



**Bureau  
d'économie  
théorique  
et appliquée  
(BETA)**  
UMR 7522

# Documents de travail

## « La solvabilisation des plans d'aide APA comme outil décentralisé d'assurance et de redistribution »

Auteurs

**C. Bourreau-Dubois, A. Gramain**

Document de Travail n° 2014 – 8

*Avril 2014*

**Faculté des sciences  
économiques et de  
gestion**

Pôle européen de gestion et  
d'économie (PEGE)  
61 avenue de la Forêt Noire  
F-67085 Strasbourg Cedex

Secrétariat du BETA

Géraldine Del Fabbro  
Tél. : (33) 03 68 85 20 69  
Fax : (33) 03 68 85 20 70  
g.delfabbro @unistra.fr  
www.beta-umr7522.fr



# **La solvabilisation des plans d'aide APA comme outil décentralisé d'assurance et de redistribution<sup>1</sup>**

Cécile Bourreau-Dubois et Agnès Gramain

Cécile Bourreau-Dubois (BETA – UMR 7522 CNRS Université de Lorraine)

Agnès Gramain (CES – UMR 8174 CNRS Université Paris 1 Panthéon Sorbonne)

## Résumé

La loi du 13 août 2004, dans son article 56, reconnaît aux conseils généraux un rôle de "chef de file" de l'action sociale en direction des personnes âgées, mais un cadre légal, fixé au plan national, encadre étroitement leur action, en particulier en matière de solvabilisation de la demande d'aide, via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). S'appuyant sur les enseignements tirés d'enquêtes réalisées auprès de conseils généraux, cet article montre comment le vide juridique concernant la valeur de l'heure d'aide à utiliser dans le calcul de l'APA permet aux conseils généraux de modifier sensiblement les propriétés de cet outil de financement public, à la fois ses propriétés assurantielles face aux risques de prix induit par la tarification individualisée qui prévaut dans le secteur médico-social, et ses propriétés distributives.

Le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes se caractérise, en France, par une assez forte variation des prix pratiqués, alors même qu'une partie des services prestataires d'aide est tarifée par les pouvoirs publics. En effet, les services prestataires d'aide à domicile pour les personnes âgées peuvent choisir entre deux régimes de régulation publique : le premier, dit "régime de l'agrément" leur laisse la liberté de fixer leur prix, et plafonne uniquement le taux de croissance d'une année sur l'autre ; le deuxième, dit "régime de l'autorisation" leur impose de pratiquer un tarif fixé par les autorités départementales, mais ce tarif est fixé, service par service, sur la base de son coût de production. Une enquête conduite en 2012 auprès de 73 des 96 départements métropolitains révèle ainsi que le tarif d'une heure d'aide à domicile, sous le régime de l'autorisation, varie du simple au double sur l'ensemble du territoire français. Cette variabilité du prix horaire constitue un véritable enjeu pour les politiques publiques de financement des aides pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile, dès lors qu'elles prévoient un financement public partiel : l'aide publique doit-elle, ou non, neutraliser l'impact de cette variabilité sur le coût de l'aide pour les personnes âgées ? Ou, autrement dit, le reste à charge pour les personnes âgées dépendantes, bénéficiaires de financements publics, doit-il refléter, partiellement, voire totalement, le niveau du prix pratiqué par les services prestataires ?

---

<sup>1</sup> Cet article correspond, aux annexes près, au chapitre 5 du rapport de recherche « La prise en charge de la dépendance des personnes âgées dépendantes : dimensions territoriales de l'action publique » (Billaud et alii., 2012). Cette recherche, menée sous la responsabilité de A. Gramain, a été réalisée avec le soutien financier de la MiRE. L'objectif de cette recherche est de comprendre comment se construit la diversité de l'action publique entre territoires départementaux. En raison de systèmes d'information inadéquats, cette recherche s'est appuyée sur une démarche ethnographique basée sur la réalisation de 7 monographies départementales, conduites dans un souci de comparabilité des matériaux recueillis.

Cette question se pose avant tout au niveau départemental. En effet, bien que le financement public de l'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes s'organise dans le cadre d'une prestation nationale, l'allocation personnalisée d'autonomie, les décisions concernant le détail des schémas de financement et les modalités de calcul de la prestation ont été confiées aux conseils généraux. Si l'on se retient aux territoires départementaux, la variabilité des prix est moins forte, mais elle reste sensible : l'écart entre le tarif le plus faible et le tarif le plus élevé, à l'intérieur d'un même département, pour les prestataires autorisés, peut atteindre jusqu'à 9 euros (pour un tarif moyen autour de 20 euros de l'heure). La question est d'autant plus vive pour les conseils généraux, que les personnes âgées sont une population peu mobile et que les services prestataires sont très inégalement répartis à l'intérieur des départements : si les personnes âgées qui résident en ville peuvent choisir entre de nombreux prestataires, celles qui vivent en zone rurale sont souvent tributaires d'une seule association d'aide, dont les coûts de production sont d'autant plus élevés qu'elle fait face, mécaniquement, à d'importants coûts de transports.

Dans ce contexte, l'objectif de la recherche présentée ici est double. Il s'agit tout d'abord de recenser et de décrire les différents types de schéma de financement élaborés par les conseils généraux dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie. Il s'agit ensuite d'analyser les propriétés de ces différents schémas, d'une part en termes d'assurance des personnes âgées face au risque financier qui naît de la variabilité des prix facturés par les services prestataires et, d'autre part, en termes de redistribution entre différentes catégories de personnes âgées dépendantes.

## ***1/ Le double marché du secteur de la prestation d'aide à domicile aux personnes âgées en France***

### *1-Deux systèmes de régulation des prestataires d'aide à domicile pour les personnes âgées*

Depuis la loi du 2 janvier 2002, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour personnes âgées entrent dans le périmètre des services sociaux et médico-sociaux au titre de la sixième catégorie de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). A cette date, cette loi prévoyait que tout nouveau SAAD nécessitait une autorisation par le président du conseil général. Cependant, pour les services d'aide à domicile aux personnes âgées, l'autorisation peut, depuis la loi du 26 juillet 2005, être remplacée par une autre procédure de régulation publique, dite procédure d'agrément, délivrée par l'Etat central, via ses services déconcentrés (en l'occurrence les directions régionales du travail). Autrement dit, depuis 2005, deux régimes de régulation par les pouvoirs publics coexistent dans le secteur des services d'aide et d'accompagnement à domicile pour personnes âgées :

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui optent pour l'autorisation, doivent, selon l'article L314-7 du CASF, être tarifés par les pouvoirs publics, en l'occurrence par le conseil général, comme tout établissement ou service médico-social. A ce titre, comme le stipule l'article R314-130, est prévue une tarification individualisée pour chaque service sur la base de ses coûts de production (qui regroupent les dépenses afférentes aux rémunérations des intervenants, des frais de structure, des coûts de coordination, d'encadrement et de soutien). En revanche, pour ce qui est des services relevant du secteur "agrégé", ils bénéficient d'une liberté de fixation du prix, du moins dans la limite d'un taux de croissance annuel fixé par les services déconcentrés de l'Etat central.

Au total, la façon dont les prix s'établissent sur ce marché présente des similarités avec ce qui se passe dans le secteur de la santé. Les prix facturés par les prestataires autorisés sont des tarifs négociés avec le CG, comme dans le secteur 1 de l'assurance maladie. A l'inverse, les prix facturés par les prestataires agréés sont libres, comme dans le secteur 2. Cela étant, il faut noter que, à la différence des règles qui régissent le secteur 1, chaque structure autorisée se voit fixer un tarif qui lui est propre, en fonction de ses coûts de production (cf. Gramain, Xing, 2012). Il y a donc autant de tarifs conventionnels que de fonctions de coûts différentes. Au total, on voit donc que le secteur de

l'aide à domicile est susceptible d'être marqué par une assez forte variation des prix facturés, que l'on soit en « secteur 2 » comme en « secteur 1 », ce qui est effectivement ce que l'on observe pour les structures autorisée (cf. infra)

## 2-le poids respectifs des deux secteurs

Une enquête menée en 2012 auprès des 96 départements métropolitains permet d'avoir une idée du poids respectifs de ces deux secteurs. Cette enquête nous donne une information sur la densité du secteur autorisé. Ainsi, les 73 départements ayant participé à l'enquête comptent en moyenne près de 23 structures autorisées. Cependant, on note de forts écarts d'un département à l'autre. Si un quart des départements compte plus de 39 structures autorisées, un autre quart n'en compte qu'au plus 3 (3 départements n'ayant aucune structure autorisée). Il faut signaler ici que dans certains des départements ayant déclaré un nombre important de structures autorisées, ces dernière appartiennent à une même association fédérative, gonflant ce faisant le nombre de structures déclarées. Cela étant, ces statistiques ne nous disent rien sur le poids relatif du secteur autorisé par rapport au secteur agréé. Cette information peut être obtenue de manière indirecte par la proportion des heures financées dans le cadre de l'APA fournies par les structures autorisées, en l'absence de données statistiques sur le nombre de prestataires agréés dans les départements enquêtés. On voit ainsi que, parmi les 67 départements comptant au moins une structure autorisée, les prestataires autorisés occupent une place majeure (plus des 2/3 des heures financées) dans près de la moitié des départements et une place relativement importante (entre 1/3 et 2/3 des heures financées) dans près de deux départements sur cinq.

### Nombre de structures autorisées dans le département

<b>Min : 0</b>	<b>Q1 : 3</b>	<b>Q2 : 9</b>	<b>Q3 : 39</b>	<b>Max : 105</b>	<b>Mean : 22,6</b>	<b>Std : 26.9</b>
----------------	---------------	---------------	----------------	------------------	--------------------	-------------------

Source : Enquête 2012 auprès des départements métropolitains ; N= 70

### Répartition des départements selon la proportion des heures financées dans le cadre de l'APA fournies par des structures autorisées

<b>0 : 4,5 %</b>	<b>moins d'1/3 : 4,5%</b>	<b>entre 1/3 et 2/3 : 41,8%</b>	<b>plus des 2/3: 49,2%</b>
------------------	---------------------------	---------------------------------	----------------------------

Source : Enquête 2012 auprès des départements métropolitains ; champ = départements comptant au moins une structure autorisée N= 67

Encadré : Une enquête en deux étapes

Afin de comprendre comment se construit la diversité de l'action publique en direction des personnes âgées dépendantes vivant à domicile, entre les différents départements, 8 monographies de départements ont été réalisées, entre 2008 et 2012, par une équipe réunissant des économistes

et des sociologues<sup>2</sup>. L'analyse du matériau recueilli lors de cette première phase d'enquête a permis de faire émerger les points autour desquels peut s'organiser la description raisonnée de l'action des conseils généraux en direction des personnes âgées dépendantes à domicile ainsi que les interlocuteurs locaux permettant d'accéder aux informations pertinentes. Sur cette base, un protocole d'enquête par questionnaire a été construit, comportant un questionnaire de 3 pages centré sur l'organisation territoriale des services départementaux, les pratiques de tarification des services d'aide à domicile autorisé, ainsi que les pratiques de solvabilisation de la demande d'aide à domicile dans le cadre de l'APA. Cette deuxième phase d'enquête a été conduite à partir de l'été 2012, par une équipe légèrement modifiée<sup>3</sup>, auprès des 06 départements métropolitains. Une première partie du questionnaire été remplie lors d'un entretien téléphonique. Le questionnaire été ensuite adressé par mail à un correspondant chargé de le compléter. 73 départements ont retourné un questionnaire entre juillet 2012 et juillet 2013.

### 3-Variabilité des prix dans le secteur autorisé

L'enquête permet également de connaître l'ampleur de la variabilité des prix facturés par les prestataires autorisés<sup>4</sup>, les départements participant à l'enquête devant renseigner leur tarif d'autorisation minimum, leur tarif d'autorisation maximum et le tarif de la plus grosse structure autorisée. Cette enquête révèle que l'écart entre les deux tarifs extrêmes, dans un même département, est en moyenne de plus de 3€. Cet écart monte à plus de 4 € dans un quart des départements. Un tel écart est considérable, le tarif moyen de la plus grosse structure observé dans l'enquête étant de l'ordre 22€. En conséquence, l'enquête met en évidence qu'il existe pour les personnes âgées un véritable risque de variabilité du prix facturé de l'heure d'aide.

#### Répartition des départements selon le montant de la fourchette de tarifs autorisés (tarif max-tarif min) (N=43) :

---

**Min : 0€    Q1 : 1,5€    Q2 : 3,1€    Q3 : 4,4€    Max : 9,2€    Mean : 3,3€    Std : 2,4€**

---

*Source* : Enquête 2012 auprès des départements métropolitains ; champ = départements qui tarifient un seul tarif par structure; N= 43

---

<sup>2</sup> Les membres de l'équipe impliqués dans les monographies sont Solène Billaud (CMH - MSSH), Cécile Bourreau-Dubois (BETA - université de Lorraine), Agnès Gramain (CES - Université Paris 1 ; EEP), Florence Weber (CMH - Ecole normale supérieur) et Jingyue Xing (CMH - EHESS). Les monographies de deux départements se sont déroulées dans le dans le cadre d'un stage d'initiation à l'enquête ethnographique collective, d'une semaine, associant une quinzaine d'étudiants.

<sup>3</sup> Les membres de l'équipe impliqués dans la réalisation de l'enquête par questionnaire sont Cécile Bourreau - Dubois (BETA - Université de Lorraine), Agnès Gramain (CES - Université Paris 1 ; EEP), Robin Hégé (CES - université de Paris 1), Marianne Tenand (IPP), Jérôme Wittwer (ISPED, université Bordeaux II), avec l'aide de Clara Trompson.

<sup>4</sup> Les prix facturés par les prestataires agréés n'étant pas l'objet d'une recension par une administration locale ou nationale, il n'est pas possible de quantifier la dispersion des prix pratiqués par ces prestataires.

## ***II/ Présentation des différents schémas de financement de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes, dans le cadre de l'APA***

Quel que soit le prestataire d'aide à domicile auquel une personne âgée s'adresse, elle peut demander à bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour couvrir une partie de ses dépenses, dès lors qu'elle remplit les critères d'éligibilité en termes d'âge, de résidence, et de degré de dépendance. Cette allocation, mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2002, est régie par la loi. Cependant, les paramètres légaux ne déterminent pas totalement le mode de calcul du montant de la prestation. Les conseils généraux chargés de mettre en œuvre l'allocation personnalisée d'autonomie doivent donc compléter ou préciser le dispositif légal, en fixant des paramètres supplémentaires permettant de calculer effectivement un montant d'aide attribué.

### ***1-Le dispositif légal***

L'APA est le principal dispositif public dédié au financement de la dépendance des personnes âgées<sup>5</sup>. Pour les personnes à domicile, elle est en outre la principale source de financement public : elle représentait, en 2010, 3,4 milliards d'euros, soit environ 40% de la dépense publique<sup>6</sup>.

L'APA est une prestation universelle dont l'obtention est conditionnée à l'âge, à la situation de résidence et au degré de dépendance du demandeur. L'instruction du dossier comprend une phase d'évaluation du degré d'autonomie du demandeur, mesuré à l'aide d'une grille légale, la grille AGGIR, qui permet de classer les personnes en 6 catégories, du GIR 6 (celles dont la prise en charge est la moins coûteuse) au GIR 1 (celles dont la prise en charge est la plus coûteuse). Seules les personnes en GIR 4 à 1 sont éligibles.

La loi prévoit que le montant de l'allocation soit modulé en fonction du degré de dépendance et du revenu du bénéficiaire. Une équipe médico-sociale, comportant un médecin et un travailleur social, propose un plan d'aide individualisé et chiffre les dépenses éligibles dans le cadre de l'APA. La loi fixe un plafond pour le montant de ces dépenses, en fonction du GIR du bénéficiaire : depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013, le plafond des dépenses éligibles varie de 559,22 €/mois en GIR 4 à 1304,84 €/mois en GIR 1. Elle fixe aussi la part des dépenses éligibles financée par l'APA, et celle qui reste à la charge du bénéficiaire (ticket modérateur). La répartition dépend du niveau de vie du bénéficiaire : en 2013, le ticket modérateur varie de 0% pour les personnes dont le revenu individualisé est inférieur à 734,66 €/mois à 90% pour celles dont le revenu individualisé est supérieur à 2 927,66 €/mois.

### ***2-La mise en œuvre au niveau départemental : 4 schémas de financement***

Les observations que nous avons conduites dans 7 départements<sup>7</sup> ont montré que ce cadre légal donne lieu à quatre grands types de mise en œuvre. L'enquête par questionnaire qui a fait suite aux monographies départementales nous permet de disposer aujourd'hui d'informations plus systématiques, 73 départements ayant répondu, et de préciser les conditions d'utilisation de ces quatre schémas de financement. Pour faciliter la comparaison entre les quatre schémas de financement repérés, il est utile de distinguer deux étapes dans le calcul du montant de l'allocation. Une première étape consiste à calculer le nombre d'heures d'aide qui seront prises en compte dans

---

<sup>5</sup> Au 31 décembre 2011, on dénombrait 1,2 million de bénéficiaires de l'APA dont 60% résidaient à domicile.

<sup>6</sup> Les financements de soins infirmiers, soins ambulatoires et hospitalisation représentent pour leur part 36% de la dépense publique en direction des personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

<sup>7</sup> Référence : rapport MIRE-DREES.

le calcul de l'allocation, ce qui dépend du plafond. La deuxième étape consiste à calculer le montant de subvention horaire qui sera versée, pour chaque heure d'aide solvabilisée.

Un exemple permettra de mieux comprendre le calcul. Considérons un bénéficiaire qui aurait besoin, selon l'équipe médico-sociale de 30 heures d'aide par mois et qui a choisi un prestataire dont le tarif horaire est de 20 euros. Ce bénéficiaire fait donc face à une facture, à un dommage dans le vocabulaire assurantiel, qui s'élève à 600 euros par mois. Considérons enfin qu'étant donné le degré de dépendance du bénéficiaire et son niveau de revenu, les barèmes fixent un plafond de 560<sup>8</sup> euros pour les dépenses éligibles à l'APA et un ticket modérateur de 25%. Pour cette personne, le nombre maximum d'heures solvabilisables est de 28 heures : à 20 euros de l'heure, le plafond de 560 euros correspond à la dépense occasionnée par 28 heures d'aide. Le bénéficiaire pourra donc percevoir une subvention pour financer 28 heures d'aide, et devra financer entièrement les 2 heures restant. Pour les 28 heures donnant lieu à financement public, le conseil général lui versera une "indemnité" correspondant à 75% du coût horaire, soit 15 euros. Il touchera donc au total 420 euros par mois (28 fois 15 euros). Dans cet exemple, le bénéficiaire est, selon la terminologie du terrain, "au plafond". Une personne moins dépendante, pour laquelle l'équipe médico-sociale aurait prévu seulement 20 heures d'aide par mois par exemple, percevrait une allocation de 300 euros (20 heures à 15 euros par heure), sans atteindre le plafond.

Nous qualifierons cette manière de calculer de schéma "autorisées – classique", car elle est utilisée par une large majorité des départements (64 sur 73) lorsque le bénéficiaire de l'APA recourt à un service d'aide autorisé, c'est à dire à un service d'aide dans le prix est fixé par le conseil général<sup>9</sup>. Cette méthode conduit à ce que le nombre maximum d'heures solvabilisables, c'est à dire le nombre d'heures correspondant au plafond, varie selon le prestataire choisi par le bénéficiaire, c'est à dire selon le prix facturé par le prestataire : à 20 euros de l'heure, le conseil général financent au maximum 28 heures d'aide, mais à 16 euros de l'heure, il en financerait 35. Ceci constitue, aux yeux de certains conseils généraux, un inconvénient majeur.

Un conseil général a donc choisi de calculer le nombre maximum d'heures solvabilisables en utilisant, non pas le prix facturé par le prestataire, mais un tarif forfaitaire, un prix fictif, identique pour tous les bénéficiaires de l'APA. Si l'on reprend le même exemple chiffré, avec un tarif forfaitaire de 16 euros de l'heure, le calcul devient, dans ces départements :

- 1/ nombre maximum d'heures solvabilisables :  $560/16 = 35$  heures
- > nombre d'heures effectivement solvabilisées : 30 heures
- > nombre d'heures financées entièrement par le bénéficiaire : 0 heures
- 2/ indemnité versée par heure solvabilisée : 75% de 20 euros, soit 15 euros
- 3/ montant total de l'allocation : 30 fois 15 euros, soit 450 euros.

Ce deuxième schéma sera qualifié de schéma de "préservation des heures", car il sert, explicitement, à maintenir le nombre d'heures d'aide prises en compte, dans le cadre de l'APA, lorsque le prix facturé devient élevé.

Le troisième schéma de financement observé repose sur l'utilisation d'un tarif fictif, mais de manière plus systématique : le tarif est utilisé aussi bien pour calculer le nombre maximum d'heures solvabilisables que pour calculer l'indemnité horaire. En reprenant toujours le même exemple chiffré, le calcul devient :

---

<sup>8</sup> Ce plafond correspond à quelques centimes près au plafond fixé pour les personnes qui se trouvent dans la catégorie la moins dépendante des éligibles.

<sup>9</sup> Cette méthode est aussi utilisée dans quatre départements pour les services prestataires agréés.

- 1/ nombre maximum d'heures solvabilisables :  $560/16 = 35$  heures  
--> nombre d'heures effectivement solvabilisées : 30 heures  
--> nombre d'heures financées entièrement par le bénéficiaire : 0 heures
- 2/ indemnité versée par heure solvabilisée : 75% de **16** euros, soit 12 euros
- 3/ montant total de l'allocation : 30 fois 12 euros, soit 360 euros.

Dans la pratique, le tarif fictif utilisé pour les deux opérations (calcul du nombre maximum d'heures solvabilisables et calcul de l'indemnité horaire) est identique, mais dans l'absolu, on pourrait utiliser deux tarifs différents.

Ce schéma sera qualifié, dans la suite, de "agrées-classique" car il est utilisé par 69 des 73 départements, lorsque le bénéficiaire recourt à un prestataire d'aide agréé. On peut noter qu'il correspond, au principe du plafond près, au système de remboursement des soins lorsque les assurés sociaux s'adressent à un professionnel de soins qui pratique un "dépassement d'honoraires" par rapport au tarif conventionnel (secteur 2). Il laisse le financement du dépassement entièrement à la charge de l'assuré.

Le quatrième et dernier schéma repéré ressemble à première vue au précédent, puisqu'il repose sur l'utilisation de tarifs forfaitaires fictifs dans les deux étapes du calcul. Cependant, il s'en éloigne en fait assez radicalement car il prévoit le financement du dépassement par le conseil général, et non par le bénéficiaire. Ainsi, pour chaque heure d'aide solvabilisée, le conseil général finance non seulement le complément du ticket modérateur, sur la base du tarif fictif (ici 75% de 16 €, soit 12 euros/heure) mais en outre le dépassement, c'est à dire le différentiel entre le prix effectivement facturé et le tarif utilisé pour le calcul. Dans l'exemple chiffré, on obtient donc les étapes suivantes :

- 1/ nombre maximum d'heures solvabilisables :  $560/16 = 35$  heures  
--> nombre d'heures effectivement solvabilisées : 30 heures  
--> nombre d'heures financées entièrement par le bénéficiaire : 0 heures
- 2/ indemnité versée par heure solvabilisée : 75% de **16 € plus (20-16)**, soit 16 €
- 3/ montant total de l'allocation : 30 fois 16 euros, soit 480 euros.

Afin d'éviter un surcroît de dépenses trop important pour les finances publiques, certains des conseils généraux qui appliquent ce type de schéma demandent aux bénéficiaires une participation forfaitaire sur le dépassement, de l'ordre de 1 à 2 euros. Cette participation forfaitaire change la répartition de la facture totale entre le conseil général et le bénéficiaire, mais comme nous allons le voir, elle ne modifie pas l'impact des variations de prix sur le montant de l'allocation perçue.

Ce rapide passage en revue des différents schémas de financement mis en œuvre dans le calcul de l'APA, permet de se convaincre que les deux paramètres fixés par la loi (le montant du plafond pour les dépenses éligibles et le ticket modérateur) sont compatibles avec des montants d'allocation très variables (de 360 à 480 euros pour une facture présentée de 600 euros dans notre exemple chiffré). Pour effectuer le calcul, les conseils généraux sont conduits à fixer deux paramètres supplémentaires : un tarif de valorisation permettant de calculer le nombre d'heures pour lequel le plafond légal est atteint, et un tarif de solvabilisation permettant de calculer le montant du financement public par heure solvabilisée. En décidant de ces deux paramètres, c'est à dire en utilisant le prix effectivement facturé (p) au bénéficiaire ou un tarif fictif ( $t_1$  ou  $t_2$ ), et en fixant le niveau de ces tarifs le cas échéant, les conseils généraux s'approprient l'APA et en font un outil de politique publique réellement décentralisé.



### ***III/ Quel type de politique les CG mettent-ils en place via ces schémas de financement ?***

Le choix de tel ou tel schéma de financement par les conseils généraux n'est pas le fruit d'une sélection à l'aveugle. A ce titre, l'analyse approfondie des modes de calcul offre une porte d'entrée privilégiée pour comprendre l'importance qui est donnée au problème de la variabilité des prix du secteur de l'aide à domicile, dans les politiques publiques en direction des personnes âgées dépendantes à l'échelle départementale. On peut en effet, à travers les modalités de calcul, saisir la manière de penser la dépendance et son indemnisation. On peut aussi en lire les conséquences des politiques de financement public, qu'elles correspondent aux objectifs spécifiques fixés explicitement à l'intervention publique dans ce champ, par chaque conseil général, ou qu'il s'agisse d'effets mal identifiés par les pouvoirs publics mais réels. Le financement de l'aide à la dépendance relevant du champ des politiques sociales, ce sont les conséquences en termes d'assurance (comment les bénéficiaires sont-ils assurés par les modalités de calcul contre de possibles variations de prix ?) et en termes de redistribution (comment le niveau de prix du prestataire choisi modifie-t-il le barème redistributifs de l'APA ?) qu'il convient d'explorer en premier lieu.

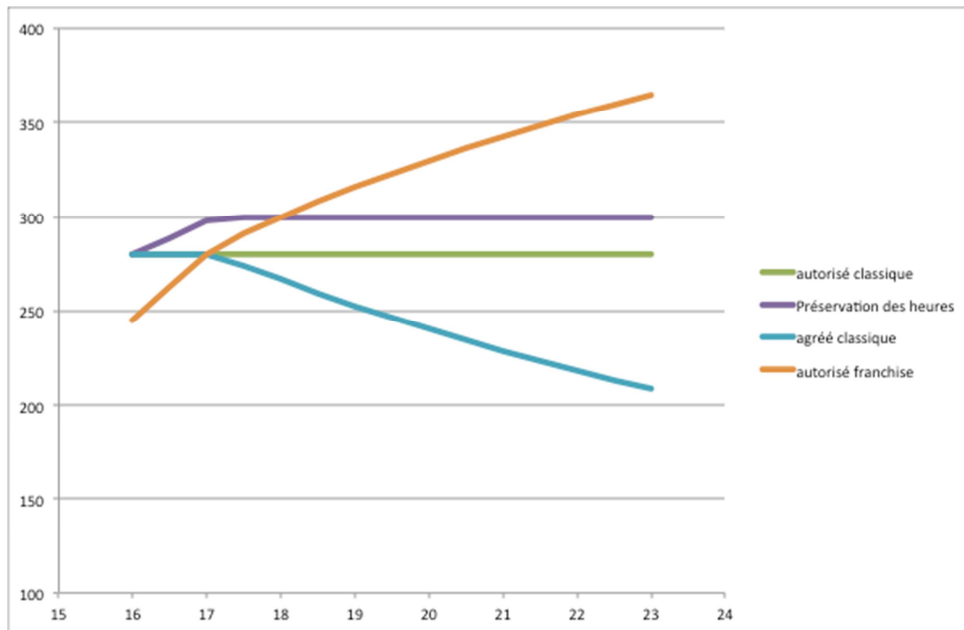
#### *1-Rôle du prix dans le calcul de l'indemnité et logique d'indemnisation<sup>10</sup>*

Avant d'entrer plus avant dans l'analyse des propriétés assurantielles et redistributives de ces quatre schémas de financement, il est intéressant de noter que l'utilisation de tarifs fictifs, dans trois des schémas de financement, confère aux prix facturés par les prestataires d'aide à domicile un rôle tout à fait particulier. En effet, dans ces trois cas, l'indemnité totale versée par le conseil général ne dépend plus seulement du montant de la facture que présente le bénéficiaire (le montant du "dommage" p.H), mais aussi de sa structure. Ainsi, pour une même facture de 600 euros par exemple, le montant d'APA perçu sera différent selon qu'il s'agit, de financer 30 heures d'aide à 20 euros, 20 heures d'aide à 30 euros ou encore 37 heures et demi à 16 euros.

---

<sup>10</sup> Les auteurs tiennent à remercier André Gramain pour sa contribution éclairante à cette section.

**Graphique : Montant d'APA perçu pour une facture de 600 euros selon la composition (prix;volume) de la facture, selon le schéma de financement**



Simulation pour un plafond de 560 euros, un ticket modérateur de 50% et un tarif de 16 euros

Lecture : l'axe des abscisses indique le niveau du prix horaire (de 15 à 24). A montant de la facture donné, chaque niveau de prix correspond à un nombre d'heures donné (de 37,5 heures pour un prix de 16 euros à environ 26 heures pour un prix de 23 euros). De la gauche vers la droite, le niveau de prix augmente et la quantité d'heures consommées diminue. Le "coude" correspond à une quantité d'aide de 35 heures (et à un niveau de prix de 17,14 euros), c'est à dire au nombre d'heures au plafond.

Le fait que le prix facturé ait un effet direct sur le montant d'APA, dans certains schémas de financement départementaux, peut surprendre, que l'on soit habitué à traiter d'assurance ou de politiques publiques. Cependant, ceci découle de la logique sous-jacente à chaque mode de calcul, logique que l'on peut faire apparaître de manière plus nette dans l'écriture des règles de calcul.

**Notations :**

On notera  $I(p, H, t_1, t_2)$  le montant de l'aide versée par le conseil général, dans le cadre de l'APA, par référence à l'indemnité versée dans les contrats d'assurance.

$p$  désigne le prix facturé à la personne âgée par le service prestataire qui intervient chez elle.

$H$  désigne le nombre d'heures d'aide fournies par ce service, par mois.

$pH$  correspond donc à la facture adressée à la personne âgée.

$t_1$  désigne le tarif utilisé par le conseil général pour calculer le nombre d'heures maximales solvabilisables ;  $t_1$  peut être égal au prix ( $t_1=p$ ) ; il varie alors d'un bénéficiaire à l'autre. Il peut être égal à une valeur théorique identique pour tous, qui sera alors notée "t".

$t_2$  désigne le tarif utilisé par le conseil général pour calculer l'indemnité horaire ;  $t_2$  peut être égal au prix ( $t_2=p$ ) ; il varie alors d'un bénéficiaire à l'autre. Il peut être égal à une valeur théorique identique pour tous, qui sera alors notée "t".

Dans la pratique, lorsque les conseils généraux utilisent deux tarifs fictifs, pour la valorisation au plafond et pour la solvabilisation, c'est en général la même valeur qui est utilisée (on a  $t_1= t_2$ )

**Schéma de financement (1) "autorisées – classique" :  $I(p,H) = (1-m) \cdot \min(pH,M)$**

Le premier schéma revient à considérer la facture réelle (pH) du services prestataire d'aide à domicile, quel que soit le prix horaire : c'est elle qui est comparée à un plafond (M) ; c'est elle dont le financement est réparti en fonction du ticket modérateur entre le bénéficiaire et les pouvoirs publics. Dans ce cas, il est logique que le prix n'ait pas d'effet en lui même puisque seule la facture globale compte : augmenter les heures d'aide ou augmenter le prix de l'heure a exactement les mêmes effets sur le montant de l'aide versée, dès lors que cela augmente la facture de la même manière.

**Schéma de financement (2) "préservation des heures" :  $I(p,H, t_1) = (1-m) \cdot p \cdot \min(H,M/t_1)$**

Dans le second schéma, le plafond n'est plus pensé en termes de facture, mais en termes d'heures d'aide. Ce n'est plus la facture réelle qui est plafonnée, c'est le nombre d'heures subventionnées. Ce n'est plus la conception du gestionnaire central du conseil général, mais celle des équipes médico-sociales qui se rendent au domicile, et envisagent l'emploi du temps d'une semaine standard. Pour pouvoir raisonner en heures, le plafond légal fixé en euros est converti, à l'aide d'un taux de conversion systématique ; on partage ensuite le coût réel de chaque heure à l'aide du ticket modérateur légal. Le prix horaire intervient donc en tant que tel, comme base pour le calcul de l'indemnité horaire.

**Schéma de financement (3) "agrées - classiques" :  $I(p,H,t_1,t_2) = (1-m) \cdot \min(t_2H,M(t_2/t_1))$**

Le troisième schéma, comme le premier, organise le financement de la facture totale, mais en utilisant une facture fictive. En effet, dès lors que c'est le même tarif qui est utilisé pour les deux opérations du calcul, ce qui est le cas dans la pratique, cette méthode de financement est très proche de la première : le conseil général finance une part de la facture, jusqu'à concurrence d'un plafond global, mais il s'agit ici d'une facture théorique, calculée à partir d'un prix fictif. L'indemnité versée est donc indépendante du prix réel.

**Schéma de financement (4) "autorisées - franchise" :  $I(p,H,t_1,t_2) = (p - mt_2 - f) \cdot \min(H,M/t_1)$**

Enfin, dans le quatrième et dernier schéma, le plafond est pensé en heures, comme dans le schéma "préservation des heures". Mais pour chaque heure solvabilisée, il ne s'agit plus d'appliquer une clef de répartition sur la facture horaire réelle, comme dans les schémas 1 et 2, ni de calculer la part du conseil général à partir d'une facture fictive, comme dans le schéma 3, mais de fixer le reste à charge du bénéficiaire, conformément au ticket modérateur légal, à charge pour le conseil général de compléter. Certaines variantes de ce schéma de financement comportent en outre une participation forfaitaire par heure. C'est le cas, par exemple, dans l'un des départements étudiés lors de la phase monographique de l'enquête. Dans ce département, cette variante a été mise en place comme modification d'un schéma initial de financement qui ne prévoyait pas de participation financière forfaitaire, afin de réduire le budget global "personnes âgées" du conseil général. De fait, ajouter une participation forfaitaire constitue bien une variante et non un autre schéma à part entière : elle ne transforme pas la logique initiale du calcul. Ce n'est qu'une rustine, par heure.

**2-Un choix de schéma de financement qui s'apparente au choix d'une politique d'assurance face au risque de variation des prix**

Le choix d'un schéma de financement correspond non seulement à une manière de penser la dépendance comme champ d'intervention publique, mais aussi à des objectifs de politiques

publiques précis, concernant l'impact de la variabilité des prix du secteur de l'aide à domicile sur l'accès à la solidarité publique et son ampleur.

Ainsi, le choix par un CG d'un schéma type « agréé classique » correspond à une volonté explicite de sa part de maîtriser son niveau de dépenses : l'indemnité versée étant calculée à partir d'une facture fictive, entièrement déterminée par le conseil général, il maîtrise parfaitement le montant de ses dépenses. Cet objectif a deux conséquences en matière de risque de prix. En effet, en fixant un tarif fictif comme tarif de solvabilisation ( $t_2=t$ ), le CG verse des indemnités horaires qui sont indépendantes des prix facturés par les prestataires agréés. Par ailleurs, en retenant également un tarif fictif pour la valorisation, le CG garantit aux personnes âgées que la prise en compte de leur besoin d'heures sera indépendante du prestataire ( $t_1=t$ ). Ce schéma conduit donc à faire supporter la totalité du risque de variabilité de prix sur les personnes âgées. En effet, comme on l'a vu précédemment, dans ce schéma, l'indemnité s'écrit  $l(p,H,t,t)=(1-m).t.\min(H,M/t)$ . L'impact du niveau du prix facturé sur le montant de l'indemnité est donc nul ( $l_p'=0$ ), et ce, quel que soit la quantité d'aide consommée par la personne âgée. On note au passage que ce type de schéma a donc pour conséquence de favoriser le développement de prestataires bon marché et de faible qualité.

A l'inverse du schéma précédent qui correspond à un objectif de contrôle budgétaire, les schémas « préservation des heures » et « autorisée-franchise » sont le fait de CG qui revendiquent relativement explicitement la défense du bien être des personnes âgées dépendantes. Ces deux schémas permettent au CG de protéger les personnes âgées contre le risque de diminution des heures solvabilisables suite au choix d'un prestataire autorisé plus coûteux puisque la valorisation des heures se fait à partir d'un taux de conversion unique ( $t_1=t$ ), quel que soit le prix du prestataire. Ce faisant, ces schémas permettent de respecter la définition des besoins définis par l'équipe médico-sociale. La mise en œuvre du plafond, en heures, conduit à un schéma de financement dont les propriétés assurantielles face à la variabilité des prix diffèrent selon le nombre d'heures d'aide consommées par la personne âgée dépendante : les petits consommateurs (au sens de H faible) sont mieux couverts contre le risque que les gros (au sens de H élevé).

Mais l'ampleur de l'assurance contre le risque de prix diffère d'un schéma à l'autre. En effet, le schéma de "préservation des heures", organise un partage du risque de prix au prorata du ticket modérateur. Les petits consommateurs bénéficient d'un partage du risque de la variation du prix facturé au prorata de leur ticket modérateur sur la totalité de leur prise en charge. En revanche, pour les gros consommateurs, seule une partie du risque de prix est partagée (celle correspondant à M/t heures d'aide), ce qui conduit, si l'on considère la totalité des heures consommées, à un taux de partage du risque beaucoup plus faible que celui qui résulterait de l'application du ticket modérateur légal. En effet, désormais l'indemnité s'écrit de la manière suivante :  $l(p,H,t,t)=(1-m).p.\min(H,M/t)$ . On a donc  $l_p'=(1-m)H$ , si  $H<M/t$  et  $l_p'=(1-m)(M/t)$ , si  $H>M/t$ .

Le second schéma privilégiant les besoins des personnes âgées est encore plus protecteur que le schéma précédent dans la mesure où il veille à ce que la personne âgée ne subisse les conséquences du choix d'un prestataire autorisé plus coûteux que les autres, ni dans son nombre d'heures solvabilisables, ni dans son reste à charge horaire. Il s'apparente en fait à un système de franchise., qui couvre complètement contre le risque de variabilité de prix pour les petits consommateurs, et le couvre complètement mais sur une partie des heures (M/t heures) pour les gros consommateurs. Pour les petits comme pour les gros consommateurs, le taux de couverture est donc plus avantageux que dans le schéma précédent. En effet, désormais l'indemnité s'écrit :

$$l(p,H,t,t)=(1-m).t.\min(H,M/t)+(p-t).\min(H,M/t)$$

L'impact du niveau de prix sur le montant de l'indemnité versée est donc  $l_p'=H$ , si  $H<M/t$  et  $l_p'=M/t$  si  $H>M/t$ .

L'introduction d'une participation forfaitaire horaire  $f$  à la charge de l'allocataire de l'APA ne transforme l'écriture de l'indemnité qu'à la marge, et surtout ne modifie pas les propriétés assurantielles du schéma.

Enfin, le choix d'un schéma « autorisé classique » par un CG renvoie à des objectifs moins affichés que dans le cas du choix des schémas précédents même si les effets sont réels que ce soit du côté de l'offre comme du côté de la demande. En effet en solvabilisant les structures autorisées au prix facturé ( $t_2=p$ ), ce schéma conduit à favoriser le maintien sur le marché d'associations proposant des services de qualité, aux coûts de production élevés. Cependant en choisissant par ailleurs le prix facturé comme tarif de valorisation ( $t_1=t$ ), ce type de schéma de financement fait supporter aux personnes âgées, par une réduction de leur nombre d'heures solvabilisables, l'existence de prestataires aux coûts de production élevés.

Là encore comme dans les deux cas précédents, les propriétés assurantielles de ce type de schéma sont différentes selon le niveau de prise en charge, mais le niveau de prise en charge est ici mesuré par le montant de la facture globale, c'est à dire en valeur, et non plus en heures, c'est à dire en volume. Ainsi en cas de variabilité des prix, ce schéma conduit à un partage du risque au prorata du ticket modérateur pour les petits consommateurs. Les gros consommateurs, quant à eux, supportent tout le risque, comme dans le schéma « agréé classique ». En effet, l'écriture de l'indemnité est désormais la suivante :  $I(p,H,t_1,t_2) = (1-m).p.\min(H,M/p)$ . On a donc  $I_p' = (1-m)H$ , si  $H < M/p$  et  $I_p' = 0$ , si  $H > M/p$ .

Tableau: Les différents schémas assurantiels selon le niveau d'aide consommée

Schéma	Segmentation	Type d'assurance face au risque de prix	
		Petits consommateurs	Gros consommateurs
Agréé classique	aucune	Pas d'assurance	Pas d'assurance
Autorisée classique	Niveau de consommation en valeur	Partage du risque au prorata de leur TM Taux d'assurance: (1-m)	Pas d'assurance
Préservation des heures	Niveau de consommation en volume	Partage du risque au prorata de leur TM Taux d'assurance: (1-m)	Partage du risque au prorata de leur TM sur une partie de l'aide Taux d'assurance : (1-m).(M/t)/H
Autorisée franchise	Niveau de consommation en volume	Assurance complète Taux d'assurance: 1	Partage du risque sur une partie de l'aide Taux d'assurance : (M/t)/H

### 3-Un choix de schéma de financement qui a des implications redistributives

Si certains départements ont conscience des conséquences assurantielles de leur schéma de financement, en particulier ceux qui pratiquent le schéma 4 "autorisé-franchise", en revanche les enquêtes monographiques suggèrent qu'aucun d'entre eux n'a en tête qu'en choisissant son schéma

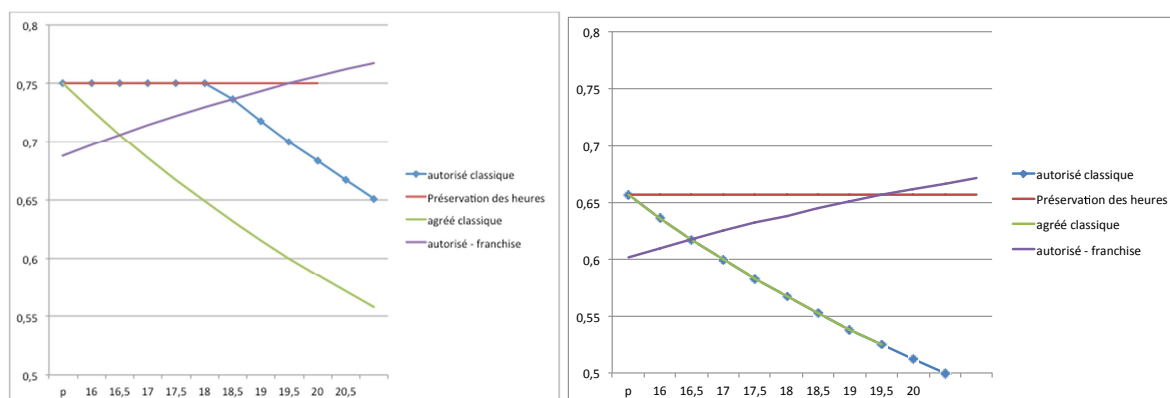
de financement il modifie *de facto* la valeur du ticket modérateur tel qu'il est prévu par la loi dans des proportions plus ou moins importantes selon la quantité d'aide consommée. La loi prévoit en effet un barème de ticket modérateur qui dépend uniquement du revenu. Or, l'application de certains schémas de financement conduit, d'une part, à un taux effectif de participation financière des bénéficiaires au financement de leur prise en charge qui ne correspond pas au taux du ticket modérateur légal. D'autre part, l'écart entre le taux effectif de participation financière et le taux du ticket modérateur légal varie, dans certains schémas, selon le prix du prestataire et la quantité d'aide consommée (en volume ou en valeur). Les principes de redistribution voulus par le législateur s'en trouvent donc modifiés, par l'introduction de deux nouveaux critères, à côté du revenu du bénéficiaire, dans la détermination de son taux de participation financière. Pour évaluer l'impact du schéma de financement sur la valeur et le barème du ticket modérateur effectif appliqués aux personnes âgées, on peut utiliser comme indicateur le ratio Indemnité totale sur montant du dommage, c'est à dire le taux de remboursement effectif.

L'analyse de l'impact de la variabilité des prix sur ce ratio met en évidence que les propriétés redistributives des schémas de financement sont complexes : elles ne sont pas similaires d'un schéma à l'autre d'une part, et, à schéma donné, elles ne sont pas toujours identiques selon le niveau de consommation, d'autre part.

**Graphique : Evolution du taux effectif de remboursement de la facture d'aide à domicile en fonction du prix et de la quantité d'aide consommée, selon le schéma de financement**

Indemnité versée par le conseil général, en % du dommage, pour

a) un bénéficiaire consommant 25 heures d'aide    b) un bénéficiaire consommant 40 heures d'aide



*Simulation pour un plafond de 560 euros, un ticket modérateur de 75% et un tarif de 16 euros*

On voit que pour les deux principaux schémas de financement (agrée classique et autorisé classique) l'augmentation du prix facturé conduit à ce que le taux effectif de participation financière devienne plus élevé que le ticket modérateur légal, et ce quelle que soit la quantité d'heures d'aide consommées. Dans le cas du schéma de financement "autorisé classique", ce décrochage entre taux effectif et taux légal s'enclenche pour des niveaux de prix d'autant plus élevés que le bénéficiaire consomme peu d'heures : le décrochage est en effet entièrement dû à l'existence du plafond, qui porte sur le montant de la facture (et non sur le nombre d'heures). En revanche, dans le schéma "agrée classique", le décrochage s'observe pour tous les bénéficiaires même pour des prix faibles : il a lieu, dès que le prix facturé dépasse le montant du tarif utilisé pour le calcul de l'indemnité (dès que le prix est supérieur à 16 € de l'heure dans notre exemple numérique). L'écart entre le taux effectif et le taux légal provient en effet non seulement de l'existence d'un plafond mais aussi de l'indemnisation horaire en dessous du plafond. C'est donc l'ampleur du décrochage qui varie selon la

quantité d'aide consommée : les deux mécanismes (plafond et indemnisation horaire) s'ajoutent pour les gros consommateurs.

Le schéma « préservation du nombre d'heures solvabilisables » pour sa part présente comme particularité de conduire à un même écart entre le taux effectif de participation et le ticket modérateur légal quel que soit le niveau de prix. En revanche, l'écart est d'autant plus fort que le bénéficiaire consomme une quantité élevée d'heures d'aide : dans ce schéma, le décrochage provient en effet uniquement du plafond, utilisé en heures. Ainsi, dans notre exemple numérique, le taux de participation financière reste égal au ticket modérateur pour les bénéficiaires qui consomment moins de 35 heures et ne sont donc pas touchés par le plafond.

Enfin, l'effet de la variabilité des prix sur les propriétés redistributives du schéma « autorisé océanique » est doublement original. Tout d'abord, à mesure que le prix facturé augmente, le taux de participation financière du bénéficiaire diminue (alors qu'on observe l'effet inverse pour les deux schémas standards). Ensuite, au-delà d'un certain niveau de prix (plus élevé pour les gros consommateurs) le ticket modérateur devient même plus faible que le ticket modérateur légal. Cette déformation du barème tient au fait que, en dessous du plafond, le montant du reste à charge du bénéficiaire est fixe et tout accroissement de prix est entièrement pris en charge par le conseil général. Ce type de schéma de financement instaure donc une incitation, pour les personnes âgées, à se tourner vers les prestataires les plus chers, et a priori de meilleure qualité.

\* \*

La lecture des textes légaux et réglementaires qui encadrent l'action publique en direction des personnes dépendantes vivant à domicile laisse penser, à première vue, que la solvabilisation de la demande fait partie des prérogatives de l'Etat central et que ses règles sont ainsi fixées de manière identique pour l'ensemble du territoire national. Pourtant, force est de constater, qu'il n'en est rien : l'observation des pratiques de solvabilisation révèle en effet, par la mise en évidence des différences entre département, que le cadre légal n'est pas assez précis pour définir les règles de solvabilisation de manière univoque. Pour effectuer le calcul du montant d'APA à attribuer à un bénéficiaire, les conseils généraux sont conduits à fixer deux paramètres supplémentaires : un tarif de valorisation permettant de calculer le nombre d'heures pour lequel le plafond légal est atteint, et un tarif de solvabilisation permettant de calculer le montant du financement public par heure solvabilisée<sup>11</sup>.

L'analyse des modalités concrètes de calcul de l'APA permet ainsi de mettre en lumière des aspects qui restent invisibles, lorsqu'on envisage les enjeux assurantiels et distributifs de l'APA, à l'échelon central. Elle permet, en particulier, de poser la question de l'assurance face à la variabilité des prix facturés, à un instant donné, sur un territoire, variabilité qui induit un risque sur le volume d'heures solvabilisées et un risque sur le montant de la participation financière horaire. Le choix que font les services des conseils généraux d'utiliser le prix facturé ou un tarif forfaitaire fictif, pour convertir le plafond monétaire en plafond horaire et comme base de calcul de l'indemnité horaire s'avère donc un choix majeur. Ce choix revient, d'une part, à faire de l'APA un dispositif qui assure totalement, partiellement, ou pas du tout, les personnes âgées contre la variabilité des prix facturés (et donc contre celle des coûts de production de l'aide en différents points du territoire par exemple). Il déforme, d'autre part, le taux de participation financière des bénéficiaires, non seulement en l'écartant des tickets modérateurs légaux, mais aussi en faisant dépendre le niveau de participation financière du volume horaire d'aide et du niveau de prix du prestataire, c'est à dire,

---

<sup>11</sup> L'article R232-9 du CASF donne des indications qui peuvent tout au plus guider le choix du montant, mais il ne le fixe pas.

potentiellement, de la qualité de l'aide apportée. En choisissant un schéma de financement, afin d'être en mesure de calculer un montant, les conseils généraux s'approprient donc l'APA et en font un outil de politique publique réellement décentralisé.

### **Références bibliographiques**

Aube-Martin P., Bruant-Bisson A., Reboul (de) J.-B. (2010), « Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles », rapport de l'IGAS et de l'IGF, octobre.

Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F, Xing J. (2012), « La prise en charge de la dépendance des personnes âgées dépendantes : dimensions territoriales de l'action publique », Rapport final réalisé pour le compte de la MIRE, 111 pages.

Gramain A. et Xing J. (2012), "Tarification publique et normalisation des processus de production dans le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées", *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, pp. 218-43

Hardy J-P. (2010), *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Paris, Dunod, collection « Action sociale ».

Lafore Robert (2004), "la décentralisation de l'action sociale : l'irrésistible ascension du "département providence", *Revue française des affaires sociales*, n°4, pp. 19-34.