sociale, dans les conseils généraux, fait immédiatement apparaître le rôle spécifique de la mission de contrôle de l'éligibilité à l'APA, qui fait l'objet du chapitre 3. Si la spécificité des équipes médico-sociales saute aux yeux, sur le papier, c'est avant tout par la différence qui existe entre le champ des politiques gérontologiques et celui des politiques du handicap, souvent partiellement, voire totalement, réunis dans les services des conseils généraux enquêtés : en effet, dans le champ des politiques du handicap, cette mission est confiée aujourd'hui aux Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Pour autant, qu'elles évaluent, gèrent des cas individuels, prescrivent des actions, les équipes médico-sociales exercent un métier qui n'a rien d'exceptionnel dans l'univers des conseils généraux : leurs compétences professionnelles et leur métier sont au cœur de l'action sociale. Ce que montre l'observation des pratiques, c'est que, se sont avant tout les conditions d'exercice de leur activité, qui font, des services chargés de contrôler l'éligibilité, des services à part. C'est donc par cet angle que nous avons choisi d'analyser cette première dimension de l'action des conseils généraux. La mission de contrôle de l'éligibilité suppose en effet que des agents du conseil général se rendent au domicile des personnes qui demandent l'allocation, pour réaliser la visite prévue par la loi. De cette contrainte particulière découle d'une part, un rapport au territoire différent de celui des autres services et, d'autre part, une exigence de productivité particulièrement prégnante : le nombre de dossiers à traiter pouvant

être très élevé dans certains conseils généraux où la population est âgée ou nombreuse, cette mission est potentiellement très couteuse en main d'œuvre pour le conseil général et l'organisation du travail devient cruciale. D'autant plus cruciale que la mission a un enjeu budgétaire majeur : en délimitant le nombre de bénéficiaires, le travail des équipes médico-sociales influe fortement sur le montant des dépenses d'APA à financer. Il ne s'agit donc pas seulement de faire vite, mais de faire vite et bien.

La tarification, deuxième dimension de l'action sociale analysée dans ce rapport, relève pour sa part d'une toute autre logique. Désigné comme autorité tarificatrice, le conseil général n'est plus ici en position d'exécutant, mais bien de régulateur officiel. Cette mission se construit à une autre échelle : celle des services d'aide à domicile, des producteurs, et non celle des bénéficiaires de l'APA, des citoyens. Enfin, situées au "siège" dans tous les départements enquêtés, les services en charge de la régulation des producteurs sont plus près du pouvoir. Pourtant, comme les "visiteurs" des équipes médico-sociales, les tarificateurs constituent, sur le terrain, un monde à part. Mais, s'ils apparaissent relativement isolés, c'est probablement cette fois-ci par leur métier : les compétences professionnelles de comptables, de contrôleur de gestion, ou encore d'analyste financier qu'ils doivent mettre en œuvre dans leur activité quotidienne sont rarement mobilisées dans les autres postes que peuvent occuper des agents territoriaux. Là encore, c'est la spécificité des agents chargés de la mise en œuvre qui a guidé le choix de l'angle d'analyse adopté pour ce chapitre : c'est donc dans le calcul même des tarifs que nous sommes entrés, pour tenter de mettre à jour les logiques qui président au mode de calcul du tarif. La tarification revêt une dimension de comptabilité analytique indéniable, mais elle s'inscrit aussi dans une perspective de régulation et de normalisation des processus de production, rarement présente en la matière. Qu'en est-il des normes de production que les conseils généraux souhaitent diffuser par cet outil ? Qu'en est-il du pouvoir réel de normalisation de cet outil décentralisé ? C'est ce qu'analyse le chapitre 4.

Le dernier chapitre thématique est consacré à la troisième dimension de l'action publique des conseils généraux en direction des personnes âgées dépendantes : la solvabilisation, c'est à dire la participation financière des deniers publics à l'achat d'heures d'aide à domicile pour les bénéficiaires de l'APA. Beaucoup plus désincarnée que les précédentes, cette mission s'est le plus souvent matérialisée sous la forme d'une simple feuille A4, indiquant, dans un tableau le montant de solvabilisation par type d'intervenant (prestataires autorisés, agréés, salariés avec ou sans l'intervention d'une association mandataire). Pour autant, à l'issue de cette recherche, et de manière imprévisible pour nous, cette dimension de la politique en direction des personnes âgées s'avère un des nœuds de la décentralisation de l'action publique. Alors qu'à la lecture des textes légaux et réglementaire, la tarification est un outil confié aux conseils généraux, tandis que la solvabilisation est organisée par l'Etat central via des plafonds et un barème de ticket modérateur, dans la pratique, il apparaît, sur le terrain, que les conseils généraux sont contraints d'organiser les modalités concrètes de cette solvabilisation, c'est à dire la conversion d'heure d'aide en euros, faute qu'elles soient fixées par la loi. Notre enquête révèle une certaine diversité dans les modalités choisies, dont le chapitre 5 analyse les différentes implications.

Comme nous l'avons mentionné, les enquêtes présentées ici constituent une sorte d'étape préliminaire, avant une recherche systématique sur l'ensemble du territoire, qui suppose de disposer d'un protocole léger et standardisé de description des pratiques de régulation à

l'échelle départementale, afin de pouvoir étendre l'enquête à tous les départements du territoire national. Conduire l'étape préliminaire à son terme nécessite donc de reprendre l'ensemble des résultats de terrains pour en extraire une liste d'indicateurs objectifs – un questionnaire – qui capturent avec précision mais parcimonie les particularités de l'action publique locale en direction des personnes âgées dépendantes à domicile dans toutes ses dimensions. C'est cet exercice particulier de synthèse de l'ensemble des résultats de terrains détaillés dans les chapitres précédent que propose le dernier chapitre du rapport. "Exercice de synthèse", car réduire les données de terrains à un nombre restreint d'indicateurs permet aussi de conduire la comparaison entre les différents terrains d'enquête, non plus terme à terme, dimension d'action publique par dimension d'action publique, mais en restituant leur combinaison, c'est à dire en faisant la cohérence propre à chaque terrain et en cherchant, derrière chaque combinaison d'indicateurs, des logiques d'ensemble qui distinguent ou rapprochent les départements enquêtés ?

Chapitre 1. Démarche empirique

Nombreux sont les textes légaux et réglementaires qui précisent l'organisation générale de la régulation du secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes et la répartition théorique des prérogatives entre le pouvoir central et les collectivités territoriales. Pourtant, si l'analyse des textes réglementaires constitue une étape préalable nécessaire, pour comprendre le fonctionnement général, elle s'avère assez peu informative : elle ne dit rien en effet ni de l'espace effectif laissé aux conseils généraux, ni de la manière dont ils s'en saisissent. Analyser l'action effective des gouvernements locaux suppose donc d'observer les pratiques des administrations.

1. Le choix d'une approche ethnographique des pratiques pour analyser la décentralisation de l'action publique

Une première démarche possible consiste à partir des résultats de l'action publique (par exemple, le nombre de bénéficiaires, le nombre d'heures d'aides accordées ou encore les tarifs des services à domicile), à en mesurer la variabilité et la décomposer en deux parties : celle qui peut s'expliquer à partir des caractéristiques exogènes des départements (la ruralité, le taux de chômage, l'état de la population âgée prise en charge...), et celle qui reste inexplicable, que l'on attribuera à des différences de choix des collectivités territoriales, c'est-à-dire à leur pouvoir de décision. C'est la démarche suivie par exemple, par Baudier-Lorin et Bonnardel sur les disparités départementales en matière d'aide sociale⁴, ou par François Jeger sur les disparités départementales en matière de dépenses d'APA⁵.

Une telle démarche comporte cependant plusieurs difficultés et inconvénients. Une première difficulté tient aux données nécessaires. En effet, analyser statistiquement la variance interdépartementale suppose l'existence de bases nationales de données départementales standardisées décrivant les résultats de l'action publique. En l'état actuel, on dispose de telles informations pour les dépenses d'aide sociale, par dispositif, et pour le nombre de bénéficiaires. Mais aucune base de données ne décrit, à l'échelle départementale, de manière assez précise et harmonisée, ni les offreurs de services à domicile (nombre de structures autorisées, nombre de structures agréées, nombre de salariés de particuliers), ni leur production (volume d'activité de chaque type de producteur, nombre de personnes âgées aidées), ni son financement (nombre d'heures non seulement accordées mais financées dans le cadre de l'APA, proportion des heures achetées en dehors, éventail des tarifs et prix horaires, coût moyen de l'heure). Ce type de

⁴ Baudier-Lorin Claire & Bonnardel Christine, « Les disparités départementales en matière d'aide sociale », *in* Etudes et résultats n° 269, DREES, 2003.

⁵ Jeger François, « L'Allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003 », *in* Etudes et résultats n° 372, DREES, 2005.

démarche présente en outre un inconvénient, sur le plan conceptuel. Elle repose en effet sur une approche résiduelle de la diversité des politiques départementales : le pouvoir départemental n'est saisi que par les différences inter-départementales qu'il provoque. Or, un processus de décision décentralisé peut conduire à des décisions similaires : décentralisation n'est pas nécessairement disparité. Enfin, en termes analytiques, la décomposition de la variance interdépartementale de l'action publique a pour objectif de mesurer les conséquences de la décentralisation. Elle n'a donc pas vocation à éclairer comment la diversité de l'action publique se construit. Comment comprendre, au-delà de la variance du nombre de bénéficiaires de l'APA par département, comment les pratiques des agents d'un conseil général conduisent à un nombre de bénéficiaires relativement faible ou relativement élevé par rapport à la population supposée éligible ? Pourquoi l'éventail des tarifs des services autorisés se distingue d'un département à l'autre, alors même que la procédure de tarification est encadrée par une quarantaine d'articles réglementaires du CASF ? Quels mécanismes conduisent à ce que les prestataires autorisés représentent 90% des heures financées, ou seulement 10% ?

C'est pour pouvoir répondre à ces questions que nous avons choisi d'emprunter un chemin différent et complémentaire en portant notre attention sur les formes mêmes de l'intervention publique à l'échelle des départements et non sur leurs résultats. Pour cela, le recours aux enquêtes ethnographiques s'est imposé comme le plus adapté : la connaissance des actions conduites par les conseils généraux était trop parcellaire pour pouvoir envisager de produire des données standardisées, par questionnaire, qui permettent une analyse comparative statistique. Il convenait donc dans un premier temps de repérer les différents modes d'intervention des administrations territoriales, avant de pouvoir en analyser les logiques et mettre ainsi en évidence leurs caractéristiques clefs. C'est donc bien le caractère décentralisé de l'action publique dans le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes qui fait des enquêtes ethnographiques une démarche empirique pertinente à ce stade de la connaissance scientifique : saisir, dans leur diversité, les actions des conseils généraux, les logiques qui les guident, leurs mises en œuvre, leur mode de fonctionnement, empêche de définir une grille de lecture unique a priori. *A contrario*, ce même caractère décentralisé borne les résultats que l'on peut attendre d'une telle démarche empirique : il est impossible, par des monographies départementales, de restituer une image systématique de la diversité des politiques menées, de mesurer l'ampleur des disparités territoriales de l'action publique en matière d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes. La description comparative de quelques cas fouillés permet de faire émerger des éléments sur lesquels les différents terrains se distinguent, du point de vue de leurs pratiques ; l'analyse du contexte local, de la logique d'ensemble de chaque terrain, permet ensuite de donner sens à chacun des éléments distinctifs repérés. On peut ainsi au mieux témoigner de l'existence de disparités, proposer une série d'indicateurs permettant de décrire les disparités observées, et proposer quelques types de fonctionnement des acteurs locaux, sans prétendre à l'exhaustivité.

La recherche dont les résultats sont présentés ici constitue donc la première étape d'un

programme de recherche à plus long terme qui a pour objectif de modéliser les interventions des différents échelons de pouvoirs publics dans le secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes. L'objectif de cette première étape est de fournir la structure d'une base de données standardisée et l'armature de modèles micro-économiques qui permettraient d'analyser, de manière systématique, les effets de la décentralisation dans ce secteur.

Le choix d'une démarche empirique reposant sur des monographies ethnographiques pour étudier les politiques publiques décentralisées, nous a aussi conduit à faire un choix inhabituel dans les recherches portant sur les politiques publiques : celui d'anonymiser les terrains d'enquête, qui seront désigné par une lettre. C'est une décision que nous avons dû prendre pour éviter que nos recherches ne soient prises pour des « audits » ou des « inspections », opérations très fréquentes dans le domaine des politiques sociales et spécialement des politiques de la dépendance. En cours d'enquête en effet, selon les niveaux hiérarchiques auxquels nous nous adressions, nous avons eu à neutraliser les craintes (ou les espoirs) liées aux effets potentiels de nos recherches : allions-nous conseiller les pouvoirs publics pour transformer les pratiques ? Allions-nous relever les nombreuses occasions de jeu avec la légalité, et mettre en danger nos enquêtés ? Nous avons donc pris le parti d'assurer à nos interlocuteurs d'une part l'anonymat des départements, d'autre part la confidentialité de nos données vis-à-vis de leurs collègues ou supérieurs hiérarchiques.

Ces deux points (anonymat et confidentialité) sont les deux principes déontologiques majeurs de l'enquête ethnographique⁶. Il s'agit en ethnographie d'un impératif éthique (la protection des enquêtés) mais aussi scientifique (passer au-delà des discours de façade). Ces principes ne sont pas toujours acceptés, y compris par certains enquêtés, qui aimeraient voir leurs pratiques érigées en « bonnes pratiques », avec les gratifications symboliques, politiques ou plus directement matérielles attachées à ce statut de « modèle ». Pour autant, ils sont garants de l'indépendance scientifique de la recherche.

Dans le cas particulier de la recherche restituée ici, notre objet lui-même rendait l'anonymat indispensable : les relations entre les pouvoirs centraux (qui ont soutenu notre recherche financièrement) et les collectivités territoriales ne sont pas dénuées d'enjeux de pouvoir, de conflits ou d'alliances politiques, dans lesquelles nous ne souhaitons pas être pris.

Notre démarche a reçu, en règle générale, un accueil positif de nos enquêtés aux niveaux hiérarchiques les moins élevés (notre recherche représentait une « reconnaissance » de leur travail et de leurs compétences), même si une certaine déception a pu se faire jour aux niveaux hiérarchiques supérieurs.

⁶ Béliard Aude & Eideliman Jean-Sébastien, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », in Bensa Alban & Fassin Didier (dir.), *Politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2008, p. 123-141.

Ce choix de l'anonymat a trois conséquences :

- nous avons dû arrondir les résultats statistiques et standardiser les dénominations de services et de postes pour empêcher une levée d'anonymat trop facile ;
- les documents recueillis et les fiches d'exploitation des données (voir ci-dessous) ne figurent pas dans ce rapport, parce qu'ils comportent un risque de levée de l'anonymat. Nous fournirons dans un deuxième temps une annexe confidentielle à des fins de contrôle scientifique de notre travail.
- parce que nous souhaitons la mise en ligne rapide de ce rapport (dès son évaluation), l'anonymat des résultats a été soigneusement respecté dès cette première étape de la rédaction, même s'il ne s'agit pas d'une publication au sens stricte.

2. Choix des sept terrains d'enquête

Même s'il est clair qu'aussi judicieux que soit le choix des terrains d'enquête, les résultats obtenus seront toujours partiels, leur richesse dépend bien sûr des caractéristiques des départements observés et comparés. Une première phase exploratoire, conduite dans deux départements (V et R), avec des groupes d'étudiants, nous avait donné une première idée de la difficulté de l'entreprise. Le projet de recherche présenté prévoyait initialement la réalisation de huit monographies départementales. In fine, le nombre de terrains d'enquête analysés dans ce rapport s'élève à sept : les financements obtenus ont conduit à revoir le nombre de terrains d'enquête à la baisse (4 terrains), mais des opportunités se sont présentées, que nous avons choisi de saisir, même si elles ne permettaient de réaliser que des monographies partielles.

Les sept départements étudiés ne sont en rien représentatifs de l'ensemble des départements français, même s'ils sont dispersés aux quatre coins du territoire. En revanche, ils ont été choisis pour leur diversité *a priori* en matière d'action sociale pour les personnes âgées dépendantes⁷, que l'on peut caractériser à partir de quatre principaux indicateurs : le montant de la dépense brute d'aide sociale par habitant, le nombre de bénéficiaires de l'APA à sa mise en place, le poids des dépenses d'APA dans la dépense d'aide sociale et la proportion de bénéficiaires résidant en institution (tableau 1).

Le département B fait figure de département "dans la moyenne", sur tous les plans. La population elle-même ne se distingue pas de la population nationale, ni pour ce qui est de la proportion des personnes âgées, ni pour ce qui est de la proportion de ménages imposés. Le profil des dépenses sociales est lui aussi voisin des moyennes nationales, aussi bien pour ce qui est du montant de la dépense brute d'aide sociale par habitant, que de la structure de la

⁷ Mansuy Michèle, « Intervention sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : regards croisés entre la France et la Loire-Atlantique », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2011-4, p. 56-87 ; Guenguant Alain & Gilbert Guy, *Une contribution à l'évaluation des politiques décentralisées et des dispositifs nationaux de péréquation*, Rapport DREES, 2012 ; Jeger François, *ibid.*

dépense (part des dépenses d'APA dans les dépenses d'aide sociale obligatoire et répartition des bénéficiaires entre domicile et institution). Enfin, les taux de bénéficiaires dans la population, qu'il s'agisse des bénéficiaires de l'APA ou de ceux du RMI, sont eux aussi proches des valeurs nationales moyennes. L'action sociale de ce département n'apparaît donc, à première vue, ni particulièrement généreuse, ni particulièrement biaisée en faveur de la population âgée, même si on peut noter qu'en 2003, peu après l'instauration de l'APA, le taux de bénéficiaires de l'APA était un peu plus élevé que la moyenne nationale, si l'on corrige les effets de structure de la population départementale : (14% de plus).

Le département N est lui aussi dans la moyenne, pour ce qui est de la dépense d'aide sociale par habitant. Cependant, le poids des dépenses d'APA dans la dépense totale d'aide sociale est un peu supérieur aux moyennes nationales alors même que la population âgée y est relativement peu importante. De fait, des sept départements d'enquête, c'est là que le taux de bénéficiaires de l'APA pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus était le plus élevé en 2003 : le taux brut était de 12% supérieur aux moyennes nationales, et même de 25%, en neutralisant les effets (plutôt à la baisse) de la structure sociodémographique.

Trois départements ont des dépenses d'aide sociale par habitant parmi les plus faibles de France (environ 15% de moins que la moyenne). Ces faibles dépenses d'aide sociale recouvrent cependant des réalités très différentes. Dans le département C, non seulement la dépense d'aide sociale par habitant est faible, mais les dépenses d'APA y pèsent peu, ce qui peut s'expliquer par un choix très marqué de privilégier la prise en charge des personnes âgées dépendantes en hébergement collectif : ainsi seuls 40% des bénéficiaires de l'APA vivent en domicile ordinaire et le taux d'équipement en places d'hébergement est très élevé par rapport aux moyennes nationales. Dans le département R, le même choix a été fait : la répartition résidentielle des bénéficiaires de l'APA et le taux d'équipement y sont comparables à ceux du département C. Cependant, le poids des dépenses d'APA dans les dépenses d'aide sociale y est plus élevé : de 2 points par rapport à la moyenne nationale et de plus de 3,5 points par rapport au département C. Ces deux départements sont pourtant très similaires en termes de population : les proportions de personnes âgées de plus de 75 ans sont proches, de même que les niveaux moyens de ticket modérateur des bénéficiaires de l'APA à domicile ou encore les proportions de ménages imposés. En revanche, on note dans le département R un taux de bénéficiaires du RMI sensiblement plus bas et, à l'inverse, un taux de bénéficiaires de l'APA en 2003 plus élevé que la moyenne, même à effets de structure corrigés. Le dernier département de ce groupe, le département M, présente un profil beaucoup plus classique : le poids des dépenses d'APA dans la dépense sociale n'est ni faible, comme dans le département C, ni élevé comme dans le département R ; la proportion de bénéficiaires vivant à domicile et le taux d'équipement en hébergement sont proches des moyennes nationales. En revanche, le taux de bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 75 ans ou plus y était, en 2003, particulièrement faible (inférieur d'un quart à la moyenne nationale, à effet de structures corrigé), tandis que le montant moyen des plans d'aide à domicile est le plus élevé des sept. Le fait que la part des

dépenses d'APA dans les dépenses d'aide sociale soit cependant aux alentours de la moyenne nationale, laisse penser qu'il s'agit là d'un effet qui n'est pas spécifique à la politique en direction des personnes âgées : le département M serait donc un département où la population est peu couverte par les politiques sociales mises en œuvre par le conseil général.

Les deux derniers départements se distinguent, au contraire, par le niveau élevé des dépenses d'aide sociale par habitant : elles sont supérieures à la moyenne nationale de plus de 25%. Ce sont des départements pauvres : le taux de bénéficiaires du RMI pour 100 personnes de 20 à 64 ans est très nettement supérieur au taux moyen national. Ce sont aussi les deux départements où le nombre de bénéficiaires de l'APA est le plus élevé : l'activité des services en charge de l'APA est donc importante, en volume. Cependant, là encore, les contraintes en matière d'action sociale en direction des personnes âgées dépendantes y prennent des formes très différentes. En effet, le département V est un département "jeune" (la part de la population âgée est de 20% inférieur à la moyenne nationale) : le nombre élevé de bénéficiaires de l'APA tient donc uniquement à la taille du département, et le poids de l'APA dans les dépenses d'aide sociale y est faible (moins de 15%). Dans le département G, en revanche, le nombre élevé de bénéficiaire reflète le poids des personnes âgées dans la population : les dépenses d'APA y représentent plus de 20% des dépenses d'aide sociale obligatoires.

Ces quelques données standardisées, bien que grossières et à prendre avec précaution comme l'a montré notre enquête⁸, permettent malgré tout de dresser sept profils de départements bien distincts. Elles témoignent de choix locaux différents en matière de politiques en direction des personnes âgées, dont certains ne relèvent pas uniquement du conseil général (le taux d'équipement en hébergement collectif par exemple). Cependant, elles suggèrent aussi que, en amont des choix faits par les conseils généraux en matière de mise en œuvre de la politique "dépendance", l'éventail des options qui se présentaient à eux était probablement différent, en particulier. Deux éléments apparaissent ainsi nettement, dès ce premier cadrage. Tout d'abord, les contraintes en termes d'arbitrage budgétaire entre les différentes populations-cibles des politiques dont la mise en œuvre est confiée aux conseils généraux ne se posent pas avec la même acuité dans tous les terrains : autrement dit, choisir de consacrer des montants importants au financement de la dépendance n'a pas le même coût d'opportunité d'un terrain à l'autre, n'implique pas les mêmes sacrifices pour d'autres populations pouvant prétendre à une aide de la collectivité locale. Ensuite, la charge de travail liée à l'instruction et au suivi des dispositifs en direction des personnes âgées dépendantes et des services d'aide à domicile est plus ou moins lourde d'un terrain à l'autre : les enjeux en termes d'efficacité pèsent donc plus ou moins fortement sur l'organisation du travail dans les services des conseils généraux.

L'analyse du déroulement des enquêtes et celle des matériaux recueillis, conduites dans la suite de ce rapport, permettent d'affiner la compréhension des logiques propres à chacun des

⁸ L'interprétation des informations administratives sur le montant des plans d'aide s'avère, par exemple, assez difficile à interpréter puisqu'elles correspondent aux droits ouverts et non aux droits liquidés (voir chapitre 4).

terrains d'enquête, celle de la genèse des différences observées dans la mise en œuvre des dispositifs de régulation de l'aide à domicile et de leur impact sur les populations couvertes et l'état de l'offre. Pour autant, les résultats présentés dans ce rapport doivent être pris pour ce qu'ils sont : faute d'un matériau plus systématique ce ne sont que des hypothèses, fondées sur l'analyse contextualisée de quelques cas, qui mériteront d'être testées à plus grande échelle. Elles permettent cependant de proposer un premier cadre conceptuel pour saisir les pratiques des conseils généraux et analyser le pouvoir de régulation économique que confère l'organisation politique actuelle à l'échelon départemental des pouvoirs publics.

3. Le déroulement des enquêtes

L'équipe a réalisé, au total, des enquêtes dans 8 départements (dont 7 sont exploités dans ce rapport), de 2008 à début 2012 (voir tableau 2 « Dates principales de recueil des données par département, et Figure 1 « Calendrier comparatif des enquêtes ») :

Dépt V : 2008, dans le service d'évaluation des bénéficiaires, retour en 2011-2012 dans le même service et dans le service tarification

Dépt. P : 2008, un seul enquêteur dans le service d'évaluation des bénéficiaires (sans retour ultérieur sur le terrain)

Dépt. R : 2009, dans le service de tarification des prestataires de services, retour en 2011 dans le même service

Dépt. N : 2009-2011, un enquêteur tarification et solvabilisation, un enquêteur évaluation

Dépt. M : 2011, une semaine intensive avec plusieurs enquêteurs dans tous les services concernés

Dépt. B, Dépt. C et Dépt. G : 2011, dans tous les services concernés, par un même enquêteur

Nous avons en effet enquêté de trois façons différentes :

Lors d'une première vague d'enquêtes exploratoires en 2008 et 2009 dans trois départements V, R et P, la précision de nos demandes était faible, l'enquête était collective et associait des étudiants, deux éléments qui ont rendu l'enquête particulièrement dépendante de la bonne volonté de nos enquêtés. Nous cherchions alors à préciser les contours de la politique publique en jeu (essentiellement, à distinguer politiques du handicap, avec les MDPH et les établissements médico-sociaux, et politiques de la dépendance, avec les différents services concernés des conseils généraux et les associations ou entreprises de l'aide à domicile) et à déterminer quels outils sociologiques pouvaient nous permettre de comprendre le fonctionnement des services et les effets des politiques publiques sur les bénéficiaires et sur les producteurs.

De 2009 à 2011, deux monographies départementales ont été effectuées par deux équipes d'enquêteurs, la première (Dépt. N) par un binôme dont l'un travaillait sur la tarification et la solvabilisation (dans le cadre d'un stage étudiant), l'autre sur l'évaluation ; la seconde (Dépt. M)

dans le cadre d'un stage d'une semaine en septembre 2011 associant des étudiants et prenant la forme d'une exploration concernant d'autres politiques publiques territoriales, les politiques du handicap et le RSA.

Parallèlement, tout au long de l'année 2011 et au début de 2012, deux chercheuses ont effectué 3 monographies de départements centrées sur les politiques de la dépendance (Dépt. B, C et G); elles connaissaient de plus en plus précisément les données qu'elles cherchaient et où les trouver ; elles disposaient d'alliés solides et de temps ; l'une a négocié un stage de trois mois (au service de la tarification du Conseil général de G), l'autre a effectué des enquêtes tout au long de l'année dans plusieurs services des deux Conseils généraux de C et B. Fortes de cette expérience, l'une d'elle a ensuite revisité notre premier département (V) trois ans après, et une autre enquêtrice a repris l'enquête dans notre deuxième département R. L'enquête s'est alors focalisée presque uniquement sur les services du Conseil général et les structures prestataires d'aide à domicile.

Du point de vue de nos méthodes d'enquête, nous avons progressivement compris qu'une monographie de Conseil général supposait la présence longue d'un seul enquêteur. Nous avons beaucoup appris lors des semaines intensives d'enquête avec des étudiants (trois stages organisés en V-2008, R-2009, M-2011) mais la tentative de faire coexister deux enquêteurs dans trois services du conseil général (N 2009-2011) s'est avérée un échec relatif. Nous avons ensuite confié à une seule enquêtrice le soin de mener une monographie exhaustive par département, réalisant ainsi 3 monographies (B, C, G) et complétant 2 des premiers départements enquêtés (V, R) en posant cette fois les questions qui nous étaient apparues les plus importantes au fil de notre recherche et en ayant identifié les services susceptibles d'y répondre.

Pour les comparaisons interdépartementales, nous avons retenu les 7 départements pour lesquelles nous disposions de données sur l'année 2011 (voir tableau 1) et pris en compte, lorsque c'était possible, l'histoire récente des services. Les politiques de la dépendance se caractérisent en effet par une assez forte instabilité : le cadre national évolue relativement vite, les conseils généraux réfléchissent sur leurs pratiques, utilisent abondamment cabinets d'audit et consultants et transforment leur organisation. Notre enquête a d'ailleurs été prise dans cette recherche d'informations et de conseils, impulsée par différents niveaux hiérarchiques et différents services.

4. Standardiser une enquête collective

La diversité des conditions d'enquête, rendue en partie inévitable par la charge de travail que représentent les enquêtes de terrain, constituait un écueil potentiel dans une démarche de recherche où la comparaison entre les terrains est un moteur heuristique majeur. Il était donc important de cadrer autant que possible les enquêteurs et les enquêtes, sans perdre pour autant les informations spécifiques des monographies ethnographiques que recèle le

cheminement propre à chaque terrain d'enquête. Pour ce faire, nous avons eu recours à deux outils : d'une part, une liste indicative d'interlocuteurs à rencontrer et de documents à recueillir, qui s'est précisée au fur et à mesure de l'enquête ; d'autre part nous avons découpé chaque enquête de terrain en trois thématiques, chacune d'entre elles donnant lieu au remplissage d'un questionnaire récapitulatif composé d'une cinquantaine de questions précises, pour chaque terrain.

Les trois thématiques retenues s'articulent en fait autour de la question des leviers d'action sur la dépense totale d'APA. Dans le cadre d'une allocation en nature, du type de l'APA, le montant total des dépenses pour les pouvoirs publics dépend en effet de quatre éléments :

- le nombre de personnes reconnues éligibles à la solidarité publique,
- le nombre d'heures solvabilisées par bénéficiaires
- le coût facturé par le service d'aide (ou l'employé) pour une heure d'aide à domicile,
- la part de ce coût prise en charge par la solidarité publique

Le cadre légal de l'APA confie les décisions pratiques concernant ces quatre composantes aux services et agents des conseils généraux. Mais il n'en fixe pas les modalités organisationnelles de manière très précise. Ainsi, et c'est un des résultats de nos enquêtes, les services et les agents qui mettent en œuvre ces différentes composantes de l'action publique varient d'un terrain à l'autre. En outre, ces différentes composantes de l'action publique ne sont pas indépendantes les unes des autres, et c'est un deuxième résultat de l'enquête : en particulier, l'existence de plafonds légaux, fixés en euros, conduit à ce que le nombre d'heures solvabilisées dépende du montant horaire utilisé pour valoriser les heures d'aide, montant qui dépend à la fois du coût facturé et des règles de solvabilisation. Ainsi une même composante de la décision résulte souvent de la combinaison de décisions prises par des services et des agents différents, sans forcément qu'elles soient pensées ensemble par toutes les personnes impliquées.

C'est pourquoi l'enquête n'a pas été construite à partir de ces quatre composantes qui structurent le calcul théorique, mais à partir d'un découpage proche, fondé sur les pratiques professionnelles. Trois champs d'investigation ont ainsi été isolés.

4.a. L'élaboration des plans d'aide ou l'ouverture de droits à la solidarité publique exprimés en nature

Chargés de mettre en œuvre l'allocation personnalisée d'autonomie, les conseils généraux donnent aux personnes âgées dépendantes l'accès à la solidarité publique. Cette opération se fait en deux temps. Tout d'abord, ce que nos enquêtés nomment le "girage" consiste à évaluer la situation de la personne à l'aide de la grille AGGIR et à la coter, ce qui permet de déterminer si la personne est éligible ou non à l'APA et de la placer dans une des quatre catégories d'éligibles, auxquelles sont associés des droits à des niveaux d'aide variables. La grille et les catégories (dites groupes iso-ressources) sont fixés par la loi. Cependant, l'évaluation est pratiquée par des équipes médico-sociales, selon la procédure légale, dont les membres sont des personnels du conseil général ou de structures ayant passé convention avec le conseil général. Ensuite, ces équipes médico-sociales doivent élaborer un "plan d'aide", i.e. une liste de tâches à faire faire, éligibles à un financement public par l'APA, souvent exprimées en unité de

temps. Ce plan d'aide sert de base au calcul du montant de l'aide financière qui sera effectivement accordée au bénéficiaire.

4.b. La solvabilisation de la demande d'aide à domicile des bénéficiaires de l'APA

Là encore, la loi fixe un cadre à l'action des conseils généraux. Le dispositif légal de l'allocation personnalisée d'autonomie établit en effet, d'une part, des plafonds pour le montant du plan d'aide, exprimés en euros, en fonction du GIR. D'autre part, il fixe un ticket modérateur, i.e. les clefs de répartition du financement du plan d'aide entre le bénéficiaire et les budgets publics, en fonction du niveau de ressources du bénéficiaire. Mais, ce sont les services des conseils généraux qui sont chargés d'établir les tarifs de valorisation des heures d'aide permettant de convertir les plans d'aide, d'heures en euros, et d'établir le montant accordé. Le deuxième champ d'investigation porte donc sur les pratiques de valorisation des plans d'aide et d'application des plafonds légaux, ainsi que sur leurs conséquences en matière de répartition du coût de production de l'heure d'aide entre les différents financeurs.

4.c. Tarification

Les conseils généraux sont enfin chargés de la régulation d'une partie des structures d'aide à domicile. En effet, depuis 2005, deux régimes de régulation des services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes âgées, par les pouvoirs publics, coexistent :

- le régime de l'autorisation, inscrit dans le code de l'action sociale et des familles et confié aux conseils généraux, par la loi du 2 janvier 2002;
- le régime de l'agrément, inscrit dans le code du travail et confié aux directions régionales du travail (DIRECCTE), par la loi du 26 juillet 2005 (relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale).

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui optent pour l'autorisation, doivent, selon l'article L314-7 du CASF, être tarifés par les pouvoirs publics, comme tout établissement ou service médico-social. Dans le cas des SAAD, l'autorité de tarification est le président du conseil général d'implantation, qui doit arrêter, chaque année, pour chaque structure, trois tarifs horaires selon la catégorie d'intervenant à domicile. Ce sont les modalités de cette tarification par les services des conseils généraux qui constituaient notre troisième champ d'investigation.

5. Les matériaux recueillis

Nos enquêtes dans les sept départements combinent trois types de matériaux :

- des entretiens avec les personnes en charge de l'élaboration, mais aussi de la mise en œuvre, de la politique d'aide à la prise en charge de la dépendance à l'échelle départementale. Nos principaux interlocuteurs ont donc été contactés dans les directions des conseils généraux en charge des personnes âgées (services d'instruction,

de tarification, d'évaluation de la dépendance, bureau des associations...), mais aussi, bien que moins systématiquement, dans les ARS et les DIRECCTE, les CLIC, les MDPH, et les structures d'aide à domicile elles-mêmes, toutes institutions étant à la fois des partenaires à des titres divers des Conseils généraux, mais aussi des observateurs des politiques locales ;

- des observations dans les lieux et les moments où ont lieu les interactions clés, tels que les visites à domicile dans les procédures de demande de prestations, les commissions d'aide sociale, les réunions de coordination interne, les journées d'animation du secteur, les rencontres et visites entre les agents du conseil général et les gestionnaires de structures pour la négociation des tarifs ;
- des documents et des données permettant d'objectiver le discours de nos interlocuteurs et permettant en particulier un traitement statistique (schéma gérontologique, dossiers de tarification, notifications aux bénéficiaires, données administratives sur les demandes d'APA et les facturations...).

Pour l'éligibilité des bénéficiaires et la constitution des plans d'aide

Les matériaux recueillis comportent essentiellement des entretiens avec un ou des représentants des métiers de l'éligibilité (médecins chargés de l'APA à domicile, évaluateurs chargés des visites, instructeurs chargés de la saisie des dossiers) et leur hiérarchie. Dans certains départements, des entretiens ont également été menés avec les personnes chargées de traiter les contestations de GIR et de plan d'aide, et, s'il y a lieu, avec les personnes chargées du numéro vert destiné aux bénéficiaires. Certains enquêteurs ont aussi pu suivre des visiteurs sur le terrain et assister à leurs visites chez les bénéficiaires. Du côté des documents collectés, il s'agit principalement des dossiers de demande APA remplis par les bénéficiaires, des dossiers de demande APA remplis par les agents des Conseils Généraux lors de l'instruction du dossier et de la visite (synthèse du dossier, grille AGGIR, proposition de plan d'aide), ainsi que des référentiels pour la constitution des plans d'aide (lorsqu'ils existent). Nous avons pu suivre des visites à domicile dans 5 départements (P, V et M pendant les stages de terrain, C, G), mais – pour des raisons différentes – ce fut impossible dans les départements R, N, et B.

Pour la solvabilisation

Les matériaux recueillis proviennent d'entretiens auprès des agents ou responsables des services de tarification ou de gestion des prestations et de documents transmis par ces derniers (modèle de factures adressées par les prestataires d'aide à domicile, fiches de tarifs fournies au bénéficiaires, notifications adressées aux bénéficiaires, documents internes concernant les tarifs de valorisation du plan d'aide, fichiers de simulations informatiques de plan d'aide financé...)

Pour la tarification

Les matériaux recueillis comportent essentiellement, les référentiels locaux de tarification

lorsqu'ils existent, des dossiers de demande de tarification déposés par des SAAD, les notes de traitement de ces dossiers par les tarificateurs et des entretiens avec les tarificateurs et leur hiérarchie. Dans deux départements, l'enquête a été complétée par des entretiens avec les directeurs et les comptables de certains des services d'aide et d'accompagnement à domicile tarifés par le conseil général.

Tableau 1 : Données de cadrage des sept terrains d'enquête (données arrondies)

	1 - C	2 - M	3 - N	4 - G	5 - B	6 - V	7 - R	France métrop
Dépenses d'aide sociale								
Montant de la dépense brute d'aide sociale par habitant (2008)(*)								
- en euros	<385	<385	444-464	>570	444-464	>570	<385	454
- en indice, base 100 France entière	<0,85	<0,85	0,85-1,15	>1,15	0,85-1,15	>1,15	<0,85	0,97
Part des dépenses d'action sociale dans les dépenses réelles de fonctionnement (2008)(*)	55-64%	55-64%	>64%	>64%	55-64%	>64%	55-64%	59,5%
Part des dépenses d'APA dans les dépenses d'aide sociale obligatoires, 2008 (*)	16-18%	16-18%	18%	>22%	16-18%	<15%	20%	17,7%
Montant moyen des plans d'aide APA à domicile (décembre 2011)								
- total en euros	460	540	420	500	480	?	480	489
- financement par le CG (±)	380	450	340	440	380	?	390	392
- proportion de financement public (±)	env80%	env80%	env80%	>85%	env80%		env80%	80%
Bénéficiaires de l'aide sociale								
Nombre de bénéficiaires de l'APA,								
- en milliers (décembre 2011)	20	20	15	30	30	40	15	
- En taux pour 1000 habitants de 75 ans et plus (2003) (**)	<155	<155	>185	>185	160-180	160-180	>185	170
- En indice, base 100 pour la France métropolitaine, corrigé de la structure socio-démographique (2003) (**)	85-115	<85	>115	>115	85-115	85-115	85-115	100
Part des bénéficiaires APA, résidant à domicile, 2006 (***)	40%	60%	60%	70%	60%	-	40%	-
Nombre de bénéficiaires APA résidant à domicile, en milliers (dec 2011)	8	12	10	20	20	30	5	
Taux de bénéficiaires du RMI pour 100 personnes de 20 à 64 ans, 2009 (****)	3,8-4,1%	4,1-4,9%	4,9-5,7%	5,7-9,3%	4,1-4,9%	5,7-9,3%	2,0-3,1%	4,8%
Environnement								
Taux d'équipement pour 1000 personnes de 75 ans ou plus								
- SSIAD et SPASSAD (décembre 2011)	19	18	19	17	18	25	21	19,8
- hébergements pour personnes âgées	>150	110-145	110-145	<110	110-145	110-145	>150	127,8
Part des personnes de plus de 75 ans dans la population (2006) (*)	7%-8%	7%-8%	7%-8%	>8,2%	>8,2%	<7%	7%-8%	8,2%
Part des ménages imposés sur le revenu (2005) (***)	env63%	<60%	<60%	<60%	env63%	<60%	env63%	63,4%

Sources :

(*) Finances des départements 2008, DGCL.

(**) JEGER François (2005), "l'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003", Etudes et résultats, n°372, DREES, 2005.

(***) Base ANDASS

(****) DONNE Stéphane, Isabelle SIGURET (2009), "Le nombre d'allocataires du revenu de solidarité active au 30 juin 2009" l'e-essentiel, n°90, CNAF.

Notes :

(‡) les montants indiqués ne correspondent qu'au financement du tarif de solvabilisation. Ils ne comprennent pas les subventions et compléments du tarif de solvabilisation versés par le conseil général (voir chapitre 5).

Chapitre 2. Les modes d'organisation mis en place dans les conseils généraux pour la gestion des politiques en direction des personnes âgées dépendantes

Enquêter auprès des conseils généraux confronte immédiatement à la diversité d'organisation des services, d'un conseil général à l'autre, mais aussi dans le temps pour un même conseil général : quatre sur six départements enquêtés ont modifié leur organisation des services PA depuis 2001. Cette plasticité des organigrammes s'avère informative à plusieurs titres. D'une part, elle révèle l'ampleur de l'évolution des missions confiées aux conseils généraux, depuis 2001, et l'ampleur des adaptations induites pour ces derniers. D'autre part, elle témoigne aussi de l'existence de choix propres à chaque conseil général, en particulier dans l'organisation du travail qui leur incombe.

Les missions remplies par les conseils généraux sont a priori très similaires d'un département à l'autre, puisqu'elles sont, pour l'essentiel, fixées par la loi. Ainsi, en confiant aux conseils généraux la gestion de l'APA (loi du 20 juillet 2001), l'autorité de création et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de financements décentralisés (loi du 2 janvier 2002), la coordination de l'action gérontologique (loi du 13 juillet 2004), puis en instaurant les procédures d'agrément des services d'aide à domicile pour les personnes dépendantes par les services déconcentrés de l'État (loi du 26 juillet 2005) et la participation des Agences régionales de santé à la régulation du secteur médico-social (loi HPST du 21 juillet 2009), l'État central a non seulement défini le périmètre d'action des conseils généraux, mais a en outre précisé les méthodes à mettre en œuvre. Le CASF fixe ainsi les procédures d'instruction des demandes d'APA, la composition des équipes médico-sociales, la grille d'évaluation de l'éligibilité à l'allocation (AGGIR), les méthodes d'élaboration du plan d'aide, la répartition des financements, les modalités de paiement et les règles de calcul des tarifs pour les producteurs autorisés.

Les chapitres suivants analysent la manière dont les conseils généraux, dans la pratique, s'approprient le contenu des missions qui leur sont confiées et les adaptent à leurs objectifs propres pour en faire des politiques décentralisées. Mais en amont, les observations de terrain montrent que les conseils généraux ont pensé la mise en œuvre de ces missions dans des structures différentes. Ce sont les modalités effectives de cette diversité d'organisation des services que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre, à partir des organigrammes réels, reconstitués pour cinq de nos terrains d'enquête⁹. La reconstitution des organigrammes sous des formes comparables (voir organigrammes 1-5 en annexe) permet en effet de lire les différentes modalités choisies par les conseils généraux pour répondre, en termes de structuration du travail, aux caractéristiques des missions que leur confie la loi et aux

⁹ Il n'a pas toujours été possible de reconstituer les organigrammes réels. Sur les terrains où une observation longue a permis cette reconstitution, les organigrammes officiels (disponibles dans la documentation des conseils généraux) se sont révélés assez souvent obsolètes. En conséquence, nous avons préféré réduire le nombre de terrains étudiés, afin de garantir une meilleure harmonisation des données analysées.

contraintes qui en découlent. Il apparaît ainsi que la mise en œuvre des politiques en direction des personnes âgées dépendantes vivant à domicile doit s'adapter à cinq contraintes majeures :

1. la taille de la population âgée à prendre en charge administrativement (c'est-à-dire le nombre de dossiers individuels à traiter, qui dépasse potentiellement le nombre des bénéficiaires effectifs),
2. l'exigence, dans le cadre de l'instruction des demandes d'APA, d'une visite au domicile des demandeurs pour l'élaboration du plan d'aide,
3. la multiplicité des "fonctions" à mettre en œuvre (coordination gériatrique, prescription médico-sociale, régulation économique, gestion des contentieux...) et l'exigence de coordination de certaines d'entre elles (en particulier le caractère pluridisciplinaire des évaluations, qui doivent être "médico-sociales"),
4. la diversité des échelles d'action des différentes missions (instruction et suivi des dispositifs à l'échelle des personnes, encadrement individualisé à l'échelle des producteurs, régulation du secteur à l'échelle du département).
5. l'éventail des dispositifs de politique sociale dont les conseils généraux sont en charge (personnes âgées en établissement, personnes handicapées, familles en difficulté, bénéficiaires de minima sociaux).

Pour comparer les réponses apportées face à ces différentes contraintes par les conseils généraux auprès desquels nous avons enquêté, nous avons retenu quatre caractéristiques :

- l'échelle d'activité des services en charge des politiques en direction des personnes âgées (nombre de dossiers traités et nombre d'agents mobilisés), notamment à domicile, qui nous permet d'avoir une idée globale du coût de fonctionnement relatif à la mise en place de l'APA dans les conseils généraux ;
- les découpages verticaux (lignes hiérarchiques) ;
- les découpages horizontaux (critères de distinction des groupes d'agents), qui révèlent les différences d'organisation des services face à la multiplicité des dispositifs politiques et des « fonctions » à mettre en œuvre dans les conseils généraux ;
- la déconcentration des services sur le territoire.

Encadré 1 : Standardisation des termes pour l'analyse de l'organisation des services APA dans les conseils généraux.

Pourquoi standardiser les termes

Lors de nos enquêtes de terrain, nous avons remarqué la disparité des termes indigènes utilisés dans les différents départements pour désigner les professionnels et leurs missions, ce qui pose une question à la fois pour l'analyse synthétique des différents terrains, pour l'exposition des résultats aux lecteurs, et pour l'anonymisation des départements enquêtés. C'est afin d'éviter ces problèmes que nous avons standardisé les termes appliqués dans nos analyses de l'organisation des services dans les conseils généraux.

Les termes retenus dans nos analyses

DGS : Direction Générale des Services du conseil général, située au niveau hiérarchique 1 dans l'organigramme des conseils généraux.

DGA Solidarité : Direction Générale Adjointe chargée de la Solidarité, située au niveau hiérarchique 2 dans l'organigramme des conseils généraux.

Service PA : ensemble des services chargés, au moins en partie, de missions en faveur des personnes âgées.

Service APA : ensemble des services chargés, au moins en partie, de missions concernant l'APA.

Unité territoriale : service déconcentré du conseil général (par opposition aux services situés au siège).

Pilotage : service qui s'occupe de missions de développement politique des services, de la programmation, du schéma départemental thématique, etc.

Régulation des producteurs : service qui est en charge de la régulation des producteurs. Dans le champ de l'aide aux personnes âgées, ce service est chargé de la tarification et de l'autorisation des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.

Gestion des prestations : service ayant pour mission la gestion administrative des prestations, qui comprend deux missions majeures : l'instruction et la facturation.

Évaluation : service qui s'occupe de l'évaluation des GIR et de l'élaboration des plans d'aide dans le cadre de l'APA.

Visiteurs : agents faisant partie de l'équipe médico-sociale, chargés des visites chez les personnes âgées dans le cadre de la mission d'évaluation.

Spécialisation par métiers : organisation des services en fonction de savoir-faire spécifiques (techniques), institutionnalisés par le diplôme et le titre. Par exemple, le médecin, le comptable ou le tarificateur.

1. Coût de fonctionnement des services APA

D'un point de vue économique, la question de l'évaluation du coût de fonctionnement des

services APA se pose assez naturellement. Il s'agit d'une question sur laquelle peu d'études ont été menées. Pourtant, il s'agit d'un vrai problème pour les conseils généraux. Au moins deux de nos sept départements (les départements B et G) ont ainsi eu recours à des cabinets d'expertise dans le but d'améliorer la maîtrise du coût de fonctionnement de leurs services APA. Les données collectées ne nous permettent pas de calculer le coût réel de fonctionnement des services APA dans les départements enquêtés. Cependant, parce que la masse salariale représente une grande partie de ce coût, les services APA impliquant principalement la mobilisation de visiteurs et d'agents chargés de la gestion des dossiers, on peut estimer que le nombre d'agents affectés à ce service fournit un indicateur acceptable de ce coût. Dans une perspective comparative, le nombre d'agents ne peut être utilisé seul, le nombre de bénéficiaires APA variant beaucoup selon les départements. C'est donc le ratio de bénéficiaires par agent chargé de l'APA que nous utilisons dans la suite de l'analyse¹⁰. Un tel ratio peut être utilisé pour mesurer la plus ou moins grande capacité des conseils généraux à contrôler leurs coûts : un ratio faible serait le signe d'un coût unitaire élevé.

Tableau 3 : Nombre de bénéficiaires de l'APA et agents chargés du traitement des demandes au sein de cinq conseils généraux

Département	B	C	G	M	V
Nombre total de bénéficiaires APA	31 600	20500	28 000	19000	44000
Nombre de bénéficiaires APA à domicile	20 000	8000	20 000	12500	27700
Nombre de chefs de service chargés au moins en partie des missions PA	16	11	15	13	28
Nombre d'agents chargés des missions PA	90	88	107	74	/*
Nombre de visiteurs à domicile	40	23	65	36	34
Ratio nb total de bénéficiaires APA /nb d'agents	351	233	262	257	/
Ratio nb de bénéficiaires APA à domicile / nb de visiteurs	500	348	308	347	815

Source du nombre de bénéficiaires APA/ APA à domicile : <http://apaenquete.sante.gouv.fr>,
Données au 31 décembre 2011.

* Nous n'avons pas pu calculer le nombre d'agents chargés des missions PA pour le département V, puisque tous les agents des services PAPH sont en charge à la fois des missions PA et PH (sauf les visiteurs à domicile qui relèvent, par défaut, uniquement du service PA).

La comparaison de ce type d'indicateur dans 5 des 7 départements de l'étude (voir tableau 3) montre que, d'un conseil général à l'autre, le ratio du nombre de bénéficiaires par rapport au

¹⁰ Nous n'avons pas pu trouver un ratio tenable pour le taux d'encadrement, puisque dans plusieurs départements, les chefs de services sont en charge à la fois des missions PA et PH.

nombre d'agents chargés de mission PA, comme le ratio du nombre de bénéficiaires par rapport au nombre de visiteurs APA à domicile, varie beaucoup. Cela étant, l'interprétation de ce type de ratio reste extrêmement délicate. En effet, une même valeur peut refléter des réalités organisationnelles et productives très différentes. Ainsi, un nombre élevé de bénéficiaires par agent peut être le signe d'une organisation efficace du travail et ou d'une productivité élevée des agents du service (Hyp 1). Cependant, cela pourrait aussi être le signe d'une organisation du travail tendue conduisant à augmenter la charge de travail des agents, au prix d'une dégradation de la qualité du service rendu aux personnes âgées (Hyp 2). Au total, en l'absence d'éléments d'information sur la qualité du service, on ne peut pas interpréter ces ratios de manière univoque.

Hypothèse 1 : Il y a une variabilité dans la productivité des agents des conseils généraux différents, ou bien une organisation qui dégage des économies d'échelle en termes de charge de travail, ce qui explique un ratio plus ou moins élevé selon les conseils généraux. Dans un département où les agents chargés d'APA sont plus productifs, le nombre de cas traités par agent peut être plus élevé que dans un autre département où les agents sont moins productifs. Dans la même veine, si l'organisation du travail au sein des agents chargés d'APA est telle qu'elle dégage des économies d'échelle, le nombre de cas d'APA traités par agent pourrait être plus élevé que dans un autre département avec une différence d'organisation de travail. Par exemple, les tâches répétitives et non techniques comme la saisie des données pourraient être confiées à un agent dédié et cela diminuera le travail des agents plus spécialisés qui pourrait ensuite s'occuper de plus de cas.

Hypothèse 2 : Il y a une variabilité dans les conditions de travail des agents dans les conseils généraux différents, ou bien une variabilité dans la qualité d'output des agents. Pour un niveau de productivité et une organisation donnée, un ratio plus élevé (du nombre de bénéficiaires au nombre d'agents) pourrait entraîner une dégradation des conditions de travail des agents qui se trouvent surchargés des dossiers à traiter, et une dégradation de la qualité de l'output (par exemple, le temps consacré à l'évaluation de chaque dossier).

Ces indicateurs sont donc trop sommaires pour que l'on puisse y lire des stratégies de recherche d'efficacité productive (maîtrise des coûts à qualité donnée) ou de maîtrise comptable des coûts, au prix de la qualité du service ou des conditions de travail. Ils sont malgré tout importants à garder en tête pour saisir la diversité des conditions de travail des services d'évaluation et d'instruction.

2. L'organisation hiérarchique des services APA au siège

2.a. Une organisation plus ou moins hiérarchisée

Dans tous les départements enquêtés, les services sont organisés de manière plus ou moins

hiérarchisée, et le nombre de niveaux hiérarchiques pour aller du directeur général des services du conseil général jusqu'aux agents des services PA varie. Ainsi, deux départements sur cinq comptent cinq niveaux hiérarchiques (départements C et M), deux autres en comptent six (départements B et G), et le dernier en compte sept (département V). Le découpage hiérarchique décroissant permettant d'arriver du DGS aux agents des services PA est généralement le suivant :

- directeur général des services du conseil général
- directeur adjoint chargé de la solidarité
- directeur PAPH
- directeur adjoint PAPH
- chefs de services PA/PAPH de niveau supérieur
- chefs de services PA/PAPH de niveau inférieur
- agents des services.

Certains niveaux de cet ordre type hiérarchique n'existent pas dans tous les départements. Par exemple, les départements B et C n'ont pas de directeur adjoint PAPH qui tient un rôle hiérarchique. Le département M, quant à lui, n'a pas de directeur adjoint général chargé de la solidarité. Dans ce département, les directeurs chargés des missions PAPH, des missions enfance-famille et des missions d'insertion sont directement rattachés au directeur général des services du CG. Dans le département C, on remarque que tous les chefs de service PAPH sont situés sur un seul niveau. Enfin, dans le département G, on trouve au niveau 3 de la hiérarchie deux adjoints au directeur général adjoint chargé de la solidarité : l'un s'occupe du développement social, l'autre est en charge des services enfance-famille, PA et PH. Dans ce département, c'est au niveau immédiatement inférieur, c'est-à-dire au niveau 4, que les services PA et PH sont séparés. On trouve donc dans le département G quatre niveaux hiérarchiques pour aller du directeur général adjoint chargé de la solidarité aux chefs des services PA (DGA chargé de la solidarité, adjoint du DGA chargé de la solidarité, directeur des services PA, chefs des services PA).

Tableau 4 : organisation hiérarchique dans les cinq départements enquêtés

Département	B	C	G	M	V
Nombre de niveaux hiérarchiques du DGS aux agents des services PA	6	5	6	5	7
Niveau hiérarchique des chefs des services chargés des missions APA	4 et 5	4	5- et 5	4- ,4 et 5-	5, 6, 6.5

2.b. La circulation d'information entre les différentes hiérarchies

L'organisation plus ou moins hiérarchique des services PA pose des questions quant au

fonctionnement administratif des services en charge des missions PA dans les conseils généraux, notamment en termes de circulation d'information entre les différentes hiérarchies. Dans trois des départements considérés, il existe trois niveaux hiérarchiques entre le directeur général adjoint chargé de la solidarité et les chefs de services PA/PAPH (départements B, C, M), alors que dans les deux autres, il en existe quatre (départements G et V). Le problème de la circulation d'information est dû en premier lieu au fait que l'organisation présuppose, dans la plupart de nos départements, que l'information devrait toujours circuler entre échelons hiérarchiques connexes, et donc se transmettre en suivant le chemin de la hiérarchie administrative. Par exemple, dans le département G, quand un chef de service PA veut signaler un problème du travail ou demander une décision au directeur général adjoint chargé de la solidarité, il doit d'abord écrire à son chef – le directeur du service PA. Ce dernier transmet ensuite l'email à l'adjoint du DGA chargé de la solidarité, et l'adjoint le transmet lui-même au DGA. Ce système de fonctionnement respectant bien la hiérarchie administrative crée des problèmes pour la circulation des informations : puisque les informations transmises au DGA sont sélectionnées par les chefs des échelons intermédiaires, il existe une possibilité de blocage de l'information en fonction des intérêts de ces derniers. Cette sélection n'est pas neutre, et les chefs intermédiaires peuvent retenir des informations qu'ils jugent potentiellement nuisibles au fonctionnement routinier de leur service ou au développement de leur propre carrière professionnelle.

Le problème de la circulation d'information est dû également aux moyens de transmission des informations, et notamment, au fonctionnement basé sur les notes de service. Dans certains départements, nous avons remarqué que les chefs des services PA passent beaucoup de temps à rédiger des notes de service afin de répondre aux demandes de leurs supérieurs. Puisque le DGA ou le chef de service PAPH ne communiquent pas directement avec les chefs des services situés plus bas dans la hiérarchie, il se pose parfois des questions en termes d'efficacité.

Derrière les problèmes de circulation d'information entre les instances hiérarchiques se trouve celui de la prise de décisions quant à la mise en œuvre des missions des services. En effet, le chef de service connaît bien les dossiers et le travail concret des agents, mais, sauf exception, il ne tient pas un rôle décisionnaire important dans le système hiérarchique. La prise des décisions importantes et stratégiques est souvent centralisée à un échelon hiérarchique élevé, par exemple au niveau du directeur PAPH, voire du directeur général adjoint chargé de la solidarité. Autrement dit, ceux qui possèdent les informations et ceux qui prennent les décisions ne sont pas toujours les mêmes personnes. Le fait que l'information circule (plus ou moins bien) entre eux a donc des conséquences importantes sur le fonctionnement des services APA. Par exemple, dans le département G, en ce qui concerne la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile, les négociations autour du nombre d'heures annuellement autorisé pour un service dirigé par un CCAS (Centre communal d'action sociale) sont souvent réalisées entre le maire de cette commune et le directeur du service PA, voire le directeur général adjoint chargé de la solidarité. Comme la circulation hiérarchique de l'information dans ce département n'est pas toujours efficace, le directeur du service PA ou la DGA en charge de la solidarité ne disposaient pas toujours suffisamment d'éléments pour mener la négociation

autour de la tarification. Ainsi, ils prenaient parfois des décisions non pertinentes aux yeux du chef de service de la tarification qui, lui, maîtrise ces informations.

3. Différentes logiques de spécialisation au siège des conseils généraux

3.a. Des découpages de spécialisation au siège

Dans cette partie, nous nous intéressons aux critères de spécialisation des agents des services APA du siège. Nous avons écarté de cette étude les sectorisations territoriales ou alphabétiques après avoir constaté que celles-ci sont simplement un découpage lié à l'organisation du travail : les agents des différents secteurs ainsi découpés s'occupent en effet du même type de tâches. Il s'agit d'un mode de répartition du travail entre agents, et non d'une logique de spécialisation de ces derniers. Nous parlerons ainsi de critères de spécialisation pour indiquer les spécialisations du travail des agents des services.

L'étude sur cinq départements permet de dégager trois critères de spécialisation appliqués dans l'organisation des services APA.

- Critère 1 : les services PA sont d'abord spécialisés en fonction de dispositifs politiques nationaux. Par exemple, les services PA et PH sont séparés, ainsi que les services chargés de l'APA à domicile et de l'APA en établissement. Il s'agit de catégories administratives créées par les textes et reprises comme logiques de spécialisation des agents.
- Critère 2 : les services sont découpés en fonction des interlocuteurs auxquels ils s'adressent. Dans les cinq départements analysés, nous remarquons ainsi l'existence d'un découpage entre le service tourné vers les acteurs politiques (service du pilotage), le service tourné vers les producteurs (service de tarification et d'autorisation) et le service tourné vers les bénéficiaires (service d'évaluation et service de gestion des prestations).
- Critère 3 : les services sont découpés en fonction d'une spécialisation de métier. Dans certains départements, les services sont organisés selon des métiers : le service médical, le service des tarificateurs, le service des visiteurs, le service des comptables.

Dans les faits, ces trois logiques s'entrecroisent à plusieurs niveaux de l'organisation des services PA des cinq départements. Si l'on part depuis le haut de la hiérarchie par exemple, dans le département B, le premier critère de séparation visible au siège est celui de l'interlocuteur auquel les services du conseil général s'adressent (on a ainsi un découpage Pilotage/Gestion des prestations). Les spécialisations sont ensuite organisées en mêlant la logique de dispositifs politiques nationaux (on observe un découpage Établissement/Domicile et un découpage PA/PH) et la logique de métier. Toutefois, dans le département G (qui fait figure d'exception sur ce point au sein de l'enquête), le premier critère de séparation appliqué est la séparation entre les services PA et PH. Ensuite, au sein des services PA, la séparation est faite entre le service de pilotage, celui des producteurs et celui de la gestion des prestations.

Tableau 5 : Critères de spécialisation dans les cinq départements analysés

Département	B	C	G	M	V
1er critère	Pilotage/ Producteur/ Gestion des prestations	(critères croisés) Producteur/ Gestion des prestations ; PA/ PH ; Etab/ Dom	PA/PH	Pilotage/ Producteur/ Gestion des prestations	Pilotage/ Producteur/ Gestion des prestations
2e critère	(critères croisé) Etab/Dom, PA/PH, métier	-	Pilotage/ Producteur/ Gestion des prestations	PA/PH partiel	Métier
3e critère	-	-	-	Métier	Etab/Dom partiel

Dans quatre des cinq départements, la spécialisation est d'abord réalisée selon l'interlocuteur à qui l'on s'adresse (départements B, C, M, V). Comme on l'a dit ci-dessus, à ce propos le département G est un cas spécifique, car il sépare en premier les services PA et PH à un niveau hiérarchique assez élevé. A l'autre extrême, toujours en termes de découpage entre PA et PH, on trouve le département V : les missions PA et PH y sont partagées par tous les services, sauf pour les visiteurs à domicile qui ne relèvent par défaut que des missions PA (leur équivalent PH étant assuré au niveau des MDPH).

Quant à la logique du métier, elle est souvent appliquée comme deuxième ou troisième critère de spécialisation. Par exemple, si l'on suit la hiérarchie descendante du département M, on remarque que le conseil général a d'abord appliqué un découpage selon l'interlocuteur des services, créant quatre branches s'occupant toutes à la fois des missions PA et PH : un service pilotage, un service producteurs, un service médical, et un service de gestion des prestations. Ensuite, au sein de ce service de gestion des prestations, on observe une séparation entre PA et PH. Enfin, au sein du service de gestion des prestations PA, c'est la logique de spécialisation par métier qui est appliquée.

Par ailleurs, le découpage de spécialisation entre établissement et domicile est partiellement appliqué dans trois des cinq départements étudiés, mais avec un impact moins important : en effet, il concerne surtout le service de facturation.

3.b. Un arbitrage entre l'harmonisation et la coordination

L'harmonisation et la coordination sont, pour les conseils généraux, deux des objectifs à atteindre dans l'organisation des services APA :

- d'un côté, il s'agit d'harmoniser les pratiques en direction de différentes populations cibles : par exemple, entre les services agissants en direction des PA et ceux agissants en direction des PH, ou entre les services PA chargés de la population à domicile et ceux chargés de la population en établissement.

- d'un autre, il s'agit de coordonner les différents métiers concernés par les mêmes populations : par exemple, coordonner les services de tarification, d'évaluation et de gestion des prestations en direction des personnes âgées à domicile.

Pourtant, la recherche de ces deux objectifs à travers le découpage de spécialisation s'avère difficile à concilier. En effet, le découpage crée des cloisonnements entre les services. Il facilite l'harmonisation au sein de chacun, mais pose potentiellement des problèmes en termes de coordination. Ainsi, les choix de découpage peuvent être stratégiques, favorisant dans certains cas la coordination entre métiers à destination d'une population cible, ou dans d'autres l'harmonisation des pratiques à destination de différentes populations. Prenons quelques exemples :

- Les départements B, M et V, qui ont d'abord découpé leurs services en fonction de l'interlocuteur à qui ils s'adressent, puis selon la logique de métier, présentent une meilleure harmonisation des pratiques en direction des PA et des PH. En particulier, dans le département V où tous les services sont en charge à la fois des missions PA et PH (sauf les évaluateurs à domicile), on remarque une harmonisation très poussée au sein de chaque métier. C'est par exemple le cas des agents en charge de la tarification des établissements PA et PH, ou encore des comptables chargés de la facturation PA et PH. Il y existe cependant des problèmes de coordination entre les métiers en termes de circulation d'information et de prise de décision.

- A l'opposé, le département G, qui a d'abord découpé ses services en suivant les dispositifs nationaux (découpage PA/PH), souffre des problèmes d'harmonisation des pratiques entre les services PA et les services PH. En effet, leur découpage des services implique que l'harmonisation doit passer par un échelon hiérarchique haut placé, ce qui ne la facilite pas.

Les critères de spécialisation révèlent ainsi des arbitrages favorisant soit la recherche de la coordination, soit celle de l'harmonisation. Notre enquête de terrain permet de repérer les groupes dont les conseils généraux cherchent à harmoniser ou à coordonner les pratiques : nous constatons que les métiers à forte spécialisation technique, comme les tarificateurs, mais aussi les médecins, délimitent des groupes d'agents dont les conseils généraux cherchent à harmoniser les pratiques vis-à-vis des différentes populations cibles (PA, PH, à domicile, en établissement). En revanche, d'autres métiers plus administratifs comme celui d'instructeur ou celui de comptable forment des groupes d'agents que les conseils généraux cherchent avant tout à mieux coordonner entre eux.

Ces choix d'arbitrage influent sur le risque de rencontrer ou non des problèmes de coordination dans la prise de décision dans les différents services. Par exemple, dans le département V, les services sont découpés en fonction de l'interlocuteur auquel ils s'adressent et par métier. Les décisions y sont prises au sein de chaque service, aux niveaux hiérarchiques 5 et 6 (sur 7). La coordination entre les différents services quant aux prises de décision est difficile à mettre en place, car elle se fait à un niveau hiérarchique plutôt élevé (niveau 3), qui ne peut pas assurer une coordination au quotidien.

4. Siège et territoire

4.a. Une organisation plutôt centralisée, mais une disparité de la dimension territoriale des services

Sur les sept départements enquêtés, deux départements ont choisi une organisation déconcentrée d'une grande partie des services chargés de l'APA (départements C et R). Le service chargé de l'APA au siège du CG assure en général le pilotage, la coordination et parfois quelques missions de gestion. Par exemple, dans le département C, de même que le pilotage et la coordination gérontologique, les missions de facturation, de contrôle de l'effectivité et de recours contentieux se trouvent au siège. Au contraire, deux autres départements ont mis en place une organisation totalement centralisée pour leurs missions PA (départements M et V), où aucun service n'est basé sur le territoire. Les trois autres départements, quant à eux, ont une organisation globalement centralisée avec quelques missions basées sur le territoire, en particulier la mission de visite à domicile (département B, G, N).

Si l'on considère la dimension territoriale de l'organisation des services, nous constatons que certaines missions sont toujours assurées au siège : la tarification, la facturation et le pilotage. A l'opposé, les visiteurs à domicile sont souvent basés sur le territoire (5 départements sur 7). Les médecins chargés de l'APA le sont parfois (2 départements sur 6), ce qui est fortement lié au nombre de médecins dans le service chargé des missions PA et à leur niveau dans la hiérarchie.

Tableau 6 : Organisation au siège et sur le territoire dans cinq départements étudiés

Département	B	C	G	M	V
Nombre de niveaux hiérarchiques du DGS aux agents	6	5	6	5	7
Existence de missions déconcentrées	Oui	Oui	oui	non	Non
Types de missions déconcentrées	Visiteurs, médecins-APA domicile	Visiteurs, médecins-APA domicile et étab., instructeurs	Visiteurs	-	-
Nombre d'unités sur le territoire	9	3	6	-	-
Niveau hiérarchique de rattachement au siège de ces unités	4	5-	2	-	-
Nombre de niveaux hiérarchiques dans les unités sur le territoire	1	2	3	-	-

Certains départements n'ont pas déconcentré les bureaux des services PA, mais ils ont divisé le travail des agents basés au siège en fonction du lieu de résidence des demandeurs. Par exemple,

dans le département M, les bureaux des visiteurs à domicile sont tous au siège. Cependant, le département a sectorisé leur territoire d'intervention et a recruté les visiteurs à domicile en fonction de leur propre lieu de résidence, situé sur le territoire dont ils sont en charge. Ils effectuent ainsi certaines visites directement depuis leur domicile personnel, et ne se rendent à leur bureau au siège que quelques jours par semaine.

4.b. L'articulation entre le siège et les unités territoriales : degré de déconcentration et niveau hiérarchique de rattachement au siège

Les modalités de l'articulation entre les services PA du siège et sur le territoire dépendent surtout de la manière dont sont déconcentrés les services et du niveau hiérarchique de rattachement au siège des services déconcentrés. Dans les deux départements où les services sont globalement centralisés (B, G), les chefs des quelques missions déconcentrées sont rattachés à l'un des chefs du service PA du siège. Par exemple, dans le département B, les unités territoriales d'évaluation sont rattachées au chef du service d'évaluation situé au niveau hiérarchique 5 au siège ; les médecins basés sur le territoire sont, eux, rattachés à un chef de niveau 4 au siège. Dans ce cas, l'orientation politique et les consignes des services sont décidées au siège.

L'articulation entre le siège et le territoire est assurée par les réunions hiérarchiques et thématiques entre les chefs des services au siège et ceux des territoires. Par exemple, dans le département G, le directeur du service PA réunit hebdomadairement les douze chefs des services PA, dont trois basés sur le territoire, pour diriger et harmoniser le fonctionnement des services. Tout type de décision est centralisé au siège, et les trois chefs des territoires n'ont pas de marge de liberté sur les consignes de travail.

Dans les trois départements présentant l'organisation la plus déconcentrée (département C, N, R), on constate que deux critères jouent sur l'autonomie des territoires et sur l'articulation entre le siège et les territoires : l'un est le degré de déconcentration, l'autre est la relation hiérarchique des territoires avec le siège.

Au sein des départements ayant déconcentré au moins une mission, nous constatons trois degrés de déconcentration :

1. Degré 1 : déconcentrer uniquement les visiteurs à domicile ;
2. Degré 2 : déconcentrer les visiteurs à domicile et les médecins ;
3. Degré 3 : déconcentrer les visiteurs à domicile, les instructeurs des dossiers et les médecins.

Dans le cas du degré 3, les missions d'instruction et d'évaluation sont toutes déconcentrées. Les décisions concernant l'éligibilité à l'APA sont donc en fait totalement réalisées sur le territoire. Ce dernier possède ainsi une autonomie beaucoup plus importante que dans le cas des degrés 1 et 2.

Quant à la question des relations hiérarchiques des territoires avec le siège, nous constatons que les chefs des services PA des territoires sont d'abord hiérarchiquement rattachés à des chefs supérieurs également basés sur le territoire. Ils n'ont pas de relations hiérarchiques directes

avec les plus hauts chefs du service PA au siège. Le territoire possède ainsi une autonomie importante : l'orientation des politiques est centralisée au siège, mais les consignes des services sont décidées directement sur les territoires. L'articulation entre le siège et le territoire est souvent problématique pour les conseils généraux qui ont choisi ce modèle d'organisation : l'articulation ne peut plus être assurée par les relations thématiques et hiérarchiques. Par exemple, dans le département C, les directeurs des six unités territoriales sont rattachés directement au directeur adjoint en charge de la Solidarité situé au niveau 2 : ils sont donc au même niveau hiérarchique que le directeur PAPH du siège. Ce dernier, qui supervise entre autres les missions APA au siège, n'a ainsi pas de pouvoir hiérarchique sur le travail des agents chargés de l'APA dans les unités territoriales.

Par ailleurs, l'articulation de ces deux critères permet de comprendre l'autonomie différenciée des territoires selon les départements. Dans le département C, les missions concernant l'éligibilité à l'APA sont toutes basées sur les territoires, et leurs agents n'ont pas de relations hiérarchiques directes avec les services PA basés au siège. Les instructeurs et les visiteurs des territoires, en particulier, ont ainsi une autonomie très importante. Cependant, cette organisation pose un problème pour l'articulation thématique du travail, malgré les réunions mensuelles organisées pour tous au siège. Dans le département N en revanche, seuls les visiteurs sont déconcentrés, mais ils ont un double rattachement auprès du chef hiérarchique basé sur le territoire et du chef thématique au siège. Cette organisation pourrait sembler imposer une double contrainte hiérarchique aux visiteurs, mais on constate au contraire une grande autonomie chez eux.

L'organisation des services mise en place par les conseils généraux ne faisait pas partie des thèmes assignés a priori aux enquêtes de terrain de cette recherche, mais s'est imposée comme un élément de contexte à mettre à plat pour pouvoir interpréter les matériaux recueilli, dans une perspective de comparabilité. Cette mise à plat apporte un premier éclairage sur quatre points de divergences entre les conseils généraux enquêtés, permet de pointer les arbitrages que les conseils généraux sont conduits à faire face aux différentes contraintes qui s'imposent à eux dans la gestion de la politique en direction des personnes âgées à domicile, et suggère que la structuration des services et de l'organisation du travail interne constitue un révélateur majeur de leurs priorités. On devine l'intérêt d'une analyse approfondie alliant sociologie des organisations et économie de la production que le matériau dont nous disposons, recueilli dans une autre optique, ne permet pas de conduire.

Chapitre 3. Eligibilité et prescription d'aide : derrière la grille AGGIR, les marges de manœuvre des départements

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 elle a été codifiée par décret. Elle prévoit l'existence d'une visite à domicile et un délai de trente jours après réception du dossier pour adresser « une proposition de plan d'aide à l'intéressé, assortie de l'indication du taux de sa participation financière ». En revanche elle laisse une grande latitude aux services pour l'organisation de l'instruction (entendue au sens large, comme l'ensemble de la procédure) et de la proposition de plan d'aide. C'est cette latitude qui explique la diversité des interprétations locales. De plus, elle laisse une place au « médecin désigné, le cas échéant, par le demandeur », dont nous n'avons jamais vu trace. En revanche, la place offerte « le cas échéant », au tuteur et aux proches de l'intéressé est très systématiquement occupée par ceux-ci.

Voici ce que stipule l'article R232-7 concernant la visite à domicile :

« La demande d'APA est instruite par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social.

Au cours de la visite à domicile, effectuée par l'un au moins des membres de l'équipe médico-sociale, l'intéressé et, le cas échéant, son tuteur et ses proches reçoivent tous conseils et informations... ».

Pour l'observateur, la procédure d'éligibilité et de prescription comprend trois étapes qui peuvent être effectuées par des personnels distincts, avec des formes différentes de coopération entre eux :

- Réception et traitement du dossier (utilisation ou non du certificat médical du médecin traitant)
- Établissement du GIR (avant, sur place, après la visite), ce que certains appellent le « girage »
- Établissement du plan d'aide (pendant la visite ou après), ce que nous appelons la « prescription d'aide » par analogie avec la « prescription de soin » effectuée par les médecins.

Deux points distinguent nos départements les uns des autres : la place du médecin du Conseil général dans la procédure et, plus largement, l'articulation entre les légitimités médicale, sociale (au sens de « travail social ») et administrative ; la place du visiteur dans les deux décisions de girage et de prescription.

La procédure comprend également une ou deux autres modalités de l'interaction entre « l'intéressé et ses proches » et l'équipe médico-sociale (au sens large) : le recours, dont la gestion est différente d'un département à l'autre, et, de façon non systématique, une interaction auprès d'un « guichet fixe », distinct de la visite à domicile, celui-ci étant plus souvent téléphonique.

Les données sur la procédure d'éligibilité ont été collectées de manière suffisante pour l'analyse dans six départements (B, C, M, N G, V). Ce sont ces données comparées que nous utiliserons dans ce chapitre, en les complétant parfois dans le texte par des considérations sur les départements R et P.

À l'observation, les visites peuvent être effectuées par une seule personne ou par deux (de façon routinière ou exceptionnelle), dont l'une peut représenter une autre institution (par exemple la CRAM) ; le visiteur peut ou non entrer les données sur son ou ses logiciels (le girage et le plan d'aide peuvent faire l'objet d'une procédure informatique, ensemble ou séparément) ; la visite peut ou non se conclure par l'annonce du GIR (avec explication) et du plan d'aide, autrement dit le visiteur assume parfois lui-même ces deux décisions face aux intéressés.

Le constat des différences entre départements dans la mise en œuvre de l'évaluation « médico-sociale » de la dépendance, de la gestion de l'éligibilité et de la prescription de l'aide appellent des approfondissements. On montrera ainsi qu'au-delà de simples différences d'organisation du travail ou d'applications plus ou moins « fidèles à l'esprit de la loi », ce sont bien les politiques départementales et les marges de manœuvre des agents en charge de leur application qui s'y traduisent. On se demandera donc dans quelle mesure et de quelle manière, et cela à trois niveaux. Dans un premier temps, nous comparerons les coulisses de la visite à domicile dans les départements enquêtés : quel est le contenu de la visite à domicile ? Qui sont les agents chargés de son application ? Comment est traduit, en termes de recrutement et de coopération entre agents, le caractère « médico-social » de l'évaluation selon les départements ? Dans un second temps, nous nous pencherons sur l'enjeu crucial que représente pour les conseils généraux le nombre de bénéficiaires : contrairement à l'idée qu'il ne serait que l'expression d'un besoin préexistant en lui-même, il apparaît en partie comme un résultat d'actions départementales d'incitation ou de désincitation en direction des demandeurs potentiels. Nous donnerons quelques éléments appuyant cette idée à propos du calcul du GIR – déterminant l'éligibilité à un certain palier de l'aide –, à propos de la gestion des relations avec les bénéficiaires demandeurs ou mécontents, et à propos des relations avec les autres institutions chargées de l'aide aux populations non éligibles à l'APA (les GIR 5 et 6). Enfin, dans un troisième et dernier temps, nous étudierons la manière dont les agents de l'éligibilité participent à l'entretien des relations entre le conseil général, les services d'aide à domicile et les bénéficiaires et leurs familles, à travers la prescription d'un plan d'aide. Nous montrerons ainsi que la gestion de l'éligibilité est un élément central des politiques des départements en direction des personnes âgées dépendantes.

1. La visite et ses coulisses. Au cœur de l'évaluation « médico-sociale » de la dépendance

La visite d'un agent chargé de l'évaluation de la dépendance est prévue par la loi comme un moment essentiel de l'éligibilité d'un dossier à l'APA à domicile. Elle apparaît à l'observation comme un « guichet mobile » de l'évaluation, où se rencontrent au moins un agent du conseil général, un bénéficiaire, et souvent un ou des proches de ce dernier. Cependant, la forme de la visite et son contenu peuvent différer selon le motif initiateur de la visite, et, pour un même motif, d'un département à l'autre.

1.a. Que sont les visites ?

Il faut distinguer les visites qu'on appellera ordinaires, prévues par la procédure à deux étapes spécifiques de l'évolution « normale » d'un dossier (la première demande et la révision), aux visites exceptionnelles, qui font suite à un mécontentement de la part du bénéficiaire, d'un de ses proches ou d'un professionnel, ou qui font face à des caractéristiques spécifiques d'une situation (conflits prononcés, précarité prononcée des conditions de vie, compétences de l'un des proches du bénéficiaire concurrentes de celles des visiteurs « ordinaires »...). Dans ces cas exceptionnels, il peut y avoir deux visites (une visite « exceptionnelle » faisant suite à la visite « ordinaire ») ou une seule (« exceptionnelle »).

Visites « ordinaires » et visites « exceptionnelles »

Dans les départements enquêtés, une seule visite est ordinairement prévue par la procédure pour chaque création ou réévaluation du GIR et/ou du plan d'aide du bénéficiaire. Ces deux items sont les seuls qui, lorsqu'ils font l'objet d'une demande de modification au dossier, entraînent automatiquement une visite. Celles-ci ont donc lieu :

- A la « première demande » (création du dossier), la visite est l'élément crucial de la définition d'un GIR et d'un plan d'aide,
- Lors d'une « révision » (réévaluation du GIR, redéfinition des aides financées), et notamment des aggravations (révisions à la demande d'un SAD, d'un proche, ou de la PA, parfois élus locaux),
- Lors d'un « renouvellement » à terme échu.

Les visites « exceptionnelles », qu'elles interviennent seules ou à la suite d'une visite « ordinaire », correspondent notamment aux cas où un recours, amiable ou contentieux, est engagé auprès du conseil général par un bénéficiaire ou l'un de ses proches mécontent du GIR évalué ou du plan d'aide proposé. Dans ces cas, la visite « exceptionnelle » a pour but d'essayer de résoudre le litige. Les visites « exceptionnelles » peuvent aussi être mises en place lorsque des rapports spécifiques se sont noués entre le conseil général et le bénéficiaire ou ses proches : situation sociale difficile, conflits prononcés, compétences médicales ou médico-sociales des proches du bénéficiaire pouvant remettre en cause la légitimité des observations et des

décisions du visiteur. Comme on le verra plus tard, ce type de visites « exceptionnelles » joue de la profession du visiteur envoyé pour permettre à l'agent du conseil général de garder le contrôle de l'interaction durant la visite.

Le contenu de la visite

La visite à domicile se fait toujours sur le lieu de vie de la personne âgée. Son but est le même partout : il s'agit de recueillir, auprès de la personne âgée et de ses proches, et en leur présence, un certain type d'informations permettant de calculer un niveau de dépendance (le GIR) et de proposer un plan d'aide répondant aux besoins ainsi cernés. De manière officielle, il s'agit de remplir les items de la grille AGGIR et de négocier les grandes lignes du plan d'aide. De manière officieuse, la visite sert également à visiter le logement pour avoir une idée du contexte social (meubles, propreté), familial (discussion avec les proches, observation de l'état de la personne âgée et de ses relations avec le ou les proches présents), et de l'habitat (aménagements déjà faits ou à recommander, difficultés rencontrées, etc.).

Si le but de la visite est le même, son contenu peut différer légèrement selon les départements. On peut faire la liste des principales composantes du contenu d'une visite. Elles apparaissent au nombre de quatre :

- le recueil d'informations sur l'état de la personne (discussion avec la personne âgée et ses proches éventuellement présents),
- l'évaluation de ses besoins d'aide,
- le remplissage de la grille AGGIR
- éventuellement le calcul d'un GIR,
- l'élaboration, plus ou moins négociée, d'un plan d'aide prévisionnel.

On remarque que, dans le département G par exemple, le GIR n'est pas calculé pendant la visite : les items de la grille sont remplis, mais le résultat n'apparaît pas. Il ne sera défini que sur informatique, une fois le visiteur revenu au bureau, et annoncé ensuite par courrier lors de l'envoi du plan d'aide. Dans les autres départements où (B, C, M, N, V), le GIR et le plan d'aide sont évalués et communiqués durant la visite.

Tableau 7 : GIR et plan d'aide pendant la visite

Département	B	C	M	N	G	V
Y a-t-il un GIR calculé pendant la visite ?	oui	Oui	Oui	oui	non	Oui
Sur quel support est remplie la grille AGGIR ?	électronique	Papier (plusieurs versions) ou électronique	électronique	papier	papier	électronique
Un GIR est-il communiqué pendant la visite ?	oui	Oui	Oui	oui	non	(*)
Un plan d'aide est-il communiqué pendant la visite ?	oui	Oui	Oui	oui	oui	(*)

(*) Les données collectées dans le département V en 2008 puis en 2012 diffèrent sur ces points, et nécessiteraient une analyse dynamique.

L'ordre d'apparition des éléments du contenu de la visite diffère également selon les départements et, sans doute, selon les visiteurs. Dans quatre des six départements analysés, le déroulement de la visite se fait dans l'ordre suivant :

- recueil des informations et remplissage de la grille AGGIR (en même temps)
- calcul du GIR
- évaluation des besoins d'aide sur la base du GIR et des informations recueillies
- négociation d'un plan d'aide prévisionnel

On y observe que le plan d'aide est pensé sous contrainte du GIR calculé, qui plafonne le montant attribué et/ou le volume d'heures proposées.

Dans le département G, le GIR n'est pas calculé durant la visite : l'ordre est le même, l'étape 2 en moins. Toutefois, on peut dire que les visiteurs ont en tête un ordre d'idée de ce qu'il sera. Comme dans tous les départements, ils ont acquis par habitude une bonne anticipation du résultat, sachant de quelle manière les items pèsent sur lui et comment leurs modalités l'influencent. Même si le GIR n'est pas fixé lors de la visite, on peut ainsi dire que le plan d'aide est malgré tout proposé sous sa contrainte dans le département G. Le nombre d'heures qu'il contient est d'ailleurs, lui, annoncé au bénéficiaire par le visiteur.

Les pratiques des visiteurs du département N, quant à elles, inversent certains éléments de contenu de la visite par rapport aux autres départements.

- recueil des informations (discussion)
- évaluation des besoins d'aide sur la base des informations recueillies
- remplissage de la grille AGGIR et calcul du GIR
- négociation d'un plan d'aide prévisionnel

On voit que le remplissage de la grille AGGIR et le calcul du GIR ont lieu après l'évaluation des

besoins d'aide. En conséquence, le plan d'aide final mentionne des aides pour lesquelles est attribué un financement par l'APA, mais également d'autres besoins d'aide repérés mais non financés. Malgré cela, si l'on regarde uniquement le plan d'aide financé, on voit qu'il est, comme ailleurs, déterminé sous contrainte du GIR et des limitations imposées par ce dernier.

Tableau 8 : Contenu chronologique de la visite

Département	B	C	M	N	G	V
Recueil d'informations	1	1	1	1	1	1
Remplissage d'une grille AGGIR	1	1	1	3	1	1
Calcul d'un GIR	2	2	2	4	-	2
Evaluation des besoins d'aide	3	3	3	2	2	3
Elaboration d'un plan d'aide	4	4	4	5	3	4

Un rôle moralisateur des visiteurs ?

On constate que certains visiteurs donnent également, durant la visite, des conseils sur la manière dont devrait être, selon eux, aménagé le logement de la personne âgée, sur sa manière de se vêtir, sur ses habitudes alimentaires ou son hygiène... Ces conseils, parfois transcrits en marge des plans d'aide envoyés aux bénéficiaires et considérés par ceux qui les procurent comme « de bon sens » ou d'intérêt médical, montrent que la visite peut revêtir un caractère moralisateur au-delà de sa mission d'évaluation. Toutefois, nos observations montrent qu'il s'agit plus de manières de faire individuelles, liées à certains visiteurs, qu'à une orientation départementale de la mise en œuvre de l'APA.

Le coût des visites

L'enjeu de l'organisation des visites porte aussi en partie sur leur coût, en termes de main d'œuvre, pour le conseil général. Dans le département C par exemple, il y avait auparavant deux visites prévues pour chaque demande impliquant l'évaluation ou la réévaluation d'un GIR. Elles étaient effectuées par deux personnes différentes (un visiteur ordinaire et un visiteur extraordinaire), et coûtaient cher au département tant en termes de personnel qu'en termes de transport, puisque les visiteurs s'y rendaient avec les voitures de service du conseil général. Dans une optique de réduction des coûts ainsi que de la charge de travail des agents du conseil général, ce département a supprimé cette double visite en 2009, introduisant en parallèle (et au terme d'un an de groupes de travail) deux documents très codifiés, l'un destiné au médecin traitant et l'autre aux proches du demandeur, visant à recueillir des informations médicales aussi complètes que possible.

1.b. Qui sont les visiteurs ?

Nous désignons par le terme standard de « visiteurs » les personnes qui réalisent les visites. Les visites « ordinaires » appellent des visiteurs « ordinaires », et les visites « exceptionnelles » en appellent d'autres. Les médecins du conseil général chargés de l'APA à domicile se chargent des visites « exceptionnelles », et sont désignés par leur titre professionnel. Les visiteurs des visites « ordinaires » sont parfois désignés par un terme évoquant leur mission (les « évaluateurs » des départements B et C), agrémenté parfois de leur spécialisation (les « évaluateurs médico-sociaux » du département V, les « conseillers en gérontologie » du département N), ou au contraire, un terme centrée sur celle-ci (les « travailleurs sociaux » du département M, les « travailleurs médico-sociaux » du département G). Ces termes sont très généralement employés au féminin, la très grande majorité de ces agents étant des femmes. Ce sont de ces visiteurs « ordinaires » que nous allons parler ici.

Il y a habituellement, dans les départements analysés, un seul visiteur par visite. On peut y voir deux exceptions. D'une part, pour certaines visites « exceptionnelles », on peut observer une association entre visiteur ordinaire et médecin, sans que ce soit systématique. D'autre part, dans l'un des départements (le département V), une convention lie le conseil général à la CRAM, qui met à disposition un certain nombre de travailleurs sociaux pour accompagner dans certains cas les visiteurs départementaux. Il est à noter que, si les visiteurs départementaux peuvent y réaliser une visite seuls, les agents de la CRAM doivent toujours être accompagnés d'un agent du conseil général.

La place des visiteurs dans l'organigramme des conseils généraux étudiés est toujours située à l'échelon le plus bas. Ils sont attachés à des unités territoriales déconcentrées dans quatre départements sur les six analysés ici. La mission d'évaluation ordinaire est, par ailleurs, la première mission de l'APA à être déconcentrée dans les départements étudiés. Dans certains d'entre eux, comme les départements C (en 2003) et B (en 2010), elle est même pionnière dans la déconcentration souhaitée de tous les services de l'aide sociale du conseil général.

Tableau 9 : Les visiteurs ordinaires dans les conseils généraux étudiés

Département	B	C	M	N	G	V
Quel est le nom indigène donné aux visiteurs ?	évaluateurs	évaluateurs	travailleurs sociaux	conseillères en gérontologie	travailleurs médico-sociaux	évaluateurs médico-sociaux
Nombre de visiteurs par visite ordinaire	1	1	1	1	1	1 ou 2
Qui est leur employeur ?	CG	CG	CG	CG	CG	CG / CRAM-CARSAT
VISITEURS déconcentrés	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON
Niveau des visiteurs dans l'organigramme	6 sur 6	5 sur 5	5 sur 5	?	6 sur 6	7 sur 7

Le recrutement des visiteurs

Le recrutement des visiteurs ordinaires apparaît comme un choix politique des conseils généraux, qui donne une indication importante sur leur interprétation de la consigne légale d'associer le travail social et le travail médical au sein de la mission d'évaluation.

On peut distinguer trois profils de recrutement parmi les départements analysés :

- Un profil de recrutement « social » (départements C et M), où les assistantes sociales et les conseillères en économie sociale et familiale dominant. Le recrutement « social » du département C est plutôt large (il inclut aussi quelques administratifs, et des éducateurs), alors que celui du département M est plutôt restreint (il se cantonne aux AS et aux CESF).
- Un profil de recrutement « médical » (département V), où la très grande majorité des visiteuses sont des infirmières (associées à quelques anciens administratifs). Ce recrutement spécifique prend sens dans la convention que possède ce département avec la CRAM locale et qui joue de la complémentarité entre les spécialités des agents (travailleurs sociaux de la CRAM, infirmières territoriales associées à quelques administratifs reconvertis).
- Un profil associant recrutement « social » et « médical » parmi les visiteurs ordinaires du conseil général (départements B, N, G). Ces départements recrutent en particulier des assistantes sociales et des conseillères en économie sociale et familiale, ainsi que des infirmières, souvent en moindre nombre. Certains refusent de recruter des éducateurs (département B) alors que d'autres le font (département N). D'autres cherchent à établir une certaine proportion pour chaque profession : le département G, qui recrute avant tout des CESF, cherche par ailleurs à équilibrer le nombre d'assistantes sociales et d'infirmières (ces dernières étant pour l'instant en minorité).

Il ressort de ces constats que les visiteurs ordinaires sont, en très grand nombre, issus des professions du travail social et notamment des formations d'assistante sociale et de conseillère en économie sociale et familiale. L'évaluation de la dépendance en visite « ordinaire » repose

donc grandement entre les mains des professions « sociales ».

Tableau 10 : Le recrutement des visiteurs ordinaires

Département	B	C	M	N	G	V
Professions des visiteurs par ordre d'importance	AS, CESH, INF	AS, CESH, EDUC, ADMIN	AS, CESH	AS, CESH, EDUC, INF	CESH>AS>INF	ADMIN (2), INF (33)
Orientation du recrutement	ne pas recruter d'éducateurs	ne pas recruter d'infirmières	?	?	recruter plus de CESH, équilibrer nombre AS et INF	recruter seulement des infirmières

La question de la charge de travail des visiteurs

En termes de charge de travail, un ratio du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile par rapport au nombre de visiteurs « ordinaires », s'il ne permet pas de chiffrer le travail des visiteurs, donne néanmoins une indication intéressante. On voit notamment que certains départements ont un taux plutôt faible (départements C, M et surtout G), qui laisse penser que les visiteurs ont une moindre charge de travail, alors que le taux très élevé d'autres départements (tel le département V) suggèrent une charge bien supérieure. On remarque d'ailleurs que le département G, qui a le taux le plus bas, est le seul dont les agents déclarent respecter le délai de visite qui est légalement fixé à un mois à compter du dépôt du dossier. Pour les autres départements cependant, l'importance du retard (qui est souvent d'environ deux semaines) ne semble pas liée à ce taux, puisque c'est le département C (qui a un taux parmi les plus bas) qui accuse le retard le plus long.

Le nombre de visites assurées par semaine et par visiteur varie d'un département à l'autre, mais également, et fortement semble-t-il, d'un visiteur à l'autre. De ce fait, les données collectées sur ce point sont floues et mériteraient une mesure plus fiable. Cette donnée est d'ailleurs sensible au sein des services, car elle réfère à la productivité individuelle et, comme dans d'autres contextes professionnels, elle est parfois au cœur de conflits entre visiteurs ou entre les visiteurs et leur hiérarchie. On peut toutefois constater qu'on y retrouve certains ordres de grandeur déjà constatés : le nombre de visites par semaine et par visiteur du département V apparaît nettement supérieur à celui des autres départements. Par ailleurs, tout comme dans le département N, les visiteurs n'ont pas la main sur leur emploi du temps de visites, puisque ce dernier est mis en place par leur secrétariat. Dans les quatre autres départements, chaque visiteur constitue lui-même son planning de visite en contact direct avec les bénéficiaires, ce qui suggère une plus grande liberté dans l'organisation du temps au travail.

Dans tous les départements étudiés, il n'y a pas de procédure prévue pour vérifier ou réviser le

GIR ou le plan d'aide en dehors des cas signalés de manière automatique (échéance du contrat) ou extérieure au conseil général (signalement de la part du bénéficiaire ou d'un de ses proches à propos d'une aggravation ou d'un dysfonctionnement, qui doit le plus souvent être formalisé par courrier).

La charge de travail apparaît toutefois moindre, ou tout au moins mieux gérée car routinisée, que dans les premiers temps de l'APA. Les agents présents à l'époque de la montée en charge de l'allocation, décrite comme mal anticipée, se rappellent ainsi avoir été constamment surchargés : dans le département V, ils se décrivaient ainsi comme les « pompiers de l'APA ». Ils racontent avoir parfois dû mettre en place des procédures exceptionnelles afin de résorber l'afflux de dossiers à traiter : dans le département B, de nombreuses « visites » ont ainsi été faites par téléphone, avec le soutien des aides à domicile qui allaient intervenir chez les bénéficiaires en questions et décrivaient leur situation à distance aux évaluatrices du conseil général.

Tableau 11 : Charge de travail des visiteurs ordinaires

Département	B	C	M	N	G	V
Nombre de visiteurs ordinaires	40	23	36	21	65	35
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile*	20 000	8 000	12 500	9 200	20 000	27 700
Ratio bénéficiaires de l'APA à domicile/ visiteurs ordinaires	500	347	347	438	307	814
Les délais légaux de visite sont-ils respectés ?	Non	Non	non	non	oui	Non
Sinon, de combien sont-ils dépassés environ	2 semaines	1 mois à 1 mois et demi	2 semaines	?	-	2 semaines
Nombre de visites par visiteur (par semaine, environ)	3 à 6 par semaine	2 à 4 par jour, 3-4 jours par semaine	4 à 5 par jour, 3 à 4 jours par semaine	0 à 4 par jour	20 à 30 par mois	16 par semaine
Qui organise les emplois du temps des visiteurs ?	eux-mêmes	eux-mêmes	eux-mêmes	Le Clic duquel ils dépendent	eux-mêmes	Le secrétariat des visiteurs

* Source : apaenquete.sante.gouv.fr, données au 31 décembre 2011.

1.c. Qui sont les équipes médico-sociales ?

La composition des équipes médico-sociales est fixée par le Code de l'Action sociale et des familles : au moins un médecin et un travailleur social. Mais ces équipes, contrairement au langage recueilli sur le terrain, ne sont pas en charge de la visite mais bien de toute la procédure d'instruction. C'est donc la validation des décisions qui doit comporter ces deux professions.

Nous avons vu où et qui sont les visiteurs « ordinaires » au sein des conseils généraux. On peut dire que c'est en eux que se trouve l'aspect « social » de l'équipe médico-sociale. La loi prévoit que cette équipe comprenne également au moins un médecin : voyons maintenant quelle place et quel rôle occupent les médecins chargés de l'APA à domicile dans les conseils généraux étudiés.

Place et missions des médecins des conseils généraux

Parmi les six départements analysés, seuls deux ont déconcentré les médecins chargés (au moins) de l'APA à domicile à la manière de leurs visiteurs : ils sont donc basés, comme eux, sur les territoires (départements B et C). En conséquence, ces départements présentent un nombre de médecins bien supérieur aux autres (8 dans le département B, 13 dans le département C). Dans les autres départements, les médecins se trouvent au siège du conseil général et sont moins nombreux (allant de 5 dans le département V à un seul dans le département N). Dans ces derniers cas, ils occupent une position très différente selon qu'ils sont associés, au siège, au service de l'évaluation ou au service des producteurs. S'ils sont rattachés au service de l'évaluation, ils semblent avoir plus de chances de peser sur la validation des GIR. En revanche, lorsqu'ils sont associés au service des producteurs, leur mission principale est tournée vers les établissements, et leur intervention au domicile tend à se limiter aux cas litigieux et à la gestion des recours.

De même qu'on distinguait, pour les visites et les visiteurs, les cas « ordinaires » de la procédure de traitement et les cas plus « exceptionnels », on peut distinguer parmi les départements enquêtés certains où les médecins participent à la gestion « ordinaire » des demandes aussi bien qu'à la gestion « exceptionnelle », et d'autres où ils se concentrent sur cette dernière.

Le premier cas est celui des départements C, B et M. Dans le département C, où les médecins sont déconcentrés et où les dossiers font l'objet d'une discussion permanente entre eux et les visiteurs, les médecins du conseil général remplissent les fonctions les plus élargies sur l'évaluation à domicile (malgré le fait qu'ils soient aussi chargés du GMP, le GIR en établissement) : ils peuvent même peser sur les plans d'aide proposés. On comprend donc pourquoi ils sont si nombreux. Dans le département B, le constat est proche. Les médecins, déconcentrés et rattachés au siège au service de l'évaluation, négocient également avec les visiteurs et peuvent peser sur les plans d'aide. Ils ne sont cependant pas chargés du GMP, ce dernier étant assuré par d'autres médecins inclus dans le service des producteurs. Dans le département M enfin, les médecins, situés au siège, ont un rôle relativement étendu mais plus

strictement médical (ils sont chargés du GMP, ont une main sur le GIR à domicile, mais ne pèsent pas sur les plans d'aide).

Dans les départements G et V, la mission des médecins se concentre sur la gestion de l'évaluation en établissement (GMP), et sur la gestion « exceptionnelle » des demandes à domicile : visites suite à un recours sur le GIR ou en cas de conflit. La particularité de leur mission est également de gérer en premier lieu les dossiers de réclamations et recours (qui font, dans les autres départements, l'objet d'un traitement administratif par un ou des agents spécialisés). Dans ces derniers départements, on remarque que les médecins ne sont pas situés au niveau le plus bas de l'organigramme, comme le sont les visiteurs, mais au niveau au-dessus, alors que ce n'est le cas que pour un département sur les trois où leurs missions sont plus étendues.

Tableau 12 : Les médecins chargés de l'APA à domicile au sein des conseils généraux

Département	B	C	M	N	G	V
MEDECINS déconcentrés : oui/non	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON
Niveau des médecins dans l'organigramme	5 sur 6	5 sur 5	5 sur 5	?	5 sur 6	6 sur 7
Nombre de médecins	7	13	3	1	2	5
Combien de postes vacants ?	Aucun	1 poste	Aucun	?	cherchent à recruter un de plus	aucun
Missions des médecins (1-GIR, 2-plans d'aide, 3-validation, 4-visite de recours, 5-gestion des recours, 6-GMP)	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4, 6	1, 3, 4, 6	?	parfois 4, toujours 5 et 6	5, 6

Bien que peu de postes de médecins territoriaux chargés de l'APA à domicile soient ouverts et déclarés vacants au moment de l'enquête, les personnes rencontrées font état, dans plusieurs départements, de difficultés à recruter sur ce type de postes. En effet, ils sont peu attractifs pour la majorité des médecins en comparaison de l'exercice en libéral (indépendant et beaucoup mieux payé) ou en milieu hospitalier (plus prestigieux). Beaucoup de médecins territoriaux sont des femmes, ayant cherché dans ce poste les avantages du salariat et/ou de la fonction publique (salaire faible mais stable, pas de gestion de cabinet, horaires restreints et fixes), par exemple au moment d'élever leurs enfants ou sur la fin de leur carrière. Notons que certaines, qui avaient déjà recherché ces conditions de travail avant d'intégrer le conseil général pour la mission APA, exerçaient auparavant dans la médecine scolaire. Ces postes étant peu prestigieux au sein de la profession médicale, ils sont recherchés par un public spécifique, mais semblent donner lieu à des recrutements plutôt pérennes.

Profession des chefs de service de l'évaluation

On remarque, parmi les conseils généraux étudiés et au moment de l'enquête, qu'aucun service d'évaluation n'est dirigé par un médecin. La profession du chef hiérarchique immédiat des visiteurs à domicile semble être un indicateur intéressant des poids respectifs du médical et du social dans les services d'évaluation. On constate finalement que, dans les départements enquêtés, les supérieurs hiérarchiques des visiteurs sont soit issus d'une formation de travail social (AS notamment, dans les départements B, G et V), soit d'une carrière administrative (départements C et M).

Combiné à celui de la place des visiteurs et des médecins dans l'organigramme, ce constat nous informe sur les poids respectifs du médical et du social dans les missions d'évaluation à domicile : les médecins semblent souvent plus autonomes par rapport à leur hiérarchie, mais celle-ci semble nettement marquée du côté du travail social.

L'exemple du département B montre un cas de passage d'une hiérarchie médicale à une hiérarchie « sociale ». Auparavant, la chef hiérarchique des évaluateurs et médecins était elle-même médecin. Les agents de l'époque témoignent d'une ambiance professionnelle très conflictuelle, où les travailleurs sociaux se sentaient « écrasés » par les médecins et ne pouvaient gagner une autonomie sous l'égide d'une profession si forte de sa légitimité de corps. L'ambiance s'est beaucoup apaisée depuis que la nouvelle chef, assistante sociale de formation, est arrivée. Les travailleurs sociaux se disent plus « écoutés », et si les médecins montrent régulièrement une attitude de défiance vis-à-vis de leur supérieure, ils forment un groupe relativement autonome qui n'a pas le sentiment d'être subordonné aux exigences du travail social.

Tableau 13 : Professions des supérieurs hiérarchiques des visiteurs « ordinaires »

Département	B	C	M	N	G	V
Profession du CHEF HIERARCHIQUE de tous les visiteurs	AS	ADMIN	ADMIN	?	AS	AS

L'importance du service de l'instruction

Il est également intéressant de remarquer la place des instructeurs, chargés notamment de la saisie des dossiers et de la mise à jour des ressources pour le calcul du ticket modérateur. Seul le département C, parmi ceux analysés ici, a déconcentré l'instruction dans les unités territoriales, de même que les visiteurs et les médecins. On peut noter que pour le département B, qui est engagé dans un processus de déconcentration ayant déjà concerné les visiteurs et les médecins, la déconcentration des instructeurs à l'horizon 2013 est prévue comme l'aboutissement de cette politique. La place des instructeurs peut ainsi être vue comme un indicateur du degré d'autonomie accordé aux unités territorialisées.

On note par ailleurs que, quand les visiteurs à domicile et les instructeurs sont regroupés au

sein d'un même service (par exemple, celui de l'évaluation), ces derniers ont tendance à voir diminuer la part strictement administrative de leur travail, et augmenter la part qui les relie au travail social (par exemple, répondre au téléphone aux bénéficiaires posant des questions sur leur dossier). La proximité des instructeurs avec les visiteurs leur permet en quelque sorte de suivre les dossiers sur le long terme. Lorsque, comme dans le département C, visiteurs et instructeurs se trouvent en outre groupés dans une unité territoriale déconcentrée et très autonome, on peut vraiment dire que les instructeurs font partie de l'équipe de gestion personnalisée des bénéficiaires (qui parle plus volontiers en termes de noms de cas que de numéros de dossier). En revanche, lorsque les instructeurs sont inclus dans le service de gestion des prestations et associés, par exemple, aux comptables et aux agents chargés de la facturation, l'approche de leur métier semble assez différente : ils ont peu accès au suivi par « cas », n'ont pas d'occasion de parler de travail médico-social avec les visiteurs, et voient leurs tâches recentrées sur leur définition administrative de saisie des dossiers.

Tableau 14 : Les instructeurs de l'APA à domicile au sein des conseils généraux

Département	B	C	M	N	G	V
INSTRUCTEURS déconcentrés : oui/non	NON	OUI	NON	NON	NON	NON
Niveau des instructeurs dans l'organigramme	6 sur 6	5 sur 5	5 sur 6	?	6 sur 6	7 sur 7

Ce que sont les « EMS »

Le terme légal « d'équipes médico-sociales » apparaît comme un terme à utiliser avec précaution lorsque l'on cherche à décrire le fonctionnement réel des services de l'APA. Dans tous les conseils généraux enquêtés, on trouve, à certains endroits de l'organigramme, des médecins avec certaines missions, et des travailleurs sociaux qui ont également les leurs. Cependant, l'étude approfondie montre que l'ensemble des agents pesant réellement sur l'évaluation d'un GIR et l'élaboration d'un plan d'aide (ce que pourrions appeler les « équipes d'évaluation ») est à géométrie variable. Parfois, les médecins territoriaux en font réellement partie (comme dans les départements C ou B), parfois ils n'y participent que sur le papier, tandis qu'une autre profession médicale a, elle, voix au chapitre (les infirmières dans le département V, par exemple). En revanche, alors qu'ils n'en font en théorie pas partie, les instructeurs peuvent parfois se voir reconnaître une compétence à peser sur les dossiers, et prendre réellement part à ces équipes (département C). La question du « nœud » médico-social de l'évaluation de la dépendance dans le cadre de l'APA à domicile doit ainsi être envisagée à plus large échelle, au-delà d'un simple binôme médecin/travailleur social.

Pour les six départements étudiés, nous pouvons considérer que le « nœud médico-social » peut se jouer de quatre manières différentes :

- Un seul département joue (quoique non systématiquement) sur des visites en binôme médical/social : infirmières et anciens administratifs du conseil général, assistantes sociales de la CRAM (département V)
- Trois départements jouent sur la variété du recrutement des visiteurs « ordinaires », comprenant au moins en partie des travailleurs sociaux (AS, CESF, éducateurs) et au moins en partie des infirmières (départements B, N, V)
- Deux départements choisissent de recruter des visiteurs uniquement parmi des professions sociales, et impliquent fortement les médecins territoriaux dans l'élaboration du GIR : deux GIR sont calculés, l'un « médical » et l'autre « social » (départements C et M). Dans le département C, il s'agit d'un GIR coordonné et négocié entre visiteurs et médecins territoriaux. Dans le département M, il s'agit au contraire de GIR indépendants, juxtaposés au dossier (le médecin ayant le dernier mot en cas de discordance).
C'est, justement, sur les dessous de l'évaluation du GIR que nous allons nous pencher à présent.

2. Les dispositifs de contrôle du nombre de bénéficiaires

2.a. La porte d'entrée de l'éligibilité : les dessous du GIR

Le faible poids des médecins généralistes

Les médecins généralistes, comme les assistantes sociales des hôpitaux, ont tendance à inciter les personnes âgées à remplir un dossier d'APA. Ils sont donc fréquemment à l'origine des premières demandes, auxquelles ils peuvent adjoindre un certificat médical dont le contenu est légalement laissé à leur appréciation.

Sur les cinq départements renseignés, trois ont mis en place dans le dossier de demande d'APA un modèle de certificat médical à remplir par le médecin adressant la personne âgée au conseil général. Seuls deux d'entre eux l'utilisent vraiment : ce sont les conseils généraux où, comme nous le verront, les médecins effectuent sur cette base une évaluation du GIR indépendante de celle du visiteur à domicile. Dans les départements qui ne proposent pas de modèle de certificat (départements B et G) et dans l'un qui le propose mais qui le ne juge « pas toujours fiable » (département V), les certificats de médecins extérieurs au conseil général ne sont utilisés qu'à la marge, en complément, dans deux cas spécifiques : d'un côté, en cas de doute sur le remplissage des items de la grille AGGIR (par exemple, quand la personne âgée est atteinte de troubles se manifestant par intermittence et pour lesquelles la visite ne permet pas d'apprécier les difficultés réelles), et d'un autre, en cas de contestation du GIR évalué (réclamations, recours).

GIR médical, GIR social, GIR médico-social

Dans deux départements enquêtés, un GIR est calculé par un médecin du conseil général, indépendamment de la visite à domicile. Il est alors comparé au GIR calculé par le visiteur durant ou après celle-ci.

Dans le département C, ce GIR médical « sur pièces » (certificat du médecin traitant et

questionnaire pour les proches) est préalable à la visite. Cette dernière, qui est le fait de travailleurs de formation sociale (AS, CESF, éducateurs) ou administrative, conduit à valider le GIR médical ou à l'infirmier. Dans ce dernier cas, il est rediscuté entre le médecin et le visiteur, et en cas de désaccord ou de doute persistant, en réunion hebdomadaire (qui comprend la hiérarchie administrative immédiate, des visiteurs et un médecin).

Dans le département M, le GIR médical « sur pièces » (certificat du médecin traitant) est parallèle à la visite. Il ne peut pas faire l'objet d'une négociation entre médecin du conseil général et visiteur à domicile comme dans le département C. Les visiteurs à domicile (de formation uniquement sociale dans ce département : AS, CESF) évaluent pour leur part, lors de la visite, un GIR nommé « social ». Les deux GIR sont confrontés lors du passage du dossier en commission hebdomadaire (comprenant des visiteurs, un instructeur et un médecin) pour validation ; s'ils ne concordent pas, c'est le médecin qui a tendance à avoir le dernier mot dans la discussion.

Dans le département M, le GIR « médical » est calculé indépendamment du GIR « social ». Chaque demandeur fait donc l'objet d'une visite à domicile, quelque soit le résultat du GIR « médical », car il faut de toute façon une évaluation « sociale ». Ce n'est pas le cas du département C, où les pièces complémentaires au dossier (dont un modèle est fourni par le conseil général) représentent un véritable enjeu. Ce département est le seul, parmi ceux enquêtés, à avoir complété le dossier de dépôt de demande d'APA par une pièce supplémentaire à destination de la famille du demandeur. Ce questionnaire est parfois également rempli par un ami, un travailleur social (du CLIC, par exemple) ou un aide à domicile intervenant déjà. Selon les médecins territoriaux rencontrés, il est conçu pour proposer dans un langage courant les items de la grille AGGIR, afin de combiner à l'analyse du médecin traitant les données relevées au quotidien et d'évaluer un GIR « sur pièces » le plus fiable possible. L'investissement important sur la qualité des questionnaires destinés au médecin traitant et aux proches dans le département C (groupe de travail sur un an, expérimentation puis mise en place...) prend également sens dans un contexte de volonté de réduction du coût des visites pour le conseil général. De même que, comme on l'a vu plus haut, ce conseil général est passé de deux visites par demande à une seule, il a aussi été décidé de ne pas visiter les dossiers évalués « sur pièces » en GIR 5 ou 6 : ces derniers reçoivent directement une lettre leur recommandant de s'adresser à leurs caisses de retraite ou à leur mutuelle pour recevoir une aide. L'enjeu sur les pièces complémentaires au dossier est donc important dans ce département, et la mission de calcul du GIR des médecins y est avant tout une mission « d'écrouissage » au cœur des arbitrages d'éligibilité : il s'agit de « ne pas laisser passer de GIR 4, parce qu'un GIR 5 lourd reviendra quelques mois plus tard et on perd du temps », et à la fois, d'écarter d'emblée les populations ne rentrant pas dans le dispositif.

Pour le département C, le GIR est « médico-social » car il est évalué par un médecin et par un travailleur social, puis négocié entre eux en cas de non concordance. Pour nos interlocuteurs, cette négociation est le gage de la pluridisciplinarité de l'évaluation. A l'inverse, dans le

département M, le GIR est « médico-social » car il est le résultat d'une juxtaposition entre le GIR médical et le GIR social. Pour nos interlocuteurs, l'indépendance totale du calcul des deux GIR est le gage de la pluridisciplinarité de l'évaluation.

Dans ces deux départements, les médecins du conseil général participent réellement à l'élaboration du GIR. Dans les quatre autres départements, en revanche, ils ont plus un rôle de supervision et de validation (dans le département B, par exemple), quand ce n'est pas un rôle extrêmement lointain et, de fait, purement symbolique (par exemple, dans le département V). Ceux qui ont la main sur le calcul du GIR sont donc, très largement, les visiteurs « ordinaires ». L'informatisation progressive des dossiers et des procédures, dans laquelle sont engagés de nombreux conseils généraux, voudrait que le GIR soit d'autant plus « objectif » qu'il est calculé in fine par un logiciel – y compris dans les cas où, durant la visite elle-même, il est calculé sur formulaire papier. En réalité, on observe que quelque soit le support de calcul, les visiteurs manient très bien les poids respectifs des différents items sur le résultat final. Ils sont donc en mesure d'influencer ce dernier en modifiant légèrement des variables spécifiques. Cette maîtrise leur vient en partie de leur expérience, et en partie des formations qu'ils reçoivent, où sont expliqués les points forts, les points faibles et les « ficelles » d'usage de la grille AGIR (ces formations sont souvent assurées par les médecins du conseil général, qui suivent eux-mêmes des formations, au siège ou même dans d'autres villes). Les visiteurs n'ont donc pas seulement la main principale, voire exclusive, sur le GIR en termes d'organisation du travail : ils ont également la main sur *le résultat* de l'évaluation.

La limite entre le GIR 4 et le GIR 5

C'est donc aussi sur eux que pèse, de fait, une partie du contrôle du nombre de bénéficiaires. En particulier, la gestion de la limite entre le GIR 4 (admis à l'allocation) et le GIR 5 (non admis) est cruciale. Comme nous l'évoquions plus haut, les agents impliqués dans le calcul du GIR se trouvent en tension entre deux voies, dans un contexte de volonté de réduction des coûts de l'APA (au moins pour tous nos départements enquêtés). D'un côté, comme il est dit explicitement dans le département C, « rater » des GIR 4 en les qualifiant de GIR 5 n'est pas bénéfique à long terme : ils reviendraient quelques mois plus tard à la moindre aggravation, et leurs dossiers seront donc traités deux fois en un court laps de temps (ce qui générerait du travail administratif et évaluatif inutile). D'un autre côté, il s'agit de ne pas accepter en GIR 4 des personnes qui relèveraient en réalité d'un GIR 5, et donc, non pas du conseil général mais des caisses de retraite. Les agents des conseils généraux sont d'autant moins enclins à ce genre de concession qu'ils constatent un désengagement prononcé de ces dernières quant aux aides ménagères et à la prise en charge des GIR 5 et 6, et en conséquence, dans certains départements, une orientation « de facilité » vers le conseil général de la part (notamment) des assistantes sociales du milieu hospitalier. Toutefois, si cette double contrainte pèse sur les visiteurs, elle est rarement explicitée comme telle (au moins face à l'enquêteur), et est dissimulée derrière la double « objectivité » supposée de la grille médicale et de la « demande » d'APA qui dépendrait de l'état de santé de la population.

Or, les incitations ou désincitations à la demande d'APA de la part des conseils généraux (mais aussi des autres acteurs du champ social et gérontologique local) apparaissent comme un élément essentiel du jeu sur les flux de demande d'APA.

Tableau 15 : Le calcul du GIR

Département	B	C	M	N	G	V
Un modèle de certificat médical est-il fourni dans le dossier APA ?	Non	oui	Oui	Non	non	Oui
Les médecins du CG se servent-ils du certificat du médecin traitant ? Pour faire quoi ?	Rarement, s'il y a un doute ou en cas de contestation	Toujours, pour établir un GIR préalable à la visite	Toujours, pour établir un GIR parallèle à la visite	Rarement	Rarement, en cas de contestation	Rarement, en cas de contestation
Autres documents spécifiques au département dans le dossier APA	Aucun	Questionnaire pour la famille	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Un GIR est calculé avant la visite ?	Non	Oui, au préalable	Oui, en parallèle	Non	non	Non
Si oui, y a-t-il visite des GIR 5-6 ?	-	non	Oui	-	-	-
Le visiteur prend-il connaissance du GIR et/ou du dossier médical avant d'aller en visite ?	Non	oui	Non	Non	non	Oui
Dans les faits, qui a la main sur le CALCUL du GIR ? (visiteurs/médecins/autres?)	Visiteurs	Visiteurs + médecins (coopération)	Visiteurs + médecins (juxtaposition)	Visiteurs	Visiteurs	Visiteurs

En tant que porte d'entrée de l'éligibilité à l'allocation, le calcul du GIR est l'un des points sensibles de la procédure d'attribution de l'APA. Alors que, comme nous le verrons dans le point suivant, les contestations et recours sur les plans d'aide sont relativement peu nombreux et semblent avoir diminué au fil des années, les contestations du GIR restent comparativement très fréquentes. Le calcul d'un GIR mobilise même régulièrement, dans certains départements, certains élus qui interviennent directement auprès des agents des conseils généraux pour peser sur l'évaluation de certains dossiers individuels. C'est le cas dans quatre de nos six départements enquêtés (B, M, G, V). En revanche, nous n'avons eu aucun témoignage d'intervention de la hiérarchie administrative du conseil général pour peser sur un dossier en matière de GIR. Sur ces points, on ne constate dans notre enquête aucun lien avec les différentes compositions des équipes d'évaluation ou les différentes manières de procéder au calcul du GIR.

Tableau 16 : Interventions des élus et de la hiérarchie administrative des conseils généraux sur les dossiers individuels d'APA à domicile

Département	B	C	M	N	G	V
Y a-t-il des interventions de la part d'élus sur les dossiers d'APA à domicile ?	oui	non	Oui	Non	oui	oui
Y a-t-il des interventions de la part de la hiérarchie administrative sur les dossiers d'APA à domicile ?	non	non	Non	Non	non	non

2.b. Encourager ou décourager les candidats à la demande d'APA

Il semble que l'afflux inattendu de demandes d'APA en 2002 soit largement dû à la façon dont les travailleurs sociaux se sont approprié la nouvelle prestation : ils ont conseillé aux intéressés de déposer une demande. En 2010, certains périodiques spécialisés dans la gestion de patrimoine ont même conseillé à leur lectorat (par définition doté de patrimoine) de déposer une demande d'APA, jouant à la fois sur les revenus potentiellement bas des parents et sur le rôle de l'APA comme porte d'entrée dans l'accès à l'offre médico-sociale.

Si notre enquête a montré, dans les services APA des conseils généraux, peu de consignes visant explicitement à la limitation du nombre de bénéficiaires, elle a mis en lumière un certain nombre de dispositifs d'incitation ou de désincitation à demander l'APA.

Les guichets

Les guichets s'adressant aux personnes âgées sont l'un d'entre eux. Certains ne dépendent pas du conseil général et sont des lieux d'accueil du public (Clics, mairies, assistantes sociales hospitalières...). D'autres dépendent directement des conseils généraux, et fonctionnent avant tout comme des guichets téléphoniques, même si des personnels dédiés peuvent dans certains cas accueillir du public sur rendez-vous. Ce sont les numéros verts et plateformes téléphoniques intégrés aux services des conseils généraux (départements B, M, V) ou conventionnés (département G). Ce sont aussi les permanences des visiteurs, annoncées sur leurs cartes de visite (département B, N). Un service d'instruction particulièrement intégré à l'équipe d'évaluation peut aussi faire office de permanence et de relais vers les téléphones portables des visiteurs en déplacement (département C).

On pourrait penser de prime abord que le nombre de dossiers rejetés pour cause de GIR 5 ou 6, par exemple, est un bon indicateur de l'état de santé de la population demandeuse, ou d'inflexions départementales sur le calcul du GIR (un calcul plus ou moins « sévère » par exemple). Nous proposerions également de le voir comme un indicateur du degré d'efficacité des dispositifs de désincitation et des barrières à l'entrée. En effet, les conseils généraux n'ont

pas intérêt à évaluer des dossiers aboutissant à un GIR 5 ou un GIR 6, puisqu'ils sortiront ensuite de leur domaine de compétence. Dans certains départements, l'évaluation du conseil général est considérée comme valable pour les caisses de retraite vers lesquelles les personnes se tournent ensuite, mais ce n'est pas le cas partout (parfois, les caisses de retraite refont elles-mêmes une évaluation, quitte à trouver un GIR 4 et à renvoyer la personne auprès du conseil général). Les conseils généraux ont donc intérêt à ce que des dispositifs de filtrage orientent, en amont de la demande d'APA, les demandeurs peu dépendants directement vers les caisses de retraite (ces dernières, en revanche, ont intérêt à ce qu'ils soient orientés vers les conseils généraux, mais nous n'avons pas de données de ce côté-là).

Les Clics, qui dépendent en partie de financements départementaux et entretiennent souvent des relations avec des agents du conseil général, fonctionnent comme l'un de ces dispositifs. Dans plusieurs départements (comme par exemple le département C), ils effectuent des pré-évaluations (c'est-à-dire qu'ils remplissent une grille AGGIR ou un formulaire lui ressemblant) afin d'orienter les demandeurs vers l'interlocuteur le plus adapté. Les numéros verts peuvent également fonctionner en ce sens, comme dans le département B, ou dans le département N où sont remplies des « fiches d'appel » évaluant au téléphone le degré de gravité et d'urgence des situations.

Le département G est le seul à avoir délégué, par convention, sa plateforme d'appel téléphonique à une association. Cependant, on constate que ce service fonctionne très mal, les personnes demandeuses d'information s'adressant à des guichets mieux connus et notamment, directement au conseil général. Il semble que l'APA soit bien repérée comme une aide gérée par l'administration départementale.

Aux guichets, annoncer un probable GIR 5 n'est pas la seule manière de chercher à décourager des demandes d'APA. Après renseignements pris sur les ressources du demandeur potentiel, si le ticket modérateur promet d'être élevé et le niveau de dépendance assez faible (GIR 4, en particulier), un agent peut chercher à montrer le coût inutile du dépôt de dossier et du suivi de la procédure au vu du faible montant obtenu à la fin¹¹. Les personnes qui persistent malgré cela sont d'ailleurs considérées d'un assez mauvais œil.

La désincitation peut aussi passer par des mesures restrictives décidées au niveau départemental pour contraindre les plans d'aide des GIR 4 : limitation en nombre d'heures, par exemple (nous en parlerons plus en détail par la suite). Ces mesures, relayées par les agents des guichets auprès des demandeurs potentiels, peuvent également décourager ces derniers en leur faisant apparaître la procédure comme trop lourde en comparaison de ce qu'ils peuvent y gagner.

En parallèle, les conseils généraux mènent aussi parfois des actions d'incitation à demander l'APA, couramment dénommées « actions d'information ». C'est le cas du département B, qui a récemment fait distribuer avec le mensuel du conseil général un supplément d'une dizaine de

¹¹ Par ailleurs, les conseils généraux ne versent pas l'APA en dessous d'un montant mensuel de 27 euros environ (2011), soit trois fois le montant du SMIC horaire.

pages expliquant en détail la procédure de demande de l'APA. Quelques temps auparavant, ce même département avait organisé une campagne publicitaire sur les services à la personne, et une formation sur l'APA auprès des assistantes sociales des hôpitaux du département. Deux médecins départementaux en charge de l'APA, rencontrés dans ce département, ironisaient en entretien à propos des effets pervers de ces actions incitatives : selon eux, leur département est l'un des seuls où le nombre de bénéficiaires augmente encore à ce point, et leur récent numéro vert a pour mission de filtrer une partie des demandes potentielles.

Tableau 17 : Les guichets et dispositifs de pré-évaluation

Département	B	C	M	N	G	V
Existe-t-il des dispositifs de pré-évaluation du GIR (avant la visite) ?	Clics, numéro vert, CCAS	préGIR par les Clics, GIR par les médecins généralistes	numéro vert	Non	Non	numéro vert
Existe-t-il un numéro vert ou une plateforme d'appel téléphonique ?	numéro vert au CG (6 personnes)	non	numéro vert au CG (2 personnes)	Non	plateforme (association conventionnée) fonctionne très mal	numéro vert au CG (5 personnes)

Les recours

L'observation de la gestion des réclamations et des recours est également un bon indicateur des signaux qu'envoient les conseils généraux à leurs bénéficiaires.

Comme on le disait plus haut, les quelques chiffres disponibles dans les départements enquêtés laissent penser que la plus grande partie des recours concerne l'éligibilité à l'APA ou à l'un de ses paliers (ils sont moindres, par exemple, sur le contenu des plans d'aide). Ainsi, dans le département B en 2010, on a compté 27 recours déposés qui portaient sur une contestation de GIR, pour seulement 2 qui portaient sur une contestation de plan d'aide.

Dans la plupart des départements enquêtés, une grande majorité de litiges se règlent lors d'une commission dite « amiable », interne au conseil général. A l'inverse, la procédure contentieuse (qui ne concerne, comparativement, qu'un très petit nombre de cas), implique une procédure plus formalisée et qui se déroule devant la commission départementale d'aide sociale (elle peut aller, s'il y a appel et dans les cas extrêmes, jusqu'au niveau national : la commission centrale d'aide sociale). Parmi les 27 recours sur le GIR en 2010 dans le département B, on a ainsi 24 recours amiables et seulement 3 contentieux. Dans le département M, le règlement des litiges à l'amiable et de manière interne au conseil général semble fonctionner encore mieux : alors qu'on y dénombre, depuis la mise en place de l'APA jusqu'en 2010, un total de 520 recours amiables, l'agent en charge de la cellule de gestion des recours affirme qu'il y a eu sur la même

période tout au plus cinq d'entre eux qui ont suivi une procédure contentieuse.

Le département V semble être le seul de l'enquête à avoir un nombre très élevé de recours contentieux, essentiellement sur le GIR puisqu'une procédure particulièrement souple de négociation des plans d'aide avec les bénéficiaires y permet de pallier tout désaccord de ce côté. Ainsi, entre novembre 2011 et mars 2012, ce département a vu le dépôt de 36 recours sur le GIR, contre aucun sur les plans d'aide.

Dans les autres départements, une commission existe également pour gérer, au fil de l'eau, les dossiers qui posent problème. Ces commissions, dont la composition n'est pas toujours semblable, fonctionnent comme un dispositif doublement préventif des conflits : un dispositif d'harmonisation (dans une certaine mesure) des pratiques professionnelles et « d'accordage » entre les divers métiers intervenant sur l'éligibilité, et un dispositif de conciliation sur des situations qui pourraient déboucher sur un désaccord, afin d'éviter si possible une future contestation.

Tableau 18 : Les recours amiables et contentieux dans le département B en 2010

	GIR	Plan d'aide	Autres*	Total
Recours amiables	24	2	10	36
Recours contentieux	3	0	0	3
Total	27	2	10	39

* Contestation du ticket modérateur, de la date d'effet des droits...

Tableau 19 : Les recours amiables dans le département M de 2002 à 2010

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
GIR	52	35	25	32	41	54	53	44	66	402
Plan d'aide*	20	5	10	16	11	10	9	1	6	88
GIR et Plan	6	0	4	0	1	1	1	1	2	16
Autres**	1	3	4	3	2	0	0	1	0	14
Total	79	43	43	51	55	65	63	47	74	520

* Contestation du contenu et/ou montant du plan d'aide

** Contestation du ticket modérateur, de la date d'effet...

Si l'on regarde la gestion des dossiers de contestation et recours par les services du conseil général, on voit qu'il est particulièrement intéressant de regarder leur traitement en première instance : qui reçoit, qui instruit ces dossiers de recours ? Les données ont pu être renseignées pour cinq des départements de l'enquête, et conduisent à repérer trois organisations différentes.

- Certains départements ont une cellule spécifique de traitement des réclamations, qui a pour but principal d'amener ces recours à être gérés à l'amiable (départements B et M). Cette cellule

est en charge d'agents administratifs qui se sont intéressés aux questions de droit. Elle est en coordination constante avec le service numéro vert, qui recueille souvent les premières plaintes par téléphone.

- Dans d'autres départements, ce sont des agents des services de l'évaluation qui gèrent les dossiers de réclamation : les médecins et les chefs administratifs des unités territoriales (départements C et G). Leur rôle dans la gestion des recours est alors spécialisé, les médecins s'occupant des contestations de GIR et les chefs d'unité territoriale se chargeant des contestations de plan d'aide.
- Dans le département V, où les réclamations semblent être plus souvent qu'ailleurs gérées sur le mode contentieux, le dispositif semble être le plus complet. Il dispose d'un numéro vert où les bénéficiaires peuvent appeler en cas de problème. C'est le secrétariat des équipes d'évaluation qui reçoit les courriers de recours ; les médecins et visiteurs participent également à leur gestion. En dernier recours, un service spécifique existe qui regroupe des juristes de profession.

Tableau 20 : Réception et gestion des contestations de GIR et de plan d'aide dans les conseils généraux

Département	B	C	M	G	V
Qui reçoit les contestations de GIR ? Qui les traite ?	cellule recours et contentieux (1 personne), envoi au médecin pour visite	médecins des UT	cellule recours et contentieux (1 personne), envoi au médecin pour visite	médecins	le secrétariat des équipes d'évaluation reçoit, les visiteurs et les médecins les traitent
Qui reçoit les contestations de plans d'aide ? Qui les traite ?	cellule recours et contentieux (1 personne), envoi aux médecins pour visite	chefs administratifs des UT	cellule recours et contentieux (1 personne), envoi aux visiteurs pour visite, puis au médecin si pas d'accord	chefs administratifs des UT	pas de recours normalement, mais en théorie c'est le secrétariat des équipes d'évaluation qui les reçoit, et les visiteurs les traitent

3. La prescription d'aide, ou les relations des conseils généraux avec les services d'aide et les familles pratiquées par les visiteurs

On a vu quels dispositifs pouvaient jouer sur l'éligibilité, soit en influant sur les critères de celle-ci (et notamment, le GIR), soit en mettant en place des dispositifs d'incitation et de désincitation face aux demandeurs potentiels. Cependant, le nombre de bénéficiaires n'est pas la seule variable sur laquelle la politique départementale peut jouer pour infléchir les coûts de

l'APA. Les consignes sur le contenu des plans d'aide, sur la prise en compte des familles et sur la coordination avec les services d'aide font également partie des choix mis en œuvre par les départements.

Les plans d'aide sont ordinairement prescrits au cours des visites ordinaires et par les visiteurs ordinaires, dont on a vu qu'ils étaient composés en grande partie de professionnels issus de formations du secteur social. Les médecins n'ont jamais la main sur les plans d'aide, et même rarement un regard sur leur contenu (sauf en cas où ils sont eux-mêmes les visiteurs).

3.a. Limiter les plans d'aide ?

On peut mettre en valeur deux grands enjeux de la prescription des plans d'aide. L'un est lié aux politiques de solvabilisation mises en place par les conseils généraux. L'autre se réfère à la manière de prendre en compte dans les plans d'aide les éventuelles aides familiales reçues par les bénéficiaires.

Les plans d'aide comme vecteurs de la solvabilisation des bénéficiaires

Le premier a trait aux politiques de solvabilisation mises en place par les conseils généraux. La question est, une fois qu'un bénéficiaire entre dans l'APA, de donner plus ou moins d'argent pour son plan d'aide, et on peut réfléchir sur ceci de trois manières :

- Si l'on réfléchit au plan en euros donnés par le conseil général pour l'achat de prestation, on est conduit à se demander si le plan d'aide doit être poussé à son maximum légal pour un niveau de dépendance donné, ou pas : c'est la question du taux de plans d'aide « au plafond ». Dans certains cas, le plafond légal joue comme une référence, et peu de plans sont très en-dessous. Une autre manière d'utiliser le plafond est d'en faire un seuil, au-delà duquel le GIR devra être modifié : les plans sont alors prévus suffisamment en-dessous du plafond pour qu'une aggravation de l'état de santé puisse, durant un certain temps, entraîner un ajout d'heures sans pour autant modifier le GIR. Enfin, le plafond peut être vu comme un montant à ne pas dépasser dans le temps, et il s'agit de donner un plan d'aide suffisamment en-dessous pour prévoir l'augmentation des tarifs des SAD, à nombre d'heures égal.
- Si l'on réfléchit au plan en heures financées par le conseil général, il s'agit alors de jouer non pas sur un montant maximal d'euros, mais sur un nombre d'heures maximal. Dans certains départements, on trouve ainsi des consignes relativement strictes de limitation des heures sur les plans d'aide des GIR 4, et en particulier du nombre d'heures de ménage, de courses et de repas (départements C et B).
- Si l'on réfléchit au plan en utilisation des heures/des euros donnés par le conseil général, il s'agit de jouer sur l'orientation des bénéficiaires vers un segment spécifique du marché de l'aide à domicile. Dans une logique de réduction des coûts, on trouve par exemple des consignes d'orientation des personnes classées en GIR 4 vers du service en gré à gré, au tarif de solvabilisation le plus bas (départements G et V).

Les consignes des services et les pratiques des visiteurs influant sur le montant en euros, le

montant en heures ou l'orientation vers certains types de services sont trois manières de jouer, à travers la prescription d'un plan d'aide, sur les dépenses du conseil général. Mais cette prescription a aussi, en conséquence, des effets du côté des familles et du côté du marché de l'aide à domicile.

Tableau 21 : Consignes des services spécifiques aux plans d'aide en GIR 4

Département	B	C	M	N	G	V
Type de consignes spécifiques aux plans d'aide des GIR 4	limitation des heures dans les plans d'aide	limitation des heures dans les plans d'aide	aucune	aucune	orientation	Orientation
Contenu de la consigne	plafonnement des heures de ménage à 4h/semaine, et des courses et repas à 8h/semaine	plafonnement du plan mensuel à 20h s'il comprend de l'aide au corps, à 13h sinon	-	-	Incitation à l'emploi en gré à gré	Incitation à l'emploi en gré à gré (si la famille est présente)

La prise en compte des aides familiales dans les plans d'aide

Le second enjeu de la prescription d'aide se trouve autour de la prise en compte des aides apportées sans rémunération par les proches des bénéficiaires dans le plan d'aide.

Lors de la visite, la discussion sur l'état de santé du demandeur de l'APA porte également sur les aides qu'il reçoit déjà de la part de ses proches. De fait, au moins l'un d'entre eux est souvent présent lors de la visite (le conjoint, ou un enfant par exemple, parfois un voisin), et les visiteurs peuvent prendre en compte leurs commentaires dans l'évaluation de la situation.

Dans le cas où des aides sont apportés au bénéficiaire par ses proches, le visiteur peut proposer l'APA sous différents jours, dont on retiendra ici trois modalités : l'allocation peut être présentée comme complémentaire aux aides familiales, comme pouvant s'y substituer, ou au contraire comme n'ayant pas pour vocation de s'y substituer. Derrière la prise en compte des aides familiales existantes lors de l'élaboration des plans d'aide, on trouve donc la question cruciale de la complémentarité ou de la subsidiarité (et une subsidiarité dans quel sens ?) des aides publiques par rapport aux aides privées.

Notre enquête n'a pas mis à jour de consignes explicites sur ce point dans les conseils généraux étudiés. Toutefois, on peut y décrire des « ambiances » diffuses, repérables à travers des considérations sur ce que devrait ou ne devrait pas être l'APA. Bien qu'on puisse constater des divergences entre les agents, on peut malgré tout décrire trois profils « types » parmi les départements de l'enquête.

- Certains conseils généraux tendent à considérer que le rôle de l'APA peut être de remplacer la famille (vocation sociale, aide aux aidants)
 - Parmi eux, certains estiment également que prendre en compte les difficultés sociales des bénéficiaires fait partie des missions de l'APA : c'est

le cas du département C.

- Parmi eux, d'autres estiment plutôt que prendre en compte les difficultés sociales ne fait pas partie des missions de l'APA : c'est le cas du département B.
- Certains conseils généraux tendent à considérer que le rôle de l'APA est seulement de compléter la famille, en tenant compte des difficultés sociales éventuelles : ce sont les départements G et V.
- Certains conseils généraux tendent à considérer que le rôle de l'APA ne devrait pas être de permettre aux familles de se désengager, et qu'il n'est pas non plus de prendre en compte les difficultés sociales éventuelles : c'est le cas du département M.

On voit se dessiner sous ces profils, au-delà de l'APA, des positionnements politiques sur ce que doit être l'action publique (plus ou moins tournée vers la générosité), sur le classement de l'APA en tant qu'aide sociale ou non, et sur la moralisation des liens familiaux.

Tableau 22 : Rôle valorisé de l'APA vis-à-vis de l'engagement des familles dans l'aide et vis-à-vis des difficultés sociales des bénéficiaires

Département	B	C	M	G	V
<p>Quel rôle possible de l'APA par rapport aux familles est le plus valorisé :</p> <p>1-le rôle de l'APA peut être de remplacer la famille 2-le rôle de l'APA est seulement de compléter la famille 3-le rôle de l'APA ne devrait pas servir aux familles à se désengager</p>	1	1	3	2	2
<p>Il est bien que les visiteurs, en plus des difficultés de santé des bénéficiaires :</p> <p>1- prennent plutôt en compte leurs difficultés sociales éventuelles 2- ne prennent plutôt pas en compte leurs difficultés sociales éventuelles</p>	2	1	2	1	1

3.b. Formulation des plans d'aide et niveau de précision de la prescription au bénéficiaire

L'enjeu des référentiels tâches/temps

Un référentiel tâche/temps est un document interne, produit par certains conseils généraux, donnant des ordres de grandeur du temps nécessaire pour effectuer chaque tâche susceptible d'être prescrite. Ce référentiel peut être établi pour tous les types de tâches ou certaines seulement, être plus ou moins précis (temps calculé aux cinq minutes près, ou à la minute près, voire aux 30 secondes près...), et être plus ou moins contraignant dans la pratique. Il est censé guider la conversion par le visiteur des tâches prescrites en heures prescrites lors de

l'élaboration du plan d'aide.

Parmi les départements de l'enquête, quatre possèdent un tel document (départements C, G, V et M), l'un étant beaucoup moins normatif que les autres (celui du département M).

On peut pointer deux grands enjeux de ces référentiels tâches/temps :

- Le premier est un enjeu interne au service de l'évaluation du conseil général : il s'agit d'un outil d'harmonisation des pratiques entre prescripteurs (c'est-à-dire, de fait, entre visiteurs), qui vise à ce que tous les plans d'aide soient en quelque sorte étalonnés. En cela, il est au plan d'aide ce que la grille AGGIR est au GIR.
- Le second enjeu de ce type de référentiel est auprès des services d'aide à domicile. Si les référentiels ne sont pas élaborés en pensant à eux, ils ont néanmoins des effets sur la répartition des tâches prescrites dans un emploi du temps d'intervention. La question du fractionnement des plans d'aide, en particulier, est cruciale pour les services d'aide : plus le plan d'aide est découpé en petits morceaux non juxtaposables (par exemple, les plans d'aide « au quart d'heure » sont très dénoncés), plus il leur est difficile et coûteux d'organiser les interventions, ce qui affecte également les conditions de travail de leurs employés. Dans cette optique, les effets de ces référentiels peuvent être lus par les services d'aide comme des signaux de coopération ou de non coopération envoyés par le conseil général¹².

Tableau 23 : Existence d'un référentiel départemental pour transformer les tâches prescrites en temps

Département	B	C	M	N	G	V
Existe-t-il un référentiel tâches/temps	non	oui	oui (partiel)	Non	oui	oui

La formulation du plan d'aide pour le bénéficiaire

Ce qui est mentionné, ou non, sur les plans d'aide, diffère d'un département à l'autre. Sa formulation et son niveau de précision donnent des indications sur le rôle des plans d'aide dans la coordination entre le conseil général et les bénéficiaires, leurs familles et les services d'aide à domicile. On regarde ici, pour commencer, le plan d'aide destiné au bénéficiaire.

Certaines données sont présentes sur les plans d'aide d'une majorité des départements enquêtés : c'est le cas du montant du plan d'aide accordé, du montant de la participation du bénéficiaire (en particulier formulée en euros), du nombre d'heures financées, ou encore des tâches prescrites.

D'autres données, plus rarement présentes dans la formulation du plan, pointent un choix

¹² Notons également que, si la teneur de notre enquête n'avait pas pour but de donner des informations sur ce point, le minutage et les modes de fractionnement des plans d'aide ont des conséquences également sur la qualité de prise en charge perçue par les bénéficiaires.

spécifique des conseils généraux concernés. C'est par exemple le cas de l'emploi du temps : sa précision sur le plan d'aide du bénéficiaire peut témoigner, comme c'est le cas dans le département B, d'une volonté forte du conseil général de se poser en coordinateur des relations entre les services de l'APA, les bénéficiaires et leurs familles et les services d'aide à domicile. L'emploi du temps ajoute ainsi la coordination à la prescription.

Dans le département G, le choix de préciser la qualification des intervenants demandés tout en ne mentionnant pas le type de tâches prescrites est intéressant. Il témoigne d'une certaine politique envers les services d'aide à domicile et les qualifications de leur personnel.

Tableau 24 : Formulation du plan d'aide pour le bénéficiaire

Département	B	C	M	N	G	V
Le montant du plan est-il précisé sur le plan d'aide <bénéficiaire>?	oui	oui	Non	Oui	oui	Oui
La participation du bénéficiaire est-elle précisée en % ou en € ?	les deux	les deux	en €	en %	les deux	en €
Le nombre d'heures du plan est-il précisé ?	oui	oui	Oui	Oui	non	Oui
Les tâches sont-elles précisées ?	oui	oui	Non	Oui	non	Oui
Un emploi du temps sur la semaine est-il précisé ?	oui	non	Non	Non	non	Partiel
La qualification des intervenants est-elle précisée ?	non	non	Non	Non	oui	Non
Un SAD ou le nom d'un employé est-il obligatoirement précisé avant la signature du plan ?	oui	oui	Non	Oui	oui	Oui
Des besoins d'aide hors APA sont-ils précisés sur le plan ?	non	non	Non	Oui	non	Non

Les plans d'aide destinés aux bénéficiaires comportent ainsi un minimum d'informations sur le contenu de la prescription. Ils mentionnent surtout des totaux en termes de nombre d'heures et d'euros, et en grande familles de tâches à faire effectuer. Cependant, comparés aux plans d'aide destinés à un usage interne au conseil général et notés dans les dossiers administratifs des bénéficiaires, ceux qui sont transmis aux bénéficiaires apparaissent comme relativement peu précis.

3.c. Les relations entre conseils généraux et services d'aide à domicile à travers les plans d'aide

On peut voir deux types d'action des conseils généraux en direction des SAD, relayées par ses visiteurs notamment dans l'élaboration du plan d'aide : d'une part, les actions de coordination

(partage d'information), et d'autre part, les actions d'orientation (inflexion du choix de SAD des bénéficiaires). Regardons à présent les la formulation des plans d'aide utilisés en interne par les services des conseils généraux, et/ou envoyés parfois aux services d'aide à domicile choisis pour intervenir.

Un indicateur des pratiques de coordination

On regarde ici la formulation du plan d'aide, cette fois destiné aux services du conseil général (en interne) et parfois aux SAD.

- Dans deux des départements de l'enquête (les départements B et C), le plan d'aide à usage interne au conseil général n'est pas différent de celui donné au bénéficiaire, mais ceci pour deux raisons très différentes :
 - Dans le département C, il s'agit du même plan d'aide en direction du bénéficiaire, du conseil général et des services d'aide, un plan au contenu plutôt succinct. Il n'est envoyé aux services d'aide à domicile que si la coordination est pressentie comme « difficile », c'est-à-dire quand le bénéficiaire n'est pas entouré de proches jugés aptes à l'assurer. On voit donc que le département C coordonne très peu, et seulement dans les cas où une non intervention pourrait lui nuire.
 - Dans le département B, on constate au contraire que le même plan est envoyé au bénéficiaire, conservé au conseil général et envoyé dans tous les cas aux services d'aide. Ce conseil général partage toute l'information dans une logique de partenariat, et s'implique dans une coordination très poussée. Ainsi, les visiteurs appellent les services d'aide pendant la visite afin de convenir directement de l'emploi du temps avec eux et en présence du bénéficiaire. Par ailleurs, il est demandé aux visiteurs de faire signer le plan d'aide, dans la mesure du possible, immédiatement pendant la visite. On peut donc dire que le département B est très engagé dans les actions de coordination autour de la mise en œuvre du plan d'aide.
- Dans les quatre autres départements (M, N, G, V), il y a un plan d'aide différent pour le bénéficiaire et pour le conseil général, ce dernier étant plus détaillé en euros et en heures, en tâches, parfois ayant un emploi du temps en plus, mais jamais une qualification des intervenants si elle n'était pas déjà mentionnée sur le plan du bénéficiaire. Parmi eux, le département M semble être le seul à ne pas envoyer de plan d'aide au service d'aide à domicile choisi (mais les données sont manquantes pour le département N).

Globalement, les conseils généraux essaient, via les plans d'aide et leur transmission aux bénéficiaires et aux services d'aide par les agents des services de l'évaluation, cherchent plutôt à coordonner la mise en place des aides avec les intervenants. On constate que cela se fait le plus souvent de manière assez formelle et administrative, par courrier interposé.

Tableau 25 : Formulation du plan d'aide dans les services du conseil général

Département	B	C	M	N	G	V
PLAN D'AIDE du conseil général différent de celui du bénéficiaire ? (si oui, remplir ci-dessous)	non	non	Oui	Oui	oui	Oui
Le montant du plan est-il précisé sur le plan d'aide <CG>?	-	-	Oui	Oui	oui	Oui
La participation du bénéficiaire est-elle précisée en % ou/et en € ?	-	-	les deux	les deux	les deux	les deux
Le nombre d'heures du plan est-il précisé ?	-	-	Oui	Oui	oui	Oui
Les tâches sont-elles précisées ?	-	-	Oui	Oui	oui	Oui
Un emploi du temps sur la semaine est-il précisé ?	-	-	Parfois	Non	oui	Partiel
La qualification des intervenants est-elle précisée ?	-	-	Non	Non	oui	Non
Un SAD ou le nom d'un employé est-il obligatoirement précisé avant la signature du plan ?	-	-	Non	Oui	oui	Oui
Des besoins d'aide hors APA sont-ils précisés sur le plan ?	-	-	Non	Oui	non	Non

Tableau 26 : Envoi du plan d'aide aux services d'aide à domicile par les conseils généraux

Département	B	C	M	N	G	V
PLAN D'AIDE envoyé par le conseil général au service d'aide choisi ?	oui	parfois	Non	?	oui	Oui

Tableau 27 : Actions de coordination du visiteur pendant la visite

Département	B	C	M	N	G	V
Lors de la visite, le visiteur négocie-t-il directement l'organisation du plan d'aide avec un SAD ou un employé ?	oui	parfois	non	Non	non	Non
Lors de la visite, le visiteur incite-t-il le bénéficiaire à une signature immédiate du plan d'aide proposé ?	oui	non	non	Non	non	Non

Un indicateur des pratiques d'orientation

L'élaboration des plans d'aide intervient également dans les relations entre le conseil général et les services d'aide à domicile à propos du choix des intervenants. En effet, malgré l'obligation de neutralité inscrite dans la loi, cinq des six départements enquêtés appliquent de fait une politique plus ou moins marquée d'orientation vers certains types de services d'aide (seul le département N semble ne pas mettre en œuvre de technique d'orientation pour le choix des services intervenants lors de l'élaboration du plan d'aide).

Dans les départements de l'enquête, cette orientation prend deux grandes directions.

- D'un côté, elle est largement tournée vers les services prestataires (départements B, C, M, V), ce qui répond à plusieurs arguments :
 - Ces services sont considérés comme plus fiables dans le temps, plus pérennes (il y a moins de disparition de services fonctionnant sur ce mode, et cela permet des relations plus suivies avec les services du conseil général, et une coordination plus facile)
 - Ils sont également considérés comme plus faciles à contrôler, notamment en termes comptables et de facturation au plus proche des heures réalisées. Ces services font d'ailleurs souvent l'objet d'un contrôle d'effectivité plus cadré, via le paiement de l'APA sur facture mensuelle directement du conseil général au service d'aide, ou encore le versement du financement en dotation globale sur l'année.
 - Enfin, le recours à ces services est réputé créer moins de problèmes de coordination en termes de gestion des contrats de travail, de remplacement des absences, de signalement des hospitalisations de bénéficiaires... (ainsi, le département V oriente vers le mode prestataire uniquement ses bénéficiaires les plus dépendants, évalués en GIR 1 et 2).
 - Ajoutons que certains départements, comme le B et le C, n'orientent pas seulement vers le mode prestataire, mais surtout vers les prestataires autorisés. Ces départements revendiquent pour cela un argument supplémentaire, celui de la qualité du service, garantie selon eux par ce label qu'ils attribuent et qu'ils cherchent à promouvoir.

- D'un autre côté, on observe dans deux départements une orientation vers l'emploi en gré à gré dans le cas des GIR 4 (départements G et V).
 - Le tarif de solvabilisation plus bas peut expliquer en partie cette orientation, qui aurait pour but de réduire les coûts sur les populations les moins dépendantes
 - Les conseils généraux semblent malgré tout anticiper un risque de complications en termes de gestion, puisqu'ils orientent en ce sens leurs populations les plus valides (GIR 4), voire même les plus valides et les mieux entourées (dans le département V, cette consigne d'orientation concerne seulement les bénéficiaires en GIR 4 pour lesquels la famille est présente).

Pour pousser les bénéficiaires ciblés à choisir en ce sens, les conseils généraux enquêtés se servent de deux grands moyens d'incitation :

- Le plus utilisé est la persuasion : c'est là que le rôle des visiteurs est central, car ce sont eux qui argumentent durant la visite dans le sens préconisé. Ils témoignent alors de « conseils » donnés aux bénéficiaires dans leur propre intérêt. La persuasion est le principal, voir le seul moyen de l'orientation pour les visiteurs.
- Dans le département M, une majoration du ticket modérateur est utilisée à cette fin. En effet, le choix de tout service autre que du prestataire y donne lieu à une majoration de 10% de la participation du bénéficiaire, ce qui vise un effet dissuasif.

Plusieurs types de relations se jouent donc entre les conseils généraux et les services d'aide à domicile à travers l'élaboration des plans d'aide : coordination, conditions de travail pour les employés des services, qualité de l'aide pour les bénéficiaires, incitation à se tourner vers certains segments du marché de l'aide... Dans tous ces domaines, on constate que les visiteurs à domicile, et en particulier les visiteurs « ordinaires » sont au cœur de ces dispositifs.

Tableau 28 : Actions d'orientation du visiteur pendant la visite

Département	B	C	M	N	G	V
Orientation volontaire vers certains types de services durant la visite ?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Moyens de l'orientation	« conseils » (appuyés)	« conseils »	incitation via le ticket modérateur	-	« conseils »	« conseils »
Direction de l'orientation	Prestataires autorisés	Prestataires (et en particulier autorisés)	Ticket modérateur majoré de 10% pour tout autre choix que du prestataire	-	Depuis 2011, incitation à l'emploi en gré à gré pour les GIR 4	Pour les GIR 1-2, vers les prestataires ; Pour les GIR 4, vers le gré à gré si la famille est présente

Conclusion

De cette étude approfondie des procédures pratiques de l'éligibilité et de la prescription d'aide dans quelques départements, nous pouvons tirer une liste d'indicateurs indispensables pour comprendre l'organisation du ou des services concernés, le type d'articulation entre « médical » et « social », et les principes qui déterminent la générosité des conseils généraux en matière d'éligibilité (notamment entre les GIR 4 et 5) et de plan d'aide.

Ces indicateurs synthétiques sont de trois types :

1) des documents internes

- Un dossier vierge de demande d'APA
- Un exemple de plan d'aide rempli
- Cartes de visite (visiteurs, médecins, chefs évaluation et gestion des prestations)
- Référentiel d'élaboration des plans d'aide (s'il y en a un)

2) des indicateurs concernant l'organisation du travail, qui pourraient être fournis par un interlocuteur au siège ou reconstitués par un enquêteur auprès d'une personne compétente :

- Nombre de visiteurs par visite, qui est leur employeur
- Nombre de visiteurs du CG, sexe, âge, professions d'origine, politique de recrutement du CG, place dans l'organigramme
- Nombre de médecins du CG, missions, place dans l'organigramme
- Profession du chef de service de l'évaluation
- Place des instructeurs dans l'organigramme

- Quel est l'usage du certificat du médecin traitant joint au dossier (s'il y en a un) ?
- Les visiteurs remplissent-ils une grille AGGIR ? A quel moment par rapport à la visite (avant, pendant, après) ?
- Les médecins remplissent-ils une grille AGGIR ? A quel moment par rapport à la visite (avant, pendant, après) ?
- Y a-t-il des consignes sur l'élaboration des plans d'aide ou le choix des services intervenants spécifiques aux GIR 4 ?
- Conseillez-vous parfois aux bénéficiaires de choisir un type de services à domicile particulier ? Lesquels, dans quels cas ?
- Où les demandeurs et les bénéficiaires peuvent-ils appeler s'ils ont une question ?
- Qui s'occupe de recevoir les réclamations à propos d'un GIR ? D'un plan d'aide ?

3) deux questions synthétiques que nous devrions poser aux types de visiteurs que nous aurons identifiés, ainsi qu'à un médecin et aux chefs de service dont dépendent les EMS:

- Diriez-vous que, dans les services APA de votre département, l'ambiance est plutôt à penser

que : 1-le rôle de l'APA peut être de remplacer la famille, 2-le rôle de l'APA est seulement de compléter la famille, 3-le rôle de l'APA ne devrait pas servir aux familles à se désengager ?

- Diriez-vous que dans les services APA de votre département, l'ambiance est plutôt à penser que les visiteurs, en plus des difficultés de santé des bénéficiaires, 1- doivent plutôt tenir compte de leurs difficultés sociales éventuelles, 2- ne doivent plutôt pas tenir compte de leurs difficultés sociales éventuelles ?

L'ensemble de ces indicateurs devrait nous permettre de mener une comparaison systématique des politiques suivies, consciemment ou non, par les conseils généraux des départements français en matière d'éligibilité des bénéficiaires et de prescription d'aide.

Chapitre 4. Tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile : un outil décentralisé de normalisation des processus de production¹³

En mai 2010, alerté par la situation financière de nombreuses structures d'aide à domicile pour les personnes âgées, le gouvernement a chargé l'IGAS et l'IGF d'une mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles. Sans remettre en cause les principes actuels de la tarification médico-sociale, les inspecteurs proposent, dans leur rapport, d'en modifier le périmètre et les modalités de calculs¹⁴. De son côté, l'assemblée des départements de France vient de signer, avec les principales organisations gestionnaires de l'aide à domicile et représentatives des bénéficiaires, une convention prévoyant l'expérimentation de nouveaux modes de tarification visant à préserver les "équilibres entre contraintes financières des conseils généraux et obligations sociales des services envers leurs salariés".

L'intérêt des pouvoirs publics pour la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) tient sans nul doute au fait qu'elle constitue un rouage crucial dans la régulation du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes. Tout d'abord, ceux des services d'aide à domicile qui sont tarifés par les conseils généraux (voir encadré 2 pour les différents modes de régulation du secteur de l'aide à domicile) sont tenus de facturer leur intervention au tarif arrêté par le président du conseil général. Le niveau du tarif détermine ainsi les recettes de ces services, c'est à dire les conditions de leur survie économique. Il influence ainsi l'état de l'offre dans le secteur et les conditions de production, en particulier l'emploi, les rémunérations et l'organisation du travail. Mais qui dit "recettes", dit "dépenses" : le tarif arrêté détermine donc simultanément la dépense nécessaire pour acheter une heure d'aide auprès des structures tarifées par le conseil général. Etant donné les différents dispositifs de solvabilisation de la demande d'aide des personnes âgées dépendantes, dont le principal est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), fixer un tarif pour l'heure d'aide à domicile, c'est fixer le montant horaire à la charge des personnes âgées dépendantes, et celui qui sera financé par la solidarité collective. Cette décision a donc potentiellement des effets sur les volumes d'aide effectivement demandés par les personnes âgées dépendantes, sur les finances publiques et sur l'impact distributif des dispositifs de solvabilisation.

En l'état actuel, la tarification des SAAD est confiée, par la loi, aux conseils généraux, en tant que chef de file de l'action gérontologique¹⁵. Cependant, l'Etat central a précisé, dans le code l'action

¹³ Ce chapitre reprend pour l'essentiel un article en révision à la Revue française des affaires sociales.

¹⁴ Aube-Martin Philippe, Bruant-Bisson Anne & Reboul (de) Jacques-Bertrand, *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, Rapport IGAS-IGF, 2010.

¹⁵ Dans le champ médico-social, l'autorité compétente en matière de tarification varie selon le type d'établissement ou de service.

sociale et des familles (CASF), la méthode à suivre pour procéder à cette tarification : pas moins d'une quarantaine d'articles de la partie réglementaire du CASF (articles R 314-1 à R 314-208) fixent le type de documents budgétaires et comptables que les SAAD doivent fournir à l'autorité de tarification, le mode de calcul du tarif, le type de dépenses à considérer, ou encore l'affectation des excédents et des déficits (encadré 3). Ni central, ni vraiment décentralisé, la tarification des SAAD constitue donc aujourd'hui un outil de régulation économique partagé entre deux échelons de gouvernement, comme en témoigne l'intérêt que lui portent simultanément l'administration centrale et les collectivités territoriales. Ce sont les modalités effectives de ce partage que nous nous proposons d'étudier dans cet article.

Par le CASF, l'Etat central inscrit la tarification des SAAD dans une démarche de comptabilité analytique individualisée, imposant aux conseils généraux de calculer, pour chaque structure, le niveau de financement nécessaire pour couvrir ses charges de production et rendre son activité viable économiquement. A l'intérieur de ce cadre, quels sont les espaces dont les conseils généraux peuvent se saisir pour faire entrer dans le calcul même du tarif horaire, des normes départementales en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes ? C'est à cette question que s'attache la première partie de ce chapitre à partir de l'analyse de six de nos sept terrains d'enquête¹⁶. L'analyse des dossiers de tarification, et l'observation des négociations entre les services d'aide et leur tarificateur permet d'aller plus loin et d'étudier, dans une deuxième partie, la manière dont ces normes départementales sont appliquées, dans une procédure de tarification qui se doit d'être individualisée, et concerne des structures potentiellement très différentes, aussi bien en termes de statut (structures publiques, privées à but non lucratif, privées à but lucratif) qu'en termes d'organisation du travail. Enfin, en s'appuyant sur les différentes formes des normes départementales ainsi mises en évidence, les deux dernières parties proposent une grille de lecture des difficultés auxquels se heurtent les conseils généraux pour faire de la tarification des SAAD un outil de normalisation des processus de production dans le secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes.

¹⁶ Dans le département N, l'enquête sur les procédures de tarification n'a pas pu être assez poussée pour être utilisée ici.

Encadré 2 : Cadre législatif et réglementaire de la régulation des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Des services médico-sociaux :

Depuis la loi du 2 janvier 2002, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour personnes âgées entrent dans le périmètre des services sociaux et médico-sociaux au titre de la sixième catégorie de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) : « les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».

Deux régimes de régulation : autorisation et agrément

Dans son article 27, cette loi prévoit que « la création, la transformation ou l'extension des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 » nécessite une autorisation par le présent du conseil général.

Cependant, pour les services d'aide à domicile aux personnes âgées, l'autorisation peut, depuis 2005, être remplacée par une autre procédure de régulation publique, dite procédure d'agrément, délivré par l'Etat central, via ses services déconcentrés. La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale a en effet mis en place un agrément par l'Etat pour « les associations et les entreprises dont l'activité porte sur la garde des enfants ou l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité ». Un droit de choisir le mode de régulation, dit "droit d'option" a ensuite été créé dans le CASF (Art. L313-1-2) en décembre 2005 : « la création, la transformation et l'extension des services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont soumises, à la demande de l'organisme gestionnaire :

1° Soit à l'autorisation prévue à la présente section ;

2° Soit à l'agrément prévu à l'article L. 7232-1 du code du travail. »

Dorénavant deux régimes de régulation par les pouvoirs publics coexistent donc dans le secteur des services d'aide et d'accompagnement à domicile pour personnes âgées :

- le régime de l'autorisation, confié aux conseils généraux, qui relève du code de l'action sociale et des familles ;

- le régime de l'agrément, confié aux directions régionales du travail (DIREECTE), qui relève du code de travail.

Encadré 3 : Cadre législatif et réglementaire de la tarification pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés par les conseils généraux

Autorité de tarification des SAAD autorisés :

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui optent pour l'autorisation, doivent, selon l'article L314-7 du CASF, être tarifés par les pouvoirs publics, comme tout établissement ou service médico-social. Dans le cas des SAAD, l'autorité de tarification, prévue par l'article R314-130 du CASF, est le président du conseil général d'implantation.

Modalité générale de calcul du tarif de l'heure d'intervention :

L'article R314-130 prévoit une **tarification individualisée** « pour chaque établissement ou service ».

Il stipule que le président du conseil général détermine pour chaque structure **trois tarifs horaires** différents, selon le type de personnel intervenant: « Un tarif horaire des aides ou employés à domicile ; Un tarif horaire des auxiliaires de vie sociale et des aides médico-psychologiques ; Un tarif horaire des techniciens d'intervention sociale et familiale et des auxiliaires de puériculture. »¹⁷

L'article R314-132 fixe que le calcul des trois tarifs doit se faire à partir de **cinq groupes de dépenses**, à distinguer dans les propositions budgétaires :

- « - les dépenses afférentes aux rémunérations des aides et employés à domicile ;
- les dépenses afférentes aux rémunérations des auxiliaires de vie sociale et des aides médico-psychologiques, qu'elles soient déjà diplômées ou en cours de formation ;
- les dépenses afférentes aux rémunérations des techniciens d'intervention sociale et familiale et des auxiliaires de puériculture ;
- les dépenses afférentes aux rémunérations des personnes qui coordonnent, encadrent ou apportent leur soutien aux agents mentionnés aux 1° à 3° ci-dessus ;
- les frais de structure du service, calculés conformément au III du présent article. »

Chacun de ces groupes de dépense donne lieu au **calcul d'un coût moyen par heure d'intervention**.

L'article R 314-133 du CASF prévoit que le coût horaire des frais de structure est égal au montant des frais de structure du service tarifé dont le conseil général accepte la prise en charge « divisé par le nombre total annuel des heures prévisionnelles d'intervention des agents ». Le coût horaire de coordination est « égal au montant des rémunérations et frais de coordination, d'encadrement et de soutien dont il accepte la prise en charge, divisé par le nombre total annuel des heures prévisionnelles d'intervention des agents ».

In fine, l'article R314-133 précise que le tarif horaire pour une catégorie d'intervenant repose sur l'addition de la moyenne horaire des rémunérations de cette catégorie d'intervenant, du coût horaire des frais de structure et du coût horaire de coordination, d'encadrement et de soutien.

Règles particulières :

Pour les services d'aide qui ont d'autres activités à côté de leur activité tarifée, l'article R314-132 précise que, s'il y a des charges communes, les services doivent fournir au conseil général un tableau qui « permet la répartition de ces charges communes » entre l'activité relevant de la tarification et les autres activités.

L'article R314-51 prévoit que l'affectation du **résultat du budget général** des services tarifés est « décidée par l'autorité de tarification », en tenant compte des circonstances « qui expliquent le résultat ». Cet article prévoit différents modes d'affectation des excédents : à la réduction des charges d'exploitation, au financement de mesures d'investissements, à la réserve de compensation, à la réserve de trésorerie du service, à la compensation des charges d'amortissement. Le déficit en revanche doit être « couvert en priorité par reprise sur le compte de réserve de compensation ». En cas de « circonstances exceptionnelles », la reprise du déficit peut être étalée sur trois exercices.

Enfin, l'article R314-135 du CASF prévoit que le conseil général peut verser sa participation financière sous la forme d'une **dotation globale prévisionnelle**, à la condition qu'existe une convention entre le conseil général et le service. Cette dotation globale est égale au tarif horaire multiplié par le nombre prévisionnel d'heures (Art. R 314-115 du CASF). Rien n'est dit du traitement du solde en cas de différence entre le nombre d'heures prévisionnel et le nombre d'heures réalisées.

¹⁷ Dans le secteur de l'aide et d'accompagnement à domicile, les catégories de personnels renvoient à la reconnaissance des titres et des diplômes dans la grille de classification de la branche professionnelle de l'aide à domicile. Doniol-Shaw Ghislaine, « Quels diplômes pour le secteur de l'aide à la personne ? », *Formation emploi*, n° 115, 2011-3, p. 51-65.

1. Des normes de tarification départementales

Le CASF impose que la tarification des SAAD soit réalisée dans une logique comptabilité analytique normative ou de gestion prévisionnelle des coûts de production : il s'agit essentiellement de calculer un coût de revient. Cependant, à l'intérieur de ce calcul, il laisse potentiellement une grande latitude aux conseils généraux quant au choix des dépenses jugées légitimes qui seront intégrées dans le calcul du coût de revient des SAAD. L'observation et la comparaison des pratiques des tarificateurs dans les différents départements étudiés montre que les conseils généraux ont effectivement élaboré des normes en la matière, 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.

1.a. L'affectation des charges communes

La plupart des structures d'aide et d'accompagnement à domicile ne sont tarifées que pour une partie de leur activité : elles interviennent comme prestataire auprès de personnes âgées, dépendantes ou non, mais développent aussi des activités d'aide à domicile auprès d'autres publics fragiles tels que les enfants en bas-âge ou les familles en difficulté¹⁸, ont souvent en parallèle une activité de mandataire et fournissent des prestations qui ne relèvent pas de l'aide à domicile au sens strict, telles que le portage de repas à domicile ou la surveillance par télé-alarme. La totalité des structures tarifées dans le département M, et plus de la moitié sur les départements C, R, G et V sont en situation de "multi-activités".

Dans ce cas, la tarification suppose une comptabilité analytique précise qui fasse apparaître les charges de structure et de coordination entrant dans le périmètre de l'activité tarifée : la structure peut en effet utiliser les mêmes locaux, les mêmes gestionnaires, les mêmes cadres pour son activité prestataire tarifée et pour son activité mandataire par exemple.

Notre enquête montre une certaine diversité des pratiques des conseils généraux en matière d'affectation des charges communes, qui touche tout d'abord à l'implication du conseil général dans l'affectation des charges et ensuite à la logique suivie pour la répartition. Sur les six conseils généraux observés, un seul (G) procède lui-même à la répartition des charges communes, et utilise donc la possibilité que lui donne l'article R314-132 de demander aux services les documents comptables relatifs aux activités non tarifées, afin d'établir lui-même la répartition. Dans tous les autres terrains d'enquêtes, les services de la tarification ne demandent que les

¹⁸ L'intervention à domicile auprès de personnes fragiles relève d'une tarification par le Conseil général, quel que soit ce public : personnes âgées, personnes handicapées, familles... Cependant, l'organisation des services des conseils généraux repose le plus souvent sur la distinction de ces différentes catégories de publics et chaque direction peut procéder à sa propre tarification. Ainsi, une structure intervenant auprès des personnes âgées, handicapées et de familles en difficulté pourra par exemple se voir fixer trois tarifs horaires, calculés par un, deux ou trois services différents selon l'organisation interne des services du conseil général.

dépenses et les recettes propres aux activités financées par le conseil général (APA, PCH, aide sociale), accompagné d'un tableau d'affectation des charges communes prévisionnelles. Autrement dit, dans le premier cas, les clefs de répartition des charges communes sont calculées par les tarificateurs du conseil général, tandis que dans les autres départements, le choix des modalités de répartition est laissé, pour l'essentiel, aux directeurs, gestionnaires et comptables des services d'aide à domicile.

Quant à l'affectation des charges communes, elle peut répondre à deux logiques différentes. Dans les départements C, M et R, les SAAD proposent, le plus souvent, une répartition des dépenses communes au prorata des dépenses propres à chaque activité. Dans les départements G, V et B, en revanche, les charges communes sont réparties au prorata du volume d'activité, après avoir calculé, pour chaque activité, son équivalent en heure d'intervention en mode prestataire, à l'aide de ratios de conversion tarifaire. Les tarificateurs des départements B et V laissent au service d'aide à domicile le choix de leurs taux de conversion entre les différentes activités. Les propositions budgétaires font apparaître une grande homogénéité pour le portage de repas (une heure est comptée comme une demi-heure d'intervention en mode prestataire). Mais, on observe une certaine variabilité pour la conversion entre activité mandataire et prestataire : ainsi, dans un même département, une structure propose par exemple de compter, en termes de charges communes, une heure d'activité mandataire comme 20 minutes d'activité prestataire, alors qu'une autre propose de retenir 15 minutes. Le conseil général G, pour sa part, a fixé un taux de conversion pour chaque type d'activité et les applique systématiquement à tous les services d'aide à domicile du département¹⁹ : le taux de conversion est de 36 minutes d'intervention en prestataire pour une heure en mandataire.

Ces conventions comptables correspondent en fait à différentes hypothèses concernant le poids relatif des dépenses d'encadrement et de structure dans les différentes activités d'un SAAD. Les ratios tarifaires les expriment explicitement : par exemple, le coût de structure et d'encadrement nécessaire à la réalisation d'une heure d'intervention en mode mandataire équivaut au coût pour 15 minutes d'intervention en mode prestataire. Quant à la première logique elle suppose que la part des charges communes dans le coût total de production est identique pour chaque activité du service. Les SAAD ne sont certes pas tenus de calquer leur processus de production sur les hypothèses retenues dans le calcul du coût de revient. Cependant, l'utilisation de l'une ou l'autre des conventions a des incidences sur le montant du tarif obtenu (voir encadré 4) et donc sur le budget des services d'aide. La multi-activité étant la situation la plus courante, sur nos terrains d'enquête tout au moins, le choix n'est probablement pas neutre non plus en matière de répartition du poids des charges communes entre les différents financeurs.

¹⁹ Ainsi, une heure d'activité de portage de repas est considérée comme équivalant, en charges de structure et de coordination, à 0,5 heure d'activité prestataire ; une téléalarme équivaut à 2 heures.

Encadré 4 : Impact du mode de répartition des charges communes sur le tarif horaire

Charges communes à répartir : 480 000 euros

Total de l'activité en mode prestataire tarifée par le conseil général : 100 000 heures

Logique 1 : au prorata de charges propres de chaque activité (terrains C, M, R).

Logique 1	Charges propres		Charges communes
	En euros	En %	Affectées
Total	1 913 615	100.00	480 000 euros
Mode prestataire	1 783 616	93.20	447 392 euros
Mode mandataire	17 583	0.92	4 410 euros
portage de repas	112 416	5.87	28 198 euros
Cout horaire en charges communes pour l'activité "prestataire", tarifée par le CG : 4,47 €			

Logique 2a : au prorata de l'activité en "équivalent prestataire" (taux de conversion d'un SAAD du terrain V)

Logique 2 a	Activité	Activité en "équivalent prestataire"	Charges communes affectées	
Mode prestataire	100 000 h	100 000 h	83.41%	400 368 euros
Mode mandataire	41 667 h	13 889 h	11.58%	55 584 euros
portage de repas	12000 repas	6 000 h	5.00%	24 000 euros
Total		119 889 h		480 000 euros
Cout horaire en charges communes pour l'activité "prestataire", tarifée par le CG : 4,00 €				

Logique 2b : au prorata de l'activité en "équivalent prestataire" (taux de conversion fixés par le conseil général G)

Logique 2 b	Activité	Activité en "équivalent prestataire"	Charges communes affectées	
Mode prestataire	100 000 h	100 000 h	76.33%	366 412 euros
Mode mandataire	41 667 h	25 000 h	19.08%	91 603 euros
portage de repas	12000 repas	6 000 h	4.58%	21 985 euros
Total		131 000 h		480 000 euros
Cout horaire en charges communes pour l'activité "prestataire", tarifée par le CG : 3,66 €				

Note : Cet encadré est construit à partir d'un exemple réel

1.b. Frais de personnel

La composante majeure du coût horaire reste cependant les frais de personnels : dans la fonction de coût des services d'aide à domicile en mode prestataire, les dépenses afférentes aux

personnels peuvent dépasser 90% des charges totales²⁰. En matière de frais de personnels, de nombreux éléments s'imposent au processus de tarification, qu'ils soient fixés par les conventions collectives (les niveaux de salaires) ou par la loi (charges sociales, réductions et exonérations de charge). Les négociations entre tarificateurs et structures tarifées se cristallisent donc essentiellement autour de deux paramètres : la structure de la main d'œuvre d'une part, le nombre d'heures d'intervention effectives au domicile par ETP d'autre part.

Des normes explicites portant sur la structure de la main d'œuvre sont mobilisées dans cinq des terrains d'enquête. Elles portent d'une part sur la proportion de personnel de coordination : 1 ETP de responsable de secteur pour 22 ETP de personnels d'intervention dans le département G, pour 23 dans le département B, 1 responsable de secteur pour plus de 35 000 heures d'activité sur les terrains M et V. Elles portent aussi, dans deux cas, sur le taux de qualification maximal des personnels d'interventions : la proportion d'AVS parmi le personnel d'intervention ne doit pas dépasser 30% dans le département C, alors que, dans le département G, ce taux est plafonné à 15% par le référentiel de tarification²¹.

L'analyse du détail des procédures de tarification révèle en outre des processus de normalisation plus implicites. C'est le cas par exemple sur le terrain M, où aucune référence exogène ne s'applique au taux de qualification, mais où le conseil général arrête un tarif unique, quelle que soit la catégorie d'intervenant, qu'il calcule comme la moyenne des tarifs par catégorie, pondérés par la structure de main d'œuvre du service tarifé. Dans ce cadre, un SAAD qui choisirait d'accroître le niveau de qualification de la main d'œuvre, et donc le coût total de la main d'œuvre, serait potentiellement conduit au déficit. On est alors en présence d'une normalisation non seulement implicite mais plus complexe, puisqu'elle repose sur un taux de qualification des intervenants différent pour chaque service : son taux de qualification du moment.

Le nombre d' "heures effectives" par ETP, qui correspond aux nombres d'heures passées au domicile des bénéficiaires par les personnels d'intervention, constitue la deuxième pierre d'achoppement dans le calcul des frais de personnel acceptables. Ce paramètre permet de passer du volume d'activité au coût en personnel : un nombre d'heures effectives plus élevé permet de réduire le nombre d'ETP d'intervenants nécessaires pour un volume d'activité donné. Dans les départements qui fixent une norme sur la proportion de personnel d'encadrement, l'effet est même double : le nombre d'ETP de coordination diminue lui aussi lorsque le nombre d'heures d'intervention par ETP augmente. Dans les dossiers consultés, le nombre d'heures effectives par ETP fait très souvent l'objet de désaccords entre tarificateur et structure tarifée, ce qui peut s'expliquer par la forte sensibilité du tarif obtenu à ce paramètre (voir encadré 5 pour un exemple).

²⁰ Aube-Martin Philippe *et al.*, *op.cit.* ; Hardy Jean-Pierre, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Dunod, Paris, 2010.

²¹ A titre de référence, la moyenne du niveau de qualification des services adhérents de l'UNA était, selon le délégué départemental de l'UNA du département G, de 35% en 2010.

L'organisation du temps de travail fait l'objet de normes départementales de tarification dans quatre des six terrains d'enquête. Le temps d'intervention effectif par ETP par an est fixé à 1 607 heures sur le terrain R, environ 1 450 heures dans le département B, et, dans le département V, 1 600 heures pour une association et 1 400-1 500 heures effectives pour un service de Centre Communal d'action social (CCAS). Le référentiel du conseil général G fixe lui "*l'absentéisme*", c'est à dire l'ensemble des heures non facturables (absences pour maladie ordinaire, événements familiaux, congés d'ancienneté, temps de réunion et de formation, temps de délégation syndicale et heures d'inter-vacation) : il "*doit représenter environ 6% de la durée légale de travail*"²². Enfin, là encore, la norme d'organisation du temps de travail peut être implicite, et c'est le cas dans le département M, où les tarificateurs assignent directement un nombre d'ETP par structure, qu'ils augmentent ou diminuent de manière à ajuster le tarif final. A volume d'activité donné, ceci revient à imposer, indirectement, un nombre d'heures effectives annuelles par ETP, mais « sans calculer [explicitement] l'absentéisme accordé aux structures »²³.

Encadré 5 : Impact du nombre d'heures effectives d'intervention par ETP sur le tarif horaire

1/ Proposition budgétaire du service :

Nombre d'heures effectives par ETP de catégorie A et B : 1426 heures

Nombre d'heures effectives par ETP de catégorie C : 1385 heures

Taux d'encadrement : 1 pour 22

Coût induit pour 497 788 heures d'aide à domicile : 287,93 ETP de catégories A et B

+ 62,96 ETP de catégorie C

+ 15,95 ETP d'encadrement

2/ Données retenues par le conseil général

Nombre d'heures effectives par ETP de catégorie A et B : 1510 heures

Nombre d'heures effectives par ETP de catégorie C : 1510 heures

Coût induit pour 503 072 heures d'aide à domicile : 275,00 ETP de catégories A et B

+ 58,16 ETP de catégorie C

+ 15,15 ETP d'encadrement

3/ Diminution induite en charges de personnel totales : 259 224,36 euros

4/ Diminution induite sur le tarif horaire : 0,56 euros

Note : cet encadré est construit à partir d'un exemple réel pris sur le terrain G

1.c. Frais de transports

Les frais de transports constituent le troisième et dernier point faisant l'objet d'un traitement particulièrement détaillé et de négociations, dans la mise en œuvre de la procédure de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile sur nos terrains d'enquête. Les frais de déplacement sont bien souvent le deuxième poste après les salaires et charges, ce qui en fait, pour le financeur qu'est le conseil général, une des rares cibles possibles pour limiter ses

²² L'application de cette norme varie selon que le service a, ou non, signé un accord de subrogation avec l'assurance maladie. En cas d'accord, les heures d'absence sont prises en compte et une recette en indemnité journalière est inscrite. Dans le cas contraire, la tarification ne tient compte ni des heures d'absence ni des indemnités journalières

²³ Entretien avec le tarificateur du département M.

dépenses.

Etant données les conventions collectives, reprises par les tarificateurs sur tous les terrains d'enquête, la seule marge de manœuvre concerne le nombre de kilomètres parcourus financés. Bien qu'il s'agisse d'un point sensible, et qu'il donne lieu à négociation dans de nombreux dossiers, aucun conseil général n'a développé de référentiel explicite pour le nombre de kilomètres indemnisés à prendre en considération dans le calcul du tarif, ni par intervenant, ni par bénéficiaire, ni par heure d'intervention. Cette absence de norme explicite et systématique tient probablement à la complexité de ce paramètre qui reflète aussi bien l'organisation du travail (c'est-à-dire la fréquence des « passages au bureau » des intervenants et l'organisation géographique de leurs tournées), que la localisation des personnes aidées et le fractionnement des interventions.

Cette revue des règles de tarification observées dans six conseils généraux montrent donc que l'inscription de la tarification dans une logique de comptabilité analytique est l'occasion pour l'autorité tarificatrice de 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, l'observation des règles de calcul des tarifs, à l'échelle des départements, fait donc apparaître la tarification comme un outil réellement décentralisé de normalisation des processus de production par incitation budgétaire.

2. Des règles de tarification à leur mise en pratique

L'existence de normes départementales, explicites ou implicites, ne suffit pas cependant à caractériser le pouvoir réel des conseils généraux en matière de normalisation des processus de production dans le secteur de l'aide à domicile. Au delà de l'élaboration des règles de calcul théoriques, leur mise en œuvre dans les pratiques des tarificateurs constitue en effet une condition de l'efficacité incitative de la tarification. Or, la consultation des dossiers de tarification montre que les normes décrites précédemment jouent des rôles différents, dans le processus de tarification, et peuvent être d'application plus ou moins stricte face aux propositions faites par les structures tarifées.

2.a. Les conditions de reprise du déficit : un révélateur du rôle de la normalisation des processus de production pour les conseils généraux

Tout d'abord, bien que le mécanisme de normalisation par la tarification soit essentiellement un mécanisme indirect, puisqu'il repose sur l'incitation budgétaire, on observe que le respect effectif de certaines des normes décrites précédemment fait l'objet d'une vérification directe par les services de tarification. Sur nos différents terrains, cette vérification directe a lieu dans un cas

bien particulier : celui des SAAD en déficit. Dans ce cas, sur quatre des six terrains d'enquête, l'éventuel déficit apparaissant dans le compte administratif de l'année N-2 n'est repris dans le calcul du tarif de l'année N, qu'à condition que le SAAD respecte effectivement certaines des normes de production utilisées dans le calcul du tarif : les normes concernant le taux d'encadrement (R), le niveau de qualification des intervenants (R et G), les clefs d'affectation des charges (G), et le nombre d'heures d'intervention par ETP (C, G et B). Sur les deux autres terrains, (M et V), la reprise du déficit est aussi conditionnée, mais à la valeur du tarif et non au respect des normes inscrites dans la tarification : les éventuels déficits ne sont jamais repris pour les structures dont le tarif est supérieur à un tarif de référence fixé par le conseil général²⁴.

L'analyse des conditions de reprise du déficit suggère donc que la normalisation du processus de production peut revêtir un statut différent selon les conseils généraux. Certes, lorsque lorsqu'une vérification directe du respect des normes a lieu, dans le cadre du processus de tarification, elle n'est pas faite pour elle-même, mais bien pour garantir l'efficacité incitative de la tarification, puisque elle n'a lieu qu'en cas de déficit de la structure²⁵. Cependant, cette pratique revient à faire primer le respect des normes de production sur le respect des objectifs financiers. Ainsi, pour certains conseils généraux, la normalisation du processus de production apparaît comme un objectif en soi, la tarification constituant un moyen d'incitation budgétaire à la mettre en œuvre, tandis que pour d'autres, l'objectif serait avant tout budgétaire, la normalisation des processus de production constituant un moyen d'atteindre cet objectif.

2.b. La redéfinition des normes par leur mise en œuvre

L'observation de la mise en pratique des normes explicites de production, dans le calcul même du tarif de financement, suggère aussi que toutes les normes énoncées n'ont pas le même statut.

Certaines peuvent être qualifiées d' "opposables" au sens où elles priment sur les propositions des services. C'est le cas, systématiquement, pour le taux d'encadrement des personnels : dans les quatre terrains où ce taux est explicitement normé, les tarificateurs ne retiennent, dans leur calcul, que la masse salariale qui lui correspond, quel que soit le taux d'encadrement effectif de la structure tarifée. C'est aussi le cas dans le département G, pour la répartition des charges communes : les ratios de conversion tarifaire sont appliqués de manière stricte, et lorsqu'une structure adresse aux tarificateurs un budget prévisionnel n'affichant que l'activité entrant dans le champ de tarification, assorties d'une pré-répartition des charges communes, ces derniers exigent le complément d'information nécessaire au calcul des clés de répartition :

«Il [un service d'aide] propose une clé à 80%, et moi en prenant toute leur activité, parce qu'eux ils oublient certaines activités, je peux descendre là à 75% par exemple. Ce que j'ai fait en 2009, c'est que j'ai descendu les clés... Dans notre outil, on met toutes les autres activités en heure, et

²⁴ Ceci conduit à ce que l'incitation à respecter les normes de production soient d'autant plus forte que la structure a un coût de production élevé, c'est-à-dire un tarif proche du tarif maximum.

²⁵ La tarification n'est pas le seul outil de normalisation dont disposent les conseils généraux : de fait, certains conseils généraux vérifient directement le respect de certaines normes, indépendamment de la procédure de tarification.

eux ils n'ont pas valorisé en heure certaines de leurs activités... Donc en fait les clés sont différentes. Donc on a joué là dessus en 2009 »²⁶.

Les normes portant sur la qualification des personnels d'intervention apparaissent plus souples d'application. En effet, sur les deux terrains où cet élément est explicitement normé (C et G), le tarif est en fait calculé en tenant compte du taux réel de qualification des services. Pour autant, le taux théorique, de 30% dans le département C et de 15% dans le département G, est bien utilisé par les tarificateurs, mais comme un seuil au delà duquel ils n'entérinent pas les conséquences salariales des promotions faisant suite à l'obtention du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). L'incitation porte donc, en réalité, non pas sur le taux de qualification lui-même, mais sur son évolution. Le processus de normalisation s'approche donc, plus qu'il n'y paraît à première vue, de la normalisation indirecte induite par le système de tarif unique du conseil général M. Ainsi, dans les trois cas où la qualification des personnels d'intervention est visée, c'est toujours à travers son évolution, mais avec des cibles différentes : la stabilisation du taux de qualification à son niveau actuel, pour le conseil général M, sa convergence vers un taux particulier pour les conseils généraux C et G, respectivement de 30% et 15%.

2.c. Application des normes ou négociations

Enfin, les normes portant sur le nombre d'heures d'intervention effective par ETP, présentes sur quatre terrains, s'avèrent les plus modulables dans leur mise en oeuvre. Dans le département G par exemple, malgré une norme explicite de 6% d' "absentéisme", le temps de travail effectif retenu par les tarificateurs varie de 85% à 93% de la durée légale du travail²⁷. La consultation des dossiers de tarification de chaque service suggère que, sur les terrains R et G, le nombre d'heures effectives par ETP retenu varie selon le statut des services (CCAS, structures associative ou privée), rejoignant en cela les principes fixés dans le département V. Cependant, cela ne suffit pas à expliquer les différences observées : dans le département R, par exemple, la moyenne du temps de travail effectif par an par ETP varie de 1 000 heures à 1 803 heures pour les CCAS malgré une norme énoncée de 1 607 heures. Les entretiens réalisés suggèrent que, sur ce point, les propositions faites par les services d'aide eux-mêmes, et en particulier, la décomposition du temps de travail entre les différentes activités (réunion, formation, temps d'inter-vacation, coordination...) pèse largement sur la valeur retenue par les tarificateurs²⁸. Le traitement, par les tarificateurs, du temps d'intervention par ETP, s'apparenterait donc *in fine* à celui des frais de déplacement²⁹, alors même que des normes explicites existent pour le premier et non pour les seconds. Les entretiens réalisés avec les gestionnaires de structures tarifées, et la

²⁶ Entretien avec un tarificateur du Conseil général (G).

²⁷ Xing Jingyue, « "Tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile". Etude d'ethnographie économique sur l'outil et le rôle du Conseil Général N dans la régulation des services d'aide et d'accompagnement à domicile », mémoire de Master sous la direction de Agnès Gramain, Master PDI, 2011.

²⁸ Le nombre de dossiers disponibles ne permet malheureusement pas de quantifier, statistiquement, la part de variance expliquée les propositions des services.

²⁹ Là encore, le nombre de dossiers disponibles ne permet pas d'analyse statistique, mais il semble bien que les propositions des services soient déterminantes : à titre d'exemple, dans le département G, les tarificateurs ont retenu 2 705 km et 4 116 km d'indemnité kilométrique moyenne par ETP et par an pour deux structures ayant des périmètres d'intervention identique, mais ayant proposé, respectivement, 2 705 km et 4 320 km par ETP et par an.

consultation des documents produits dans les procédures contradictoires, montrent d'ailleurs que le temps d'intervention à domicile par ETP, est considéré, au même titre que le nombre de kilomètres parcourus, comme un espace de proposition permettant de se garantir quelques marges de manœuvre.

On constate ainsi que la mise en œuvre des calculs de coût de revient n'est pas neutre. Tout d'abord, elle fait de la normalisation des processus de production un objectif à part entière ou un moyen de maîtrise de dépenses. Ensuite, elle peut conduire à redéfinir sensiblement les normes théoriques, jusqu'à les effacer pour transformer certains points de tarification, *a priori* normés, en un espace de négociation entre services tarifés et tarificateurs. Cette diversité, non pas des normes, mais de leurs modalités d'application n'est pas sans poser question sur l'efficacité de la tarification comme outil de normalisation des processus de production. La souplesse d'application, voire l'effacement de certaines normes, correspond-elle à un choix des pouvoirs publics de focaliser leur action sur certains points jugés plus importants, ou existe-t-il des raisons structurelles qui affaiblissent les conseils généraux dans leur action de normalisation des processus de production des services d'aide et d'accompagnement à domicile tarifés ?

3. Des normes affaiblies par la divergence des injonctions politiques

Les entretiens réalisés avec les personnels des services de tarification ainsi qu'avec les personnels de direction des services d'aide, dans le département G, suggèrent qu'une première difficulté rencontrée par les conseils généraux dans l'imposition de normes de production tient à leur manque de légitimité politique à intervenir sur certaines composantes du processus de production.

Ce serait le cas, en particulier, pour l'encadrement de la qualification des personnels d'intervention. La souplesse des conseils généraux en la matière a effectivement de quoi surprendre. Le taux de qualification des personnels d'intervention est bien moins strictement normé que le taux d'encadrement des personnels par exemple : il ne fait l'objet de normes explicites que sur deux terrains (contre quatre pour le taux de qualification), et ces normes ne sont pas appliquées de manière stricte. Pourtant, du point de vue de la réduction des coûts de production, le plafonnement du taux de qualification des personnels d'intervention serait sans nul doute une mesure très efficace (tableau 29).

L'enquête suggère que cette prudence des conseils généraux et de leurs tarificateurs est d'ordre essentiellement politique. Le taux de qualification des personnels d'intervention cristallise en effet l'ambiguïté des injonctions politiques qui s'adressent aux SAAD, dans le nécessaire arbitrage entre coût de production et qualité des interventions auprès des personnes âgées dépendantes.

L'ambiguïté est triple. Elle tient tout d'abord à la modification, dans le temps, des priorités affichées par les différents pouvoirs publics.

« Et heureusement on en a pas trop [d'auxiliaires de vie sociales]. Si on était comme certaines structures, ou si on avait écouté ce qu'on nous avait dit à moment donné de la part des structures territoriales ou autre, on nous disait qu'il faut atteindre entre 15-20% de catégorie C, on aurait un tarif qui serait pas convenable³⁰ ».

Tableau 29 : Impact d'une application stricte de la norme concernant le taux de qualification des personnels d'intervention sur la masse salariale, pour deux services du département G.

	Service A [*]	Service B ^{**}
Total des personnels d'intervention		
Nombre ETP	303.00	80.86
Total de salaires bruts annuels (en euros)	5 310 051.00	1 353 169.00
Taux de qualification (en %)	18.61	27.42
Catégorie Aide et employé à domicile (cat. A et B)		
Nombre d'ETP	246.61	58.69
Total de salaires brut annuel (en euros)	4 135 231.00	934 330.00
Moyenne de salaires annuels (en euros)	16 768.3	15 919.75
Catégorie Auxiliaire de vie sociale (cat. C)		
Nombre d'ETP	56.39	22.17
Total de salaires brut annuels (en euros)	1 174 820.00	418 839.00
Moyenne de salaires (en euros)	20 833.84	18 892.15
Masse salariale sous l'hypothèse d'une proportion de 15% d'intervenants en catégorie C (en euros)	5 265 573.69	1 323 323 22
Réduction de la masse salariale induite (en euros)	-44 477.30	-29 845.77

Sources :

(*) : Budget prévisionnel proposé par le service A au service de tarification du conseil général en 2010.

(**) : Document de travail du service de tarification du conseil général en 2009.

Sur le terrain G, l'application stricte de la norme de 15% d'AVS dans le personnel d'intervention conduirait d'ailleurs à déstabiliser profondément l'offre dans le secteur. En matière de qualification des personnels, ce sont en effet des structures plutôt petites, présentes en ville, implantées depuis longtemps et reconnues pour la qualité de leurs services, qui ont encouragé et formé leurs salariés, atteignant un taux d'effectifs en catégorie C supérieur à 20%, voire supérieur à 30%, tandis qu'à l'opposé, les grosses structures ont opté pour une stratégie de concurrence en prix et joué sur le taux de qualification à la baisse afin d'obtenir un prix affiché plus compétitif. L'application stricte de la norme mettrait les premières dans une situation d'autant plus délicate qu'elles ont peu de marge de manœuvre pour se soustraire aux conséquences des normes opposables : leur petite taille les prive non seulement d'un vrai pouvoir de négociation avec le service de tarification du conseil général, mais aussi des appuis politiques qui pourraient intercéder pour elle auprès de ce service et des ressources nécessaires pour recourir au pouvoir juridique³¹

L'ambiguïté tient aussi au fait que la modification des priorités au profit des impératifs financiers

³⁰ Entretien avec le directeur financier d'un SAAD.

³¹ Entretiens avec les tarificateurs des conseils généraux n°4 et 6 et le chef de service de la tarification du conseil général G ; Xing Jingyue, *ibid.*

reste essentiellement le fait des conseils généraux, tandis que l'Etat central promeut, depuis 2002, une professionnalisation des métiers du service d'aide à domicile³². En témoignent évidemment la création du DEAVS, mais aussi, plus récemment, l'encouragement aux procédures de VAE³³, les accords signés par l'éducation nationale avec certaines fédérations du secteur de l'aide à domicile (par exemple avec l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) en juillet 2008), ou encore les protocoles d'accord signés par la secrétaire d'Etat à la solidarité dans le cadre du plan "métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes" visant à augmenter la formation et la qualification dans ces secteurs³⁴.

Enfin, la contradiction peut même apparaître à l'intérieur de l'action des conseils généraux, entre leurs différents services. En effet, sur certains terrains d'enquête, les équipes médico-sociales précisent, dans leur plan d'aide, le type de qualification attendue pour les personnes devant intervenir auprès du bénéficiaire (G et V), mais sans tenir compte des contraintes globales³⁵. Or, comme le souligne le chef du service responsable de l'établissement des plans d'aide dans le département G, il se peut que la norme du service de tarification ne soit pas compatibles avec les exigences figurant dans les plans d'aide : *"le problème c'est que, sur certain plan d'aide, il y a l'exigence d'AVS ; si le CG compte le nombre d'heures demandées en AVS, on n'aura pas un taux de 15%"*. Dans ce cas, l'application stricte de la norme de tarification reviendrait donc à inciter explicitement les services d'aide à domicile à ne pas respecter les recommandations inscrites dans les plans d'aide afin de préserver leur situation économique.

Le fait que l'arbitrage entre, d'une part, les objectifs de qualification des personnels, et, d'autre part, les objectifs de maîtrise des coûts pour les budgets publics et pour les bénéficiaires eux-mêmes, ne soit pas explicitement tranché par les pouvoirs publics, met les services de tarification en porte à faux. En effet, faute que soient précisés des objectifs de qualité des prestations, explicites et mesurables, et leur implication en termes de qualification des personnels, les normes édictées par les services de tarification ne sont plus de simples normes d'efficience productive visant à réduire les coûts, à qualité donnée : elles résolvent l'arbitrage entre coût et qualité sans que les tarificateurs aient la légitimité de le faire, ce qui les rend, structurellement, inapplicables.

4. Des normes affaiblies par la nécessité de les asseoir sur des informations exogènes

Pour autant, la résolution explicite des arbitrages entre qualité des prestations, des emplois et

³² Derchef Frédérique, « Les métiers de l'aide à domicile : comment ont-ils évolué face aux nouvelles exigences d'organisation des services ? », *Gérontologie et société*, n° 118, 2006-3, p. 131-140 ; Devetter François-Xavier, Jany-Catrice Florence & Ribault Thierry, *Les services à la personne*, Coll. Repères, La Découverte, Paris, 2009.

³³ Articles 12 et 13 de l'arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale.

³⁴ Doniol-Shaw Ghislaine, *art.cit.*; Lada Emmanuelle, « Les recompositions du travail d'aide à domicile en France », *Formation emploi*, n° 115, 2011-3, p. 9-23.

³⁵ Entretiens avec les chefs des services d'évaluation des conseils généraux M, G et V.

coût, ne suffirait probablement pas à garantir l'efficacité de la tarification comme outil de normalisation des processus de production par les conseils généraux. Les difficultés de mise en œuvre dépassent en effet la seule question de la qualification des personnels. Un deuxième registre d'explication peut être mobilisé, qui ne tient pas à la divergence des injonctions politiques, mais à la difficulté, pour les tarificateurs, d'obtenir les informations nécessaires pour fixer des normes pertinentes, les services tarifés étant mieux informés de la réalité des conditions de production de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes.

L'élaboration des taux de conversion tarifaire utilisés par le conseil général G pour l'affectation des charges communes, constitue, sur ce point, un exemple éclairant. Afin de fixer les équivalences en coût de coordination et de structure des différentes activités des SAAD (prestation d'aide à domicile, activité de mandataire, portage de repas, téléalarme...), le conseil général a tout d'abord fait appel à un cabinet de consultant. Certaines structures s'étant plaintes de l'inadéquation des ratios ainsi fixés à la réalité de leurs contraintes, de nouveaux ratios ont été élaborés par le chef du service de la tarification lui-même. Deux types d'informations ont été utilisées : d'une part les données de coût de production et de prix facturés pour huit des structures tarifées du département ayant une activité en mode mandataire³⁶ ; d'autre part, avis a été pris auprès du directeur général d'un organisme d'aide, considéré, dans le département, comme un gestionnaire modèle. Les ratios ont alors été sensiblement modifiés : alors qu'une heure d'activité en mandataire était considérée initialement comme équivalente, en termes de charges communes, à une heure en mode prestataire, l'équivalence a été ramenée à 36 minutes en mode prestataire. Cette conversion est aujourd'hui appliquée de manière systématique par le conseil général, mais, on remarque, dans les dossiers déposés, que plusieurs structures ne respectent pas le référentiel communiqué par les services du conseil général en la matière³⁷. De fait, la norme reste discutable puisqu'elle repose sur l'organisation observée dans certaines structures, choisies selon un critère peu explicite.

L'élaboration des normes de production inscrites dans la procédure de tarification, à partir d'avis extérieurs apparaît assez systématique sur nos différents terrains d'enquête, bien qu'elle prenne des formes variables. Ainsi, le conseil général C a, lui aussi, fait appel aux services d'un cabinet de consultant. Le service de la tarification du conseil général M a, pour sa part, fixé le taux d'encadrement en s'appuyant sur un rapport de l'IGAS³⁸ ; enfin, sur le terrain V, c'est le cahier de certification AFNOR qui a servi de référence.

Les tarificateurs disposent pourtant d'une quantité importante d'information via les budgets prévisionnels proposés par les SAAD et les comptes administratifs des années précédentes. Mais,

³⁶ Ces informations, parfois obtenues par les tarificateurs en se faisant passer pour des clients potentiels, ont permis de calculer, pour chacune des huit structures, le ratio entre le prix de gestion facturé dans le cadre de l'activité mandataire et le coût de structure déclaré pour l'activité en mode prestataire, puis d'en faire la moyenne.

³⁷ D'autres mécanismes tels que des incompréhensions, des erreurs, ou encore la volonté de certains services d'aide de signifier au conseil général qu'il manque de légitimité pour obtenir des informations concernant leur activité non tarifée, entrent certainement aussi en ligne de compte.

³⁸ « Selon les départements, on trouve des « standards » autour de 1 ETP d'encadrant pour 30 000 ou 40 000 heures d'intervention, 1 ETP d'encadrant pour 35 000 heures et 1 ETP d'administratif pour 25 000 heures », Aube-Martin Philippe, Bruant-Bisson Anne & Reboul (de) Jacques-Bertrand, *op.cit.*, p. 17.

les unes comme les autres s'avèrent inadaptées pour élaborer des normes. En effet, pour les structures d'aide, les informations mentionnées dans le budget prévisionnel sont stratégiques puisqu'elles déterminent en partie le tarif qui leur sera octroyé : les structures ont donc intérêt à gonfler leurs coûts prévisionnels pour se garantir des marges de manœuvre. Quant aux comptes administratifs, ils reflètent la réalité de la gestion d'un service : pour en extraire une norme, il faudrait pouvoir faire la part des coûts qui relèvent d'une gestion flottante, de ce qui provient des conditions de production exogènes, sauf à supposer que l'incitation économique pèse déjà efficacement sur les services d'aide.

Les tarificateurs se trouvent dans une situation largement décrite par la théorie économique, qui conjugue aléa moral et sélection adverse³⁹, et peut expliquer leur prudence normative concernant le nombre d'heures effectives et les frais de déplacement, alors même que les services de tarification s'accordent tous pour en souligner le caractère déterminant pour le niveau du tarif et en modifie souvent, directement ou indirectement, la valeur dans leur travail sur les budgets prévisionnels des services. En effet, les différentes modalités de gestion des plannings permettent certes de diminuer le temps « perdu » en transport entre des usagers et de limiter les heures de réunion. Mais, simultanément, une partie de ces pertes de productivité échappe aux gestionnaires. C'est évident pour les absences pour maladie. Mais c'est aussi le cas pour les temps d'inter-vacation qui dépendent de la clientèle que le service aura à servir, de sa localisation géographique et du fractionnement imposé des interventions. Dans ce cas particulier, comme les contraintes exogènes qui s'imposent aux services d'aide sont variables d'un service à l'autre, d'une année à l'autre, observer les coûts d'un nombre élevé de services tarifés ne constitue même pas un vrai atout informationnel pour les tarificateur, puisque les normes ne pourraient être identiques pour toutes les structures tarifées, sauf à avoir des conséquences importantes en termes de standardisation des services rendus, c'est à dire, en l'occurrence, en termes de clientèle prise en charge, d'implantation territoriale des services d'aide, et in fine, d'équité géographique dans l'accès à l'aide.

On voit ainsi qu'une procédure de tarification reposant sur une logique de comptabilité analytique normative permet certes au tarificateur d'introduire des normes visant les processus de production, mais le prive des informations dont il aurait besoin pour élaborer et justifier les normes fixées. La logique de tarification analytique, fixée par la loi, est donc, pour les conseils généraux, à la fois, la source de leur pouvoir de normalisation du processus de production et sa limite.

Conclusion

³⁹ Pour une présentation dans un cas plus étudié : celui de la tarification hospitalière, voir Henriot Dominique, « Paiements prospectifs, tarification à la pathologie, concurrence par comparaison : fondements théoriques et références bibliographiques », Note pour le ministère de la Santé, mission tarification à l'activité, 2003 ; et Mougeot Michel & Naegelen Florence, *La régulation et tarification des hôpitaux*, Economica, Paris, 2011.

L'observation des pratiques de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile suggère donc, à première vue, que le pouvoir de tarification peut bien être utilisé, par les autorités départementales, comme un moyen d'agir sur les processus de production des prestataires d'aide, par incitation budgétaire. Pour autant, la puissance réelle de cet outil apparaît largement remise en cause, pour au moins deux raisons. Tout d'abord, l'organisation des pouvoirs publics conduit 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 emplois dans le secteur et de la qualité des prestations fournies. Les conseils généraux se trouvent garants de deux de ces trois objectifs, 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 domicile⁴⁰ 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. Ensuite, 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 en dépend ; 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.

⁴⁰ Lada Emmanuelle, *art.cit.*

Chapitre 5. Les méthodes de solvabilisation des plans d'aide APA comme outil décentralisé d'assurance et de redistribution

La solvabilisation de la demande constitue la dernière dimension de l'action en direction des personnes âgées envisagée dans cette recherche. Comme les précédentes, sa mise en œuvre est confiée aux conseils généraux, à l'intérieur d'un cadre fixé par la loi, mais le cadre paraît dans ce cas particulièrement étroit. 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). Ainsi, une fois que les équipes médico-sociales ont établi l'éligibilité du demandeur et un volume d'aide à mettre en place, à travers un plan d'aide, il s'agit 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. La conversion du plan d'aide exprimé en heures en un plan d'aide exprimé en euros soulève cependant la question du taux de conversion. Quel est le taux utilisé par les départements pour convertir les heures en euros ? Quel est le taux qui permet de déterminer, à GIR donné, le volume maximum d'heures auquel la personne dépendante peut prétendre ? La réponse ne va pas de soi. Notre enquête de terrain révèle deux méthodes de conversion : l'utilisation du prix facturé par l'intervenant au domicile, ou celle d'un tarif identique quel que soit l'intervenant. L'observation des pratiques montre que le choix de l'une ou l'autre de ces méthodes n'est pas sans effet sur les conditions de travail des équipes médico-sociales, et plus largement des services d'instruction et de suivi des prestations. Au delà des implications organisationnelles, l'attention analytique portée à la question de la conversion des heures en euros permet de distinguer deux moments de conversion, l'un qui tient à l'application des plafonds légaux, l'autre qui tient au calcul de la participation financière du conseil général. Ce faisant, elle révèle les enjeux, assurantiels d'une part, distributifs d'autre part, de l'action des conseils généraux dans le cadre de l'APA.

Encadré 6 : Barèmes nationaux**Plafond des montants d'aide selon le groupe Iso-ressources (en vigueur depuis le 1/4/2011) :**

GIR 4 : 540,68 euros

GIR 3 : 811,02 euros

GIR 2 : 1 081,36 euros

GIR 1 : 1 261,59 euros

Barème de participation financière (en vigueur depuis le 1/4/2011) :

Pour un revenu inférieur ou égal à 710,31 € par mois : aucune participation n'est demandée ;

Pour un revenu compris entre 710,31 € et 2 830,63 € par mois : le ticket modérateur croît linéairement en fonction du revenu

$$M = (R - (S \times 0,67)) \times 0,9/2S$$

où R est le revenu mensuel du bénéficiaire retenu

S est le montant de la majoration pour tierce personne ;

Pour un revenu supérieur à 2 830,63 € par mois : la participation du bénéficiaire est égale à 90% du montant du plan d'aide proposé.

1. Deux modes de conversion : prix facturé ou tarif prospectif

Indépendamment du niveau du tarif, qui s'avère assez variable, deux méthodes différentes sont utilisées sur nos terrains d'enquête (voir tableau 30) pour convertir les heures en euros. Dans certains cas, la conversion est faite avec le prix facturé au bénéficiaire : c'est la méthode utilisée par les conseils généraux des départements M, V, C, N et G lorsque le bénéficiaire recourt à une structure autorisée. Dans les autres cas, le plan d'aide est converti à l'aide d'un tarif, que nous qualifierons dans la suite de "tarif prospectif", fixé par le conseil général, et identique quel que soit l'aidant intervenant au domicile du bénéficiaire : 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 certains d'entre eux (les départements B et R) en cas d'intervention d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile autorisé.

Tableau 30 : Tarifs de conversion selon les départements et le type d'intervenant

	structure autorisée	structure agréée	Emploi direct + mandataire	Emploi direct sans mandataire
C	Prix facturé De 103,36 à 124,37	101,18	82,18	68,35
M	Prix facturé De 106,22 à 108,12	100,00	67,51	62,41
N	Prix facturé De 101,16 à 117,81	103,70	73,89	
G	Prix facturé De 89,86 à 120,00	98,60	79,66	63,70
B	98,54	98,54	73,73	67,00
V	Prix facturé De 88,63 à 108,29	98,04	74,01	62,18
R	119,33	105,32	79,78	64,15

Note : les tarifs sont donnés en indice par rapport au tarif pour structures agréées fixé par le CG du département M. Lorsque les départements fixent plusieurs tarifs pour les structures autorisées, on a retenu le plus bas. Les tarifs concernent 2011, sauf les tarifs autorisés dans le département G (2010), et les tarifs appliqués pour l'emploi direct avec ou sans mandataire dans les départements R et V (2012).

L'utilisation d'un tarif prospectif dont le niveau est fixé par le conseil général, indépendamment des prix facturés aux bénéficiaires, répond en premier lieu à une logique de régulation des dépenses publiques. En effet, comme toujours dans le cas des prestations en nature, le risque est grand que la solvabilisation ciblée sur un marché fasse monter les prix et qu'ainsi les deniers publics financent une rente aux producteurs. On peut ici faire le parallèle avec le secteur de la santé où les remboursements de l'assurance maladie sont calculés à partir de tarifs conventionnels ; on peut aussi faire référence aux politiques du logement et à l'effet des Allocations logement sur les loyers par exemple⁴¹. Rares sont les cas où les pouvoirs publics financent une prestation en nature, en tant qu'acheteur auprès de producteurs privés sans, soit contrôler les prix, soit fixer un tarif de solvabilisation⁴². Cependant, si l'on conçoit bien la nécessité, pour le financeur public, d'utiliser un tarif prospectif pour les producteurs ayant la liberté de fixer leurs prix, cette logique régulatrice semble moins pertinente dans le cas des prestataires d'aide à domicile autorisés : pour ces structures, les conseils généraux, en tant qu'autorité tarificatrice, disposent déjà d'un outil de contrôle des rentes, même s'il est imparfait (voir chapitre précédent).

L'observation des pratiques de mise en œuvre de l'APA sur nos différents d'enquête suggère qu'à côté des impératifs de régulation d'un secteur financé par la solidarité collective, un

⁴¹ Fack Gabrielle, « Pourquoi les ménages à bas revenus paient-ils des loyers de plus en plus élevés ? L'incidence des aides au logement en France (1973-2002) », *Economie et Statistique*, n°381-382, 2005, p. 17-40.

⁴² On peut noter que le risque d'envolée des prix ne tient pas au fait que la prestation est versée par les pouvoirs publics. Les assureurs privés sont confrontés au même problème, ce qui peut expliquer qu'ils hésitent à mettre en place des contrats d'assurance dépendance garantissant le droit à des prestations en nature, et préfèrent garantir des sorties en rente.

deuxième registre explicatif peut être mobilisé. En effet, le recours à un tarif prospectif, plutôt qu'au prix facturé, présente l'avantage indéniable de faciliter le travail des équipes médico-sociales. Convertir au prix facturé conduit à utiliser un tarif différent selon l'intervenant. Indiquer à un bénéficiaire le montant de l'aide qui lui sera versée par le conseil général suppose donc non seulement de savoir précisément à qui il va faire appel mais aussi d'être informé des prix facturés par toutes les structures d'aide à domicile. Plus délicat encore peut-être, les plafonds légaux étant fixés en euros, le même type d'information est nécessaire pour indiquer à un bénéficiaire le nombre d'heures qui pourront être inscrites dans son plan d'aide, lorsque le besoin d'aide évalué par l'équipe médico-sociale est "proche du plafond". *A contrario*, convertir avec un tarif identique quel que soit l'intervenant permet d'évaluer les montants en jeu et l'impact du plafond, sans information autre que le besoin d'aide observé lors de la visite à domicile. La simplification du travail quotidien des équipes est évidemment majeure lorsque le bénéficiaire choisit de faire appel à un prestataire agréé ou à un salarié : il est dans ce cas inenvisageable de tenir à jour la liste des prix à connaître et l'ouverture des droits nécessiterait donc de contacter systématiquement l'intervenant pressenti. Cette dimension de simplification est probablement présente aussi dans le cas des prestataires autorisés, puisque, conformément à la loi, les différents conseils généraux enquêtés pratiquent, pour ces structures, une tarification individualisée : établir l'ouverture des droits supposent donc de connaître la liste des tarifs de financement arrêté par le président du conseil général.

Au delà de la simplification du calcul lui-même, le recours à un tarif unique de conversion quel que soit l'intervenant, permet en outre que le montant des droits soit indépendant de l'intervenant choisi, ce qui n'est pas sans conséquence, là encore, pour le travail quotidien des équipes. En effet, d'une part, la loi formule l'aide versée par le conseil général comme une proportion du plan d'aide. Son montant dépend donc, pour un même plan d'aide en volume, du tarif de conversion des heures en euros. En conséquence, lorsque les conseils généraux utilisent le prix facturé pour convertir, la part du plan d'aide financée par les pouvoirs publics est bien identique pour tous les bénéficiaires, mais son montant est variable selon l'aidant qui intervient à leur domicile. D'autre part, comme nous l'avons déjà mentionné, l'utilisation d'un tarif de conversion différent selon l'intervenant influe aussi sur le nombre d'heures solvabilisées au voisinage des plafonds légaux. Ainsi, pour deux bénéficiaires ayant les mêmes besoins d'aide évalués par les équipes médico-sociales, le nombre d'heures entrant effectivement dans leur plan d'aide sera d'autant plus élevé que le prix facturé par le prestataire est faible. L'utilisation d'un tarif de conversion unique allège donc tout d'abord le suivi des dossiers : le montant du versement à effectuer reste le même si le bénéficiaire change d'intervenant, pourvu qu'il conserve le même mode de prise en charge, puisqu'en général, les conseils généraux fixent un tarif différent pour les prestataires agréés, l'emploi direct via une association mandataire et pour l'emploi direct sans association mandataire⁴³ (voir tableau 30). Cette méthode simplifie

⁴³ Le montant du tarif de conversion détermine non seulement la charge financière horaire pour le conseil général, mais aussi, par différence, le reste à charge qui repose sur le bénéficiaire. La fixation de ce tarif peut donc aussi relever d'une politique incitative d'orientation de la demande des personnes âgées vers tel ou tel type

ensuite les paramètres de la décision pour le bénéficiaire lui-même : pour un mode de prise en charge donné, le montant de l'aide qu'il reçoit est fixe, ce qui lui permet, par exemple, d'estimer immédiatement les conséquences financières d'une augmentation de salaire de son employée à domicile. Enfin, et c'est probablement un élément important, cette méthode permet d'harmoniser l'impact de la revalorisation des plafonds légaux sur l'évolution du nombre d'heures solvabilisées. En effet, en cas de conversion des plans d'aide par le prix facturé, un bénéficiaire, dont le plan d'aide est au niveau du plafond légal, peut voir le nombre d'heures qui lui est accordé diminuer si la revalorisation des plafonds légaux ne suit pas l'augmentation des prix, alors même que sa situation est objectivement inchangée (même GIR, même besoin d'aide, même intervenant). On conçoit bien que ce phénomène est difficile à faire comprendre et accepter, en soi. Il l'est probablement d'autant plus que les bénéficiaires font appel à des prestataires autorisés et tarifés par le conseil général. Et d'autant plus encore qu'un voisin, faisant appel à une autre structure d'aide autorisée, conserve, pour sa part, un plan d'aide inchangé en volume. On peut d'ailleurs souligner à ce propos, que le conseil général du département G, a choisi, pendant plusieurs années, de déplafonner l'APA dans ce cas particulier, afin de neutraliser l'impact du différentiel d'évolution entre plafonds légaux et tarif de financement des prestataires autorisés, sur le nombre d'heures accordées aux bénéficiaires.

On le voit, la question de la méthode de conversion des plans d'aide, qui ne fait l'objet d'aucune prescription légale précise⁴⁴, n'est donc pas une question anodine. Convertir au prix facturé ou avec un tarif prospectif indépendant de l'intervenant modifie sensiblement le contenu du travail des équipes des conseils généraux en charge de l'instruction des demandes d'APA et du suivi des bénéficiaires.

2. La variabilité du coût de production de l'aide à domicile comme risque assurable

Les choix des CG en matière de méthode de conversion des heures en euros permettent de souligner l'importance, dans ce dispositif, de la variabilité des prix, en particulier dans le cas des prestataires autorisés et tarifés par les conseils généraux. Dans ce cas en effet, on peut raisonnablement penser que le prix facturé par les structures autorisées est très proche de leurs coûts de production, laissant peu de place à une rente. Le conseil général, en tant que financeur cette fois, pourrait donc se baser sur le prix qu'elles facturent, pour déterminer le montant de son aide, sans craindre pour l'efficacité du dispositif. Qui plus est, les structures autorisées ne sont pas si nombreuses à l'échelle d'un département : au pire une cinquantaine. L'intérêt qu'il

d'intervenants, par le jeu du différentiel des restes à charge. Ce mécanisme a été largement décrit par la mission de l'IGAS et de l'IGF (Aube-Martin Philippe *et al*, *op.cit.*). Nous n'y reviendrons donc pas ici.

⁴⁴ L'article R232-9 du code de l'action sociale et des familles précise seulement :

"Pour la détermination du plan d'aide, la valorisation des heures d'aide ménagère est opérée en tenant compte des dispositions régissant, selon les cas, les statuts publics ou les conventions collectives et accords de travail applicables aux salariés de la branche de l'aide à domicile agréés au titre de l'article L. 314-6 ou encore de celles relatives à la convention collective nationale des salariés du particulier employeur."

peut y avoir à utiliser un tarif prospectif apparaît donc assez faible, dans les cas des services d'aide autorisés, aussi bien en termes de régulation que de simplification de la mise en œuvre. En revanche, il apparaît que les prix facturés sont très différents d'un service autorisé à l'autre : l'écart entre les deux tarifs extrêmes atteint environ 30% dans deux de nos terrains d'enquête (départements B et G). Or, comme on l'a montré dans la section précédente, les différences de tarif reflètent certes, pour une part, des différences de qualification de la main d'œuvre, mais aussi des conditions exogènes tenant à leur zone d'intervention (rural, urbaine, étendu, concentrée) ou aux types de leurs clients (peu ou très dépendant, avec des interventions longues ou courtes et fréquentes). La variabilité des coûts de production des services d'aide à domicile peut donc être considérée comme un aléa qui pèse sur les personnes âgées dépendantes. Le choix d'une méthode de conversion a donc des enjeux de nature assurantielle⁴⁵.

Saisir les pratiques de conversion par leurs conséquences assurantielles face au risque portant sur les coûts de production permet d'affiner l'analyse. En effet, la variabilité des prix a une double incidence : d'une part, elle se traduit par des tarifs horaires différents, et d'autre part, au voisinage du plafond monétaire légal, elle conduit à des volumes d'heures plus ou moins élevés. Autrement dit, la personne âgée fait face à deux risques, l'un, financier, qui porte sur le niveau de la participation horaire qui lui sera demandée pour une heure d'aide, l'autre, en volume, qui porte sur le nombre total d'heures aides auquel elle peut prétendre dans le cadre de l'APA. Ceci conduit alors à distinguer deux usages du tarif prospectif, que nous qualifierons de tarif de solvabilisation et de tarif de valorisation⁴⁶.

En effet, en utilisant, tout d'abord, un tarif prospectif pour valoriser le plan d'aide au moment de vérifier sa compatibilité avec les plafonds légaux, le CG garantit que, au plafond, le volume d'heures d'aide est identique quel que soit l'intervenant. Cela permet pour une personne âgée de ne pas payer le fait de vivre en zone rurale et d'avoir donc un prestataire ayant des coûts de transports élevé au prix d'une réduction de son volume d'heures d'aide solvabilisées par l'APA. Lorsqu'au contraire, la valorisation repose sur le tarif facturé, le bénéficiaire de l'APA est soumis au risque d'une réduction de son nombre d'heures en raison de l'augmentation du tarif de valorisation, qui suivrait l'augmentation du tarif de facturation. Lorsqu'on regarde les méthodes utilisées sur les sept terrains d'enquête, on constate que seul les départements B et R assurent

⁴⁵ On peut préciser à ce propos que la variabilité des prix facturés recouvre potentiellement trois éléments qui peuvent appeler un traitement différent de la part de la puissance publique solvabilisatrice. Tout d'abord, un prix différent peut refléter une qualité de service différente, quel que soit le type d'intervenant : dans ce cas, il n'y a probablement pas matière à considérer que c'est un risque assurable. En revanche, la variabilité de coût à qualité donnée, constitue bien un risque pour le bénéficiaire. Mais, on doit alors probablement distinguer le cas des services tarifés de celui des services libres de fixer leur prix : en effet, pour ces derniers, la variation de prix peut recouvrir un pouvoir de marché plus ou moins fort, et il y a donc arbitrage pour les pouvoirs publics entre, d'une part, assurer les bénéficiaires et d'autre part, réguler les rentes.

⁴⁶ Dans 6 des 7 départements de l'étude, le tarif de solvabilisation est le même que le tarif de valorisation.

de manière systématique contre le risque en volume lié à la variabilité des prix facturés⁴⁷. Partout ailleurs, le risque de volume n'est couvert qu'en cas de recours à des prestataires agréés ou à l'emploi direct : à l'intérieur de chacune des catégories d'intervenant, le nombre d'heures d'aide solvabilisées par le conseil général, ne dépend pas du coût effectivement facturé. Enfin, le département G couvrait ce risque en volume, à sa manière, jusqu'en 2010 : il utilisait en effet le tarif de facturation pour comparer les plans d'aide aux plafonds légaux, mais, lorsqu'un plan d'aide venait à dépasser le plafond suite à une augmentation du tarif arrêté par le président du conseil général pour le prestataire concerné, le conseil général ne modifiait pas le nombre d'heures d'aide ; il autorisait le montant du plan d'aide à dépasser le plafond légal et finançait en fonction.

La méthode de solvabilisation des plans d'aide peut également protéger la personne âgée contre le risque financier, c'est à dire contre le fait que sa participation horaire varie en fonction du prix facturé par l'intervenant. En effet, l'utilisation du tarif de facturation pour calculer le montant du plan d'aide à répartir entre le bénéficiaire et la solidarité collective revient à partager ce risque : à ticket modérateur donné, la dépense du conseil général comme celle du bénéficiaire augmente à proportion du tarif facturé par le prestataire. L'utilisation d'un tarif prospectif, une fois le volume d'heure fixé, a des conséquences plus complexes. En effet, à ticket modérateur donné, cette option conduit à ce que la personne âgée reçoive, du conseil général, un financement identique de l'heure, quel que soit l'intervenant, dans le cadre de l'APA. L'impact assurantiel dépend alors, sur le plan théorique, du niveau du tarif de solvabilisation et du mode de financement du différentiel entre le tarif de solvabilisation et le prix facturé. *De facto*, seul ce deuxième point joue puisque, sur l'ensemble des sept terrains d'enquête, les tarifs de solvabilisation prospectifs utilisés sont systématiquement inférieurs aux prix facturés aux bénéficiaires. Qui du CG ou de la personne âgée va prendre en charge ce différentiel ? Dans le cas des structures agréées ou des emplois directs, le différentiel est supporté totalement par le bénéficiaire, quel que soit le CG. Toute la variabilité du prix porte donc sur le bénéficiaire, qui est créancier résiduel, et ce, même si ses ressources l'exonèrent de toute participation dans le cadre de l'APA (voir encadré 7). En revanche, pour les conseils généraux, qui, dans notre enquête, retiennent l'option d'un tarif de solvabilisation prospectif dans le cas des structures autorisées, les montages financiers ne sont pas identiques. Pour l'un (B), le CG prend totalement à sa charge le différentiel, le bénéficiaire de l'APA acquittant sa contribution sur la base du tarif de solvabilisation APA. Pour l'autre (R), le CG fixe une contribution forfaitaire (une franchise), que doivent acquitter tous les bénéficiaires de l'APA, en sus de leur participation calculée sur la base du tarif de solvabilisation APA. Dans un cas comme dans l'autre, même si le partage du financement est différent, le partage du risque est le même : la variabilité du prix facturé est entièrement absorbée par le conseil général. Les bénéficiaires sont donc totalement assurés contre ce risque.

⁴⁷ Dans ce département, l'assurance couvre même le risque de différence de prix entre prestataires agréés et autorisés, puisque le tarif utilisé est identique dans ces deux cas (voir tableau 30).

Encadré 7 : Différentes répartitions du prix horaire facturé

Solvabilisation au tarif facturé (départements G, V, M, C pour les services autorisés)			
	Prestataire A 20 €/h	Prestataire B 18 €/h	Répartition de la variabilité
Montant du "plan d'aide"	20	18	
Pas de participation financière APA du bénéficiaire	(20+0) + (0 + 0)	(18+0) + (0 + 0)	CG : 0% Bénéficiaire : 100%
Participation financière APA du bénéficiaire : 50%	(10 + 0) + (10 + 0)	(9+0) + (9 + 0)	CG : 50% Bénéficiaire : 50%

Solvabilisation par tarif prospectif, sans complément (tous départements pour les services agréés)			
	Prestataire A 20 €/h	Prestataire B 18 €/h	Répartition de la variabilité
Montant du "plan d'aide"	16	16	
Pas de participation financière APA du bénéficiaire	(16+0) + (0 + 4)	(16+0) + (0 + 2)	CG : 0% Bénéficiaire : 100%
Participation financière APA du bénéficiaire : 50%	(8 + 0) + (8 + 4)	(8+0) + (8+2)	CG : 0% Bénéficiaire : 100%

Solvabilisation par tarif prospectif, avec prise en charge du différentiel par le conseil général (département B - autorisés)			
	Prestataire A 20 €/h	Prestataire B 18 €/h	Répartition de la variabilité
Montant du "plan d'aide"	16	16	
Pas de participation financière APA du bénéficiaire	(16+4) + (0 + 0)	(16+2) + (0 + 0)	CG : 100% Bénéficiaire : 0%
Participation financière APA du bénéficiaire : 50%	(8 + 4) + (8 + 0)	(8+2) + (8+0)	CG : 100% Bénéficiaire : 0%

Solvabilisation par tarif prospectif, avec participation forfaitaire du bénéficiaire de 1 euro (département R - autorisés)			
	Prestataire A 20 €/h	Prestataire B 18 €/h	Répartition de la variabilité
Montant du "plan d'aide"	16	16	
Pas de participation financière APA du bénéficiaire	(16+3) + (0 + 1)	(16+1) + (0 + 1)	CG : 100% Bénéficiaire : 0%
Participation financière APA du bénéficiaire : 50%	(8 + 3) + (8 + 1)	(8+1) + (8 + 1)	CG : 100% Bénéficiaire : 0%

Notes :

- (1) la décomposition du prix facturé donne quatre nombres, qui correspondent, dans l'ordre à
montant financé par le conseil général dans le cadre de l'APA,
montant financé par le conseil général hors APA,
ticket modérateur acquitté par le bénéficiaire,
montant financé par le bénéficiaire hors APA

Le montant du plan d'aide correspond au montant financé dans le cadre de l'APA, soit 1+3

La répartition de la variabilité correspond à la répartition de l'écart type du prix facturé.

On le voit, les méthodes de solvabilisation des plans d'aide retenues sur nos sept terrains d'enquête, conduisent donc, du point de vue de l'assurance face à la variabilité du prix facturé, pour un type de prise en charge donnée (prestataire autorisé, prestataire agréé, emploi direct

avec mandataire, emploi direct sans mandataire) à des situations extrêmement différentes⁴⁸. Sur le terrain, trois régimes assurantiels sont finalement observables⁴⁹ (voir tableau 31).

Tableau 31 : Types de régimes assurantiels selon les départements

		Méthode de solvabilisation		
		Tarif prospectif avec franchise sur le différentiel	Tarif prospectif sans franchise	Prix facturé
Méthode de valorisation	Tarif prospectif	Vol : Bénéficiaire assuré par CG Fin : bénéficiaire assuré par CG B et R pour structures autorisées	Vol : Bénéficiaire assuré par CG Fin : CG assuré par bénéficiaire Les 7 CG pour structures agréées et emploi d'un salarié	Vol : Bénéficiaire assuré par CG Fin : partage du risque par TM
	Prix facturé	Vol : Bénéficiaire n'est pas assuré Fin : bénéficiaire assuré par CG	Vol : Bénéficiaire n'est pas assuré Fin : CG assuré par bénéficiaire	Vol : Bénéficiaire n'est pas assuré Fin : partage du risque par TM C, M, N, G, V pour structures autorisées

Notes :

- "vol" indique l'effet de la variabilité du prix facturé sur le nombre d'heures finançables par le plafond légal.
- 'fin' indique l'effet de la variabilité du prix facturé sur le montant de la participation financière horaire

Le premier régime apporte une assurance contre les deux aspects du risque : c'est le cas des départements B et R pour les bénéficiaires qui font appel à un prestataire autorisé. Dans ce cas, le nombre d'heures solvabilisables au plafond et la participation financière horaire du bénéficiaire sont identiques quel que soit le tarif autorisé du prestataire : autrement dit, la participation financière totale du bénéficiaire est indépendante du prestataire choisi. Le deuxième régime consiste à assurer la partie "volume" du risque, mais pas du tout sa partie "financement horaire" : c'est ce que font tous les conseils généraux enquêtés lorsque le bénéficiaire recourt à un prestataire agréé ou à un salarié. Dans ce cas, le nombre d'heures solvabilisées au plafond ne dépend pas de l'intervenant choisi, mais les différences de prix horaire sont entièrement supportées par le bénéficiaire. Dans ce deuxième régime, c'est donc le conseil général qui est parfaitement assuré contre les variations de prix : la participation financière du conseil général pour un bénéficiaire donné est indépendante du prestataire qu'il choisit, et plus encore, le montant total des dépenses du conseil général est insensible aux choix que font les bénéficiaires parmi les différentes structures agréées et au montant des salaires qu'ils versent à leurs salariés. Enfin, dans le dernier régime, les bénéficiaires de l'APA supportent la partie "volume" du risque entièrement, et sa partie "financement horaire" à proportion de

⁴⁸ Soulignons que parce que les niveaux des tarifs de valorisation et de solvabilisation sont en général plus faibles pour les structures agréées (et beaucoup plus faibles s'il s'agit de mandataires et d'emplois en gré à gré), que pour les structures autorisées, les conseils généraux garantissent ce faisant à la personne âgée un volume d'heures maximum, compte tenu du plafond légal, plus important lorsque celle-ci choisit un prestataire non autorisé.

⁴⁹ D'autres combinaisons sont envisageables que nous n'avons pas observées sur nos terrains d'enquête, mais qui sont peut-être mises en œuvre en d'autres points du territoire : aucun département dans l'enquête n'a retenu l'option consistant à garantir le seul volume d'heures au voisinage du plafond légal, sans pour autant assurer contre la variabilité de la participation horaire (voir tableau 31).

leur ticket modérateur : c'est ce que font tous les conseils généraux, sauf dans les départements R et B, lorsque le bénéficiaire fait appel à un prestataire autorisé, à la rustine du conseil général G près. Dans ce dernier régime, l'impact du prix facturé sur les dépenses des uns et des autres est beaucoup plus complexe. En effet, tant que l'on reste en dessous du plafond légal, plus le prix facturé est élevé, plus le montant de la participation du bénéficiaire est élevée, et dès que le plafond est atteint, la participation financière du bénéficiaire dans le cadre de l'APA devient insensible au prix facturé, mais il se peut que le bénéficiaire compense l'effet du plafond en finançant des heures supplémentaires sans aide publique. Pour le montant d'aide versé par le conseil général, on retrouve mécaniquement les mêmes effets du prix facturé que pour le bénéficiaire. Et si l'on considère les dépenses d'APA agrégées, s'ajoute alors un effet croisé du prix et du ticket modérateur : le montant total des dépenses du conseil général dépend de l'appariement des bénéficiaires et des prestataires, c'est à dire des tickets modérateurs et des prix facturés.

3. Niveau des tarifs et redistribution

Le lecteur aura probablement noté, au détour des développements précédents, qu'un même profil assurantiel peut s'accompagner de mises à contribution de niveaux différents. C'est probablement, dans la comparaison des solvabilisations mises en place dans les départements R et B pour les bénéficiaires qui recourent à des prestataires autorisés que ce point apparaît le plus nettement : si, dans les deux cas, la variabilité des prix n'a d'influence que sur le montant de la dépense du conseil général, le niveau de participation demandé au bénéficiaire diffère puisque, dans le département R, ils acquittent une participation forfaitaire en complément du ticket modérateur de l'APA. Au delà des aspects assurantiels, les méthodes de solvabilisation ont donc aussi des implications distributives, qui méritent une analyse supplémentaire.

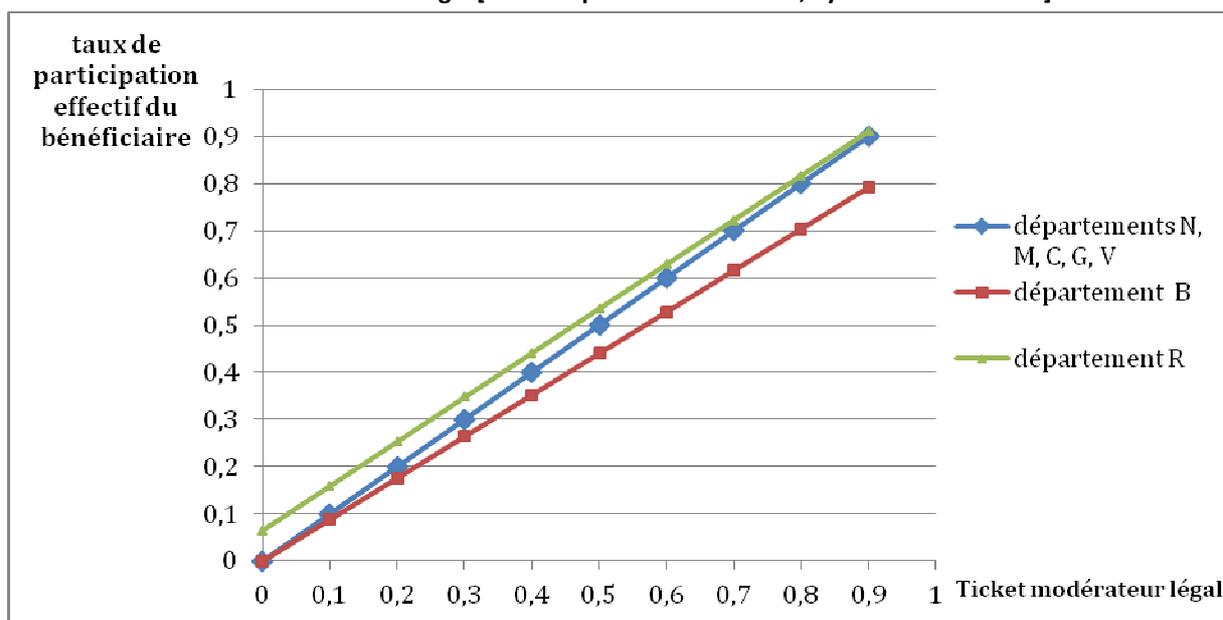
Les implications distributives de la valorisation des plans d'aide découlent à la fois de la méthode retenue (tarif fixe ou variable selon l'intervenant), du niveau de ces tarifs et de la règle de financement du différentiel entre tarif facturé et tarif de solvabilisation le cas échéant. La possibilité de déconnecter le tarif horaire de solvabilisation du tarif horaire facturé conduit à déconnecter ce que nous appellerons "la valeur APA du plan d'aide" (correspondant au nombre d'heures du plan d'aide multiplié par le tarif horaire de valorisation), d'une part, et, d'autre part, le coût total du plan d'aide (correspondant à la valeur du plan d'aide complétée par l'éventuel différentiel entre les tarifs horaire de facturation et de valorisation multiplié par le volume d'heures). Ceci appelle plusieurs remarques. Tout d'abord, il apparaît ainsi que les comparaisons inter-départementales des données administratives concernant le montant des plans d'aide accordés dans le cadre de l'APA, ou la proportion de bénéficiaires pour lesquels le plafond est contraignant, doivent être faites avec beaucoup de précaution : en effet, les différences de pratiques des CG en matière de solvabilisation, font que le montant déclaré représente une part variable du coût total du plan d'aide mis en place. Ensuite, la déconnection entre les tarifs de

valorisation ou de solvabilisation, et le prix facturé, transforme l'impact distributif du cadre légal de l'APA. Celui-ci organise deux dimensions de la solidarité : des personnes non-dépendantes vers les personnes dépendantes, via les plafonds, et entre personnes dépendantes selon leur aisance financière, par le barème des tickets modérateurs. Les pratiques des conseils généraux, en matière de solvabilisation, conduisent à modifier ces deux dimensions, mais c'est sur la deuxième que nous focaliserons notre attention⁵⁰. En matière de partage du coût de l'aide, le barème légal des tickets modérateurs fixe de manière exogène la façon dont le financement du plan d'aide se répartit entre le CG et le bénéficiaire de l'APA. Mais, dès lors que le tarif horaire de solvabilisation est inférieur au tarif horaire de facturation, le CG dispose de plusieurs leviers d'action qui lui permettent, de fait, d'exercer un pouvoir redistributif discrétionnaire, c'est à dire de modifier l'impact redistributif de l'APA en fonction du niveau de ressources, parmi les bénéficiaires du dispositif.

Deux de nos terrains d'enquête apportent des exemples particulièrement intéressants sur ce point. Dans le département R, tout d'abord, le tarif de solvabilisation en cas de recours à un prestataire tarifé est, on l'a vu, un tarif prospectif (il correspond au tarif de solvabilisation de la CNAV). C'est sur ce tarif qu'est calculée la participation légale de la personne âgée. Cela étant, pour des raisons de contraintes budgétaires, le CG a décidé il y a quelques années de demander aux personnes âgées dépendantes une contribution complémentaire via une participation forfaitaire, s'ajoutant à leur ticket modérateur légal. Ce choix politique en matière de solvabilisation conduit à déformer les taux d'effort demandés : par rapport à ce que prévoit le barème légal, il resserre les écarts entre les taux d'effort en fonction du revenu. En particulier, on observe que, jusqu'à des niveaux de prix facturés élevés, les plus pauvres ont un taux de participation plus élevé que leur taux de participation légal (voir graphique 1) ; alors que les plus riches bénéficient d'une réduction de leur taux de participation par rapport au taux légal pour des niveaux de prix plus élevés (voir graphique 2). En ce qui concerne la politique de solvabilisation du département B, et à la différence du département R, l'ensemble des catégories de revenus bénéficient d'une réduction de leur taux de participation par rapport à celui prévu par le barème légal, cette réduction du taux d'effort étant d'autant plus prononcée que le prix facturé par le service est élevé (voir graphiques 1 et 2) : c'est donc l'effort des contribuables qui est mobilisé. Dans ce cas, en outre, la déformation induite par la règle de solvabilisation ne conduit pas à un barème moins redistributif que le barème légal, au sens où l'écart entre les taux d'effort des plus riches et celui des plus pauvres n'est pas modifié.

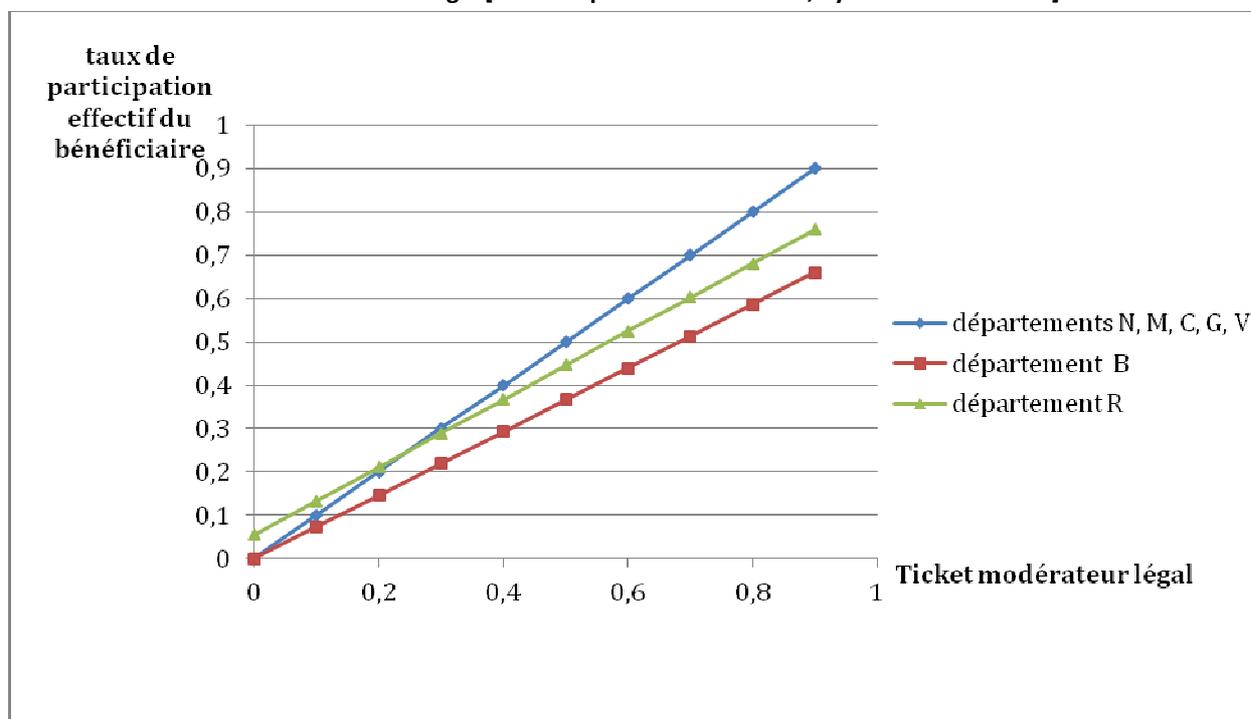
⁵⁰ Les matériaux d'enquête permettent d'étudier cette première dimension de la solidarité, mais nous avons fait le choix de laisser pour plus tard le travail de formalisation, de modélisation et de simulation nécessaire pour comprendre les transformations induites par les schémas de solvabilisation.

Graphique 1 : Impact des règles de solvabilisation sur la part du coût du plan d'aide financée par le bénéficiaire en fonction de son ticket modérateur légal [cas d'un prestataire autorisé, ayant un tarif de 20€]



Lecture : lorsque le prestataire intervenant a un tarif autorisé de 20 € de l'heure, un bénéficiaire dont le ticket modérateur est fixé par le cadre légal de l'APA à 40%, finance 40% du coût total du plan d'aide dans les départements N, M, C, G et V (ligne bleue); il en finance 35% dans le département B (ligne rouge), et 44 % dans le département R (ligne verte).

Graphique 2 : Impact des règles de solvabilisation sur la part du coût du plan d'aide financée par le bénéficiaire en fonction de son ticket modérateur légal [cas d'un prestataire autorisé, ayant un tarif de 24€]



Lecture : lorsque le prestataire intervenant a un tarif autorisé de 24 € de l'heure, un bénéficiaire dont le ticket modérateur est fixé par le cadre légal de l'APA à 40%, finance 40% du coût total du plan d'aide dans les départements N, M, C, G et V (ligne bleue); il en finance 29% dans le département B (ligne rouge), et 37 % dans le département R (ligne verte).

Si l'on généralise l'analyse, au delà des deux exemples qui viennent d'être présentés, il apparaît que l'utilisation d'un tarif prospectif de solvabilisation agit sur le profil de redistribution du financement, via deux canaux (voir encadré 8). Tout d'abord, dès lors qu'une marge apparaît entre le coût total du plan d'aide et la valeur APA du plan d'aide, le conseil général peut mettre en place une prestation d'aide sociale facultative pour le financement du différentiel, prestation dont il détermine le caractère plus ou moins redistributif. Ensuite, à tarif horaire de facturation donné, fixer le niveau du tarif de solvabilisation, revient à fixer la part du coût du plan d'aide qui sort du barème légal : plus le tarif horaire de solvabilisation est faible, et plus le CG est autonome par rapport à l'Etat en matière de redistribution. Ainsi, lorsque les conseils généraux déconnectent le tarif horaire de solvabilisation du tarif facturé, ils se créent un espace de choix en termes de partage du financement de la dépendance.

Comme le souligne l'encadré 8, lorsque la solvabilisation repose sur un tarif prospectif (et non sur le prix facturé), l'impact redistributif effectif du financement de l'aide à domicile, ne dépend pas du niveau du tarif de solvabilisation mais de l'écart entre ce tarif et le prix facturé. En conséquence, l'impact redistributif effectif n'est pas toujours entièrement déterminé par les pouvoirs publics. Dans le cas des prestataires autorisés, le CG maîtrise non seulement le tarif de solvabilisation mais également le tarif de facturation. Dès lors, le CG maîtrise totalement l'ampleur du coût total du plan et la répartition de son financement. S'il décide de solvabiliser le plan d'aide au tarif autorisé, alors il choisit d'appliquer la règle de redistribution fixée au niveau national. En revanche, si le tarif de solvabilisation diffère de celui du prix facturé, alors le CG introduit une déformation prévisible du barème redistributif prévu par la loi. Dans le cas des prestataires agréés et des emplois directs, en revanche, l'ampleur de la redistribution effective est imprévisible : dans les départements où nous avons enquêté, les CG font tous le choix d'appliquer des taux de valorisation plus faibles que pour les prestataires autorisés (cf. tableau 1) et de faire supporter au bénéficiaire de l'APA la totalité du différentiel de coût. Dès lors, le taux de participation effectif de celui-ci est plus important que ce prévoit la loi, en particulier pour ceux bénéficiant d'un faible ticket modérateur, mais il dépend du prix facturé par l'intervenant, c'est à dire du choix que fait le bénéficiaire en la matière, si tant est qu'il choisisse.

Encadré 8 : Déformation du barème redistributif de l'APA par les pratiques de solvabilisation

Notations :

p : le prix horaire facturé par le prestataire

s : le tarif horaire de solvabilisation utilisé par le conseil général pour calculer sa participation financière

m : le ticket modérateur légal appliqué sur la valeur du plan d'aide

La règle de financement légale s'applique à la valeur d'une heure d'aide, soit s euros. Elle est donc financée à hauteur de ms euros par le bénéficiaire et de (1-m) euros par le conseil général. Pour financer le coût effectif de l'heure, il reste donc à financer le différentiel (p-s).

Les règles de financement du différentiel, mises en place par les conseils généraux peuvent être résumées par le montant de la contribution demandée au bénéficiaire APA. Considérons, pour simplifier, des schémas de financement affines. La participation demandée au bénéficiaire est alors de la forme : $a + b(p-s)$.

Quelques exemples :

Lorsque $a=0$ et $b=0$, le conseil général finance entièrement le différentiel.

Lorsque $a=0$ et $0 < b < 1$, le bénéficiaire finance une part b du différentiel (système de ticket modérateur sur le différentiel).

Lorsque $b=0$ et $0 < a < (p-s)$, le bénéficiaire finance un montant forfaitaire (système de franchise sur le différentiel)

Le montant total de la participation financière du bénéficiaire peut donc s'écrire :

$$ms + a + b(p-s).$$

Et la part du coût effectif qu'il finance, son ticket modérateur effectif, s'écrit donc

$$[m \cdot (s/p) + b \cdot (1 - (s/p)) + a \cdot (1/p)].$$

En l'absence de franchise sur le différentiel entre tarif de solvabilisation et prix facturé ($a=0$), le ticket modérateur effectif du bénéficiaire est une moyenne pondérée du ticket modérateur APA et du ticket modérateur demandé sur le différentiel. On voit donc apparaître les deux canaux de déformation du barème de redistribution. D'une part, à s donné, plus b diffère de m, plus le ticket modérateur effectif s'éloigne du ticket modérateur légal : c'est l'effet "barème de redistribution de l'aide sociale facultative de financement du différentiel". D'autre part, à b donné, plus le tarif de solvabilisation est proche du tarif facturé, plus le ticket modérateur légal pèse dans cette moyenne : c'est l'effet "assiette".

Conclusion

La lecture des textes légaux et réglementaires qui encadrent l'action publique en direction des personnes dépendantes vivant à domicile laisse penser, à première vue, que l'Etat central a délégué aux autorités départementales (collectivités territoriales et services déconcentrés de l'Etat) les pouvoirs de régulation du secteur, en leur confiant la tarification et le conventionnement des structures, mais que la solvabilisation de la demande fait partie des prérogatives centrales, et que ses règles sont ainsi fixées de manière identiques pour l'ensemble du territoire national. Pourtant, force est de constater qu'il n'en est rien : l'observation des pratiques de solvabilisation révèle en effet, par la mise en évidence des différences entre terrains, que le cadre légal n'est pas assez précis pour définir les règles de solvabilisation de manière univoque. Mettre en œuvre le dispositif légal de l'APA suppose en effet de choisir une méthode pour convertir le contenu des plans d'aide, et en particulier les heures d'aide à domicile en euros, avant d'appliquer le cadre légal qui est stipulé en unité monétaire. 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. Sur le terrain, nous avons observé deux méthodes différentes : dans certains départements, les services du conseil général convertissent les heures à l'aide du prix facturé, tandis que dans d'autres, ils utilisent 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). Analyser les enjeux de ce choix conduit à distinguer deux moments de conversion. 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 : c'est ce que nous avons appelé la méthode de valorisation des heures. La conversion est à nouveau nécessaire pour calculer la participation que verse le conseil général pour le financement d'une heure d'aide : ce que nous avons appelé la méthode de solvabilisation.

Cette distinction peut paraître quelque peu artificielle. Pourtant, elle a le mérite de mettre en lumière des aspects qui restent invisibles, lorsqu'on envisage les enjeux assurantiels et distributifs de l'APA, à l'échelon central. Analyser sur données départementales, les méthodes concrètes de valorisation et de solvabilisation, fait ainsi 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 temps⁵¹. Il pose aussi la question de l'assurance face à la variabilité des prix facturés, à un instant donné, sur un territoire, variabilité qui induit un risque sur le volume d'heures solvabilisées et un risque sur le montant de la participation financière horaire. Le choix que font les services des conseils généraux d'utiliser le prix facturé ou un tarif

⁵¹ Pour des prévisions en la matière, on peut se reporter à plusieurs rapports publics plus ou moins récents, par exemple celui du CAS publié en 2006 ou le rapport Gisserot, publié en 2007. Voir Gramain Agnès & Wittwer Jérôme, *op.cit.*

prospectif, pour convertir les heures d'aide en euros, à l'un et l'autre des moment de conversion, s'avère donc un choix majeur : il revient, in fine, à faire de l'APA un dispositif qui assure totalement ou seulement partiellement contre la variabilité des prix facturés (et donc contre celle des coûts de production de l'aide).

Et là n'est pas le seul pouvoir des conseils généraux, puisque les méthodes de solvabilisation utilisées ont des implications distributives différentes. Les dépenses publiques de financement de l'aide à domicile pour les personnes dépendantes sont plus ou moins redistributives, d'un territoire départemental à un autre, selon le choix fait par le conseil général. Cette variabilité tient en partie aux dispositifs de financement complémentaires que les conseils généraux mettent en œuvre : les départements qui utilisent un tarif prospectif pour déterminer le montant des plans d'aide APA peuvent en effet choisir, dans le cadre de l'aide sociale facultative, de financer, à leur manière, le différentiel entre le tarif prospectif et le prix facturé : l'impact redistributif du financement public, pris dans son ensemble (APA + aide sociale facultative départementale) dépend, dans ce cas, de l'intensité redistributive de l'aide sociale facultative et de l'écart entre le tarif prospectif et le prix facturé. Mais les choix faits à l'échelle départementale peuvent aussi modifier l'impact redistributif des dépenses d'APA, prises au sens strict : fixer le niveau du tarif prospectif de solvabilisation revient en effet à fixer la part du coût de l'aide qui sera financée selon les règles fixées par la loi, et, du même coup, celle qui leur échappe. Ainsi, le choix du taux de conversion des heures d'aide en euros, dans la mise en œuvre de l'APA, choix confiés, ou laissés, aux conseils généraux constitue donc aussi un choix majeur en termes de redistribution : il permet aux conseils généraux, à la fois, de modifier l'impact redistributif réel des dépenses d'APA et de s'ouvrir un espace plus ou moins large pour peser sur l'impact redistributif des financements publics, pris dans leur ensemble.

Chapitre 6. Des modèles d'action publique départementale en direction des personnes âgées à domicile

Au cours de nos enquêtes, nous avons observé de nombreuses différences entre les pratiques de ces conseils généraux, tant en termes d'objectifs poursuivis par le pouvoir local qu'en termes de domaine d'intervention, d'outils, et enfin de moyens employés dans l'organisation et la mise en œuvre de l'APA à domicile. Dans notre perspective de recherche initiale qui consistait à s'interroger sur la possibilité de construire une base de données départementales standardisées pour étudier statistiquement l'action publique locale dans le champ des personnes âgées dépendantes, il importait donc de synthétiser ces résultats de terrain, sous la forme d'une série d'indicateurs objectifs, simples à recueillir, qui capturent avec précision mais parcimonie, une vue d'ensemble des pratiques de mise en œuvre de l'APA par chaque conseil général. C'est à cette liste qu'est consacrée la première partie de ce chapitre.

Cependant, au-delà de cette liste se pose la question de son usage, c'est à dire de l'interprétation des indicateurs qui s'y trouvent, une fois combinés entre eux : existe-t-il des cohérences entre les modalités de ces différents indicateurs sur chacun des terrains ? Les différentes combinaisons permettent-elles de décrire de véritables modèles d'intervention publique départementale, qui aient une cohérence d'ensemble ? Autrement dit : Est-il possible de trouver derrière les combinaisons d'indicateurs, des logiques d'ensemble correspondant à des modèles synthétiques d'action publique, qui distinguent ou rapprochent les départements enquêtés ?

Le petit nombre de monographies dont nous disposons ne permet pas bien sûr ni d'interpréter l'absence de certaines combinaisons dans notre échantillon, ni de s'appuyer sur la fréquence des associations pour guider la recherche de logiques d'ensemble. En revanche, il est possible, d'une part, de comparer les différents terrains entre eux pour analyser leurs points communs et leurs différences partielles et, d'autre part, de raisonner en termes de "transposition", à partir des modalités de mise en œuvre des grandes logiques théoriques d'intervention publique dans d'autres champs d'action publique (par exemple, assurance universelle et solidaire pour les soins, aide sociale pour le logement, régulation des défaillances de marché pour les transports, production publique de services type "éducation nationale" ...). C'est l'objet de la deuxième partie de ce chapitre.

L'enjeu de cette synthèse est donc de proposer une démarche généralisable à l'ensemble des départements, à partir d'un protocole standardisé de recueil de données objectives, simples à collecter, et d'interprétation des combinaisons d'indicateurs, qui permettront une lecture renouvelée de l'action publique locale.

1. Dix-sept indicateurs pour six variables synthétiques

Les analyses développées dans les chapitres précédents concernant l'organisation des services chargés de l'APA, l'éligibilité à cette prestation, la solvabilisation de la demande et la tarification des services d'aide à domicile, nous ont conduits à retenir quelques caractéristiques, autour desquelles semblent se cristalliser les différences entre conseils généraux dans l'enquête. Dix-sept indicateurs, permettant de caractériser l'action publique à partir de six variables synthétiques, ont été retenus. Ces indicateurs décrivent essentiellement l'organisation des services, les personnels, ainsi que les modes d'intervention en matière de régulation économique publique :

Nous revenons sur chacune de ces variables synthétiques, en en détaillant les différentes modalités, et comment elles se construisent à partir d'indicateurs objectifs simples.

1.a. Délimitation du champ d'action publique

Indicateur a) : périmètre du schéma (« Gérontologie » PA / « Autonomie » PAPH)

Indicateur b) : existence d'un service tarification spécifique PA (oui/non)

Modalités de la variable synthétique : Gérontologie / Autonomie

Dans les conseils généraux enquêtés, nous avons constaté deux manières de délimiter le champ d'action publique dans lequel s'inscrit l'action en direction des personnes âgées. Certains considèrent les sphères d'action relatives aux personnes âgées comme un champ de politique publique à part entière, disons, dans une logique d'« action gérontologique ». En revanche, les autres les intègrent au sein d'une politique dite de « l'autonomie », présentant la dépendance des personnes âgées et le handicap comme un même champ de politique publique. Cette deuxième logique trouve une justification dans l'injonction à la convergence de ces champs historiquement séparés⁵², inscrite dans la loi sur le handicap du 11 février 2005⁵³, qui remplace et complète la loi de 1975. A l'inverse, la première logique (isolant l'action « gérontologique ») se justifie en mettant en avant une particularité de l'action relative aux personnes âgées, et notamment, la spécificité de l'obligation de visite à domicile par des équipes médico-sociales pilotées par le Conseil général dans le cadre de la procédure d'éligibilité à l'APA.

Ce choix d'organisation se repère dans le périmètre des schémas départementaux : a-t-on mis en place un schéma unique pour les situations d'incapacités dans les activités de la vie

⁵² La construction d'un champ d'action "dépendance" distinct du champ du "handicap" est en fait assez récente. Les lois de 1975 ne faisaient en effet pas de distinction d'âge et c'est essentiellement à partir de la fin des années 80 que le processus de séparation s'est engagé.

⁵³ Cette loi stipule, dans son article 13 que « Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médicosociaux seront supprimées ». Cet article n'a toutefois pas été appliqué et a été considéré comme dénué de portée normative par le conseil d'état (Décision du Conseil d'Etat du 3 juillet 2012).

quotidienne quel que soit l'âge ou bien a-t-on isolé un schéma spécifique pour les plus âgés ? Il se repère aussi dans l'organisation des services qui peut ou non mutualiser les compétences techniques requises par l'action publique en direction des personnes âgées et des personnes handicapées : existe-t-il un seul service de tarification, un seul service de contrôle de la qualité des prestations ou bien deux séparés pour les personnes âgées et les personnes handicapées ? De ce point de vue, les conseils généraux où nous avons enquêté affichent une relative cohérence interne. Lorsqu'une direction "PA-PH" existe, l'ampleur des fonctions réellement mises en commun à l'intérieur de cette direction varie, mais la dénomination du schéma permet alors de distinguer deux types d'organisation : s'il est "schéma gérontologique", c'est qu'au mieux la direction PA-PH ne fait qu'ajouter un chef commun à deux directions juxtaposées qui ne partagent rien d'autre. S'il est "schéma de l'autonomie" c'est qu'à minima, les fonctions de tarification et de contrôle sont mutualisées.

1.b. Territorialisation de l'action publique en matière d'APA

Indicateur a) : degré de déconcentration des missions APA (aucun /E/ E+M / E+M+I / E+M+I+FetP)

Indicateur b) : logique de territorialisation des services (aucune/technique/politique)

Indicateur c) : périmètre de l'action publique territorialisée (PA seul/solidarité/tout)

Indicateur d) : logique de découpage des territoires (externe/interne)

Modalités de la variable synthétique : territorialisation technique minimale/ territorialisation technique avec déconcentration des médecins / territorialisation politique sur maillage interne / territorialisation politique sur maillage externe

En termes d'organisation des services, la deuxième dimension distinctive révélée par l'enquête est celle de la territorialisation des services de l'APA et des différents visages qu'elle peut prendre. Les différences observées peuvent être décrites à partir de quatre indicateurs imbriqués, portant sur (1) la déconcentration des personnels ayant en charge l'APA, (2) la logique présidant à la territorialisation des politiques en faveur des personnes âgées, (3) le périmètre de l'action publique décentralisée et (4) la nature du découpage du territoire.

La première caractéristique de l'organisation territoriale que révèle le cheminement de l'enquêteur⁵⁴ est la manière dont sont déconcentrés les personnels et les différentes missions impliquées dans le traitement des dossiers de demande d'APA : visiteurs, médecins, instructeurs, service de paiement/facturation. L'enquête révèle un ordre cumulatif de déconcentration de ces différentes missions : le conseil général peut n'en déconcentrer aucune, déconcentrer uniquement le service d'évaluation (les visiteurs) [E], ou bien le service d'évaluation (les visiteurs) et les médecins [EM], ou bien le service d'évaluation (les visiteurs), les médecins et les instructeurs [EMI], ou bien enfin la totalité de la chaîne, c'est à dire le service d'évaluation (les visiteurs), les médecins, les instructeurs et le service de paiement/facturation [EMIFP].

L'ampleur de la déconcentration semble découler de la raison d'être de la territorialisation. Deux motivations apparaissent en effet dans notre enquête. Le CG peut choisir de

⁵⁴ On montrera ailleurs que les difficultés ou les facilités de l'enquête sont un bon révélateur de la situation observée, en termes d'enjeux politiques et de relations entre les services, formalisées ou non.

territorialiser certaines fonctions pour répondre à des problèmes d'organisation du travail, en particulier à l'exigence de visite à domicile des personnes âgées demandant l'APA⁵⁵ : on parlera dans ce cas de "territorialisation technique". Cependant, la territorialisation peut aussi traduire une volonté de décentralisation, c'est à dire la volonté de répartir le pouvoir de décision administratif sur le territoire, incarné par des responsables infra-territoriaux de la politique "personnes âgées" (ou des politiques de solidarité) : on parlera alors de "territorialisation politique". Le lien logique entre l'ampleur de la déconcentration et le type de territorialisation apparaît clairement dans notre enquête : si aucun agent ou les seules visiteuses sont localisées à l'échelle infra-départementale, c'est que le CG a privilégié un découpage technique de son territoire. Inversement, si l'ensemble de la chaîne de traitement d'un dossier APA est déconcentré, jusqu'à l'instruction et la facturation, c'est que le CG a opté pour une décentralisation de son pouvoir politique au niveau infra-départemental.

Le type de territorialisation s'articule aussi avec deux autres dimensions : l'ampleur des champs d'action territorialisés et le maillage territorial retenu. En effet, en cas de territorialisation technique, le découpage géographique répond, par définition, aux contraintes techniques, comme par exemple l'égalisation du nombre de personnes âgées par territoire : les territoires retenus pour la mise en œuvre de l'APA sont donc souvent construits pour l'occasion et n'ont aucune raison d'être utilisés pour d'autres champs tels que la mise en œuvre du RSA ou l'aide aux familles en difficultés. Si plusieurs champs d'action publique se trouvent déconcentrés sur un même maillage territorial, il s'agit alors presque d'une coïncidence. En revanche, en cas de territorialisation politique, il s'agit de mettre en place une représentation "locale" du conseil général en y reproduisant plus ou moins intégralement sa structuration en services. Autrement dit, le maillage territorial se doit d'être identique pour tout champ de politique publique, mais c'est alors l'ampleur des champs d'action présents sur le territoire qui s'ajuste : la décentralisation peut être partielle (ex : uniquement les missions relevant de la politique "personnes âgées" ou des politiques "solidarité") ou complète (nous reprendrons l'expression "mini-CG", utilisée par nos interlocuteurs, puisqu'on voit alors les unités territoriales comme des conseils généraux reproduits en miniature). La décentralisation plus ou moins complète des services peut conduire à des chaînes de commandes complexes. Dans ce cas, les agents des unités territoriales sont en effet souvent sous une double tutelle officielle : celle du responsable du champ politique d'action sociale situé au siège du conseil général d'un côté, et celle du responsable territorial de l'autre. Cette double tutelle s'avère source de tension, mais également source d'autonomisation pour les agents situés sur les territoires, qui peuvent jouer de cette double tutelle pour agir dans le sens qui leur convient le mieux. Si cette autonomisation ne peut se lire dans les organigrammes, notre protocole d'enquête, qui supposait à la fois de rencontrer les responsables centraux et de suivre des visiteuses dans leur activité, la révèle par des blocages d'enquête : il devient impossible pour les enquêteurs de cheminer selon le protocole en passant du siège aux unités territoriales ou vice-versa selon le lieu d'entrée sur le terrain.

⁵⁵ Cette territorialisation technique ne donne pas lieu nécessairement à déconcentration : il se peut en effet que les visiteuses n'aient de bureau qu'au siège, mais qu'elles se répartissent les visites selon un critère géographique afin de limiter leurs déplacements.

L'autonomisation des services déconcentrés par rapport au siège semble aussi tenir au choix du maillage territorial, qui, en cas de "territorialisation politique", n'est plus dicté par des considérations techniques. Deux grandes logiques de découpage peuvent être distinguées. Premièrement, les découpages peuvent être calqués sur des découpages externes au CG : chaque territoire du conseil général se superpose alors au territoire d'un autre échelon de pouvoir public local (ex : communautés de communes ou d'agglomération, pays). Il est probable que cette situation favorise l'autonomie des services décentralisés du conseil général⁵⁶, et les alliances entre services décentralisés et pouvoirs locaux, qui affaiblissent l'autorité du siège, soit que les « mini-CG » s'appuient sur d'autres pouvoirs locaux pour résister à l'autorité du siège du conseil général, soit qu'ils se fassent "capturer" par ces autres pouvoirs locaux en rapport de force avec l'administration départementale. A l'inverse le découpage territorial peut être spécifique au conseil général. Dans ce cas, le maillage territorial du conseil général ne se superpose à aucun autre échelon de pouvoir public local. Sur chaque territoire du conseil général, la mise en œuvre des politiques départementales relève de la compétence du conseil général décentralisé, sans concurrence avec d'autres pouvoirs locaux. Les responsables territoriaux, nommés par le siège du conseil général, lui doivent entièrement leur pouvoir et constituent, de ce fait, un relais plus efficace pour le siège.

1.c. Conditions de travail des équipes médico-sociales

Indicateur a) : nombre de dossiers par agent (faible / élevé)

Indicateur b) : isolement vertical ou horizontal des visiteurs (oui / non)

Modalités de la variable synthétique : particulièrement difficiles / pas particulièrement difficiles

Enfin, une troisième dimension tenant à l'organisation des services s'avère distinctive : les conditions de travail des équipes médico-sociales. Dans le champ de la politique en direction des personnes dépendantes à domicile, la mise en œuvre des visites à domicile par les équipes médico-sociales, dispositif imposé par la loi, a en effet posé deux problèmes aux conseils généraux. D'une part, elle pose une question de savoir-faire : les visites médico-sociales à domicile chez les personnes âgées ont plutôt été une nouveauté pour les services départementaux et leurs agents. D'autre part, elle pose un problème en termes de coûts. En effet, à côté du financement du montant des allocations elles-mêmes, la mise en œuvre de ces visites à domicile peut peser sur les budgets départementaux par les frais de personnel et de déplacement supplémentaires qu'elles engendrent. Pour certains départements, qui font face à un grand nombre de personnes potentiellement éligibles et géographiquement dispersées, avec une contrainte budgétaire relativement serrée, la question de la réduction des coûts de mise en œuvre des visites est devenue fondamentale dans les réflexions sur l'organisation des services.

Au-delà de l'ampleur de la déconcentration et des logiques de territorialisation, la volonté de maîtriser voire de réduire les coûts se voit aussi dans l'organisation interne des équipes

⁵⁶ Cette autonomie s'est traduite, dans le déroulement de nos enquêtes, par une difficulté à passer du siège aux territoires.

médico-sociales. Elle passe en effet par deux mécanismes qui peuvent être combinés. Confier un nombre élevé de dossiers à chaque visiteur est un premier moyen. Il suppose de concentrer le travail des visiteuses sur les seules visites, en confiant tout le travail administratif qui s'y rattache à un secrétariat et en gérant la répartition des visites de manière à réduire au maximum les temps de transport⁵⁷ : les visiteuses y perdent alors grandement en autonomie, en particulier dans la gestion de leur emploi du temps et dans le choix des personnes qu'elles visitent. Le second moyen consiste à réduire le nombre d'agents impliqués dans le traitement d'un même dossier, en limitant les discussions collectives entre visiteuses autour d'un cas (collectif horizontal), et en réduisant au minimum l'intervention de médecins ou de chefs de service dans la validation des décisions en termes de girage et de plan d'aide (collectif vertical) : faute de pouvoir recourir à la discussion avec des collègues ou confier la décision à un supérieur en cas de doute, les visiteuses assument seules des décisions parfois difficiles à prendre. Ces deux indicateurs (nombre moyen de dossiers par visiteur - isolement (horizontal ou vertical)) permettent de capturer assez efficacement les conditions de travail quotidiennes des équipes médico-sociales.

1.d. Légitimité professionnelle des agents du CG en charge de l'action médico-sociale

Indicateur a) : Qui établit le GIR ? (visiteuse / visiteuse et médecin sur dossier)

Indicateur b) : Qui valide effectivement le GIR ? (visiteuse/médecin/chef des EMS)

Indicateur c) : Quels sont les rôles des médecins en routine ? (aucun / recours/ girage et recours)

Indicateur d) : Quelle est la profession du chef du service de l'évaluation ? (médecin/administratif/travailleur social)

Modalités de la variable synthétique : légitimité médicale / sociale / administrative

Notre quatrième question synthétique porte sur la manière de construire une légitimité professionnelle dans le champ du « médico-social » du point de vue de l'action publique. Autrement dit, que signifie le « médico-social » dans l'action des conseils généraux ?

En ce qui concerne l'identification du secteur « médico-social », l'Etat central a construit une légitimité professionnelle dite « médico-sociale » des praticiens et des gestionnaires dans l'offre de services en établissement ou à domicile des personnes âgées, en mettant en place des formations, des diplômes et des certificats (on peut citer par exemple le DEAVS, mais aussi les formations de l'école de Rennes). Cependant, la question de la construction d'une légitimité professionnelle « médico-sociale » dans la régulation locale est laissée aux conseils généraux, qui ont eu à construire des profils de régulateurs publics ayant assis leur légitimité (comme le sont ceux de l'IGAS au niveau national par exemple), et ce, malgré l'absence d'école et de diplôme spécifiques pour la formation des régulateurs décentralisés du secteur médico-social.

En pratique, nous avons observé que les conseils généraux assoient la légitimité "médico-

⁵⁷ Ce levier peut être mis en place que la territorialisation soit technique ou politique : la seule différence est le lieu du secrétariat, au siège en cas de territorialisation technique, dans l'unité territoriale en cas de territorialisation politique.

sociale" dans leurs services à partir de définitions de professions existantes en jouant sur le recrutement de leurs agents et en mobilisant différentes catégories de personnel dans l'organisation des services.

Cela est particulièrement visible lorsqu'on regarde la composition des équipes médico-sociales. L'article R232-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles donne une indication succincte de la composition que doit avoir une « équipe médico-sociale » impliquée dans la visite à domicile : « La demande d'APA est instruite par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social ». Cependant, comme nous l'avons montré dans le chapitre correspondant, cette directive est diversement interprétée par les conseils généraux : selon les choix des départements, elles comportent plus ou moins de médecins, et peuvent compter parmi les visiteurs à domicile, en proportions variables, des travailleurs sociaux de formations diverses (assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale, éducateurs), des agents administratifs, ainsi que des infirmières.

Cependant, notre enquête montre qu'il ne suffit pas de comprendre qui réalise la visite à domicile pour identifier le type de légitimité dominant dans les décisions d'éligibilité à l'APA prises par les équipes médico-sociales. Par exemple, dans un département où ce sont des infirmières qui font la visite, nous pourrions croire qu'un modèle médical de légitimité prédomine. Cependant, on remarque que, dans ce même département, le chef de service des équipes médico-sociales est une assistante sociale de formation. Elle y organise son équipe sur le modèle proche des habitudes professionnelles des travailleurs sociaux : il n'y a pas de validation centralisée du girage ; les infirmières vont toutes seules sur le terrain et gèrent seules leur travail et leurs décisions. On observe donc plutôt un travail de type social réalisé par des infirmières. Enfin, presque aucun médecin n'est impliqué dans la procédure d'APA à domicile. Le mode de légitimité à l'œuvre correspond donc plus, au final, à un modèle social qu'à un modèle médical.

Pour caractériser la légitimité professionnelle dominante, il convient donc, non seulement, de connaître la profession des personnes recrutées en tant que visiteurs, mais aussi de repérer la profession de ceux qui assument la responsabilité des décisions d'évaluation, i.e. qui valident les GIR, assument les recours et occupent la position de chef de service.

Suite à ces constats, nous proposons quatre questions permettant de bien restituer les logiques de construction de la légitimité « médico-sociale » selon les départements. Nous regarderons (1) qui établit le GIR lors de la visite, (2) qui valide le GIR, (3) quelles missions sont confiées à des médecins dans la gestion de routine de l'APA, et (4) quelle est la profession du chef de service de l'évaluation. Notre enquête a ainsi permis de distinguer, à partir de ces informations, **trois types de légitimité** à l'œuvre : cette légitimité peut être médicale, sociale, administrative. Un exemple de modèle de "**légitimité du travail social**" a déjà été présenté dans le paragraphe précédent. Pour ce qui est du modèle de "**légitimité médicale**", il suppose que les médecins soient fortement impliqués dans la prise de décision du GIR (validation, voire établissement des GIR et gestion des recours), et donc qu'ils soient nombreux. L'organisation du travail d'évaluation du GIR peut venir renforcer cette logique : par exemple, dans l'un des départements enquêtés, le girage est organisé en deux parties, de manière complètement parallèle : un GIR est déterminé par le médecin, un autre GIR par un travailleur social. Un autre département a également organisé le girage en deux parties, mais

cette fois d'une manière coopérative : un médecin du conseil général établit un premier GIR, puis le travailleur social le valide ou l'infirmier lors de la visite. Dans ce dernier département, le GIR médical prédomine, mais les visiteurs discutent fréquemment avec les médecins. L'organisation territoriale n'est évidemment pas indépendante de la légitimité professionnelle dominante : le fait pour un CG d'organiser une territorialisation technique large en déconcentrant les missions des visiteurs et celles des médecins constitue à n'en pas douter un bon indicateur de légitimité médicale. En effet, dans ce cas, les médecins sont mécaniquement plus nombreux et disposent d'une marge de manœuvre plus importante dans la mesure où ils sont éloignés du chef de service, situé au siège et qu'il n'y pas de responsable sur les unités territoriales (terrain B). La présence de responsables sur les unités territoriales, correspondant alors à une territorialisation politique, n'interdit pas pour autant. C'est en tout cas, ce que l'on observe dans deux de nos départements (terrains R et C). Enfin, le modèle de "**légitimité administrative**" suppose que les médecins et les travailleurs médico-sociaux qui sont impliqués dans les prises de décision sur les dossiers APA soient soumis au pouvoir administratif. Le fait que les recours soient gérés par des agents administratifs spécialisés constitue un indicateur particulièrement distinctif de ce modèle.

1.e. Modalités de régulation économique et budgétaire du secteur par le conseil général

Indicateur a) : rédaction d'un plan d'aide détaillé et contact direct des agents du CG avec les intervenants (oui/non)

Indicateur b) : qui fixe le prix ? (Signal prix effacé / tarification par le CG / régulation marchande)

Indicateur c) : quelle est la politique pour les bénéficiaires en GIR 4 ? (contrôle des volumes en GIR4 / contrôle de l'efficacité budgétaire)

Modalités de la variable synthétique : administration économique complète / régulation concurrentielle / partenariat

Les deux dernières dimensions retenues pour caractériser les différences entre terrains d'enquête sont plus économiques. La cinquième variable synthétique porte sur le rapport du pouvoir local à la régulation marchande : notre enquête montre en effet que les conseils généraux, en tant que régulateur économique et financier, peuvent emprunter différentes voies pour chercher l'efficacité du secteur de l'aide à domicile, en intervenant directement sur l'offre et la demande de service, ainsi que sur ce qui les ajuste, i.e. les prix, les quantités, ou la qualité de service.

Concernant la demande d'aide à domicile, les agents des conseils généraux jouent très souvent un rôle de tutelle des bénéficiaires. Dans certains cas, cette tutelle conduit à ce que la demande d'aide soit en fait exprimée par les agents du conseil général plus que par les bénéficiaires eux-mêmes : alors que dans certains départements, le conseil général se contente d'allouer une aide publique, laissant aux bénéficiaires le soin de choisir comment utiliser cette aide (pour quelles interventions, par quels intervenants), dans d'autres départements, les agents du conseil général prennent eux-mêmes contact avec les prestataires et leur transmettent des plans d'aide détaillés (précisant la répartition des heures par type d'intervention par exemple), sans même parfois que le bénéficiaire n'ait

connaissance de ce plan d'aide.

Les conseils généraux se distinguent aussi en matière d'intervention sur les prix. Le rôle d'autorité tarificatrice pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile permet en effet aux conseils généraux qui s'en donnent les moyens, de maîtriser le prix de facturation d'une grande partie des heures d'aide, partiellement financées sur deniers publics : plus le recours aux prestataires (plutôt qu'à l'emploi direct) est important, plus la part des services autorisés (plutôt qu'agrés) parmi les services prestataires est importante, et enfin plus la tarification est attentive, plus le conseil général maîtrise les prix dans le secteur de l'aide à domicile et le coût de production de l'aide ou encore la quantité de ressources consacrée par l'économie à ce secteur (voir chapitre 4). *A contrario*, le CG peut choisir de solvabiliser partiellement la demande, en laissant aux mécanismes de marché le soin de fixer le prix auquel les heures sont facturées et de garantir l'efficacité de l'utilisation des ressources. Dans notre enquête, deux départements ont mis en place un véritable secteur administré, largement dominé par des services autorisés, tarifés de manière minutieuse. A l'opposé, un conseil général a clairement opté pour une régulation économique libérale, confiant la régulation au mécanisme de concurrence. Dans les autres conseils généraux, le prix n'apparaît pas comme un instrument privilégié de régulation économique du secteur : la mission de tarification des services à domicile apparaît assez secondaire, et dans deux de ces départements, des aides facultatives ont été mises en place afin de supprimer l'impact des différences de tarifs entre prestataires autorisés sur les bénéficiaires, ce qui revient à gommer l'effet signal que pourrait avoir le prix pour la régulation du secteur.

On note enfin, dans notre enquête, qu'une partie des conseils généraux met en place des outils de régulation plus budgétaires qu'économiques. Il ne s'agit plus de garantir l'efficacité du secteur, c'est-à-dire un rapport pertinent entre le prix payé aux intervenants et le service reçu (soit par la tarification, soit par les vertus de la concurrence), mais de contenir les seules dépenses du conseil général, en jouant sur leurs différentes composantes, à savoir le nombre de bénéficiaires, le nombre d'heures accordées par bénéficiaire et le nombre d'euros que le conseil général verse par heure accordée (indépendamment du prix effectivement facturé au bénéficiaire). C'est autour du GIR 4 que se cristallisent ces méthodes de maîtrise budgétaire, ce GIR correspondant à la catégorie de bénéficiaires les moins dépendants mais surtout les plus nombreux à domicile. Sur nos terrains d'enquête, elles prennent essentiellement la forme de plafonds spécifiques pour le nombre d'heures d'aide accordées aux bénéficiaires en GIR 4, ou de consignes de sévérité lors de l'évaluation de l'éligibilité en GIR4.

En combinant ces différentes observations, on peut donc distinguer trois modalités globales de rapport à la régulation économique du secteur de l'aide à domicile :

- 1) On peut observer dans certains cas une « administration économique complète », c'est-à-dire la mise en place d'une autorisation dominante et d'une tarification minutieuse, souvent associées à une écriture détaillée des plans d'aide, tant en termes de description des tâches que d'emploi du temps.
- 2) Dans d'autres départements, on observe une régulation non économique qui combine une maîtrise budgétaire par le blocage des volumes et le développement d'une relation presque

partenariale entre les équipes d'évaluation et les prestataires pour la mise en œuvre des plans d'aide.

3) Enfin, dans le dernier cas, on observe une régulation de type « laisser-faire » : le conseil général ne met en place ni contrôle du prix, ni contrôle des volumes ; il transmet les plans d'aide aux bénéficiaires, et les laisse prendre eux-mêmes le contact avec les prestataires de services. Il se contente donc de financer en laissant la régulation se faire par la rencontre directe des offreurs et des demandeurs.

1.f. Rôle dévolu au financement collectif des dépenses liées aux personnes âgées

Indicateur a) : subsidiarité de l'aide collective par rapport à l'aide familiale (oui/non)

Indicateur b) : couverture assurancielle du risque de variation des prix facturés (oui/non)

Modalités de la variable synthétique : logique "aide sociale" / APA / "branche maladie"

Notre dernière variable synthétique se rapporte au rôle économique que les conseils généraux font jouer au financement collectif, i.e. à leur perception du rôle de la solidarité collective à l'égard des personnes âgées dépendantes à domicile, entre les deux grands modèles traditionnels que sont l'assurance sociale (type branche maladie de la sécurité sociale) et l'assistance sociale (type aide au logement). La question est d'autant plus pertinente que les deux logiques se retrouvent dans le champ de la prise en charge de la dépendance et que l'APA elle-même relève d'une logique hybride : bien qu'il s'agisse d'une prestation d'aide sociale, le législateur lui a en effet donné deux caractéristiques qui la rapprochent d'une logique d'assurance sociale. Tout d'abord, même si son montant varie en fonction des ressources du bénéficiaire, il s'agit d'une prestation universelle : son accès n'est pas conditionné aux ressources. Ensuite, elle n'est ni récupérable sur succession ni soumise à obligation alimentaire (contrairement à la PSD à laquelle elle succède).

Lors de la mise en œuvre de l'APA, les conseils généraux peuvent à leur tour renforcer ou diminuer la proximité de l'APA avec la logique de l'assurance maladie, et ce sur deux points particulièrement nets. En termes de subsidiarité tout d'abord, car celle-ci ne se joue pas qu'au niveau des financements : elle se joue aussi au niveau des aides en nature, lors de l'évaluation des besoins pour l'élaboration des plans d'aide. Ainsi certains départements considèrent que les aides publiques telles que l'APA n'ont pas vocation à remplacer les aides apportées par la famille, mais viennent seulement s'y ajouter (logique de subsidiarité) : les plans d'aide sont alors conçus comme complémentaires aux aides familiales reçues par le bénéficiaire, renforçant la dimension aide sociale de l'APA. A l'inverse, d'autres départements considèrent que l'aide publique peut se substituer à l'aide familiale : les plans d'aide peuvent être conçus pour soulager la famille et permettre de remplacer certaines aides qu'elle apporte par des aides financées dans le cadre de l'APA.

La deuxième distinction que nous avons pu observer concerne la variabilité du reste à charge pour le bénéficiaire selon le producteur auquel il s'adresse. En effet, une des caractéristiques initiales de l'assurance maladie publique française est que le reste à charge est identique

quel que soit le producteur tarifé, essentiellement parce que la tarification est identique⁵⁸. Dans le champ médico-social au contraire, le code de l'action sociale et des familles prévoit que les pouvoirs publics fixent les tarifs individuellement, producteur par producteur. En conséquence, lorsque les conseils généraux utilisent le prix facturé pour valoriser les heures d'aide dans le calcul des plans d'aide, le volume d'heures accordées et la participation financière demandée au bénéficiaire varient selon le prestataire tarifé choisi. Deux départements ont mis en place un système de calcul de l'APA et d'aide sociale extra-légale qui supprime cet effet (voir chapitre 5), rapprochant encore la logique prévalant dans l'aide à domicile de celle du système de soins : dans le secteur où les producteurs sont libres de fixer leurs prix (secteur "agrégé" dans le champ de l'aide à domicile ou secteur 2 dans le champ des soins ambulatoire), la participation financière du bénéficiaire de l'APA, comme celle de l'assuré-maladie, dépend du prix facturé, mais dans le secteur "tarifé" (secteur autorisé ou secteur 1), elle est identique quel que soit le producteur.

Nos terrains d'enquête suggèrent d'interpréter ces deux indicateurs dans une même dimension, celle de la proximité avec le schéma qui prévaut dans le financement des soins. En effet, les départements ayant mis en place des financements qui neutralisent l'effet de la tarification individuelle des producteurs sont, tous les deux, des départements où l'aide publique est considérée comme venant avant l'aide familiale. On voit donc s'organiser trois degrés de proximité avec la logique "financement des soins" : subsidiarité et variation de prix (logique "aide sociale"), pas de subsidiarité mais variation de prix (logique APA), ni subsidiarité ni variation de prix (logique "branche maladie").

2. Différents modèles d'action publique locale

Les 6 variables synthétiques qui viennent d'être présentées permettent de décrire avec parcimonie, mais de manière pointilliste, l'action des conseils généraux en direction des personnes âgées dépendantes à domicile. Dépasser la description parcimonieuse d'une base de données suppose de donner sens à l'articulation des différentes caractéristiques, aux recoupements, dont témoigne, pour nos terrains d'enquête, le tableau synthétique ci-après. Les logiques internes à chaque terrain et les cohérences transversales font apparaître trois grands types d'action publique départementale qui donnent sens aux différences de pratiques des conseils généraux dans la mise en œuvre de l'APA à domicile⁵⁹.

⁵⁸ Les dépassements d'honoraires sont aujourd'hui un problème politique de premier plan, mais ils correspondent justement à un régime sans tarification (celui du secteur 2 où les honoraires sont libres).

⁵⁹ Cette partie de l'analyse suppose de disposer de l'ensemble des informations pour un terrain. Elle ne peut donc être conduite que sur les 6 départements où l'enquête a pu être menée à terme.

Tableau 32 : Modèles d'action publique en faveur des personnes âgées

Variables synthétiques retenues		Départements enquêtés					
		M	B	G	V	C	R
Champ de politique publique		Autonomie	Autonomie	Gérontologie	Autonomie	Gérontologie	Autonomie
Territorialisation de la politique APA à domicile	Logique de territorialisation	aucune	technique	technique	Aucune	Politique	politique
	Missions déconcentrées		EM (--> EMI)	E		EMI	EMIFP
	Ampleur de la décentralisation		Evaluation PA domicile	Evaluation PA domicile		Politiques de solidarité	Mini-CG
	Type de maillage infra-départemental		Externe	Interne		Interne	Externe
Conditions de travail des EMS	Charge de travail	-	-	-	+	-	-
	Isolement au travail	NON	NON	MOYEN	FORT	NON	NON
Légitimité professionnelle dominante		Administrative	Médicale	Sociale	Sociale	Médicale	Médicale
Régulation publique du secteur		Régulation concurrentielle	Partenariat	Administration complète	Administration complète	Partenariat	Partenariat
Objectifs du financement collectif		Aide sociale	Branche maladie	Aide sociale	Aide sociale	APA	Branche maladie

Note : lorsque l'enquête révélait des modifications en cours, le futur envisagé est précisé entre parenthèses

2.a. Un modèle "médical"

Tout d'abord, dans les trois départements où la légitimité professionnelle dans le champ du « médico-social » est construite autour d'une forte implication des médecins dans la prise de décision du GIR (terrains B, C et R), on observe qu'une part importante des fonctions sont déconcentrées : le choix d'avoir un nombre important de médecins permet de les placer sur le territoire avec les équipes médico-sociales qu'ils chapeautent. Les travailleurs médico-sociaux ont ainsi peu d'autonomie dans leur travail, mais en contrepartie ils sont protégés par le rôle décisionnel des médecins. La territorialisation peut cependant être "technique" (cas du département B) ou "politique" (cas des départements C et R), sur maillage territorial propre au CG (cas du département C qui s'est servi du découpage technique initial du champ "personnes âgées" pour organiser la décentralisation) ou sur maillage territorial externe (cas du département R où les territoires recouvrent des pays et communautés de communes). Sur les 3 terrains concernés, la mise en œuvre de ce modèle s'accompagne de relations partenariales avec les producteurs et d'une politique de maîtrise de type "budgétaire", s'appuyant sur des consignes malthusiennes concernant les GIR4. Enfin, en ce qui concerne les formes de financement, elles sont, sans surprise, proches du modèle de financement des soins par la branche maladie de la sécurité sociale. D'une part, dans ces trois départements, les équipes médico-sociales prescrivent l'aide publique via l'APA en fonction des besoins totaux évalués par les visiteurs, sans tenir compte de l'aide familiale existante ou potentielle. D'autre part, c'est parmi ces trois départements que l'on retrouve les deux conseils généraux ayant mis en place des financements complémentaires permettant d'homogénéiser le reste à charge des bénéficiaires à domicile quel que soit le prestataire tarifé auquel ils s'adressent (départements B et R). On peut enfin noter que c'est parmi ces trois terrains que l'on trouve les départements où la proportion de bénéficiaires de l'APA résidant en établissement est la plus élevée (département C et R), ce qui peut contribuer à l'importance du modèle de financement de type « branche maladie »⁶⁰ : en effet, le financement de la prise en charge en établissement repose en grande partie sur l'assurance maladie, via les forfaits "soins" des établissements, qui sont indépendant du revenu des personnes hébergées.

Dans ce modèle, qui comporte une déconcentration importante des missions, la cohérence d'ensemble de l'action en direction des personnes âgées dépendantes à domicile est probablement plus fragile qu'ailleurs, et tout particulièrement en ce qui concerne la régulation économique : celle-ci suppose en effet une vue d'ensemble qui mette en regard les services financés (dont la quantité, la qualité et la répartition relèvent de l'action des unités territoriales) et les coûts (dont la répartition entre contribuables et bénéficiaires relève de décisions du siège). L'autorité conférée au corps médical dans ce modèle d'action publique n'est, qui plus est, pas très propice au développement de logiques économiques de recherche de l'efficacité dans l'usage des deniers publics. On peut alors comprendre que la régulation se fasse ici, essentiellement, en termes de maîtrise de la dépense publique, via des directives portant sur la générosité de l'évaluation et des plans d'aide pour les personnes les moins dépendantes.

⁶⁰ La proportion élevée de bénéficiaires de l'APA résidant en établissement rend a priori la question du reste à charge des bénéficiaires à domicile moins cruciale en termes de solidarité collective. Cependant, sur le terrain R, la prise en charge à domicile est sensiblement plus onéreuse que sur le terrain C, car elle est fournie essentiellement par des producteurs autorisés, dont les tarifs sont élevés. Ceci peut expliquer la mise en place d'un financement complémentaire dans ce département.

Nos cheminements d'enquête et les données de cadrage concernant l'APA suggèrent cependant qu'il conviendrait de creuser le lien entre les formes précises de territorialisation et la régulation budgétaire : le coût global de l'aide à domicile dépend en effet à la fois de la générosité de l'éligibilité (taux de bénéficiaire dans la population) et de la générosité des plans d'aide (montant de la dépense par bénéficiaire). Or, le seul terrain où nous avons pu circuler sans difficulté du siège aux unités territoriales est le terrain C, qui se caractérise par une territorialisation politique sur maillage territorial propre, mais aussi par une relative homogénéité entre un taux de bénéficiaires à domicile faible (environ 8% des 75 ans et plus⁶¹) et une dépense par bénéficiaire à domicile moyenne (aux alentours de 4500 euros). En revanche, sur le terrain R, qui a mis en place une décentralisation de type « mini-CG » construite sur le maillage territorial d'autres pouvoirs politiques, il nous a été impossible, à deux reprises, d'obtenir le contact avec les agents du Conseil général travaillant dans les unités territoriales, à partir des responsables du champ "personnes âgées" au siège, ce qui suggère une forte autonomisation des services "personnes âgées" territorialisés. Or, ce département se distingue des autres terrains par un taux de bénéficiaires à domicile faible (environ 8%) et une dépense publique par bénéficiaire à domicile particulièrement élevée (supérieure à 5000 euros annuels⁶²). Enfin, sur le 3^{ème} terrain de cette catégorie, où la territorialisation est technique et seule l'évaluation est déconcentrée (les visiteuses dépendent hiérarchiquement d'un responsable central), nous avons pu effectuer un entretien avec des visiteuses au siège du CG, mais celles-ci ont refusé énergiquement que nous nous rendions sur le terrain avec elles. Sur ce terrain, c'est à l'inverse, le taux de bénéficiaires à domicile qui est relativement élevé (environ 14%) et la dépense par bénéficiaire à domicile qui est faible (un peu plus de 4000 euros annuels). Il paraît ainsi probable que l'organisation territoriale influe sur les modalités du contrôle budgétaire, via le nombre de bénéficiaires d'une part, et via le niveau de la dépense par bénéficiaire d'autre part, mais aller plus loin dans l'analyse supposerait de disposer de plus de terrains et de mobiliser des schémas explicatifs des sciences de gestion.

2.b. Le modèle d'administration sociale

Deux autres des départements enquêtés ont construit la légitimité professionnelle des agents en charge de la politique personnes âgées en suivant principalement une logique « sociale » : le travail de l'équipe médico-sociale est organisé sur le modèle des professions du travail social (avec comme exemple-type les assistantes sociales). Cette logique se repère par l'absence d'intervention des médecins dans la prise de décision du GIR, et par le fait que les travailleurs médico-sociaux (les visiteurs) sont en position de forte responsabilité dans les décisions d'éligibilité et de prescription des aides. Les conditions de travail de ces derniers peuvent être pénibles en cas d'absence de collectif décisionnel pour couvrir l'agent qui est au contact avec les bénéficiaires : elles dépendent alors de la création ou non d'une solidarité horizontale (soutien mutuel) entre visiteurs.

A la différence du modèle précédent, ces deux départements ont mis en place une régulation économique forte par les services techniques centraux du conseil général : un poids prépondérant des services autorisés, une tarification attentive et une implication forte des agents du conseil général dans l'expression de la demande d'aide construisent une réelle

⁶¹ Le taux moyen est de 12.3% pour les départements métropolitains. Source : indicateurs sociaux départementaux de l'INSEE.

⁶² Calcul des auteurs à partir des données disponibles dans les schémas gérontologiques.

administration économique du secteur, côtés offre et demande. La logique d'efficacité économique se repère aussi dans les directives concernant les personnes classées en GIR 4 : plutôt qu'un plafonnement direct de l'éligibilité ou des dépenses individuelles, ces conseils généraux encouragent le recours à l'aide en emploi direct pour les bénéficiaires les moins dépendants. Enfin, ils ont une organisation plutôt centralisée, ce qui leur permet de garder le contrôle global, à l'échelle du département. Seuls les agents chargés des visites (les EMS) sont éventuellement déconcentrés, pour une organisation du travail plus efficace.

Ce mode d'intervention s'accompagne, sur les deux terrains concernés, d'un renforcement de la logique d'« aide sociale » dans le financement : ces conseils généraux considèrent que l'APA vient simplement compléter l'aide familiale, sans s'y substituer, et organisent donc une forme de subsidiarité de l'aide publique à l'aide familiale.

Il est à noter que la mise en œuvre de ce modèle ne présage pas de l'importance, ni budgétaire ni politique, du champ de la prise en charge à domicile des personnes âgées. En effet, il est observable dans le département le plus jeune de notre enquête, où l'APA semble aux agents de terrain fort négligée par le conseil général et où elle pèse pour moins de 80 euros par habitant en dépense publique. Mais aussi, dans le plus vieux des départements enquêtés, où la dépense représente plus de 120 euros par habitant et par an.

2.c. Modèle libéral

Enfin, dans le dernier département de l'enquête, la caractéristique dominante relève de la régulation économique : l'intervention du conseil général dans le champ de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile semble s'inscrire dans une approche libérale d'Etat gendarme tentant de s'acquitter de sa fonction de redistribution sans trop risquer de perturber la régulation marchande.

Ce département autorise et tarifie peu. Il solvabilise et finance le secteur tout en encourageant le libre choix des bénéficiaires au sein de l'offre de services, qu'il oriente par des incitations financières : en effet, dans la relation avec les producteurs, les agents du conseil général restent très en retrait, mais une majoration du ticket modérateur pour les bénéficiaires qui ne s'adresseraient pas à un service prestataire incite à recourir à des prestataires et, ce faisant, à externaliser la coordination des interventions vers les producteurs eux-mêmes (plutôt que les bénéficiaires et leur famille). Les services sont organisés de manière plutôt centralisée : nul besoin de développer des ancrages territoriaux puisqu'il n'y a lieu, pour les pouvoirs publics, ni d'orienter la demande au cas par cas ni de coordonner les offreurs. La légitimité professionnelle des agents du CG dans le champ du « médico-social » relève de la logique administrative : les médecins et les travailleurs médico-sociaux qui sont impliqués dans les prises de décision d'éligibilité à l'APA à domicile sont soumis au pouvoir hiérarchique administratif. Les recours en matière d'APA sont gérés par un agent administratif spécialisé. Les travailleurs médico-sociaux sont ainsi sous protection du pouvoir médical et du pouvoir administratif.

**Encadré 9 : Trois modèles d'action publique locale
en direction des personnes âgées dépendantes à domicile**

Modèle médical : forte déconcentration + légitimité médicale + condition de travail des EMS sous protection + régulation budgétaire et partenariale + pas de subsidiarité du financement public

Modèle d'administration sociale : légitimité sociale + plutôt centralisé + absence de médecin + administration économique complète du secteur + subsidiarité des financements

Modèle libéral : légitimité administrative + plutôt centralisé + régulation par la concurrence + subsidiarité

Conclusion

Ainsi, alors que les différentes dimensions d'action publique repérées au départ de cette recherche pouvaient paraître, *a priori*, fort cloisonnées, au point même qu'il fut parfois difficile, sur le terrain, de faire comprendre à nos interlocuteurs que nous nous intéressions, dans une même recherche, à l'évaluation de l'éligibilité et à la tarification par exemple, la comparaison qui vient d'être conduite suggère qu'il y a bien des cohérences d'ensemble qui dessinent des modèles-type d'action publique dans le champ médico-social par les conseils généraux. Ces modèles-types, tels que nous les avons saisis, peuvent être rattachés à des modèles classiques bien connus, celui du système de santé, celui de l'assistance paternaliste aux plus démunis et celui de la redistribution libérale. A l'issue de cet exercice de synthèse, il importe de noter que l'inscription d'un terrain d'enquête dans l'un des modèles se fait à partir d'une petite vingtaine d'indicateurs objectifs : ce nombre est assez élevé pour penser que les cohérences repérées ne sont pas fortuites et découlent bien de la déclinaison d'un modèle global d'action publique dans les différentes formes d'intervention ; a contrario, ce nombre est assez faible pour envisager d'étendre les investigations de manière systématique à l'ensemble des départements français par un simple questionnaire, sans avoir à y réaliser une enquête ethnographique très gourmande en moyens.

Conclusion générale

L'objectif de notre programme de recherche, dont le présent rapport constitue la première étape, est de décrire et d'analyser les pratiques des conseils généraux (c'est-à-dire essentiellement de leurs agents) en matière de politique en direction des personnes âgées dépendantes prises en charge à domicile. Ces pratiques sont intéressantes pour elles-mêmes et pour ce qu'elles disent de la décentralisation effective de l'action publique dans ce champ des politiques publiques, ou tout au moins de certains de ses pans. Connaître les pratiques des conseils généraux est en effet indispensable pour saisir l'impact de dispositifs tels que la tarification des services à domicile, qui sont légalement décentralisés, mais aussi tels que l'allocation personnalisée d'autonomie, allocation certes versée par les conseils généraux mais financée en partie par la solidarité nationale et définie par la loi. Connaître les pratiques des départements est ensuite un moyen, par le repérage et le décryptage de leur diversité, de se faire une idée des marges, des espaces, que les conseils généraux saisissent effectivement à l'intérieur d'un cadre légal et réglementaire, et, donc, des marges et des espaces que le cadre légal leur laisse *de facto*.

Le matériau recueilli lors de nos sept monographies départementales constitue un ensemble touffu. Le présent rapport n'a pas vocation à en épuiser la richesse, loin de là. Après deux années de recherche, nous avons essentiellement gagné en parcimonie, ce qui n'est pas le moindre des objectifs en matière de recherche : nos analyses nous ont en effet permis de trier les informations, c'est-à-dire de faire émerger les points autour desquels peut s'organiser la description raisonnée de l'action des conseils généraux en direction des personnes âgées dépendantes à domicile. Cette étape de mise en forme oscille entre deux risques, dont nous avons tenté de nous protéger mutuellement : celui de la caricature, souvent reproché aux économistes modélisateurs, celui de l'éparpillement souvent reproché aux sociologues ethnographes. Marchepied pour la mise en évidence des enjeux essentiels de l'organisation de la décentralisation de l'action publique dans ce champ, cette étape nous met aujourd'hui en mesure de formuler des questions de recherche aussi bien sociologiques qu'économiques, d'en désigner des pistes d'analyse, et d'esquisser des réponses possibles. Elle nous permet aussi d'envisager la généralisation de l'enquête à l'ensemble des départements via un questionnaire relativement léger, permettant d'explorer les différentes dimensions de la régulation départementale de l'aide aux personnes âgées dépendantes à domicile (organisation territoriale, évaluation, tarification et solvabilisation). Étendre l'enquête nous permettra à la fois d'approfondir l'analyse du comportement des pouvoirs publics locaux, en particulier en testant à grande échelle, la validité des résultats obtenus, en termes de modèles d'action des conseils généraux. Cela nous apportera aussi des données de caractérisation de l'environnement institutionnel des personnes, indispensable pour approfondir l'analyse des comportements des personnes âgées et de leur entourage : les informations sur la solvabilisation et la tarification sont, par exemple, des éléments-clé pour reconstituer les restes-à-charge des personnes âgées dépendantes à domicile et quantifier les comportements de demande.

Nous tenons à rappeler en conclusion que les analyses conduites dans ce rapport sont exclusivement positives. Nos enquêtes ne cherchent pas à juger des pratiques des conseils généraux, de leur respect de la loi, de leur respect de l'esprit de la loi, ou même de leur efficience. Elles ne cherchent pas plus à juger des avantages et inconvénients de la décentralisation des politiques en direction des personnes âgées, telle qu'elle est mise en

œuvre aujourd'hui. Ceci supposerait d'avoir, au préalable, choisi un critère scientifique d'évaluation pertinent, opération délicate en général, et tout particulièrement pour une équipe de recherche pluridisciplinaire, chaque discipline tendant à se démarquer des autres par les critères normatifs qu'elle élabore. Si nous avons construit une comparaison inter-départementale, c'est que c'est par l'observation des différences et des similarités que l'on peut comprendre le fonctionnement concret de la décentralisation des politiques publiques de régulation de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes, sa nature et son ampleur.

C'est pourquoi, sans reprendre l'ensemble des résultats mis en évidence dans ce rapport, il nous semble important, au moment de conclure, de souligner les deux résultats majeurs de cette recherche concernant la décentralisation de l'APA, vue du terrain.

Tout d'abord, il apparaît clairement 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. Ainsi, si le terme d' "évaluation médico-sociale" est un terme qui s'impose à tous, et donne une impression d'unité, ce sont en fait les conseils généraux eux-mêmes dans la diversité de leurs contraintes et de leurs objectifs politiques, qui en définissent le contenu, la réalité. De même, les choix laissés aux conseils généraux en matière de valorisation du plan d'aide (fixation du niveau du tarif de référence pour une heure d'aide) ont une influence sensible sur les propriétés assurantielles et distributives de l'APA, qui semblaient, *a priori*, fixées par la loi via le barème des tickets modérateurs, la fixation des plafonds et leur revalorisation. A l'inverse, alors que les conseils généraux sont chargés de réguler les coûts de production d'une partie des services d'aide à domicile (les services autorisés), leur pouvoir effectif de régulation bute sur les compétences dévolues aux autres échelons de pouvoirs publics (municipalités et services déconcentrés de l'état central) en matière stratégie de développement de l'emploi et de qualification des services. Autrement dit, nos recherches confirment, s'il en était besoin, que la répartition effective des pouvoirs de régulation et de redistribution entre les différents échelons de l'Etat ne peut se lire que d'en bas.

Ensuite, l'analyse des pratiques et de leurs conséquences suggère que la diversité que l'on observe d'un département à l'autre ne se réduit pas à des écarts de mise en œuvre d'une politique nationale dans la gestion serait déléguée. Les autorités territoriales, par leurs pratiques, semblent plutôt conduire des politiques à part entière, même si elles ne s'expriment que dans des espaces étroits. C'est le cas par exemple pour ce qui est du risque induit par la variabilité intra-départementale des prix facturés pour une heure d'aide : certains conseils généraux choisissent d'assurer leurs administrés contre ce risque, leur garantissant un même nombre d'heures d'aide subventionnées, pour un même reste à charge, quel que soit le prix facturé, tandis que d'autres choisissent de n'assurer les bénéficiaires que partiellement, ou pas du tout. C'est encore le cas en matière d'objectifs redistributifs : il apparaît, dans nos enquêtes, que la mise en œuvre de l'APA s'articule avec des politiques sociales facultatives, pour construire des redistributions différentes, en faveur des personnes dépendantes et en faveur des plus pauvres d'entre elles. Enfin, plus radical encore peut-être, il s'avère que les autorités territoriales développent des politiques de structuration du secteur de l'aide à domicile, qui relèvent de conceptions différentes du rôle des pouvoirs publics, qui vont du "laissez-faire" à l'administration économique en passant un paternalisme bienveillant.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Données de cadrage des sept terrains d'enquête (données arrondies).....	17
Tableau 2: dates principales de recueil de données déclarées par les enquêteurs	19
Tableau 3 : Nombre de bénéficiaires de l'APA et agents chargés du traitement des demandes au sein de cinq conseils généraux.....	23
Tableau 4 : organisation hiérarchique dans les cinq départements enquêtés.....	25
Tableau 5 : Critères de spécialisation dans les cinq départements analysés	28
Tableau 6 : Organisation au siège et sur le territoire dans cinq départements étudiés	30
Tableau 7 : GIR et plan d'aide pendant la visite	37
Tableau 8 : Contenu chronologique de la visite	38
Tableau 9 : Les visiteurs ordinaires dans les conseils généraux étudiés	40
Tableau 10 : Le recrutement des visiteurs ordinaires	41
Tableau 11 : Charge de travail des visiteurs ordinaires	42
Tableau 12 : Les médecins chargé de l'APA à domicile au sein des conseils généraux	44
Tableau 13 : Professions des supérieurs hiérarchiques des visiteurs « ordinaires ».....	45
Tableau 14 : Les instructeurs de l'APA à domicile au sein des conseils généraux	46
Tableau 15 : Le calcul du GIR	50
Tableau 16 : Interventions des élus et de la hiérarchie administrative des conseils généraux sur les dossiers individuels d'APA à domicile.....	51
Tableau 17 : Les guichets et dispositifs de pré-évaluation.....	53
Tableau 18 : Les recours amiables et contentieux dans le département B en 2010.....	54
Tableau 19 : Les recours amiables dans le département M de 2002 à 2010	54

Tableau 20 : Réception et gestion des contestations de GIR et de plan d'aide dans les conseils généraux.....	55
Tableau 21 : Consignes des services spécifiques aux plans d'aide en GIR 4	57
Tableau 22 : Rôle valorisé de l'APA vis-à-vis de l'engagement des familles dans l'aide et vis-à-vis des difficultés sociales des bénéficiaires	58
Tableau 23 : Existence d'un référentiel départemental pour transformer les tâches prescrites en temps.....	59
Tableau 24 : Formulation du plan d'aide pour le bénéficiaire.....	60
Tableau 25 : Formulation du plan d'aide dans les services du conseil général	62
Tableau 26 : Envoi du plan d'aide aux services d'aide à domicile par les conseils généraux	62
Tableau 27 : Actions de coordination du visiteur pendant la visite	63
Tableau 28 : Actions d'orientation du visiteur pendant la visite	64
Tableau 29 : Impact d'une application stricte de la norme concernant le taux de qualification des personnels d'intervention sur la masse salariale, pour deux services du département G	80
Tableau 30 : Tarifs de conversion selon les départements et le type d'intervenant.....	87
Tableau 31 : Types de régimes assurantiels selon les départements.....	93
Tableau 32 : Modèles d'action publique en faveur des personnes âgées.....	112

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1 : Standardisation des termes pour l'analyse de l'organisation des services APA dans les conseils généraux	22
Encadré 2 : Cadre législatif et réglementaire de la régulation des services d'aide et d'accompagnement à domicile	69
Encadré 3 : Cadre législatif et réglementaire de la tarification pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés par les conseils généraux	70
Encadré 4 : Impact du mode de répartition des charges communes sur le tarif horaire.....	73
Encadré 5 : Impact du nombre d'heures effectives d'intervention par ETP sur le tarif horaire....	75
Encadré 6 : Barèmes nationaux.....	86
Encadré 7 : Différentes répartitions du prix horaire facturé	92
Encadré 8 : Déformation du barème redistributif de l'APA par les pratiques de solvabilisation ..	98
Encadré 9 : Trois modèles d'action publique locale en direction des personnes âgées dépendantes à domicile	116

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Impact des règles de solvabilisation sur la part du coût du plan d'aide financée par le bénéficiaire en fonction de son ticket modérateur légal [cas d'un prestataire autorisé, ayant un tarif de 20€].....	96
Graphique 2 : Impact des règles de solvabilisation sur la part du coût du plan d'aide financée par le bénéficiaire en fonction de son ticket modérateur légal [cas d'un prestataire autorisé, ayant un tarif de 24€].....	96

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Calendrier comparatif des enquêtes	19
Figure 2 : Organigrammes effectifs reconstitués des six départements étudiés	Annexe

SOMMAIRE

Introduction	1
Chapitre 1. Démarche empirique	5
1. Le choix d'une approche ethnographique des pratiques pour analyser la décentralisation de l'action publique	5
2. Choix des sept terrains d'enquête.....	8
3. Le déroulement des enquêtes	11
4. Standardiser une enquête collective.....	12
4.a. L'élaboration des plans d'aide ou l'ouverture de droits à la solidarité publique exprimés en nature.....	13
4.b. La solvabilisation de la demande d'aide à domicile des bénéficiaires de l'APA.....	14
4.c. Tarification.....	14
5. Les matériaux recueillis.....	14
Chapitre 2. Les modes d'organisation mis en place dans les conseils généraux pour la gestion des politiques en direction des personnes âgées dépendantes.....	20
1. Coût de fonctionnement des services APA	22
2. L'organisation hiérarchique des services APA au siège.....	24
2.a. Une organisation plus ou moins hiérarchisée	24
2.b. La circulation d'information entre les différentes hiérarchies.....	25
3. Différentes logiques de spécialisation au siège des conseils généraux	27
3.a. Des découpages de spécialisation au siège.....	27
3.b. Un arbitrage entre l'harmonisation et la coordination.....	28
4. Siège et territoire	30
4.a. Une organisation plutôt centralisée, mais une disparité de la dimension territoriale des services	30
4.b. L'articulation entre le siège et les unités territoriales : degré de déconcentration et niveau hiérarchique de rattachement au siège.....	31
Chapitre 3. Eligibilité et prescription d'aide : derrière la grille AGGIR, les marges de manœuvre des départements.....	33
1. La visite et ses coulisses. Au cœur de l'évaluation « médico-sociale » de la dépendance... 	35
1.a. Que sont les visites ?	35
1.b. Qui sont les visiteurs ?	39
1.c. Qui sont les équipes médico-sociales ?	43
2. Les dispositifs de contrôle du nombre de bénéficiaires.....	47
2.a. La porte d'entrée de l'éligibilité : les dessous du GIR.....	47
2.b. Encourager ou décourager les candidats à la demande d'APA	51
3. La prescription d'aide, ou les relations des conseils généraux avec les services d'aide et les familles pratiquées par les visiteurs	55
3.a. Limiter les plans d'aide ?	56
3.b. Formulation des plans d'aide et niveau de précision de la prescription au bénéficiaire.....	58
3.c. Les relations entre conseils généraux et services d'aide à domicile à travers les plans d'aide	60

Chapitre 4. Tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile : un outil décentralisé de normalisation des processus de production	67
1. Des normes de tarification départementales	71
1.a. L'affectation des charges communes	71
1.b. Frais de personnel	73
1.c. Frais de transports	75
2. Des règles de tarification à leur mise en pratique	76
2.a. Les conditions de reprise du déficit : un révélateur du rôle de la normalisation des processus de production pour les conseils généraux	76
2.b. La redéfinition des normes par leur mise en œuvre	77
2.c. Application des normes ou négociations	78
3. Des normes affaiblies par la divergence des injonctions politiques	79
4. Des normes affaiblies par la nécessité de les asseoir sur des informations exogènes	81
Chapitre 5. Les méthodes de solvabilisation des plans d'aide APA comme outil décentralisé d'assurance et de redistribution	85
1. Deux modes de conversion : prix facturé ou tarif prospectif	86
2. La variabilité du coût de production de l'aide à domicile comme risque assurable	89
3. Niveau des tarifs et redistribution	94
Chapitre 6. Des modèles d'action publique départementale en direction des personnes âgées à domicile	101
1. Dix-sept indicateurs pour six variables synthétiques	102
1.a. Délimitation du champ d'action publique	102
1.b. Territorialisation de l'action publique en matière d'APA	103
1.c. Conditions de travail des équipes médico-sociales	105
1.d. Légitimité professionnelle des agents du CG en charge de l'action médico-sociale	106
1.e. Modalités de régulation économique et budgétaire du secteur par le conseil général	108
1.f. Rôle dévolu au financement collectif des dépenses liées aux personnes âgées	110
2. Différents modèles d'action publique locale	111
2.a. Un modèle "médical"	113
2.b. Le modèle d'administration sociale	114
2.c. Modèle libéral	115
Conclusion générale	117
Liste des tableaux	119
Liste des encadrés	121
Liste des graphiques	121
Liste des figures	121

Annexes : Organigrammes effectifs reconstitués