



# FAIRE LE CHOIX DE LA TARIFICATION DES SAD

Le 1<sup>er</sup> janvier 2025 devait marquer le début de l'expérimentation dans dix départements d'un nouveau modèle de tarification des SAD (Services autonomie à domicile). Une étape importante qui normalement devait mettre fin à la tarification horaire source actuellement d'insécurité financière pour les services d'aide à domicile. Malheureusement aucun département ne s'est positionné et l'expérimentation a été abandonnée. Cependant, la problématique de financement des SAD ne se limite pas à cette question ; elle trouve sa genèse dans un système à double régime.

## UN SYSTÈME À DOUBLE RÉGIME

Actuellement, le secteur est en effet partagé entre deux systèmes : celui des services tarifés (SAD) et celui des services non tarifés par leur Conseil départemental. Règlementairement, on parle même d'habilitation ou non habilitation à l'aide sociale, mais comme celle-ci n'est pas toujours respectée par les départements, nous en resterons à la notion de tarification.

La tarification administrative médico-sociale est un mode de financement appliqué à tous les établissements et services médico-sociaux. Tous sauf certains SAD. À ce jour, on estime que 75 % des heures APA et 50 % des heures PCH réalisées par des SAD le sont par des services tarifés (associatifs ou publics principalement), ce qui veut dire que le reste de l'activité est réalisée par des services non-tarifés. Mais de quoi parle-t-on exactement ?

Le principe est assez simple, il repose sur un dialogue de gestion, entre une autorité de tutelle et un service habilité à l'aide sociale (cf la notion d'habilitation citée plus haut), et dont la finalité est d'aboutir au juste financement permettant le bon fonctionnement du service (le fameux coût de revient). L'arrêt du Conseil d'État (des 1<sup>ère</sup> et 4<sup>ème</sup> chambres réunie en date du 7 avril 2020) explique que le tarificateur « fixe les tarifs horaires des différents intervenants de façon à couvrir l'ensemble des dépenses afférentes à leur rémunération et des coûts de structure et de coordination de ces services dont il accepte la prise en charge ».

Grâce à la tarification du Conseil départemental

qui assure ainsi le coût de revient du service, le reste à charge pour la personne ne dépend plus que de ses ressources (appelé le reste à charge légal pour l'APA et quasi inexistant pour la PCH). Ainsi, la tarification garantit non seulement l'accessibilité financière des services pour tous, mais aussi une transparence financière des fonds publics versés par le département.

La tarification assure aussi en théorie la prise en charge de coûts liés aux revalorisations salariales issues des accords collectifs agréés, qui sont alors dits « opposables » au financeur.

Le second régime, pour la plupart du temps imposé par le Conseil départemental, échappe à tous ces principes. Le SAD non tarifé perçoit un financement public fixé de façon forfaitaire et qui ne dépasse que très rarement le tarif « socle » national, actuellement fixé à 24,58 €/heure d'intervention. Mais c'est ici que les choses se compliquent... En effet, le coût de revient d'un service autonomie se situe généralement autour de 33 €. Il existe donc un différentiel de 9,42 € pour chaque heure réalisée, entre le forfait proposé par le département et le coût de revient du service. Ce différentiel est souvent en partie couvert par des dotations supplémentaires, comme la dotation qualité (plafonnée à 3,30 €/heure) et la dotation dite « avenant 43 ». Il s'agit d'une dotation financée à 50 % par la CNSA et à 50 % par le département, pouvant atteindre au maximum 4,10 € / heure. Elle a été créée pour financer une partie des surcoûts liés à la hausse des salaires de la Branche de l'aide à domicile (BAD) depuis la mise en place de l'avenant 43 en octobre 2021. Une hausse de salaire estimée en moyenne à 15 %.



Le risque d'un système de SAD de plus en plus inégalitaire est fort

## DIFFÉRENCES DE TRAITEMENT AUX LOURDES CONSÉQUENCES

Malheureusement, au contraire des services tarifés, les services « non » tarifés ne peuvent revendiquer le principe d'opposabilité évoqué plus haut. Le financeur peut donc s'autoriser à ne pas prendre en charge ce surcoût, ou du moins sa totalité. A travers un exercice de calcul rapide, nous obtenons donc un différentiel non couvert par un financement public :  $24,58 + 3,3 + 4,10 = 31,98 \text{ €}$ , soit grosso modo 1 €/heure non financé, et ce dans le meilleur des cas, c'est-à-dire lorsque le département fait le choix de verser le maximum des deux dotations.

Mais rares sont les départements « non-tarificateurs » qui financent le forfait « avenant 43 » dans son intégralité (environ 1/3 des départements ne le financent pas à son maximum, cad 4,10). Ce différentiel est communément appelé le « reste à charge extralégal » et doit donc être assumé par les personnes accompagnées pour la moitié du montant et par le biais du crédit d'impôt pour la seconde moitié. Finalement, c'est donc l'État qui finance 50 % d'un financement départemental insuffisant.

Cette différence de traitement entre services tarifés et non tarifés, génère donc une iniquité de prise en charge des personnes accompagnées selon le département dans lequel elles vivent ou le choix du service dans un

même département, qu'il soit tarifé ou non. La facture peut donc ainsi passer du simple au double selon leur lieu d'habitation, créant une forme d'injustice, alors même que la cinquième branche devait transformer l'APA en une prestation de sécurité sociale pour tous.

Certes, dans un contexte de restriction budgétaire, la tarification est une pratique coûteuse pour le Conseil départemental, mais elle garantit le contrôle des financements publics et une accessibilité financière pour des personnes ayant besoin d'un accompagnement à domicile.

Malheureusement, la tendance actuelle est au désengagement massif des départements de la tarification administrative, provoquant ainsi une grande fragilité pour l'équilibre financier des services et la situation financière des personnes âgées qui renoncent de plus en plus souvent à mettre en place la totalité des heures d'APA auxquelles elles peuvent légitimement prétendre. On parle alors de reste à vivre plutôt que de reste à charge. In fine, si demain, le monde des services à domicile n'était constitué que de services non tarifés, le risque de connaître un secteur à deux vitesses serait alors très fort : d'un côté les personnes en capacité de financer leur maintien à domicile et de l'autre celles pour qui rester à domicile représenterait un coût trop important. Un échec cuisant pour les politiques sociales de l'autonomie. ■