
**La tarification par les Conseils Généraux
des services d'aide à domicile
auprès des personnes âgées et des
personnes handicapées**

Etat des lieux des pratiques en 2007

Introduction

L'étude menée en août et septembre 2007 par la CNSA, visant à recenser les méthodes de tarification¹ des services d'aide à domicile par les Conseils Généraux, répond à plusieurs besoins.

Un groupe de travail « Tarification » constitué début 2006 au sein Conseil de la CNSA, a entamé un travail de clarification des dispositifs existant et auditionné des acteurs, exploré des pistes et réfléchi notamment à l'évolution de la tarification dans une perspective de convergence des dispositifs pour les personnes handicapées et les personnes âgées. Le travail s'était cependant principalement centré sur la tarification des établissements, et moins sur l'aide à domicile, qui restait donc encore à étudier plus avant.

D'autre part, le souhait des personnes âgées et handicapées de vivre autant que possible chez elles, rend nécessaires une modernisation et une professionnalisation accrues des services d'aide à domicile qui doivent faire face à des besoins croissants et de plus en plus complexes. Cet enjeu nécessite d'importants financements et une meilleure compréhension des règles et pratiques de tarification, les deux étant indissociables.

Enfin, la CNSA est chargée par la loi de garantir l'égalité de traitement des personnes en situation de perte ou de manque d'autonomie sur le territoire. A ce titre, une « cartographie » des méthodes et des tarifs permet de réaliser un diagnostic de la situation actuelle.

La CNSA a donc entrepris un bilan de la tarification par les Conseils Généraux des services prestataires d'aide à domicile. Seuls les services exerçant sous le régime de l'autorisation sont « tarifés » par le Conseil Général, mais ce dernier, en déterminant le niveau de prise en charge des heures d'aide à domicile pour les bénéficiaires de l'APA, influe aussi sur le tarif pratiqué par les services bénéficiant de l'agrément qualité de l'Etat.

Cette étude repose sur des entretiens (semi-directifs), en majorité téléphoniques, avec les personnes en charge de la tarification au sein de 42 Conseils Généraux (départements riches et pauvres, urbains et ruraux, plus ou moins âgés), ainsi qu'avec des acteurs de l'aide à domicile : l'UNA, l'ADMR et l'UNCCAS. Le contenu des entretiens, pour une raison souvent « institutionnelle » (la séparation des services « personnes âgées » et « personnes handicapées » dans les Conseils Généraux, notamment de par la mission désormais confiée aux MDPH), présente un certain « biais » en faveur des données relatives aux services à domicile aux personnes âgées, le manque de temps ne nous ayant pas permis de compenser cette asymétrie des données recueillies.

Ce document rappelle dans un premier temps la réglementation applicable en matière de tarification, réformée par le décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003, puis présente une typologie des pratiques des Conseils généraux, ainsi que les principales difficultés découlant des objectifs contradictoires assignés à la tarification et de l'éclatement des financeurs.

¹ La tarification désigne la fixation par l'autorité compétente des tarifs s'appliquant aux prestations fournies par les services. Ces tarifs sont selon les cas le « prix de vente » de la prestation de service, ou le tarif servant de référence au calcul des aides qui seront versées pour aider à financer le recours à ces services.

I. Synthèse de la réglementation

1. Les règles régissant la tarification des SAAD par les Conseils Généraux

La réglementation en matière de tarification par les Conseils Généraux des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) des personnes âgées et des personnes handicapées adultes est caractérisée par son abondance et sa relative complexité. Les principaux éléments en sont codifiés au sein du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Les **services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** ont reçu une définition réglementaire avec le décret n°2004-613 du 25 juin 2004 (art 10 à 14) : ils interviennent auprès des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées et « concourent notamment: 1° Au soutien à domicile ; 2° A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ; 3° Au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage ». Ils « assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les SSIAD. Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. (...) Les prestations (...) sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale.»

La loi du 2 janvier 2002 (ou « loi 2-2 »), modifiant la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, instaure une « nouvelle régulation des établissements et services sociaux et médico-sociaux »². **La planification** au niveau du département est revue et complétée par un schéma régional et un schéma national, et elle est désormais « opposable », c'est-à-dire prise en compte pour **l'autorisation**. Les conditions pour obtenir cette dernière sont plus strictes, et elle ne vaut plus que pour 15 ans. Les règles d'autorisation et de financement, étendues à tous les établissements (personnes morales de droit public, de droit privé, à but lucratif ou non-lucratif), tendent à développer la concurrence au sein des établissements et services. Les demandes d'autorisation devant être déposées lors de « fenêtres », ce ne sont plus les premières déposées qui sont privilégiées, mais bien les plus adaptées aux besoins. La procédure de **tarification** (application du principe « qui paie, décide ») devient contradictoire, et le contrôle a priori laisse la place au contrôle a posteriori, laissant plus de place aux initiatives.

Le décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 constitue la pièce principale de la réglementation concernant la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ses dispositions ont été modifiées et complétées par des décrets successifs. Des arrêtés et des circulaires viennent en préciser certains points et proposer des modèles de documents. Le « décret budgétaire et comptable » instaure un passage à un mode de financement prenant davantage en compte les coûts réels supportés par les services d'aide à domicile. Il conduit en effet l'autorité de tarification à différencier le taux de prise en charge de l'heure d'intervention pour chaque organisme sur la base d'une comptabilité analytique et d'indicateurs d'activité.

² Résumé des principales innovations de la loi du 2 janvier 2002 : voir Elie Alfandari, « La loi du 2 janvier 2002 dite de « rénovation de l'action sociale et médico-sociale » : quelle « rénovation » pour quelle « action sociale » ? », in : *Revue du Droit Sanitaire et Social*, octobre-décembre 2004, p. 765-781.

Le tableau suivant retrace plus en détail les dispositions du CASF concernant la tarification³.

Article	Contenu
Art. L. 314-1 CASF	<p>Autorité de tarification :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarification par le préfet de département pour les prestations financées par le budget de l'Etat ou par les organismes de sécurité sociale. - Tarification par le Président du Conseil Général pour les prestations relevant de l'aide sociale départementale et de l'APA. - Tarification conjointe lorsque les prestations fournies relèvent à la fois du budget de l'Etat ou des organismes de sécurité sociale et de l'aide sociale départementale.
Art. L. 314-3 à L. 314-5 CASF	<p>La fixation des dotations de financement :</p> <p>Le financement des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) à la charge de l'Etat est soumis à un montant limitatif inscrit dans la loi de finance initiale de l'exercice considéré.</p> <p>Le financement des prestations des ESSMS à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses annuel fixé en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ces montants totaux annuels sont ensuite répartis en dotations régionales limitatives (en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas nationaux et départementaux prévus à l'article L.312-5 CASF, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions). - Chaque dotation régionale est répartie par le représentant de l'Etat dans la région, en liaison avec le directeur de l'ARH et les représentants de l'Etat dans les départements en dotations départementales limitatives. - Ces dotations départementales peuvent être réparties par le représentant de l'Etat dans le département en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations dans des conditions fixées par décret. <p>Pour les Conseils Généraux, qui financent les services d'aide à domicile, l'article L. 313-8 du CASF prévoit un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité en fonction de ses obligations légales, de ses priorités en matière d'action sociale et des orientations des schémas départementaux mentionnés à l'article L. 312-5 du CASF.</p> <p>→ L'autorité de tarification pourra proposer des modifications au titre du respect des enveloppes limitatives et de l'objectif de maîtrise des dépenses (cf. infra).</p>
Décret n°2003-1010 codifié	<p>Procédure budgétaire :</p>
Art. R. 314-14 à R. 314-21 CASF	<p>1. Les propositions budgétaires élaborées par l'organisme, fondées sur une hypothèse d'activité, sont transmises à l'autorité de tarification au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède. Les prévisions de dépenses et de recettes doivent respecter l'équilibre réel (les sections d'investissement et</p>

³ Les activités autres que l'aide à domicile stricto sensu, comme la téléassistance, le portage de repas, la garde itinérante etc. n'obéissent à aucune règle de tarification précise.

d'exploitation doivent chacune être en équilibre, charges et produits évalués de façon sincère, le remboursement du capital de la dette ne peut être financé par des emprunts). Dans la section d'exploitation, les dépenses et recettes distinguent les montants relatifs à la poursuite des missions du service et les mesures nouvelles. Un certain nombre de **documents** doivent être joints aux propositions budgétaires (rapport budgétaire qui justifie des prévisions de dépenses et de recettes, tableau des effectifs prévisionnels du personnel par grade et qualification, bilan comptable, et données nécessaires au calcul des indicateurs pour l'exercice prévisionnel). Les charges et produits sont **présentés par groupes fonctionnels** (exploitation courante, personnel, et structure pour les charges, et « produits de la tarification », « autres produits », et « produits financiers et non-encassables » pour les produits). Le décret prévoit une **liberté totale de virements de crédits** entre les comptes et les sous-comptes de chaque groupe fonctionnel et entre groupes fonctionnels.

Art. R. 314-22
à R. 314-27
CASF

2. Procédure contradictoire :

Face aux propositions budgétaires formulées par les services d'aide à domicile, **l'autorité de tarification a le pouvoir de modifier les recettes et les charges, en motivant les changements effectués. Les modifications peuvent porter sur :**

- les recettes (non issues de la tarification) qui semblent sous-évaluées
- les dépenses qui paraissent insuffisantes au regard notamment de leur caractère obligatoire
- **les dépenses qui paraissent « manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec le coût des établissements et services fournissant des prestations comparables »** (→ d'où l'importance d'indicateurs pour comparer, cf. infra)
- **les dépenses « dont la prise en compte paraît incompatible avec les dotations limitatives de crédit, au regard des orientations retenues par l'autorité de tarification »** : « c'est l'un des aspects les plus importants et contestés de la réforme, selon le mensuel *Direction(s)* (décembre 2003). Le directeur peut contester une décision de tarification avec laquelle il n'est pas d'accord. Mais dès lors que le tarificateur aura exposé en quoi le montant demandé par l'établissement conduit à dépasser la dotation limitative régionale et les orientations fixées, **l'établissement aura sans doute du mal à obtenir gain de cause** devant le juge de la tarification. Le directeur qui conteste devra exposer les raisons pour lesquelles il ne peut adapter ses propositions budgétaires aux montants fixés par l'autorité tarifaire. Si l'établissement dépasse déjà la valeur moyenne ou médiane des indicateurs fixée dans son groupe, il est à craindre que le tarificateur ne donne une réponse négative. »

L'autorité de tarification peut **justifier les propositions de modifications** budgétaires au regard (entre autres) :

- des dépenses réelles constatées au cours des exercices antérieurs,
- des besoins sociaux et médico-sociaux de la population tels qu'ils sont notamment appréciés dans le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont relève le service,
- des coûts des services qui fournissent des prestations comparables, et notamment des coûts moyens et médians de certaines activités,
- de la valeur des indicateurs calculés pour le service rapprochée des valeurs calculées pour des services fournissant des prestations comparables.

Art. R. 314-34
CASF

A réception de ces propositions de modifications, **le service a 8 jours pour faire connaître son désaccord** à l'autorité de tarification et doit motiver ce désaccord de manière circonstanciée. A défaut de réponse dans les 8

Art. R. 314-36
et 37 CASF

jours, le service est réputé avoir **accepté** la modification.

3. Le tarificateur **autorise** le montant prévisionnel des recettes et dépenses du service. Il procède à des **abattements** si nécessaire, mais seulement sur des points ayant fait préalablement l'objet de propositions de modifications.
4. **La décision d'autorisation budgétaire et de tarification est notifiée** par le tarificateur au service dans un délai de 60 jours à compter de la publication des délibérations du CG fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses. Le service doit alors **transmettre sans délai le budget exécutoire** à l'autorité de tarification (pour information). La décision de tarification fixe sa date d'effet, qui ne peut lui être postérieure de plus d'un mois.
5. Si le service n'accepte pas la décision, il peut former un **recours contentieux devant un Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale**. Il doit alors prouver qu'il ne peut respecter les dépenses autorisées dans les groupes fonctionnels. Le tarificateur, lui, doit prouver que le montant demandé par le service aurait pour conséquence de renoncer à une allocation équitable des ressources et au respect du montant des enveloppes limitatives. Importance des indicateurs (cf. infra) qui objectivent l'allocation de ressources.
6. Au cours de l'exercice, l'autorité doit être informée des virements de crédits. Les **modifications budgétaires supposant une révision du tarif sont soumises à l'approbation de l'autorité de tarification** (elles doivent être rendues nécessaires par une modification importante et imprévisible de l'activité ou des conditions économiques).
7. A la fin de l'exercice, le **service transmet son compte administratif** à l'autorité de tarification avant le 30 avril de l'année suivante. L'autorité de tarification décide de l'affectation de l'éventuel excédent ou reprend le déficit éventuel (principe de la tarification par solde).

Art. R. 314-
136 CASF

5 types de charges doivent être distingués par le service au sein de ses propositions budgétaires pour permettre la fixation des tarifs horaires:

- Les dépenses afférentes aux rémunérations des aides et employés à domicile ;
- Les dépenses afférentes aux rémunérations des auxiliaires de vie sociale (AVS) et des aides médico-psychologiques (AMP), qu'elles soient déjà diplômées ou en cours de formation ;
- Les dépenses afférentes aux rémunérations des Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF, intervenant principalement pour l'aide aux familles) et des auxiliaires de puériculture ;
- Les dépenses afférentes aux rémunérations des personnes qui coordonnent, encadrent ou apportent leur soutien au personnel d'intervention ;
- Les frais de structure du service.

A partir de ces informations sur les différentes charges, le PCG détermine « un coût horaire des frais de structure, égal au montant des **frais de structure du service dont il accepte la prise en charge**, divisé par le nombre total annuel d'heures prévisionnelles d'intervention » des 3 catégories d'agents.

De même il détermine un « coût horaire de coordination, d'encadrement et de soutien, 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 3 catégories d'agents.

Art. R. 314-130 et R. 314-131

Pour chaque service, le PCG détermine 3 tarifs horaires :

- un pour les aides et employés à domicile (AED),
- un pour les auxiliaires de vie sociale (AVS) et les aides médico-psychologiques (AMP),
- et un pour les Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF, pour l'aide aux familles) et les auxiliaires de puériculture.

Les tarifs horaires sont alors calculés de la façon suivante :

Tarif AD = $\frac{\text{dépenses de rémunération AD}}{\text{Nb d'h d'intervention d'AD prévu}}$ + coût horaire structure+ coût horaire encadrement

Tarif AVS-AMP= $\frac{\text{dépenses de rémun. AVS-AMP}}{\text{nb d'h d'intervention d'AVS-AMP prévu}}$ + coût /h structure + coût /h encadrement

Tarif TISF= $\frac{\text{dépenses de rémunération TISF}}{\text{nb d'h d'intervention de TISF prévu}}$ + coût /h structure + coût /h encadrement

Art. R. 314-135 CASF

Les tarifs horaires sont **versés mensuellement**, à terme échu. Par dérogation, une convention passée entre le département et le service peut prévoir une tarification sous forme de **dotation globale de financement**. La convention peut inclure un ou plusieurs organismes de Sécurité Sociale afin d'incorporer les sommes qu'ils versent au titre de l'action sanitaire et sociale dans le versement de la DGF. La convention fixe les conditions de versement de la DGF. Versée au service par douzièmes le 20 du mois, elle est **calculée ainsi** :

DGF = (Totalité des charges d'exploitation du budget) – (produits d'exploitation du budget*)

* y c. ceux issus des organismes de SS au titre de leur action sanitaire et sociale et ceux issus de contributions des caisses de retraite complémentaires)

Art. R314-51 CASF

Tarifification par solde :

Le tarif arrêté chaque année par le Président du Conseil Général correspond en fait au total des coûts divisé par un nombre prévisionnel d'heures d'intervention. Or ce volume d'activité est difficilement prévisible dans le cas des services d'aide à domicile. **Le tarif réel ne sera donc fixé que l'année suivante, au vu des comptes administratifs : l'autorité de tarification décide de l'affectation d'un éventuel excédent, et reprend un éventuel déficit en l'ajoutant aux charges du budget.**

Art. R. 314-39 à R. 314-43-1 CASF

Pluriannualité :

Possibilité de fixer le budget d'un service de façon **pluriannuelle** (permet reconduction de ressources, financement d'un programme d'investissement ou d'une restructuration...). Modalités de calcul annuel des tarifs fixées dans le volet financier d'un contrat ou d'une convention pluriannuelle entre le service et l'autorité de tarification.

Art. R. 314-28 CASF

Les indicateurs doivent permettre la convergence tarifaire :

« Afin de permettre, notamment, des comparaisons de coûts entre les établissements ou services qui fournissent des prestations comparables, leur fonctionnement peut être décrit par un ou plusieurs **indicateurs** construits à partir de différentes mesures de leur activité ou de leurs moyens. La liste des indicateurs applicables à chaque catégorie d'établissements ou de services est appelée **tableau de bord** de cette catégorie. »

Arrêté du 28/02/2007

L'arrêté du 28 février 2007 détermine les indicateurs retenus pour les services d'aide à domicile et précise leur mode de calcul. Il fixe également à **5 le nombre minimum de services permettant la comparaison** au niveau départemental des structures d'une même catégorie. Les 16 indicateurs sont les suivants :

- répartition des populations prises en charge par classe d'âge et par sexe
- répartition des populations par conditions de cohabitation
- durée moyenne de prise en charge de l'utilisateur par le service (en jours/an)
- indicateur de qualification (structure de qualification des effectifs en poste, niveau I à VI. Attention : le niveau de qualification est au maximum celui de la fiche de poste)
- indicateur de vieillissement technique (poids de l'ancienneté et de la technicité sur la masse salariale)
- coûts de structure (qui ne relèvent pas directement du service à l'utilisateur)
- indicateur relatif à la fonction d'encadrement (rémunération des personnels d'encadrement)
- indicateur relatif au transport du personnel (coût rapporté au nb d'h réalisées et facturées)
- indicateur du temps actif mobilisable (mesure le temps de travail dans le service, temps disponible auprès des usagers, temps de transport et temps de présence dans le service)
- coût d'intervention (hors charges de structure)
- indicateur du temps de formation (nb d'h de formation/ nb d'ETP)
- indicateur de fractionnement des interventions (nb d'interventions/ nb d'heures d'interventions)
- indicateur relatif au bénévolat (nb d'h de bénévolat/nb de bénévoles)
- indicateur relatif au temps institutionnel (temps de concertation, de réunion, de formation, etc.) (nb d'heures de travail hors intervention/ nb d'h d'intervention réalisées et facturées).

Art. R314-33
CASF

« Lorsque la valeur d'un indicateur du tableau de bord s'écarte de la valeur moyenne ou médiane de cet indicateur au niveau national, régional ou départemental, au delà d'un certain pourcentage fixé par l'arrêté mentionné à l'article R. 314-29, **l'autorité de tarification peut demander à l'établissement ou au service d'exposer les raisons qui justifient cet écart.** Compte tenu de la réponse de l'établissement ou du service, ou à défaut de réponse dans un délai d'un mois, l'autorité de tarification peut préciser à l'établissement ou au service la nature et l'ampleur des écarts dont elle **requiert la réduction**, et l'échéance à laquelle ce résultat doit être atteint. »

Art. R314-32
CASF

L'utilisation des indicateurs par l'autorité de tarification est toutefois encadrée : « l'autorité de tarification **veille (...) aux spécificités** particulières de chaque établissement ou service ».

→ En résumé :

- Une **tarification individualisée arrêtée par le Président du Conseil Général** à l'issue d'une procédure contradictoire. Un tarif qui prend en compte les charges réelles des services, dans la limite des crédits limitatifs, et à condition que ces charges ne soient pas hors de proportion avec celles de services fournissant des prestations comparables. (le CG ne prend en charge que ce qu'il *accepte* de prendre en charge)
- Un tarif **différencié par niveau de qualification des intervenants**, qui inclue les coûts de personnel mais aussi d'encadrement et de structure, versé mensuellement à terme échu ou, par dérogation, sous forme de dotation globale.
- **Plus de liberté de gestion**, des crédits approuvés au niveau des groupes fonctionnels, des virements de crédits possibles sans demander de nouveau l'autorisation du tarificateur. En contrepartie, **plus de transparence** et de contrôle a posteriori.
- Un **objectif de convergence tarifaire** (qui ne signifie pas une uniformisation, mais un rapprochement des tarifs), au service duquel sont créés des indicateurs permettant de comparer les coûts et l'activité des services.

La réglementation est jugée **complexe, instable**, par les services d'aide à domicile et par les personnels des Conseils Généraux. Elle est parfois interprétée différemment, mal comprise. Le **cadre budgétaire est difficilement respecté par les services d'aide à domicile**, qui n'ont pas toujours acquis les compétences nécessaires. Dans ces cas-là, les CG doivent reprendre les budgets des services, « les faire à leur place », ce qui représente un travail considérable, proportionnel au nombre de services intervenant dans le département. Certains départements ont même renoncé pour cette raison à déterminer un tarif individualisé.

2. L'ouverture du droit d'option avec l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005

Avant l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005, le Conseil Général était le seul à pouvoir délivrer une autorisation d'exercer une activité destinée aux personnes fragiles dans le secteur des services à domicile. L'ordonnance du 1^{er} décembre 2005, et plus précisément son Titre II « Simplification des dispositions relatives aux autorisations des établissements sociaux et médico-sociaux », introduit **la possibilité, pour les SAAD, de choisir entre l'autorisation de création de service d'aide à domicile délivrée par le Président du Conseil Général** (ouverte aux seuls organismes intervenant sur le mode prestataire) **et l'agrément qualité de l'Etat** (Art. L. 313-1-1 CASF).

Ce choix (réversible pour les services) a des répercussions sur le mode de tarification du service :

- **Le choix de l'autorisation entraîne la tarification administrée** par le CG, qui étudie alors les coûts de fonctionnement de l'organisme et lui alloue les moyens nécessaires pour répondre aux besoins des personnes, dans la limite de dotations limitatives. L'autorisation se situe dans une approche d'action sociale.
- **Les services agréés appliquent un tarif fixé librement**, dont l'évolution est cependant encadrée par un taux annuel d'augmentation maximal⁴, défini par arrêté (2.5 % en 2007, arrêté du 12 décembre 2006). Parallèlement, **les Conseils**

⁴ Ce taux encadrant l'évolution des prix s'applique aux interventions prestataires et mandataires de l'organisme. Dans le cas du mandataire, ce sont les frais de gestion et d'accompagnement facturés aux personnes qui sont concernés.

Généralistes et les organismes de Sécurité Sociale déterminent chacun de leur côté un tarif de référence servant au calcul des prestations qu'ils accordent. La différence entre le tarif de référence pris en charge et le tarif pratiqué par l'organisme est à la charge de la personne. De ce fait, les organismes agréés ne peuvent réellement s'éloigner de ce tarif de référence. Le régime de l'agrément vise à encadrer l'ouverture d'avantages fiscaux et sociaux importants, et à réguler l'activité de soutien à des personnes fragiles.

Comme le souligne Pierre Debons⁵, l'introduction d'une alternative à l'autorisation a fait **craindre que les services n'aient pas à faire face aux mêmes exigences**. M. Borloo avait attiré l'attention sur la longueur de la procédure d'autorisation qui freinait l'arrivée de nouveaux services (les demandes devant être déposées lors de « fenêtres », à la fermeture desquelles elles sont examinées pour avis par le CROSMS⁶, et le PCG ayant 6 mois pour donner sa réponse). « Pour autant, **les exigences imposées aux demandeurs du nouvel agrément qualité ne sont pas, au final, moins fortes que celles qui s'appliquent aux services autorisés, même si elles sont en partie différentes** » (Debons, 2006). Les services agréés, comme les services autorisés, doivent respecter les droits des usagers, remettre un livret d'accueil, suivre des règles de fonctionnement (cahier des charges ou règlement de fonctionnement), conclure un contrat de prestation, instaurer des formes de participation des clients et usagers. Les services agréés ne doivent pas remplir un projet de service, mais ils doivent fournir « une note assez complète décrivant les moyens mis en œuvre concrètement pour répondre aux prestations du cahier des charges ». Ils sont cependant dispensés de l'évaluation interne à laquelle sont soumis les services autorisés et ne font pas l'objet d'une visite de conformité.

Du point de vue de certains Conseils Généraux, l'ouverture du droit d'option a accru la complexité de la réglementation : elle a « semé le trouble » alors que les départements s'organisaient pour la mise en place de l'autorisation et de la tarification individualisée, qui représente un travail important. Un CG interrogé considère que le droit d'option a fait « perdre son sens » à l'autorisation. Il a en tout cas **mis en concurrence deux modes de reconnaissance des services**. En 2007, 8 départements sur 42 n'ont autorisé aucun service.

→ En résumé :

Les services d'aide à domicile ont le choix :

Autorisation du CG (vaut agrément pour les activités autorisées) → Tarification administrée

Agrément de l'Etat (après avis CG) → Tarif libre, « pas de comptes à rendre » au CG.

3. Le financement des SAAD reste complexe

Inséparable de la question de la tarification, le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile n'a cependant pas été l'objet d'une réforme comparable au décret de 2003 en matière de tarification. Le financement de ce secteur est caractérisé par la multiplicité des financeurs : Conseils Généraux, fonds d'action sociale d'organismes de sécurité sociale de divers régimes et de mutuelles, usagers... En moyenne, les services

⁵ *Les Services à la Personne, réglementation, financement, organisation*, préface J-L. Borloo, Ed. Juris Associations, 2006. Pierre Debons a été directeur adjoint de l'Union nationale ADMR. Il a participé au lancement de l'enseigne Personia et a été le directeur de la plateforme. Consultant dans le domaine des services à la personne et des établissements et services sociaux, il est membre du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale

⁶ Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale

adhérents à l'UNA ont chacun une trentaine de financeurs. L'ADMR estime entre 400 et 500 le nombre total de financeurs de ses structures adhérentes.

La multiplicité des financeurs pose problème notamment dans la mesure où il n'existe **pas un tarif unique par service reconnu par tous**. Si, théoriquement, le Conseil Général est l'autorité de tarification dont le tarif de référence vaut pour l'ensemble des interventions du service, le statut des différents financeurs et le caractère facultatif des prestations qu'ils financent rendent l'application de ce principe compliquée, comme le montrera la deuxième partie. La multiplicité des financeurs entraîne la persistance d'une multiplicité de modes de tarification.

→ En résumé :

De très nombreux financeurs, un tarificateur désigné par la réglementation, mais non reconnu par les autres financeurs.

II. La réalité de la tarification : des pratiques hétérogènes

1. Une grande diversité de méthodes et de niveaux des tarifs

1) L'application de la tarification individualisée n'est pas uniforme

Sous la première distinction qui peut être établie entre les départements qui appliquent la tarification individualisée et ceux qui fixent toujours un tarif unique, d'autres « options » – prévues ou non par la réglementation – contribuent au nombre de méthodes possibles de tarification.

Les principaux critères permettant de classer les départements selon la méthode adoptée sont les suivants :

- Le CG autorise ou non des services, qu'il tarifie.
- Il leur applique un tarif unique (qui peut être aligné sur le taux de la CNAV pour l'aide ménagère, ou être calculé autrement), ou un tarif individualisé, déterminé au vu du budget du service, comme le prévoit le décret.
- Le tarif individualisé est différent selon le niveau de qualification des intervenants, ou, pour éviter la complexité que cette différenciation implique, le CG ne fixe qu'un tarif par service, représentant la moyenne pondérée des coûts horaires d'intervention des différents intervenants
- Soit le tarif arrêté par le Président du Conseil Général pour chaque service est celui qui sert à valoriser les plans d'aide APA, lorsque le bénéficiaire choisit le service dès l'élaboration du plan d'aide, soit un autre tarif, distinct, utilisé spécifiquement pour valoriser les plans d'aide APA.
- Le tarif est un tarif horaire, versé chaque mois « sur service fait », ou il prend la forme d'une dotation globale, versée par douzième.
- Enfin, les CG se différencient selon qu'ils appliquent ou non la tarification par solde : c'est-à-dire selon qu'ils reprennent ou non les déficits des services en fin d'exercice

Les tableaux de la page suivante illustrent les catégories que l'on peut en tirer.

	Méthode utilisée pour tarifier les services ayant reçu l'autorisation du Président du Conseil Général		Nb de dépts
1	Le Conseil Général n'autorise aucun service. Il leur applique un tarif de référence unique.		14
	Le Conseil <u>autorise des services</u> mais ne leur applique pas (ou pas encore) de tarif individualisé.		
2	Le Conseil Général <u>autorise des services, et les tarifie.</u> Il applique <u>un seul tarif par service</u> , prenant en compte les niveaux de qualification des intervenants à l'aide d'une moyenne pondérée en fonction des effectifs de chaque catégorie de personnel.	Le <u>tarif de chaque service sert à valoriser les plans d'aide APA.</u>	18
3		Le Conseil Général fixe parallèlement <u>un tarif de référence unique, distinct du tarif individualisé</u> de chaque service autorisé, qui sert à valoriser les plans d'aide APA.	4
4	Le Conseil Général <u>autorise les services et les tarifie.</u> Il détermine <u>pour chaque service un tarif par niveau de qualification</u> (Aide et Employés à Domicile, Assistants de Vie Sociale, et – pas toujours – Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale). Les services d'aide à domicile distinguent parmi les interventions celles qui sont effectuées par les différentes catégories de personnel, et y appliquent des prix différents.	Ces tarifs servent à valoriser les plans d'aide APA, qui sont élaborés de façon à adapter le niveau de qualification du personnel aux besoins de la personne aidée.	2
5		Le CG détermine parallèlement un <u>tarif de référence APA distinct</u> , avec lequel sont valorisés les plans d'aide, quelque soit le service ou le niveau de qualification des intervenants qui effectuent la prestation.	4

→ Soit la répartition suivante, constatée auprès des départements interrogés :

Méthode de tarification			départements	effectif	sous-total
1	Pas de service autorisé		06, 21, 19, 23*, 36, 42, 44, 80	8	14
	Services autorisés mais tarif unique		11*, 24*, 78*, 82*, 84, 91	6	
2	tarif individualisé	un seul tarif par service	tarif APA est le même	02, 03, 13, 14, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 46, 48, 51, 54, 56, 62, 72, 93	18
3			tarif APA distinct	18, 22, 35, 37	4
4		tarif différencié par niveau de qualification	tarif APA est le même	59, 66	2
5			tarif APA distinct	09, 17, 43, 68	4
				42	28

* : début de la tarification en 2008

Les données recueillies permettent de faire les constats suivants :

- En 2007, **2/3 des départements interrogés appliquent la tarification individualisée, selon des modalités diverses, tandis qu'1/3 des départements détermine un tarif unique.** Cette proportion n'est due qu'en partie à la mise en place tardive de la tarification individualisée. En 2008, 5 départements supplémentaires appliqueront cette tarification, et 1/5 des départements interrogés en septembre 2007 appliqueront toujours un tarif unique.
- Parmi ceux appliquent la tarification individualisée, 21% différencient le tarif en fonction du niveau de qualification des intervenants (soit 14 % du total).
- **Le nombre de services autorisés est très variable, de 0 à 70 en 2007**, sachant que dans certains départements le nombre va s'accroître en 2008 (voir tableau en annexe). Il dépend en partie de la politique du Conseil Général en la matière, du nombre de services présents sur le territoire, et des avantages que présente l'autorisation.
- La plupart des Conseils Généraux ayant tarifé des services leur versent le tarif sous la forme d'un tarif horaire, « sur service fait ». **Seuls 7 % des départements interrogés versent ce tarif sous la forme d'une dotation globale**, par douzième chaque mois.
- **Dans la moitié des départements interrogés, l'APA est versée directement aux services prestataires** intervenant auprès des bénéficiaires. Dans un tiers des départements, elle est versée aux bénéficiaires, et dans les autres départements c'est au choix de la personne.
- La majorité (71,5 %) des CG qui appliquent la tarification individualisée utilise le tarif du SAAD choisi par le bénéficiaire APA pour valoriser le plan d'aide, mais **28,5 % valorisent les plans d'aide APA** avec un tarif différent. Ce tarif APA peut être un pourcentage du tarif de chaque service (85 % par exemple, comme dans un département interrogé, les 15 % restants étant à la charge de la personne). Il peut être aussi une moyenne des tarifs appliqués aux différentes catégories de personnel (c'est le cas dans 2 départements). Mais de façon plus intéressante, et semble-t-il plus favorable aux services et aux usagers est celui où **un tarif unique est déterminé pour valoriser les heures d'aide à domicile dans le cadre de l'APA.** Les services intervenant auprès de bénéficiaires de l'APA sont rémunérés à hauteur de ce tarif unique, puis le Conseil Général assure la neutralité de l'opération en **versant aux services le différentiel entre le tarif unique et leur tarif individualisé** multiplié par le nombre d'heures effectuées auprès de personnes bénéficiaires APA. Cette compensation a lieu soit lors de la reprise du déficit des services en fin d'exercice, soit via un versement spécifique du CG aux services. Pour les bénéficiaires, le tarif unique assure une égalité de traitement : avec un montant d'APA identique, ils bénéficieront d'un nombre d'heures d'aide à domicile identique, quel que soit le service prestataire autorisé auquel ils s'adressent. 5 départements appliquent un tel tarif unique pour l'APA en sus des tarifs individualisés.
- Comme le suggèrent certains tableaux figurant en annexe, **il semble que ni le potentiel fiscal d'un département, ni la proportion des personnes âgées dans sa population, ni la couleur politique de son Conseil Général ne permettent d'expliquer le recours à une méthode de tarification ou une autre.**

Les relations entre les Conseils Généraux et les SAAD : entre méfiance et partenariat

Dans certains départements les relations sont véritablement **partenariales**, le Conseil Général accompagne les services dans la procédure de tarification et dans leurs démarches d'amélioration de la qualité, les informe sur les procédures avec pédagogie. Dans d'autres, les négociations sont dures (« la procédure contradictoire, ce n'est pas un vain mot! »), les relations parfois imprégnées de **méfiance réciproque** (les services craignent l'intrusion du Conseil Général, le CG reproche aux services de surestimer leurs charges), mais globalement cordiales. Dans d'autres départements encore, les relations sont limitées, quand les services ne sont pas autorisés par exemple.

Si un recours contentieux est possible, il semble que cette possibilité ne soit pas utilisée : deux des cinq⁷ Tribunaux Interrégionaux de la Tarification Sanitaire et Sociale n'ont **jamais connu de cas de contentieux** concernant la tarification de services d'aide à domicile par les Conseils Généraux. La Cour Nationale de la Tarification Sanitaire et Sociale, non plus.

L'ADMR explique cela par la **crainte des services de perdre les financements** des Conseils Généraux si leurs relations sont dégradées par un tel recours. Dans le cas des CCAS ces relations sont d'autant plus particulières, et leur détérioration d'autant plus gênante, que les CG et les CCAS interagissent dans plusieurs domaines en plus de l'aide à domicile, comme le RMI par exemple, et du fait de l'aspect politique de ces relations (le Conseil d'Administration d'un CCAS est présidé par le maire de la commune). L'UNCCAS encourage ses adhérents à engager un dialogue avec les CG qui n'appliquent pas la tarification individualisée, et suggère que les CG qui n'appliquent pas la loi pourraient être attaqués par les CCAS devant le juge de la tarification, bien que cela n'ait encore jamais eu lieu.

Un CG a toutefois signalé qu'un service avait formulé **un recours contre lui au motif du retard⁸ pris dans la tarification**, mais ce cas était particulier : le service menaçait de devoir cesser son activité faute de financements suffisants.

Associations ADMR : une tarification au niveau de chaque fédération départementale

Les associations adhérentes à la Fédération ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) sont tarifées de façon un peu différente des autres structures. La fédération départementale transmet au Conseil Général un **seul budget, qui globalise les budgets individuels de chaque association** adhérente intervenant dans le département. **Le CG fixe alors un tarif qui correspond à ce budget global**. Une redistribution est ensuite opérée par la fédération entre les associations ayant un coût de revient supérieur au tarif fixé pour l'ADMR dans le département et celles qui ont un coût de revient inférieur. Ce système fait gagner du temps aux Conseils Généraux.

→ En résumé :

Les méthodes de tarification se structurent autour des différentes composantes de la procédure de tarification, qui sont autant d'options où les pratiques des CG divergent.

2/3 des départements interrogés appliquent la tarification individualisée comme le décret le prévoit. Ils font preuve d'un degré de « perfectionnement » de la méthode plus ou moins poussé, certains fixant un tarif par service qui sert aussi à valoriser les plans d'aide, d'autres fixant 2 tarifs par service pour prendre en compte le niveau de qualification des intervenants, et déterminant en plus un tarif de référence unique pour l'APA.

La fixation des tarifs se fait dans une ambiance plus ou moins partenariale ou empreinte de méfiance.

⁷ Les trois autres n'ayant pas pu être joints ou n'ayant pas pu répondre.

⁸ Les retards semblent fréquents. Dans un département, les services de la tarification travaillent encore en septembre 2007 à la tarification pour 2007 (donc avec les budgets prévisionnels déposés avant le 31/10/2006).

2) Les tarifs arrêtés par le Président du Conseil Général pour les SAAD

Les tarifs arrêtés pour les services d'aide à domicile dans les départements interrogés sont eux aussi caractérisés par leur grande diversité. **Le tarif le plus bas fixé pour un SAAD est de 12,96 € et le plus haut atteint 23,10 €** Selon les départements, **l'amplitude** entre le tarif le plus bas et le tarif le plus élevé **va de 0,66 € à 8,29 €**.

Cette hétérogénéité des montants des tarifs arrêtés et de l'amplitude entre les tarifs, visible sur le graphique ci-dessous, peut s'expliquer de plusieurs façons. Les coûts horaires moyens, que les tarifs reflètent, sont déterminés par plusieurs facteurs :

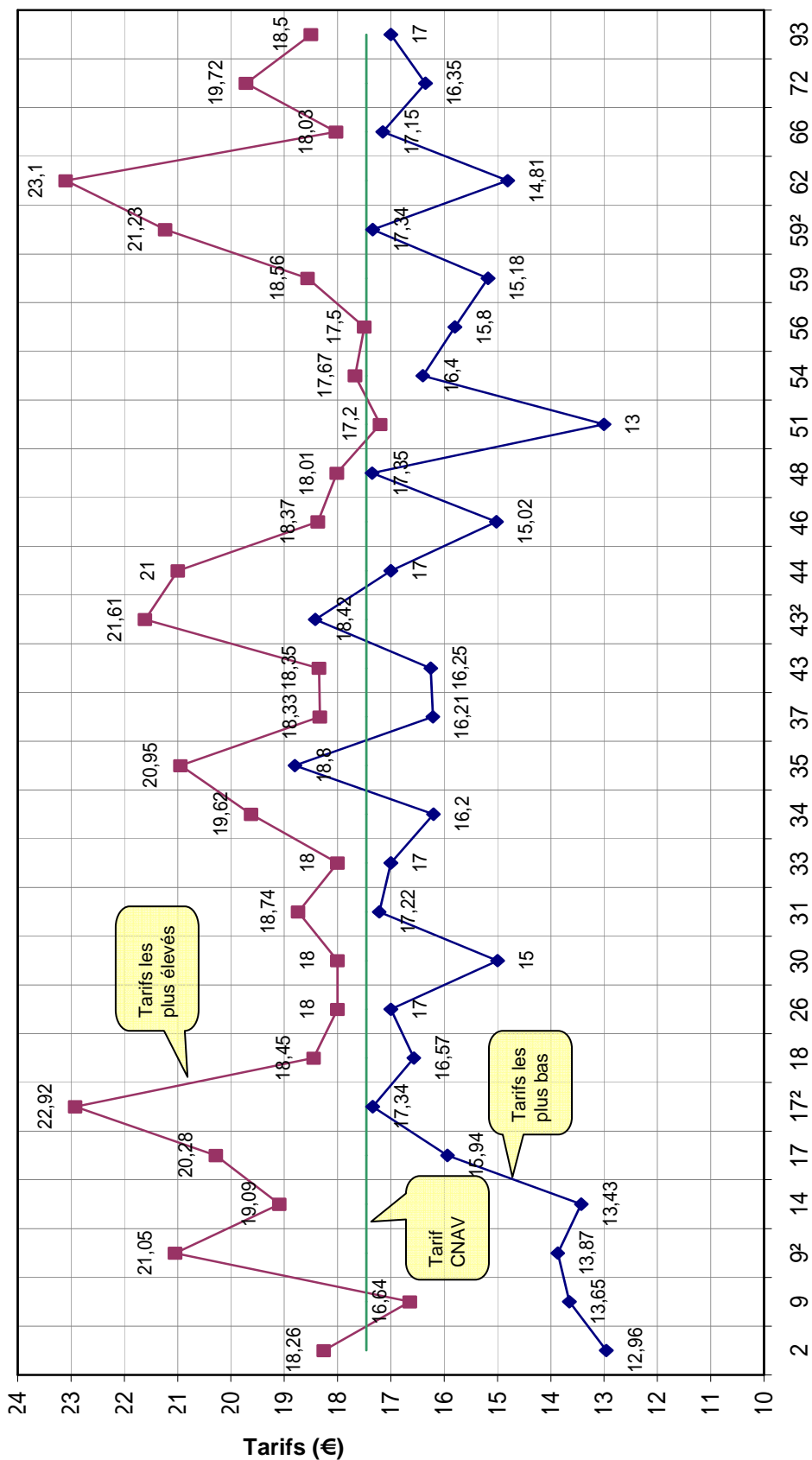
- des **facteurs géographiques** : dans un département rural, les temps et les frais de déplacement peuvent être plus importants. Dans un département dense, le coût du foncier est plus important.
- des **facteurs liés aux caractéristiques des services** : la mutualisation de certaines fonctions au sein d'un réseau ou d'un service de taille importante ou au contraire la gestion peu stratégique des crédits, le statut privé ou public des services (les CCAS bénéficient de personnel et de locaux mis à disposition par la mairie, de subventions, donc leurs tarifs sont souvent relativement bas), le nombre de bénévoles, le niveau de qualification moyen du personnel, l'importance des « temps indirects » (réunions, coordination, formations, etc.)
- des **facteurs liés à la politique du Conseil Général** : certains élus définissent un plafond en-dessous duquel doivent se situer les tarifs, d'autres déterminent une « fourchette », ou un « tarif-cible »⁹. Les Conseils Généraux sont plus ou moins stricts quant aux dépenses qu'ils acceptent de prendre en charge dans le tarif (certains refusent de prendre en charge les frais de transport du personnel par exemple). Leurs priorités sont variables. Elles peuvent être de conserver des tarifs relativement bas dans l'intérêt des bénéficiaires, ou de permettre des actions de modernisation et de qualification en reconnaissant un tarif relativement élevé.

Les tarifs finalement arrêtés pour les services d'aide à domicile sont donc loin d'être harmonisés, ils convergent plus ou moins selon les départements, mais à l'échelle nationale les écarts restent importants. **Ceci pose un problème au regard de l'égalité de traitement** des usagers de ces services. **Au sein d'un même département, un montant d'APA** (par exemple 200 €) **ne permet pas d'obtenir le même nombre d'heures d'intervention** selon que l'on s'adresse à un service coûtant 15 € ($200/15= 13$ heures) ou à un autre tarifé à 18 € (11 heures). Cette inégalité est d'autant plus forte que selon les endroits où la personne habite, le nombre de services intervenant peut être réduit, et le choix donc limité. Nous reviendrons sur la conséquence que cela implique pour les arbitrages des personnes et des Conseils Généraux. Les différences de tarif **à l'échelle nationale** posent elles aussi la question de l'égalité de traitement, quand dans un département on peut avoir accès à un service prestataire autorisé à partir de 13 € et dans un autre seulement à partir de 18 €.

⁹ Tout en approuvant l'objectif de convergence tarifaire, l'UNA déplore que des Conseils Généraux aient ainsi fixé à l'avance et de façon abstraite un tarif de convergence vers lequel les services sont forcés de s'acheminer.

Tarifs les plus bas et les plus élevés fixés par les PCG pour les SAAD autorisés (tarif semaine)

(source: entretiens août-septembre 2007)



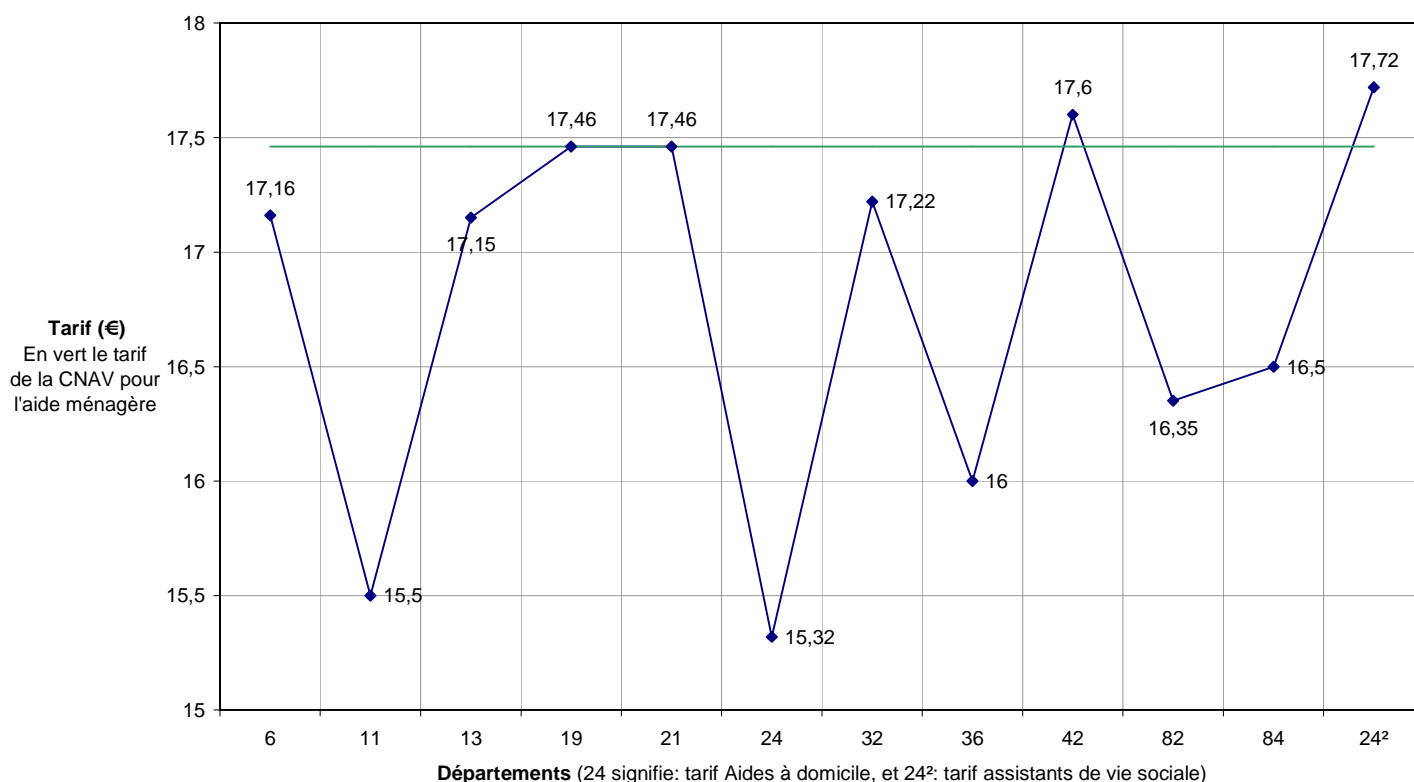
Départements

(9 signifie: tarif pour les aides à domicile et 9² tarif pour les assistants de vie sociale)

Parallèlement aux tarifs fixés pour chaque service dans les départements appliquant la tarification individualisée, les CG fixent toujours **un tarif de référence pour les services agréés qui interviennent dans le cadre des prestations financées par le Conseil Général (en prestataire et en mandataire), ainsi que pour les interventions en gré-à-gré. Dans ce cadre, le tarif de la CNAV joue toujours un rôle important** : en 2007, 13 départements sur 42 soit **30% utilisent ce tarif horaire au moins pour le tarif des services prestataires**. Pour 7 départements cette donnée n'est pas disponible, le chiffre peut donc être plus élevé. 22 départements déterminent les tarifs de référence pour les services agréés d'une autre façon : ils appliquent le plus bas des tarifs individualisés s'appliquant aux services autorisés, ou ils calculent une moyenne des tarifs individualisés, ou appliquent un taux d'évolution annuel à un tarif fixé longtemps avant (« c'est le poids de l'histoire »). On ne dispose pas d'informations précises concernant le mode de calcul du tarif CNAV pour l'aide ménagère.

Les départements qui fixent un tarif unique s'alignent souvent sur le tarif de la CNAV, en l'actualisant plus ou moins souvent. Ils en sont donc dans l'ensemble souvent proches, et plutôt inférieurs (cf. graphique ci-dessous).

Tarifs pratiqués dans les départements n'appliquant pas (encore) la tarification individualisée



L'action sociale de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse en matière de maintien à domicile

La CNAV assure environ 40 % des dépenses d'action sociale des principaux régimes de retraite. Ses crédits, regroupés dans le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale en faveur des Personnes Agées (FNASSPA) financent majoritairement des aides individuelles (83 %) mais aussi des aides immobilières pour les structures d'accueil (17 %) (Cour des Comptes, Rapport *La Sécurité Sociale*, 2006, p. 296). « **La prestation d'aide ménagère représente 68 % des dépenses d'action sociale.** Cette aide bénéficie à plus de 300 000 salariés relevant du régime général. **Elle consiste dans le versement direct à des organismes prestataires de services d'une partie du prix des heures d'aide ménagère effectuées chez un retraité**, versement calculé en fonction de ses ressources ». Les aides techniques représentent un 10^{ème} de la somme consacrée à l'aide ménagère (234.6 M€ en 2005).

Suite à la loi APA, qui a fait planer une incertitude autour du rôle de l'action sociale des caisses de retraite, la CNAV a recentré son action sur les personnes des GIR 5 et 6. Elle a aussi diversifié ses prestations (pour « sortir du tout –aide ménagère ») et instauré une nouvelle modalité d'évaluation des besoins. **La diversification de l'activité s'est traduite par une baisse des heures d'aide ménagère, créant incompréhensions et tensions chez les opérateurs** intervenant pour la CNAV auprès des personnes âgées (associations et CCAS). Certaines prestations d'action sociale de la CNAV s'adressent à des personnes de tous niveaux de dépendance, au-delà des seuls GIR 5 et 6, comme par exemple l'aide au retour à domicile après hospitalisation. L'aide ménagère aux personnes peu dépendantes constitue toutefois la plus grande partie des interventions de la CNAV dans le cadre de sa politique de maintien à domicile.

Le fonctionnement

La CNAV délègue l'exécution de sa politique d'aide à domicile à des opérateurs, ses relais auprès de la population. Elle attribue des dotations aux Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) (en fonction du nombre de retraités du régime général âgés de 75 ans et plus), qui déterminent un quota d'heures pour chaque opérateur. En fonction du nombre d'heures qui leur a été attribué, les opérateurs adaptent leur intervention. Ils demandent éventuellement des dotations complémentaires pour répondre aux besoins. L'IGAS a constaté **une importante hétérogénéité des systèmes de gestion des enveloppes et des quotas d'heures** d'une région à l'autre¹⁰ (gestion directe des enveloppes ou déléguée aux opérateurs dans le cadre d'un partenariat fort, attribution des heures aux fédérations départementales et aux services ou aux personnes). La Cour des Comptes constate une distribution inégale des dotations entre CRAM si l'on rapporte la dotation régionale au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus : les écarts vont du simple au double, de 75 € dans la CRAM de Paris à 153 € dans celle de Lille.

Points d'achoppement

- 1) La connaissance tardive des enveloppes initiales accordées à chaque opérateur et le manque de visibilité sont critiqués par les services.
- 2) L'arrivée tardive et la pérennité incertaine des éventuelles dotations complémentaires des CRAM aux services entraînent une sous-consommation de ces dotations.
- 3) Les modalités de notification du nombre d'heures attribuées à chaque personne âgée sont peu compréhensibles pour les personnes, qui demandent alors des explications aux services. Ceux-ci sont amenés à justifier une décision initialement prise par les CRAM.
- 4) Un manque de dialogue est souligné par l'IGAS, avec une certaine rigidité de la CNAV et des CRAM, et un manque de prise d'initiative et de propositions de la part des opérateurs, qui se positionnent de plus en plus comme des fédérations d'employeurs, et qui refusent l'idée d'une évaluation des besoins faite par la CNAV.
- 5) Enfin, **le débat sur la tarification divise aussi la CNAV et les opérateurs**. L'UNA souhaite que le tarif PCG fixé au vu des coûts réels des services soit reconnu par la CNAV. Celle-ci refuse cependant

¹⁰ La CNAV a publié depuis un « Guide des bonnes pratiques budgétaires et comptables des crédits d'action sociale » diffusé à l'ensemble des Caisses Régionales (février 2007, http://www.legislation.cnnav.fr/textes/cr/cn/pdf/crcn200723_guide.pdf)

d'abandonner sa conception forfaitaire, unitaire et annuelle du prix de l'heure. La Caisse considère que les CG n'ont pas la légitimité de fixer le niveau de dépenses qu'elle finance par son action sociale facultative. Comme le souligne l'IGAS, « A certains égards, **l'attribution d'un « complément qualité »**, en sus de la rémunération forfaitaire de l'aide ménagère, aurait pu ouvrir la porte à une certaine individualisation (sous réserve qu'il ne devienne pas un complément automatique et qu'il soit attribué dans des conditions qui répondent précisément à son objet, c'est-à-dire au vu d'améliorations réelles et mesurées de la qualité) ; de fait, un financement de telle nature est bien prévu par la COG 2005-2008 à hauteur de 5 300 000 € chaque année, mais sous la pression des événements [le mécontentement face à la baisse des heures d'aide ménagère], **la CNAV a du reconvertir la ligne pour financer des heures d'aide ménagère (...)** ».

L'objectif contenu dans la COG est exprimé en crédits, dont est déduit le nombre d'heures d'aide ménagère. L'IGAS encourage à se prononcer plutôt sur un nombre d'heures.

L'avenir : une redéfinition des rôles de chacun ?

Le rapport Briet-Jamet (Mission de Préfiguration de la CNSA, mai 2004) évoque dans une parenthèse « **l'éventualité d'un transfert des compétences et des crédits de la CNAVTS** concernant l'action sociale facultative à destination des personnes âgées en GIR 5 et 6 au titre de la prévention de la perte d'autonomie (...) **dans la perspective de confier au département, compétent désormais sur la coordination gérontologique, l'ensemble des leviers d'action dans ce domaine** ». La Cour des Comptes suggère aussi « la mise en place d'une structure commune à tous les GIR, chargée de l'évaluation et de la définition des plans d'aide ».

Le rapport de l'IGAS souligne la « **profonde parenté des mécanismes** » entre l'APA d'une part et d'autre part l'action sociale de la CNAV, qui ressemble de plus en plus à une « petite APA » (avec le couple évaluation globale – plan d'action personnalisé, l'importance des aides humaines, l'existence de prestations susceptibles d'être utiles aux GIR 1-4 comme l'aide au retour à domicile après hospitalisation...). Du fait de ce rapprochement, « la rupture de traitement entre les personnes relevant des GIR 1 à 4 et celles relevant des GIR 5 et 6 perd progressivement de son sens », d'autant plus que la distinction entre les GIR 4 et 5 (qui fait basculer dans l'APA) est contestée. Le rapport IGAS résume alors deux options : 1° **unifier les modes de prise en charge pour tous les GIR, au niveau du département, et confier à la CNAV un rôle dans l'innovation, l'expérimentation et les prestations extra-légales** comme l'aide aux personnes les plus démunies (le légal étant l'APA généralisée) ; 2° **creuser l'écart de traitement entre les bénéficiaires de l'APA et les autres**, en pérennisant l'APA et en rendant l'action sociale de la CNAV plus sélective, avec des prestations réellement efficaces.

(sources : Rapport IGAS relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la CNAV, 2006 ; Rapport de la Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale*, 2006 ; Rapport Briet-Jamet, 2004)

→ En résumé :

Des tarifs individualisés qui vont de moins de 13 à plus de 23 €, avec une amplitude entre les tarifs les plus bas et les plus élevés qui va de 0.66 à plus de 8 €.

Des facteurs explicatifs liés à la géographie, au statut, à l'organisation interne et à la nature des services, ainsi qu'à la politique de chaque CG.

Un effet structurant du tarif de la CNAV pour l'aide ménagère, tant sur les tarifs uniques dans les départements n'appliquent pas la tarification individualisée, que sur les tarifs s'appliquant aux services agréés qui interviennent dans le cadre de l'APA et de l'aide sociale départementale.

Les tarifs appliqués aux services intervenant auprès de personnes handicapées

Les services qui interviennent auprès des personnes handicapées sont souvent les mêmes que ceux qui interviennent auprès des personnes âgées, mais des services spécialisés existent également. En tant que SAAD, ils sont autorisés et tarifés comme le prévoit le décret de 2003. Les SAVS, services d'accompagnement à la vie sociale (cf. décret n°2005-223 du 11 mars 2005), qui interviennent à domicile, mais pas uniquement, relèvent aussi de la pleine compétence des Conseils Généraux. **50 % des décisions d'attribution PCH contiennent un volet « aide humaine »** (chiffre octobre 2006).

Les tarifs pour la PCH sont fixés pour chaque type d'aide, et ils sont nationaux, sauf dans le cas de recours à un service prestataire autorisé (tarifié alors par le PCG). **Pour l'aide humaine, ils varient en fonction du statut de l'aidant** (employé directement, en mandataire, en prestataire, ou aidant familial) et sont fixés par l'arrêté du 28 décembre 2005 (JO 30/12/2005), modifié en ce qui concerne le mode prestataire par l'arrêté du 22 mars 2007 (JO 8/3/2007).

- Pour une aide à domicile employée directement : le tarif est égal à 130% du salaire horaire brut sans ancienneté d'une assistante de vie pour personne dépendante de niveau 3, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur. Ce tarif est majoré de 10 % en cas de recours à un service mandataire
- En cas de dédommagement d'un aidant familial, le tarif est égal à 50 % du SMIC horaire net lorsque l'aidant familial est dans l'obligation, du seul fait de l'aide apportée à la personne handicapée, de cesser ou de renoncer totalement ou partiellement à une activité professionnelle. Le dédommagement mensuel de chaque aidant familial ne peut dépasser 85 % du SMI net calculé sur la base de 35 heures par semaine applicable aux emplois familiaux.
- **En cas de recours à un service prestataire (autorisé), le tarif est celui fixé par le Président du Conseil Général pour le service d'aide à domicile** intervenant auprès du bénéficiaire de la PCH.
- **Pour les services agréés (non tarifés par le PCG), le tarif (national) qui s'applique** est égal soit à 170 % du salaire horaire brut pour un auxiliaire de vie ayant moins d'un an d'ancienneté, au sens de l'accord de branche Aide à Domicile du 29 mars 2002 – c'est-à-dire **17.19 €** soit au prix prévu dans la convention passée entre le département et ce service. Le tarif actuel résulte de l'arrêté du 2 mars 2007 et d'un avenant récent à l'accord de branche du 29 mars 2002 :
 - Avant l'arrêté du 2 mars 2007, le tarif était égal à 145 % du salaire horaire brut d'une assistance de vie, ce qui au 1^{er} juillet 2006 signifiait un tarif de 14.43 € de l'heure.
 - L'avenant du 21 décembre 2006 à l'accord de branche (agréé par un arrêté du 13 avril 2007) a fait passer la valeur du point de 5.115 à 5.182 € et augmenté tous les coefficients des grilles de rémunération d'un point (pour une AVS avec moins d'un an d'ancienneté, de 295 à 296 points). Le tarif est ainsi passé de 16.92 à 17.19 €.

Dans les départements interrogés, **les tarifs appliqués pour le volet aide humaine de la PCH, en mode prestataire**, sont les suivants :

Tarif appliqué	Départements	Effectif
Départements appliquant le tarif national à tous les services (actualisé ou non depuis les changements réglementaires du premier semestre 2007)	03, 13, 23, 33, 44, 82	6
Le tarif individualisé s'applique pour les services autorisés, et le tarif national pour les services agréés	02, 14, 31, 34, 35, 43, 46, 54, 59, 62	10
Tarif différent (mise en place de tarifs individualisés en 2008)	11	1
Tarif fixé par convention, dans la limite du tarif national	66	1

(données disponibles pour 18 départements)

18

2. La position délicate des Conseils Généraux, entre volonté de professionnaliser et nécessité de maîtriser les dépenses

Lorsqu'un service d'aide à domicile engage une démarche de qualification de son personnel, ou installe la télégestion pour un meilleur suivi des interventions, ces dépenses se répercutent assez mécaniquement sur le tarif arrêté par le Conseil Général. Cela contribue à la concurrence entre les modes d'intervention, les services prestataires autorisés en devenant d'autant plus chers¹¹.

Les Conseils généraux font face à un **dilemme, souvent évoqué au cours des entretiens : le souhait d'améliorer la qualité du service, d'en moderniser la gestion, de qualifier le personnel d'une part, et la nécessité pour les CG de maîtriser leurs dépenses et pour les services de conserver un tarif accessible d'autre part**. Cette « schizophrénie » est soulignée également par le Conseil économique et social dans son avis du 24 janvier 2007 : il « considère qu'il y a **une contradiction entre la volonté des pouvoirs publics traduite dans les textes et la réalité des ressources dégagées** pour assurer dans de bonnes conditions la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile. En dépit des efforts de beaucoup d'entre eux, cette situation confirme les difficultés budgétaires rencontrées par les conseils généraux à cet égard. Il souhaite que la concertation s'établisse dans tous les départements pour parvenir à des avancées dans ce domaine. »

Schématiquement, trois issues à ce dilemme peuvent être distinguées : 1° renoncer à des mesures de professionnalisation et de modernisation face aux coûts qu'elles représentent, ou les limiter, ou renoncer à tarifier les services, 2° professionnaliser et accepter que les services tarifés en deviennent plus onéreux, ou 3° professionnaliser les services en remédiant parallèlement aux problèmes posés à l'aide de diverses solutions.

1° Reculer devant les coûts de la professionnalisation et ses effets sur les tarifs

Certains Conseils Généraux mettent en avant le manque de moyens, ou la volonté de permettre aux bénéficiaires de l'APA d'obtenir le plus d'heures d'intervention possible, pour expliquer l'absence d'encouragement à la procédure d'autorisation ou l'absence de politique explicite de développement de la qualité des services d'aide à domicile. Certains expriment la nécessité de rester dans certaines limites : « on peut professionnaliser, mais seulement jusqu'à un certain point ». **Ici se pose clairement le problème du plafonnement de l'APA, qui semble entraîner une crainte de tarifs élevés. A ceci s'ajoute le fait qu'un tarif élevé peut tout aussi bien signifier un personnel plus qualifié et un service mieux équipé qu'un budget mal réalisé et qu'une gestion défectueuse. L'absence de réelle évaluation de la qualité laisse cette question ouverte** et ne permet pas d'estimer quelle part du tarif est réellement due au niveau de qualité du service, et quelle part s'explique par la façon dont est gérée la structure. Sur ce dernier point, l'arrivée sur le marché de l'aide à domicile d'entreprises mieux aptes à présenter et gérer un budget devrait **pousser les structures à faire des progrès dans ce domaine**, par le biais de regroupements et de mutualisation de postes de comptables, par exemple. En outre, **les indicateurs** définis pour

¹¹ Du fait de l'absence de Convention Collective unique. Ainsi, le Conseil Economique et Social écrit que cette revalorisation salariale équivaut à « une augmentation totale de 237 M€ représentant 25,7 % de la masse salariale avant l'accord (920 M€). Les départements supportent 63 % du surcoût, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) 22,5 %, la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) 9 % et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) 5,5 %. (...) Dans la mesure où cet accord ne comprend pas l'ensemble des professionnels de ce secteur, il a probablement renforcé la concurrence entre les différentes modalités de l'offre de services. En effet, la hausse des coûts salariaux peut conduire soit à diminuer l'aide apportée à la personne âgée dépendante, l'heure d'intervention en mode prestataire étant facturée plus cher, soit à favoriser le développement de l'emploi direct. »

les SAAD par l'arrêté du 28 février 2007 (BO Santé 2007/3, p. 144) devraient permettre d'y voir plus clair quant à la construction des coûts des services. Cependant, si l'intérêt des indicateurs est peu contesté dans les Conseils Généraux interrogés, on doute de la capacité des services de les recueillir de façon systématique car ils sont complexes et nombreux.

2° Professionnaliser en acceptant l'effet que cela entraîne sur les tarifs des services autorisés

Les services les plus avancés en termes de qualification du personnel, d'aménagement de temps de coordination et de concertation, etc., sont souvent ceux qui ont des tarifs parmi les plus élevés. **Ceci influe sur l'arbitrage des services entre le régime de l'autorisation et l'agrément départemental, et sur l'arbitrage des personnes entre services prestataires autorisés, services prestataires et agréés et d'autres modes d'intervention.**

Une vingtaine de départements ont mentionné au cours des entretiens la **problématique du choix des services entre autorisation et agrément qualité**. Les services d'aide à domicile sont **réticents face à l'autorisation** : certains jugent la procédure contraignante, d'autres redoutent l'effet sur leur tarif (qui risque d'augmenter), ou craignent une intrusion du Conseil Général dans leurs affaires. Ainsi, les services d'aide à domicile arbitrent parfois en faveur de l'agrément qualité : en fixant leurs tarifs librement, ils s'estiment moins désavantagés face à la concurrence. Les CG eux-mêmes soutiennent parfois explicitement l'une ou l'autre des options.

Du point de vue des usagers des SAAD, un tarif élevé signifie un nombre d'heures d'intervention moindre pour une même somme dépensée. Cette logique très comptable semble exclure toute considération de la qualité du service, qui peut justifier de payer un prix plus élevé, et revoie ainsi au manque d'évaluation de cette qualité, au plafonnement de l'APA, et sans doute aussi au manque de reconnaissance de ce que peut apporter un plus grand professionnalisme dans le domaine de l'aide à domicile.

Le Conseil Economique et Social constate dans son rapport de janvier 2007 que **« certains conseils généraux pour réduire les coûts de l'APA orientent les équipes médico-sociales vers le tarif le moins élevé au motif que l'essentiel des besoins reposerait sur des tâches domestiques et ne nécessiterait pas l'intervention d'une auxiliaire de vie sociale. Le Conseil économique et social s'inquiète du développement possible de telles pratiques qui risquerait de freiner le réel effort de qualification et de professionnalisation engagé par les associations »**. Selon l'UNCCAS, **« la loi APA a créé un système où le moins-disant l'emporte »**.

L'article 18 du décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 (portant application de la loi du 20 juillet 2001) dispose que la participation du bénéficiaire de l'APA est majorée de 10% lorsque ce dernier fait appel soit à un service non agréé ou non géré par un CCAS, soit à une personne qu'il emploie directement et qui ne justifie pas d'une expérience acquise ou d'un niveau de qualification définis par arrêté. L'arrêté n'a cependant jamais été pris, et la Cour des Comptes dans son rapport de 2005 soulignait que la sanction prévue n'était pas mise en œuvre. Par ailleurs, l'article L.232-6 CASF, prévoyant **le recours à un service prestataire pour les bénéficiaires de l'APA les plus dépendants**, « sauf refus exprès du bénéficiaires », fait l'objet d'une interprétation originale dans un département : cet article du code « signifie que le gré-à-gré est la règle, et le prestataire l'exception ». **Les politiques des Conseils Généraux en la matière sont cependant diverses** : certains encouragent – plus ou moins officiellement – le recours aux services prestataires autorisés, d'autres ne le font que pour les cas de grande dépendance ou lorsque les familles ne semblent pas à même d'assumer la fonction d'employeur.

3° Professionnaliser et pallier les problèmes de la solution 2°

Sans pour autant renoncer à améliorer la qualité et la professionnalisation des services et à les tarifier en conséquence, les écueils mentionnés au paragraphe précédent sont évités, ou corrigés, dans certains départements.

→ Un des moyens les plus intéressants dans cette perspective consiste à établir un tarif unique, qui vient dédoubler les tarifs individualisés, et qui sert à valoriser les plans d'aide APA. Un tel tarif permet une égalité de traitement de tous les bénéficiaires du département (ils obtiennent partout un même nombre d'heures quelque soit le service auquel ils s'adressent). **5 départements interrogés « déconnectent » ainsi le tarif arrêté et le tarif APA, et versent aux services intervenant dans le cadre de l'APA une compensation correspondant au différentiel.**

→ Certains CG **incitent les services à demander l'autorisation**, malgré les craintes qu'elle peut leur inspirer ou l'effet sur leur tarif. Afin de promouvoir l'autorisation, certains CG accordent un « bonus » aux services qui choisissent ce régime¹², ou maintiennent le tarif de référence s'appliquant aux services agréés à un niveau volontairement bas.

→ Enfin, les CG **encouragent les personnes à recourir aux services prestataires**, en mettant en avant les inconvénients du mandataire et du gré-à-gré. Les services autorisés peuvent être placés en tête de la liste présentée aux personnes lors de l'élaboration du plan d'aide, ou l'incitation peut passer par des recommandations de l'équipe pluridisciplinaire.

→ En résumé :

La professionnalisation des métiers se traduit par des salaires plus hauts, des charges plus importantes dans le budget des services, et au final des tarifs arrêtés par le PCG à un niveau plus élevé.

Face à l'APA plafonnée, aux ressources limitées des CG, et aux besoins importants des personnes âgées, un tarif élevé est vu comme un problème, d'autant plus qu'il peut également s'expliquer par des défauts de gestion et des potentiels de rationalisation non utilisés.

Les services prestataires – et a fortiori ceux qui emploient beaucoup d'AVS –, offrant des prestations plus onéreuses que celles des autres types d'intervenants, les services hésitent à se faire tarifier par le PCG, et les personnes hésitent à y faire appel, ou encore les équipes des CG hésitent à les orienter vers eux.

Un tarif APA unique dans le département permet de ne pas pénaliser les services plus chers. Une évaluation précise du type de coûts justifiant le niveau des tarifs permettrait d'être plus sûr qu'un tarif élevé traduit une meilleure qualité, condition nécessaire pour commencer à vaincre la réticence des usagers et des CG face aux services plus chers.

3. Les questions liées au champ d'application du tarif individualisé

Le fait que la réforme de la tarification n'ait pas été accompagnée par une réforme du financement de l'aide à domicile rend son application plus difficile, et des incohérences persistent. En effet, le Président du Conseil Général est désormais censé arrêter le tarif de chaque service, ce tarif devant en principe s'appliquer à l'ensemble de l'activité du service. En pratique cependant, **les organismes de sécurité sociale – qui représentaient 40 %**

¹² C'est le cas dans un département qui n'appliquera la tarification individualisée qu'en 2008, et qui a fixé jusqu'à présent deux tarifs départementaux : un pour les aides à domicile et un pour les assistants de vie sociale. Les services autorisés reçoivent un bonus d'1 € en plus de ces tarifs.

des recettes des associations du réseau UNA en 2004¹³, et presque 30 % pour l'activité d'accompagnement aux personnes âgées des associations adhérant à l'ADMR en 2005¹⁴ – refusent de reconnaître le tarif arrêté.

Les conséquences sont les suivantes :

→ **Pour les services** dont le coût horaire d'intervention se situe au dessus du tarif de la CNAV, cela se traduit par **un manque à gagner** correspondant au nombre d'heures effectuées pour le compte des organismes de sécurité sociale multiplié par la différence entre leur tarif et celui de la CNAV. La CNAV refuse que les services conventionnés fassent payer aux usagers un prix supérieur au tarif aide ménagère fixé au niveau national. L'UNCCAS relate cependant qu'« un CCAS (Besançon) dont un tiers de l'activité est constitué d'heures CNAV, a été attaqué par la CRAM pour avoir appliqué le tarif différencié. La CRAM a perdu dans ce cas. » On peut se demander dans quelle mesure cela va créer un précédent.

→ Le déficit qui découle de ce manque à gagner est normalement repris par le Conseil Général et intégré comme une charge au sein du budget lors de la fixation du tarif de l'année suivante (tarification par solde). **L'effet est donc de « gonfler » artificiellement le tarif du Conseil Général, ce dernier devant « compléter » les financements apportés par les caisses de retraite**, qui sont des recettes en atténuation dans le budget des services. La politique des CG en matière de reprise du déficit est variable : parmi les 28 départements interrogés pratiquant la tarification individualisée, 8 reprennent les déficits des structures en fin d'exercice, 7 ne reprennent que les déficits liés aux heures qu'ils financent eux-mêmes, refusant ainsi de compenser le manque-à-gagner dû au tarif CNAV, et enfin 9 n'ont pas encore eu à prendre cette décision, du fait de l'application encore récente de la tarification individualisée. Cette diversité des pratiques est source d'incertitudes pour les services. Pour 4 départements, la réponse n'est pas disponible.

D'après Pierre Debons (2006), « **le Ministère** estime actuellement qu'il n'y a pas d'opposabilité de la tarification établie par le CG aux organismes de sécurité sociale s'agissant de prestations facultatives. »

L'argument des caisses pour ne pas reconnaître le tarif PCG est précisément que leur financement relève d'une action sociale extra-légale, facultative, et que le PCG n'a pas la légitimité nécessaire pour fixer un tarif influant sur les dépenses de la Sécurité Sociale¹⁵.

→ En résumé :

Un enjeu important pour les services et pour les finances des Conseils Généraux, qui doivent compléter les recettes apportées par les autres financeurs.

Un problème de reconnaissance et de légitimité d'un acteur à déterminer le niveau de dépenses d'un autre acteur.

¹³ Source : Actualités Sociales Hebdomadaires n°2384

¹⁴ Source : Rapport Statistique ADMR 2005

¹⁵ Dans l'Aisne, le Conseil Général a obtenu des autres financeurs de reconnaître le tarif qu'il arrête pour chaque service. La CRAM refuse toujours, mais ils sont « en pourparlers » et se revoient en décembre. Affaire à suivre...

Conclusion

La réglementation prévoit que le Président du Conseil Général tarifie les services d'aide à domicile non médicalisés pour leurs activités autorisées. La tarification individualisée de chaque service se fait au vu des coûts prévisionnels des services, selon une procédure contradictoire. A terme, les indicateurs permettant de comparer les coûts des services doivent permettre d'arriver à une convergence relative des tarifs. Les Conseils généraux peuvent en effet s'appuyer sur les données ainsi recueillies pour motiver leur refus de prendre en compte des charges injustifiées.

Face à cette réglementation précise, on constate des pratiques très variées, 1/3 des départements appliquant un tarif unique, et les 2/3 restants se distinguant selon les « options » choisies. Les tarifs sont loin de converger au niveau national, bien que dans certains départements ils soient très rapprochés. Un des principaux problèmes relevés lors des entretiens avec les Conseils Généraux ayant collaboré à l'étude est celui causé par la « mécanique » de la tarification individualisée : plus un service se professionnalise, se modernise, plus il est cher. Or les moyens des départements sont limités, les besoins importants, et l'APA plafonnée. La tarification peut ainsi sembler mener à l'inverse de son but : elle contribue à pénaliser les services professionnalisés, et à orienter les plus dépendants vers des services moins chers. Enfin, l'absence d'opposabilité réelle du tarif arrêté par le PCG aux (multiples) autres financeurs des services d'aide à domicile cause un manque à gagner pour les services tarifés à un niveau supérieur au niveau CNAV, et gonfle artificiellement le tarif PCG du fait de la reprise du déficit des services dans le tarif.

Si la question de la tarification n'a fait l'objet à elle seule d'aucun rapport approfondi jusqu'à présent, elle est évoquée dans plusieurs publications, et les principales solutions suggérées (et arguments avancés) sont les suivantes :

→ En réponse au dilemme évoqué, entre professionnaliser d'une part, et maîtriser les tarifs et les dépenses d'autre part, l'IGAS propose d'étudier la possibilité d'**organiser « un niveau de financement de modernisation en sus du financement de l'activité »** (p. 36). Selon l'ADMR, « c'est partager la misère. L'important est d'avoir plus de moyens ».

→ Le rapport Briet-Jamet parle de **transférer les compétences et les crédits de la CNAV aux départements**, afin qu'ils aient tous les leviers en main dans le champ de l'aide aux personnes âgées (p. 38).

→ L'IGAS, de même, suggère que le département soit responsable des personnes âgées de tous les GIR (l'aide de la CNAV ressemblant de plus en plus à une « petite APA », cf. encadré sur l'action sociale de la CNAV), la Caisse étant alors chargée de l'innovation et de l'expérimentation (Rapport IGAS juillet 2006, p. 62-63).

→ La Cour des Comptes recommande d'étudier les modalités du regroupement sous une **autorité tarifaire unique** de financement de l'ensemble des structures intervenant au domicile des personnes âgées en GIR 1-4 (SSIAD et services d'aide à domicile) (p. 51, 79, 293). **L'action sociale des caisses de Sécurité Sociale n'est pas concernée par cette recommandation.** Le Ministre et le Directeur de la CNAV ont cependant évoqué dans leurs réponses les conséquences et les inconvénients d'un transfert de compétences incluant cette action sociale facultative.

Dans sa réponse au rapport de la Cour, le Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, Personnes Handicapées et à la Famille, met en évidence les problèmes que poserait le regroupement sous une autorité tarifaire unique des financements de la CNAV (aide ménagère aux GIR 5 et 6) et du Conseil Général, mais il semble que ce soient surtout les inconvénients d'un tarif moyen ou d'un tarif unique qui sont soulignés. Le Ministre

rappelle en effet qu'adopter **un tarif départemental unique est inflationniste, « puisque tous les services en-dessous du prix départemental vont pouvoir être payés à ce prix** et bénéficier d'un effet d'aubaine immédiat ». De même, adopter pour chaque structure un tarif moyen renchérit inutilement les coûts salariaux : le décret prévoit pour cette raison de différencier le tarif selon le niveau de qualification de l'intervenant. Les interventions de la CNAV étant réalisées par des aides à domicile (auprès de publics peu fragiles), si de tels tarifs différenciés existent, l'application du taux de participation unique de la CNAV crée un déficit moindre (ou aucun déficit) pour les structures, dans la mesure où le tarif pour les aides à domicile est moins élevé qu'un tarif moyen qui inclut les coûts salariaux des assistants de vie sociale.

Le Directeur de la CNAV, lui, rappelle les raisons pour lesquelles **l'action sociale des caisses n'est pas soumise aux règles de tarification du décret de 2003 : elle est extra-légale**, et les règles s'appliquent à l'autorité de tarification, qui est le Président du Conseil Général, et non aux caisses de retraite. La CNAV avance l'argument du **caractère inflationniste d'une tarification aux coûts réels, « compte tenu de l'impossibilité de vérifier la 'vérité des coûts' »** (comme cela a été souligné plus haut dans cette étude). Elle évoque également le fait que le budget d'action sociale de la CNAV ne pourrait en assumer le coût sans faire baisser le nombre d'heures d'aide fournies ou faire augmenter la participation des bénéficiaires. Il est aussi avancé que le niveau de dépendance relativement faible des usagers de l'action sociale de la CNAV ne nécessite pas systématiquement l'intervention de personnel qualifié, qui a plus sa place auprès des GIR 1 à 4. Dès lors, **pourquoi la CNAV devrait-elle financer un personnel qui a vocation à intervenir dans le domaine de compétence des CG ?** Quant au rapprochement des prestations de la CNAV avec celles de l'APA, la Caisse rappelle que son intervention auprès de personnes des GIR 1 à 4 n'est qu'un complément aux plans d'aide APA entièrement utilisés, et une façon de pallier le plafonnement de l'APA qui pose problème dans certains cas. Enfin, **la CNAV appelle à un renforcement de la cohérence entre l'action des départements et la sienne, par une meilleure coordination, qui est un des objectifs de la COG 2005-2008.**

→ Face au débat persistant, aux divergences de vues, et aux différentes suggestions faites par les rapports successifs, le plus urgent et la condition préalable à une évolution semble être d'établir un dialogue entre les financeurs des services d'aide à domicile.

**La tarification par les Conseils Généraux
des services d'aide à domicile
auprès des personnes âgées et des
personnes handicapées**

ANNEXES

1. Documents utilisés

- ADMR, *Rapport statistique 2005*
- Elie Alfandari, « La loi du 2 janvier 2002 dite de « rénovation de l'action sociale et médico-sociale » : quelle « rénovation » pour quelle « action sociale » ? », in : *Revue du Droit Sanitaire et Social*, octobre-décembre 2004, p. 765-781
- Raoul Briet et Pierre Jamet, *Mission de préfiguration de la CNSA, Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie*, 2004
- Conseil Economique et Social, *Le développement des services à la personne*, Rapport présenté par Yves Vérollet, février 2007
- Cour des Comptes, *Les personnes âgées dépendantes, Rapport au Président de la République*, novembre 2005
- Cour des Comptes, *La sécurité sociale*, Rapport sur l'exécution de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, 2006
- Pierre Debons, *Les Services à la personne, réglementation, financement, organisation*, préface J-L. Borloo, Ed. Juris Associations, 2006.
- Mensuel *Direction(s)*, n°3 de décembre 2003, n°29 d'avril 2006, n°33 de septembre 2006
- Philippe Karim Felissi, « Le contentieux de la tarification sanitaire et sociale », in : *Actualités Sociales Hebdomadaires*, Supplément au n°2512 du 15 juin 2007
- Jean-Pierre Hardy, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Ed. Dunod, 2006.
- Jean-Pierre Hardy, « Le décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion comptable, budgétaire et financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux », in : *Revue de Droit Sanitaire et Social*, octobre-décembre 2004, p. 819-824.
- IGAS, *Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse*, présenté par Michel Duraffourg et Stéphane Paul, n°2006-063, juillet 2006
- IGAS, *L'action sociale locale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées dans les départements du Lot-et-Garonne, du Nord, du Rhône et du Val-de-Marne*, présenté par Stéphanie Dupays, Christophe Lannelongue, Thierry Leconte, et Pierre Sardou, n°RM2007-001P, février 2007.
- UNA, *Manifeste pour un droit fondamental de vivre à domicile, 20 propositions concrètes en faveur de l'aide, du soin et du service à domicile pour tous*.
- UNA, *Guide technique n°60 « Loi du 2 janvier 2002 »*, mai 2005
- UNIOPSS, *La Tarification, Fiches pratiques de gestion*, mai 2007
- UNIOPSS et plateforme inter-associative « Tarification et financement », « Pour des choix budgétaires et de financement qui réconcilient gestion et solidarité ».

2. Liste des 42 départements interrogés au cours de l'étude

02	Aisne
03	Allier
06	Alpes-Maritimes
09	Ariège
11	Aude
13	Bouches du Rhône
14	Calvados
17	Charente Maritime
18	Cher
19	Corrèze
21	Côte d'Or
22	Côtes d'Armor
23	Creuse
24	Dordogne
26	Drôme
30	Gard
31	Haute-Garonne
32	Gers
33	Gironde
34	Hérault
35	Ille-et-Vilaine
36	Indre
37	Indre-et-Loire
42	Loire
43	Haute-Loire
44	Loire-Atlantique
46	Lot
48	Lozère
51	Marne
54	Meuthe-et-Moselle
56	Morbihan
59	Nord
62	Pas-de-Calais
66	Pyrénées-Orientales
68	Haut-Rhin
72	Sarthe
78	Yvelines
80	Somme
82	Tarn-et-Garonne
84	Vaucluse
91	Essonne
93	Seine-Saint-Denis

3. Données issues des entretiens

Départements classés selon la modalité de reprise des éventuels déficits des structures

		sous total	
reprise de l'ensemble du déficit éventuel des structures	toutes les structures	17, 18, 22, 30, 37, 46, 54	8
	seules celles avec un tarif supérieur au tarif CNAV	2	
reprise du seul déficit correspondant aux heures financées par le CG		9, 14, 34, 43, 51, 59, 68	7
Le CG n'a pas encore eu à prendre cette décision		11, 13, 26, 31, 48, 56*, 66, 82*, 93	9
Données non disponibles ou incertaines		3, 32, 35, 72	4
		total	28

*: Aucune décision n'est prise, mais le CG penche vers la reprise du seul déficit lié aux heures qu'il finance.

→ La tarification par solde n'est pas systématique.

A qui est versée l'APA?

Toujours aux bénéficiaires	09, 21, 24, 35, 36, 44, 66, 68, 82, 93	10
Toujours aux services (sauf refus expresse de la personne)	02, 03, 13, 17, 22, 23, 26, 30, 31, 34, 37, 42, 43, 48, 56, 62, 91	17
Au choix de la personne (mais on met en avant l'avantage du versement aux services)	18, 36, 54, 78	4

31

→ Dans la moitié des cas, l'APA est versée systématiquement aux services. Dans un tiers des cas elle est versée systématiquement aux bénéficiaires (avec parfois des exceptions pour les personnes incapables de gérer). Dans un cas sur 8, c'est à la personne de choisir. Le versement direct aux services a l'inconvénient d'être politiquement peu « visible », un défaut souligné par un Conseil Général. Un courrier du Conseil Général expliquant que les services ne sont pas gratuits mais bien financés par le département pourrait ajouter de la visibilité à la plus grande simplicité de cette solution.

Tarif horaire ou dotation globale

Tarif horaire, versé à l'association "sur service fait"	20
Tarif horaire, mais évolution envisagée vers dotation globale	2
Décision pas encore prise, mais on penche vers dotation globale	1
Dotation globale versée par douzième	2
Dotation globale en cours d'expérimentation	1

Départements pour lesquels cette donnée est disponible: 26

→ 84,6 % appliquent un tarif horaire (7,7 % cependant envisagent de passer à la dotation globale), 11,5 % appliquent une dotation globale ou en font l'expérimentation. 1 CG n'a pas encore pris sa décision.

Si l'on considère que les sans-réponses sont notamment ceux qui n'appliquent pas la tarification individualisée, et que l'on prend le nombre de répondants pratiquant une dotation globale parmi le total des répondants et des sans-réponses (42 départements interrogés), on obtient: **7,1 % des CG versent le tarif aux services sous forme de dotation globale.**

Nombre de services autorisés (entre parenthèses = services en cours d'autorisation)

Département	Nb de services autorisés (et en cours d'autorisation)
02 AISNE	(36)
03 ALLIER	37
06 ALPES-MARITIMES	0
09 ARIEGE	5
11 AUDE	11 (+18)
13 BOUCHES-DU-RHONE	(20)
14 CALVADOS	19 (+21)
17 CHARENTE-MARITIME	36
18 CHER	9
19 CORREZE	-
21 COTE-D'OR	0
22 COTES-D'ARMOR	18 (+18)
23 CREUSE	0
24 DORDOGNE	15 (+15)
26 DROME	11
30 GARD	19
31 HAUTE-GARONNE	(65)
32 GERS	3
33 GIRONDE	6 (+5)
34 HERAULT	32
35 ILLE-ET-VILAINE	15
36 INDRE	1
37 INDRE-ET-LOIRE	12
42 LOIRE	15
43 HAUTE-LOIRE	61
44 LOIRE-ATLANTIQUE	15
46 LOT	(8)
48 LOZERE	-
51 MARNE	12
54 MEURTHE-ET-MOSELLE	25
56 MORBIHAN	70
59 NORD	65
62 PAS-DE-CALAIS	40 (+75)
66 PYRENEES-ORIENTALES	8 (+2)
68 HAUT-RHIN	5
72 SARTHE	8 (+2)
78 YVELINES	6
80 SOMME	0
82 TARN-ET-GARONNE	5
84 VAUCLUSE	2
91 ESSONNE	21 (+2)
93 SEINE-ST-DENIS	5

Caractéristiques des départements interrogés : classement relatif selon le potentiel fiscal et la part des personnes âgées dans la population, densité de population, et méthode de tarification

Département	Rang en termes de potentiel fiscal (du moins riche au plus riche)	Classement selon la part des 75 ans et plus (en %) (du plus jeune au plus âgé)	Densité (hab/km ²)	code tarification
02 AISNE	22	33	73	2
03 ALLIER	36	93	47	2
06 ALPES-MARIT.	93	87	246	0
09 ARIEGE	26	90	29	5
11 AUDE	10	86	54	1
13 BOUCHES-DU-RH.	76	38	372	2
14 CALVADOS	42	31	120	2
17 CHARENTE-MAR.	31	81	86	5
18 CHER	39	73	43	3
19 CORREZE	33	99	40	0
21 COTE-D'OR	66	39	59	0
22 COTES-D'ARMOR	7	82	82	3
23 CREUSE	1	100	22	0
24 DORDOGNE	11	95	44	1
26 DROME	81	44	70	2
30 GARD	62	49	114	3
31 HAUTE-GAR.	77	21	180	2
32 GERS	4	96	28	2
33 GIRONDE	70	41	136	2
34 HERAULT	64	46	159	3
35 ILLE-ET-VILAINE	55	26	134	3
36 INDRE	13	91	34	0
37 INDRE-ET-LOIRE	51	51	93	3
42 LOIRE	49	59	153	0
43 HAUTE-LOIRE	14	69	43	5
44 LOIRE-ATL	68	28	175	0
46 LOT	17	97	32	2
48 LOZERE	2	80	15	2
51 MARNE	54	24	69	3
54 MEURTHE-ET-MOSELLE	57	29	138	2
56 MORBIHAN	34	56	99	2
59 NORD	44	13	449	4
62 PAS-DE-CALAIS	18	27	217	2
66 PYRENEES-OR	46	85	102	4
68 HAUT-RHIN	89	17	207	5
72 SARTHE	45	54	87	2
78 YVELINES	94	8	609	1
80 SOMME	29	34	91	0
82 TARN-ET-GAR.	43	77	59	1
84 VAUCLUSE	73	43	146	1
91 ESSONNE	91	7	650	1
93 SEINE-ST-DENIS	90	5	6182	2

Sources : amendement n°1-135 rect. au PLF pour 2006 ; INSEE 2005

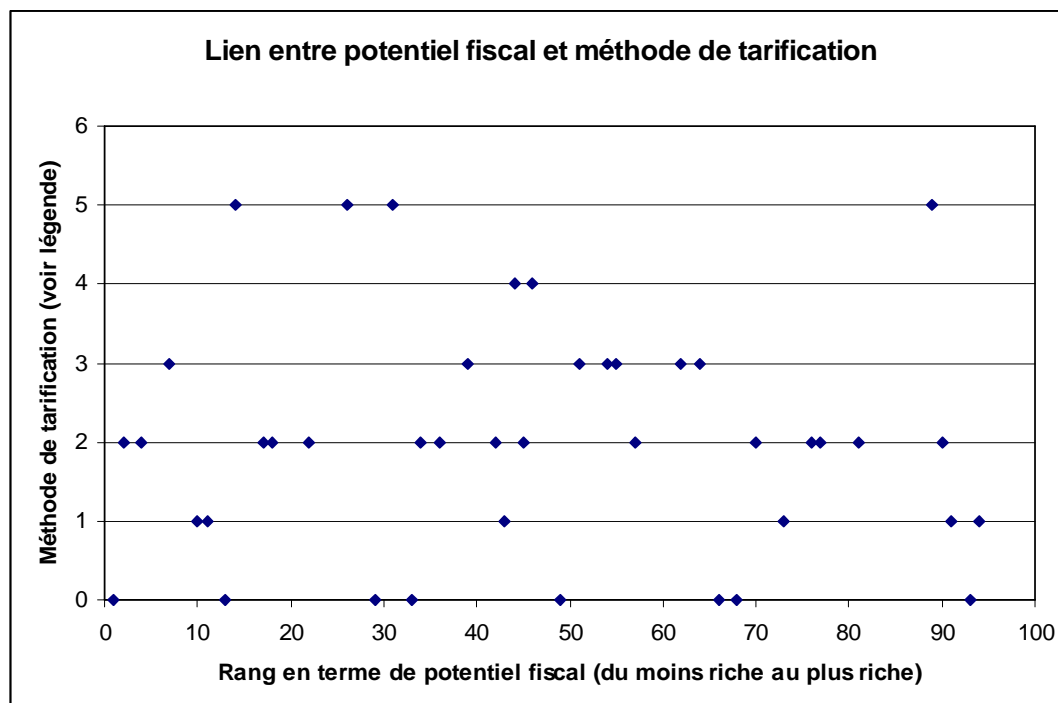
Légende des « codes tarification » (ces codes renvoient à la typologie des méthodes de tarification établie précédemment):

0: Pas de service autorisé
1: Tarif unique, même pour les services autorisés
2: Tarification individualisée, sans différenciation par niveau de qualification et sans tarif APA distinct
3: Tarification individualisée, sans différenciation par niveau de qualification, mais avec tarif APA distinct
4: Tarification individualisée, avec différenciation selon le niveau de qualification, et sans tarif APA distinct
5 : Tarification individualisée, avec différenciation selon le niveau de qualification, mais avec un tarif APA distinct

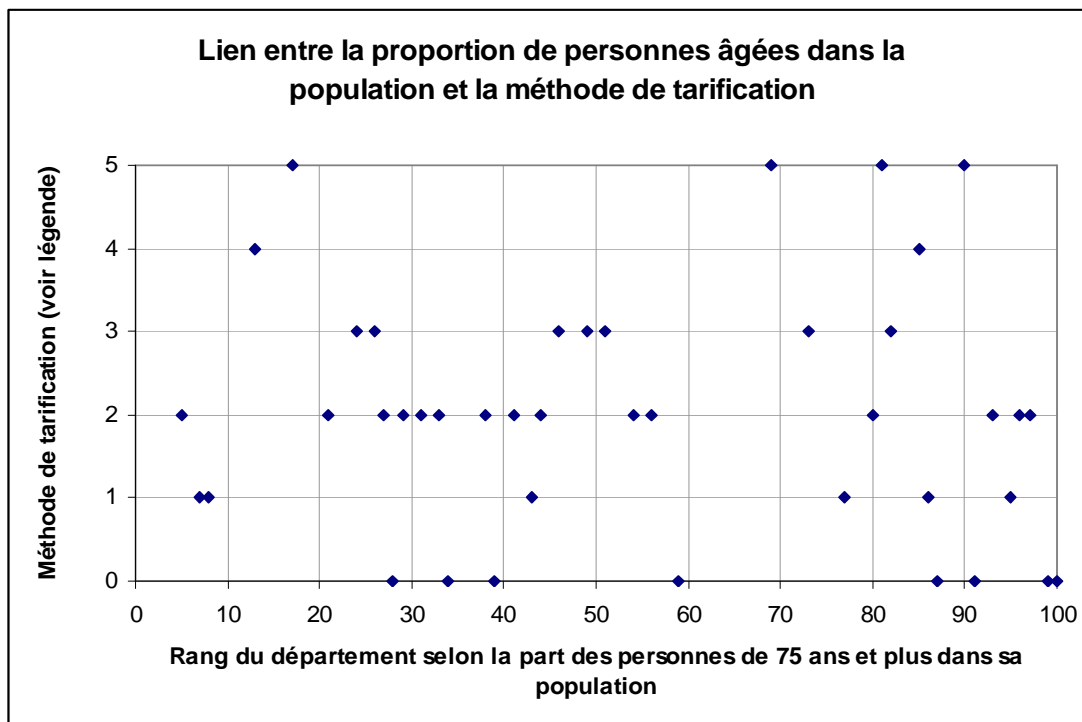
Ainsi le tableau se lit de la façon suivante : L'Ariège (09) est au 26^{ème} rang en termes de potentiel fiscal (c'est donc un département relativement peu riche, 1 étant le plus pauvre et 100 le plus riche) ; elle est au 90^{ème} rang en termes de population de plus de 75 ans (un département assez âgé, donc) ; et c'est un département rural (faible densité). Elle applique la tarification individualisée, en distinguant un tarif par niveau de qualification, et détermine par ailleurs un tarif de référence APA distinct (code 5).

A partir de ce tableau, **le croisement des données semble indiquer qu'aucune des principales caractéristiques des départements ne présente de corrélation assez importante avec la méthode de tarification pour en être un facteur d'explication**. Les graphiques suivants (où chaque point représente un département) tentent de l'illustrer.

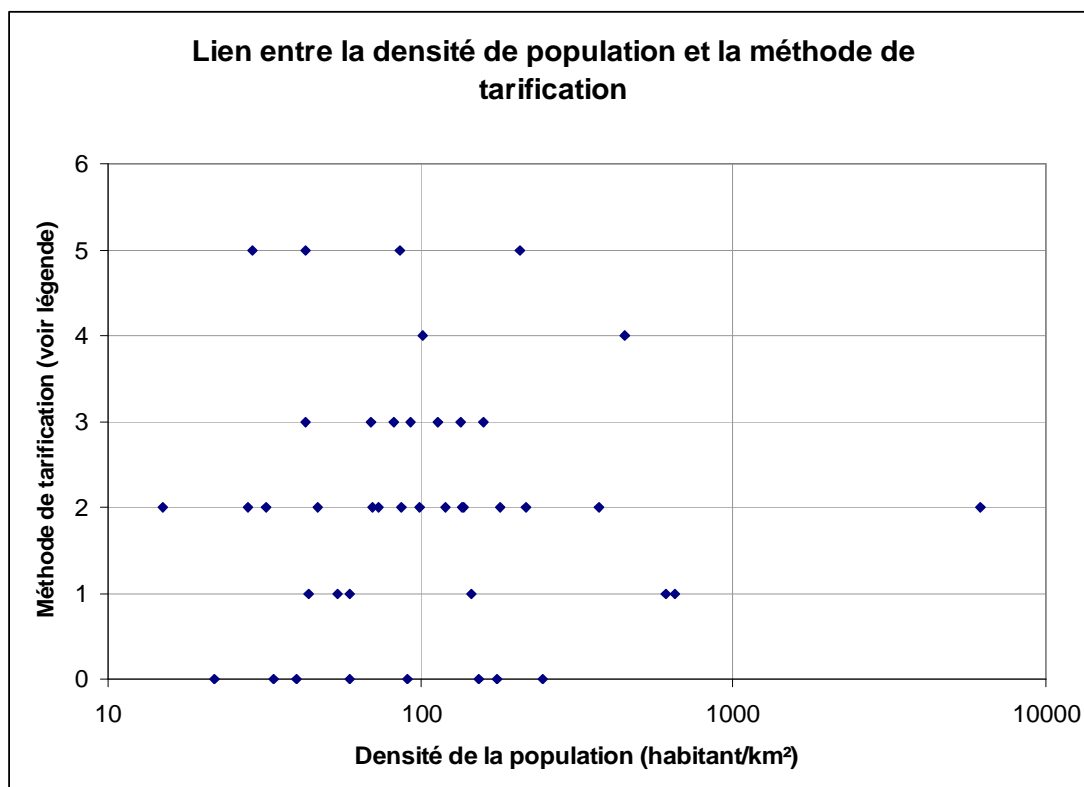
Richesse et méthode de tarification :



Population âgée et méthode de tarification :



Le fait qu'un département soit plutôt rural ou plutôt urbain a-t-il une influence sur la méthode de tarification ?



Couleur politique et méthode de tarification :

Départements sans service autorisé ou avec un tarif unique: 6 UMP, 1 UDF et 7 PS+PRG.
Départements appliquant la tarification individualisée, ainsi qu'un tarif de référence APA distinct: 5 de droite et 6 de gauche

→ Le croisement de ces données semble indiquer qu'il n'y a pas de tendance claire quant au lien entre la couleur politique et la méthode.

Les tarifs pratiqués dans les départements interrogés :

Département	Tarif le plus bas	Tarif le plus élevé	Amplitude	Moyenne pondérée
2	12,96	18,26	5,3	15,31
6	17,46		0	
9 ^{1*}	13,65	16,64	2,99	
9 ²	13,87	21,05	7,18	
11	15,5		0	
13	17,15		0	
14	13,43	19,09	5,66	
17 ¹	15,94	20,28	4,34	18,13
17 ²	17,34	22,92	5,58	20,55
18	16,57	18,45	1,88	
19	17,46		0	
21	17,46		0	
24 ¹	15,32		0	
24 ²	17,72		0	
26	17	18	1	
30	15	18	3	
31	17,22	18,74	1,52	
32	17,16		0	
33	17	18	1	
34	16,2	19,62	3,42	
35	18,8	20,95	2,15	
36	16		0	
37	16,21	18,33	2,12	
42	17,6		0	
43 ¹	16,25	18,35	2,1	
43 ²	18,42	21,61	3,19	
44	17	21	4	
46	15,02	18,37	3,35	
48	17,35	18,01	0,66	
51	13	17,2	4,2	
54	16,4	17,67	1,27	
56	15,8	17,5	1,7	
59 ¹	15,18	18,56	3,38	
59 ²	17,34	21,23	3,89	
62	14,81	23,1	8,29	17,64
66	17,15	18,03	0,88	17,61
72	16,35	19,72	3,37	
82	16,5		0	
84	17	17	0	
93	17	18,5	1,5	

* ¹ signifie tarif Aides et Employés à Domicile et ² signifie tarif Auxiliaires de Vie Sociale

Classement thématique des points évoqués au cours des entretiens comme étant des problèmes, posant des difficultés :

Type de problème		dpmts	effectifs
Contradiction entre l'encouragement de la professionnalisation d'une part (qui contribue à l'augmentation du tarif), et le caractère limitatif des crédits d'autre part. Cela mène à réduire le volume des plans d'aide pour avoir une meilleure qualité, ou à réduire la qualité pour avoir plus d'heures. Cette contradiction contribue à l'impopularité du régime de l'autorisation qui va de pair avec la tarification individualisée.		11, 09, 32, 46, 56, 59	6
Autorisation/Agrément	Le régime de l'autorisation désavantage les services face aux services agréés.	13, 51, 44	26
	La procédure est contraignante.	32, 51, 66	
	Les services redoutent l'autorisation (effet sur leur tarif, impression d'intrusion du CG dans leurs affaires), le CG doit vaincre leurs réticences.	13, 24, 30, 32, 36, 59, 93	
	le CG encourage plutôt l'agrément	17, 78	
	Le CG encourage l'autorisation.	62, 33, 24, 66	
	Aucun service autorisé	06, 21, 19, 23, 36, 42, 44, 80	
La distinction des tarifs en fonction de la qualification des intervenants pose problème:	elle renchérit le tarif	9, 17	3
	elle ajoute de la complexité	30	
Critique de la réglementation (y ajouter le droit d'option, qui est critiqué, cf. catégorie autorisation/agrément, et la distinction des tarifs par niveau de qualification)	elle est peu claire, les textes sont trop nombreux et parfois semblent se contredire	2, 59, 72, 44	5
	le décret budgétaire n'est pas adapté aux SAAD	30	
Les services n'ont pas les compétences nécessaires (personnel pas assez formé, s'adaptant difficilement aux changements) pour appliquer correctement le cadre budgétaire et les règles de la procédure budgétaire (notamment la présentation des heures à tarifier dans un budget annexe). Le Cg doit tout reprendre, ou renoncer à déterminer un tarif.		2, 30, 34, 46, 51, 66	6
Les services exigent un tarif trop élevé.		17	1
Problème de moyens au sein du CG pour mener à bien la tarification individualisée. Service tarification débordé, retard dans la tarification.		19, 02, 34, 72	4
Problème de la non-opposabilité du tarif PCG. Reprise du déficit causé par le manque-à-gagner du aux heures CNAV gonfle le tarif PCG. Le CG doit porter le poids de cette non-opposabilité.		22, 31, 43, 44, 93, 22, 78	7

total dpts interrogés: 42