

L'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes au prisme du quasi-marché

Document de travail présenté au SÉPOSA
Paris - 16 Mars 2012

Merci de ne pas citer sans l'accord de l'auteur

Florence Gallois
Doctorante Université de Reims – Laboratoire Regards (EA 6292)
ATER Université Paris 13 Nord
Florence.gallois@gmail.com

Résumé

Cet article place l'aide à domicile comme un acteur du système de santé et le positionne au sein de la filière soins. L'histoire longue du système de santé et de son organisation montre que l'introduction de logiques productivistes et marchandes dans un système hospitalo-centré conduisent à une recomposition de la filière soins et renforcent le rôle de l'aide à domicile. La coordination dans la filière est alors un élément essentiel. Pourtant les modalités de régulation de l'aide à domicile diffèrent fortement de celle des services de soins, même si les deux tendent à s'organiser à travers un même dispositif institutionnel, celui du quasi-marché. Pour ce qui est de l'aide à domicile, l'allocation des ressources apparaît ambiguë, à la frontière entre marché et quasi-marché, et incomplète. La conséquence est que les acteurs en présence organisent par le biais de réseaux d'autres formes de coordination en vue de l'allocation des ressources.

Abstract

This paper considers domiciliary care services as an actor of the health system and places domiciliary care in the health care supply chain. A long-term historical perspective of the French health system and its organization shows that the introduction of market dimensions leads to a new configuration of the health care supply chain, in which domiciliary care services have a reinforced function. Coordination in the health supply chain becomes a major element. Nevertheless, the regulation is strongly different between domiciliary care services and other health care services, even if both tend to be organized with the same dispositive: quasi-market. For domiciliary care services, resources allocation is ambiguous and incomplete. As a consequence, actors of the health supply chain organize networks in order to coordinate themselves for resources allocation.

Introduction

La dépendance des personnes âgées est le plus souvent associée à un état pluripathologique qui apparaît à la suite d'un problème d'ordre médical. Bien que distincts, dépendance et maladie sont ainsi deux phénomènes à forte interaction chez les personnes avancées en âge [Haut Conseil Pour L'avenir De L'assurance Maladie, 2011]. Or, si l'on considère que « *la santé est un état complet de bien-être et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » [Oms, 1946], il devient évident que le corps médical n'a pas le monopole de la santé, mais que nombre d'autres acteurs y concourent. Parmi ceux-ci, les structures d'aide à domicile (SAD) contribuent à la prévention d'une dégradation de l'état de santé (p. ex. suivi de l'alimentation) et jouent un rôle de veille sanitaire. Elles constituent également une forme de prise en charge alternative à l'hospitalisation et/ou à l'établissement pour personnes âgées dépendantes. Enfin, leur action est nécessaire au maintien à domicile des personnes dépendantes et se situe en complémentarité avec les services de soins à domicile (SSIAD¹, infirmières, etc.). Ainsi positionnée, il est légitime de considérer que l'aide à domicile est partie intégrante du système de santé.

Exclue du champ de l'assurance maladie, l'aide à domicile n'est pas reconnue comme un acteur de santé à part entière, même si, en offrant une possibilité de substitution (au moins partielle) avec d'autres formes de prise en charge, elle joue un rôle majeur dans la soutenabilité des politiques de santé. La coordination des acteurs intervenant pour la réalisation de différentes fonctions dans une même filière de prise en charge est alors nécessaire. Mais qu'en est-il de la coordination pour la prise en charge des personnes âgées dans des filières où les différents acteurs de santé ont été positionnés artificiellement en concurrence tout en étant complémentaires ?

Depuis les années 1980, les politiques de santé introduisent dans ce champ des logiques productivistes et introduisent des éléments de régulation marchande (p. ex. concurrence par comparaison²) dans ce secteur initialement construit sous une régulation à dominante tutélaire (pour l'hôpital, 1945-1983). De la même manière, l'émergence de l'aide à domicile s'est effectuée sous une régulation à dominante tutélaire (jusqu'à dans les années 1985) mais ne s'est réellement développée comme forme de prise en charge que parallèlement à l'introduction de dimensions marchandes dans sa régulation. Ces deux champs sont désormais inscrits dans ce qu'il est convenu d'appeler une organisation quasi marchande, au sens où la puissance publique finance (directement ou indirectement) des services pour lesquels un ensemble de producteurs de toute forme juridique sont placés en situation de concurrence. Ils passent d'une coordination hiérarchique caractéristique des régulations tutélaires à une coordination reposant sur des dispositifs marchands. **Compte tenu de l'inscription des services d'aide à domicile au sein du système de santé, notre objectif est d'interroger la complétude du quasi-marché comme**

¹ Services de Soins Infirmiers À Domicile.

² À des fins d'efficacité, la puissance publique organise une concurrence par les prix entre les différents opérateurs, même si ceux-ci peuvent être en situation de monopole local. Pour plus de développements, voir notamment Shleifer [1985] et Revelli [2006].

dispositif institutionnel organisant la coordination des acteurs au sein des filières de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

L'enjeu de ce travail se situe à un double niveau. Au point de vue théorique, il s'agit d'apporter des éléments permettant de préciser les contours du quasi-marché relativement à d'autres formes de coordination, le marché et la hiérarchie opérée par une régulation tutélaire. Cette implication théorique ne peut être séparée d'implications économiques et sociales, puisqu'elle décloze directement des modalités de prises en charge des personnes âgées dépendantes à domicile et pose les conditions de soutenabilité de cette prise en charge.

Notre propos est organisé en trois temps. Il s'agit en premier lieu de positionner l'aide à domicile au sein de la filière soins (1.). Le recours à une histoire longue du système de soins et de son organisation permet de soulever comment le passage d'un système hospitalo-centré à un système favorisant les soins de ville a conduit à l'émergence d'offres de soins alternatives et a rendu nécessaire de positionner l'aide à domicile comme élément de la filière. Cette première étape fait ressortir que l'introduction de logiques productivistes et marchandes dans un système hospitalo-centré conduisent à une recomposition de la filière soins, recomposition qui renforce le rôle de l'aide à domicile dans la filière. À ce stade, il convient de préciser les modalités de régulation de l'aide à domicile (2.). Celle-ci diffère fortement de celle des services de soins, même si les deux connaissent l'influence du *new public management*³ et tendent à s'organiser à travers un même dispositif institutionnel, celui du quasi-marché. Pour ce qui est de l'aide à domicile, l'allocation des ressources apparaît ambiguë, à la frontière entre marché et quasi-marché, et incomplète (3.). La conséquence est que les acteurs en présence organisent par le biais de réseaux d'autres formes de coordination en vue de l'allocation des ressources.

1 L'aide à domicile : fonction indispensable à la soutenabilité de la réorganisation de l'hôpital

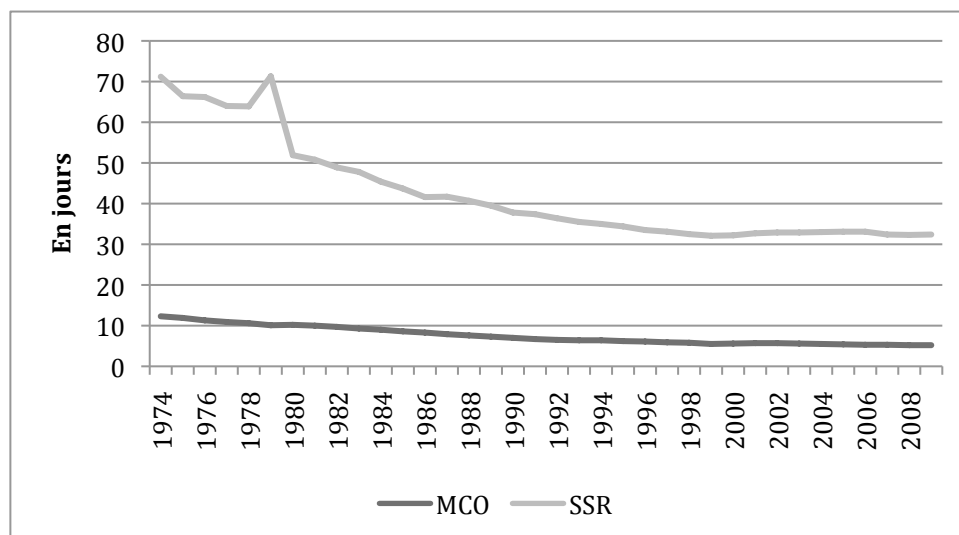
Initialement lieu de charité et d'accueil des plus démunis, l'hôpital s'est progressivement imposé, depuis les années 1950, comme élément central du système de santé. Son développement a été accompagné par celui du système de protection sociale et de l'accès aux soins. Toutefois, les progrès de la médecine et l'introduction de logiques de productivité, à partir des années 1980, ont conduit l'hôpital à recentrer ses missions sur la prise en charge de la maladie aiguë et vont conduire à une réduction majeure des durées moyennes de séjour (DMS) (1.1.). Des relais de soins deviennent alors nécessaires, ce qui conduit au positionnement de l'aide à domicile comme relais dans la filière (1.2.).

³ Le *new public management* caractérise une tendance de fond dans l'évolution des politiques publiques qui vise à limiter les dépenses publiques et se traduit par une tendance à la privatisation (ou quasi-privatisation) des prestataires. Pour plus de précisions, le lecteur pourra se référer à Hood [1991] et Pollitt et Bouckaert [2011 (1999)].

1.1 De la maîtrise des dépenses à la baisse des durées de séjour : un produit santé plus rapide et mieux défini

L'introduction de logiques de productivité et d'éléments marchands dans le système de santé repose grandement sur l'évolution des modalités de financement de l'hôpital. Le passage, en 1983, du système du prix de journée, jugé inflationniste et n'incitant pas à la réduction des séjours, à un système de budget global qui va introduire des logiques productivistes. Le montant de la dotation y est déterminé à partir d'un budget prévisionnel. Le budget est ensuite négocié (du moins en théorie) avec l'État après avis de la CRAM⁴. Mais dans les faits, l'État va davantage imposer le budget que mener une discussion avec l'établissement : le poste des rémunérations est décidé par la tutelle, les investissements sont soumis à des contraintes strictes et les taux directeurs (instaurés en 1979) qui conditionnent l'évolution des budgets opèrent un rationnement des établissements. Ces nouvelles modalités de tarification déconnectées de l'activité de soins et instaurant une contrainte budgétaire forte sur les établissements ont eu des conséquences négatives, dénoncées comme étant des « *effets pervers incompatibles avec les missions du service public* » [Domin, à paraître]. L'hôpital passe d'une logique de production à une logique de productivité, les créations de postes sont opérées à budgets constants. Dans la mesure où le système du budget global n'incite pas à prolonger dans un but d'accroissement des ressources la durée de séjour, et il n'est pas étonnant de voir la contrainte financière peser sur la durée de séjour : la DMS en Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO) diminue de plus de 34 % entre 1983 et 1996 (cf. Graphique 1). Considéré comme un étai financier qui freine l'activité de soins, le budget global est remis en question par l'ensemble du corps hospitalier dès la fin des années 1980. L'idée d'une tarification à la pathologie, donc à partir de l'activité de soins, émerge.

Graphique 1 - Évolution des durées moyennes de séjour



Source : Eco-santé France 2011 (mise à jour juillet 2011)

⁴ Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

En 1996, les recettes de l'hôpital se verront pondérées en fonction de son activité. L'instauration de cette tarification fonction de l'activité médicale marquera le passage d'une régulation tutélaire à une régulation quasi marchande, dont l'avènement sera la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2004. L'hôpital est désormais rémunéré à l'acte pour les activités de MCO. L'objectif prioritaire de cette nouvelle réforme est la performance économique, obtenue par une réduction des coûts de production et un accroissement de la productivité [Claveranne, Pascal et Piovesan, 2011]. Le prix étant fixé indépendamment du coût réel, l'établissement se voit incité à diminuer ses coûts de production pour être rentable au regard du prix d'achat [Or et Renaud, 2009]. L'obtention de cette performance passe notamment par une amélioration du taux de rotation des ressources engagée et *in fine* une réduction de la durée de séjour conduisant à un report sur d'autres formes de prise en charge et sur la médecine de ville. Newhouse [2003] a ainsi mis en évidence que la baisse des durées de séjour aux États-Unis était corrélée à un accroissement significatif des soins de suite et des soins à domicile, traduisant un système de vase communiquant entre plusieurs acteurs de la filière soins. Un tel phénomène est rendu possible par une codification floue du contenu réel des services de soins pour chaque groupe homogène de séjour.

L'examen de l'évolution des modalités de financement de l'hôpital soulève que dès l'instauration du budget global, la contrainte budgétaire faisait pression sur la durée de séjour, et qu'en outre cette pression tendait à s'accroître avec l'introduction de la tarification à l'activité. L'hôpital a été incité à se centrer sur la phase aiguë de la maladie, dont la prise en charge nécessite des investissements lourds (plateau technique). Cela s'est traduit par une diminution franche des durées de séjour. Pour les trois spécialités de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique – MCO), la durée moyenne de séjour est passée de plus de 12 jours en 1974 à 5,2 en 2009, soit une réduction de 57 % en 25 ans. Si les progrès de la médecine peuvent dans une certaine mesure contribuer à réduire la durée de prise en charge, cette raison ne peut être la seule invoquée et il est apparu au cours de notre exposé que le mode de tarification de l'hôpital exerce également une influence. La T2A, en incitant à diminuer les coûts de production conduit à raccourcir les durées de séjour. Il devient donc nécessaire d'organiser une offre de relais de soins par des services d'hospitalisation à domicile, de soins infirmiers à domicile et d'aide à domicile... et de coordonner ces services autour du patient. Le secteur médico-social y voit là une possibilité de renforcer sa position et son offre de prise en charge des personnes âgées.

1.2 Organisation d'une offre alternative, entre substituabilité et complémentarité

La réorganisation de l'hôpital va s'accompagner de l'émergence d'une offre alternative. La prise en charge des patients à leur domicile, par des services d'hospitalisation à domicile (HAD) et par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), constitue une solution crédible et souhaitable pour les hôpitaux, notamment des patients n'étant pas à un stade aigu de la maladie. Cette offre, au sein de laquelle les charges d'hôtellerie (repas, linge) sont transférées

sur l'entourage du patient, permet de réaliser des économies relativement aux hospitalisations à temps complet tout en assurant des soins de même qualité. Elle sera pourtant longue à émerger en raison de l'absence d'incitation et de résistances du corps hospitalier [Sentilhes-Monkam, 2005].

Dans ce contexte, l'UNIOPSS et les fédérations associatives du champ médico-social militent en faveur de l'émergence de solutions alternatives à l'hospitalisation, alternative étant entendue dans une logique de complémentarité (« succession de deux choses qui reviennent tour à tour »), et opposé à la substituabilité [Uniopss, 1985]. L'argumentaire repose sur le dépassement du clivage entre préventif et curatif et entre médical et social. Il se donne pour point de départ **la santé, entendue comme un état d'équilibre physique, psychique et social d'une personne** (à domicile) et non les soins d'un malade (au sein de l'hôpital). Les finalités apparaissent dès lors différentes : l'autonomie à domicile et la guérison à l'hôpital. Et, en considérant que les aides ménagères exercent une activité de santé, notamment à travers leurs missions de prévention, l'aide à domicile devient une alternative à l'hospitalisation.

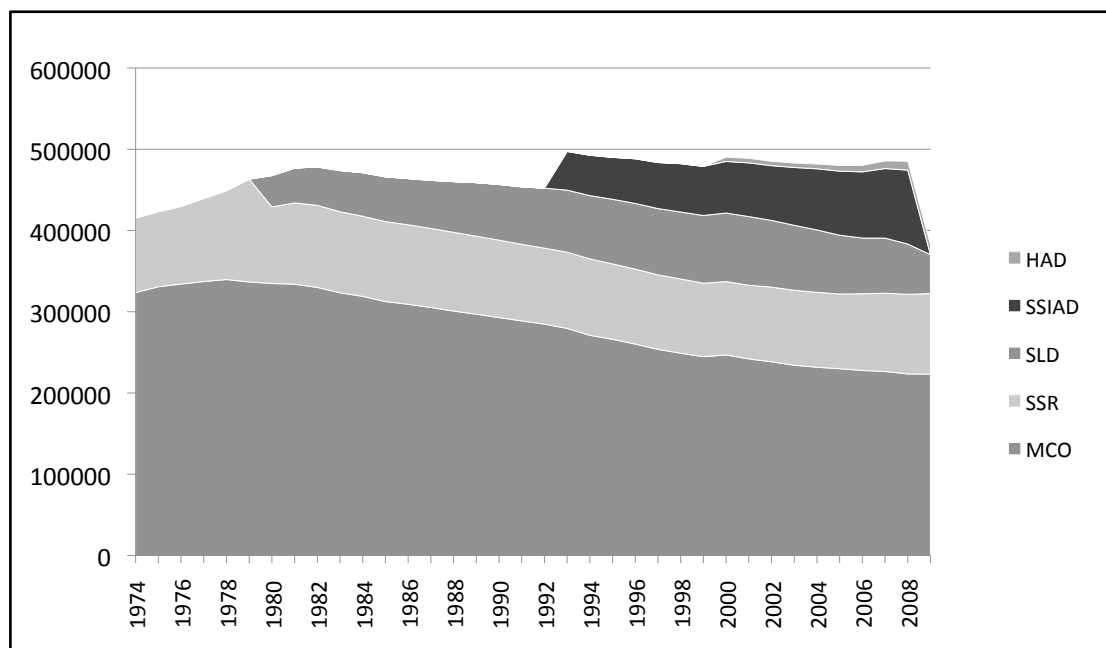
Les alternatives à l'hospitalisation qui seront développées le seront cependant davantage dans une optique de **substitution** de l'hôpital par le médico-social. Ainsi, sous l'impulsion de la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991, l'hôpital se réorganise et diminue le nombre de places de court séjour par le biais de fermetures ou de reconversion, d'autres modalités de prise en charge des malades sont amenées à se développer tel que la création de place de SSIAD et de places médicalisées en section de cure médicale [Uniopss, 1992]. On assiste alors à un **transfert des patients de l'hôpital vers d'autres modalités de prises en charge** en maison de retraite et à domicile.

La reconversion de l'offre hospitalière de long séjour relève de cette logique de substituabilité. Et, de façon surprenante, c'est dans la loi organisant la prise en charge de la dépendance par un subventionnement des personnes âgées (instauration de la Prestation Spécifique Dépendance – PSD - en 1997) que les critères de substitution entre les deux offres sont définis : l'hospitalisation en long séjour est destinée à des personnes nécessitant des soins prolongés ayant un caractère très médicalisé et nécessitant un plateau technique ; par opposition les autres personnes relèvent de l'établissement médico-social. Or, sur les 80 000 lits existants lors de la mise en œuvre de cette mesure, 97 % sont occupés par des personnes âgées dépendantes, dont le ministère estime qu'elles relèvent du médico-social [Uniopss, 1999, 2001]. De fait, les établissements hospitaliers de long séjour vont être incités à se reconvertir en établissement médico-social.

Le processus de diminution du nombre de place à l'hôpital, et de transfert des malades et personnes dépendantes vers le social et le médico-social remonte au début des années 1980, lors de la mise en œuvre de mesures incitant à des logiques productivistes. On observe ainsi sur la décennie une diminution d'ensemble de 7,5 % du nombre total de lits d'hospitalisation et de 12 % pour les seuls MCO (cf. Graphique 2). Dans les années 1990, le phénomène s'intensifie : le nombre de places total diminue de 12 %, celui de MCO de plus de 15 % et les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de 5 %, tandis que le nombre de places en Soins de Longue Durée (SLD) s'accroît de 23 %. À partir de 1993, date à partir

de laquelle nous disposons de données sur le médico-social, il est possible de mettre en balance la diminution du nombre de lits d'hôpital et le développement de solutions médico-sociales alternatives. Ainsi, là où la capacité totale de l'hôpital perd près de 10 %, le nombre de places de SSIAD croît de plus de 33 %, sans pour autant compenser en valeur absolue les fermetures de place (- 84 700 contre + 15 800). Bien que des incohérences dans les données nous incitent à la plus grande prudence, il apparaît également que nombre de place en établissement d'hébergement pour personnes âgées s'accroît de plus de 30 % (représentant plus de 56 000 nouvelles places). Les années 2000 suivent la même tendance : entre 2000 et 2008, le nombre de lits d'hospitalisation diminue de près de 12 %, avec une réduction particulièrement forte du nombre de lits en soins de longue durée (- 43 %) attribuable à une reconversion en établissement médico-social pour l'accueil de personnes âgées. Se développe également le système de l'hospitalisation à domicile dont la capacité d'accueil va plus que doubler entre 2000 et 2009, passant de 5364 lits à 12 273. Néanmoins, les capacités créées en HAD ne compensent pas les fermetures de lits au sein de l'hôpital, et il est communément admis que les SSIAD sont amenés à compenser les défaillances de l'offre d'HAD en prenant en charge des patients qui devraient être hospitalisés à leur domicile compte tenu de leur état de santé et de leurs besoins de soins [Sentilhes-Monkam, 2005].

Graphique 2 - Évolution du nombre de lits et place à l'hôpital et dans les solutions alternatives



Source : Eco-santé France 2011 (mise à jour juillet 2011)

Mais malgré de fortes créations, les taux d'équipement en SSIAD restent relativement stables, ils ont évolué de 15 à 17 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans entre 1993 et 2008, alors que les besoins sont estimés à 30 places [Unioipss, 2002]. La conséquence de ce rationnement de l'offre de SSIAD est la création (le maintien) de listes d'attentes pour la prise en charge des patients

[Jeandet-Mengual et De Reboul, 2008]. Ceux-ci sont alors transférés sur les services d'aide à domicile dont l'offre n'est pas contingentée⁵.

Le taux d'équipement en établissements d'hébergement médicalisé pour personnes âgées, qui était de 53,4 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans en 1993, a lui connu une croissance de 7 % entre 1993 et 2000 et plus que doublé sur la période 1993-2008, mais l'incohérence des données⁶, en particulier les ruptures constatées à partir de 2000, nous fait considérer ce chiffre avec la plus grande prudence. De la même manière que l'on observe un transfert de l'HAD aux SSIAD puis sur l'aide à domicile, l'existence de files d'attente dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) conduit à un transfert sur les services d'aide à domicile.

Le développement de formes alternatives de prise en charge, qui viennent en partie se substituer de l'hôpital, traduit une logique de rationalisation des soins. Celle-ci s'opère par un repositionnement de la personne, malade ou dépendante, au centre d'un processus de soins faisant désormais intervenir une multitude d'acteurs. Les réformes successives de l'hôpital ont ainsi conduit l'aide à domicile à devenir un acteur clé de la filière de soins.

2 Une régulation confuse et paradoxale : entre domesticité, soins et logiques concurrentielles

Au regard de leur positionnement comme offre alternative de santé, le secteur médico-social, et l'aide à domicile en particulier, peuvent être rattachés au secteur de la santé et en deviennent des acteurs. Leurs régulations devraient donc reposer sur des caractéristiques relativement similaires, ou du moins tendre vers un rapprochement. Or, la **confusion entre cible de politique d'emploi et acteurs du maintien à domicile**, entre domesticité et santé place l'aide à domicile sous une régulation confuse et paradoxale, fortement éloignée des principes de la santé.

De façon heuristique, le régime de fonctionnement du secteur de la santé répond de deux caractéristiques : 1) **l'existence d'une régulation quantitative et qualitative de l'offre** issue d'un compromis entre les professions de santé et les pouvoirs publics : la combinaison de l'obligation de diplôme pour exercer et du *numerus clausus* pour de nombreuses professions (médecin, infirmières, mais aussi professions paramédicales) permet de réguler la quantité de soignants ainsi que leurs compétences. S'y ajoutent des dispositifs tels que le serment d'Hippocrate, le code de déontologie et l'ordre supposés assurer le respect d'une certaine éthique médicale et protéger le patient de dérives marchandes. 2) La santé est reconnue comme un **risque de protection sociale qui bénéficie à ce titre de financements socialisés**, alloués selon le besoin de consommation de soins et non selon les revenus. Ils sont gérés par une instance nationale, la

⁵ Source : entretiens semi-directifs menés avec plusieurs dirigeants d'associations et entreprises d'aide à domicile de la région de Reims menés dans le cadre de notre thèse sur « les stratégies d'acteurs face aux mutations de la configuration institutionnelle française des services à la personne » réalisée sous la direction de M. Nieddu, à l'Université de Reims, à soutenir en 2012.

⁶ Les données Eco-santé (issues de sources DREES) indiquent un taux d'équipement de 55,7 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans en 2001, de 18,2 en 2002 et de 44,7 en 2003.

CNAMts qui agit grandement sur le régime économique de fonctionnement du secteur : l'offre se voit ainsi régulée par la fixation des tarifs des soins, les conventions des médecins généralistes... la demande quant à elle est conditionnée par l'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale. Ainsi les financements issus de la Sécurité sociale représentent près de 76 % des dépenses liées à la consommation de santé et de biens médicaux (CSBM) en 2010 [Fenina, Le Garrec et Koubi, 2011]. Ils sont complétés par une part croissante issue des assurances maladies complémentaires (13,5 %) et de la contribution directe des ménages (le reste à charge est légèrement supérieur à 9 % en 2010).

Bien que fortement revendiqués par les associations du champ social et médico-social, ces deux traits structurants de la régulation de la santé ne se retrouvent pas pour l'aide à domicile (et de façon générale, pour la prise en charge des personnes dépendantes). Cela est lié au ballottage incessant de l'aide à domicile entre instrument de politique d'emplois et offre de services sociaux de soutien à domicile des personnes âgées dépendantes. La confusion des logiques d'emploi, des logiques domestiques et des logiques sociales conduit à une régulation de l'aide à domicile opposée à celle de la santé, pour les deux dimensions heuristiques que nous avons identifiées : l'existence d'une régulation quantitative et qualitative de l'offre (2.1.) et l'existence de financements socialisés relevant d'un risque de Sécurité sociale reconnu, déconnectant la demande de soins du revenu (2.2.).

2.1 En l'absence de barrières à l'entrée, une régulation *a minima* de la qualité

La confusion entre domesticité et politiques d'emploi contraint la possibilité de mettre en œuvre une régulation professionnelle qui repose sur l'instauration de barrières à l'entrée. Pourtant, afin d'assurer leur compétitivité, les acteurs associatifs ont cherché à organiser une régulation de la qualité de l'offre répondant à deux objectifs : limiter la concurrence issue des formes de production considérées comme ne relevant pas de l'action sociale (l'emploi direct puis les entreprises) et permettre la reconnaissance du secteur *via* des sources de financements pérennes.

Sur fond de régulation tutélaire où l'offre est déficitaire et d'encouragement à l'emploi direct, la loi du 31 décembre 1991 marque une première étape, favorable au secteur associatif, dans cette recherche d'une régulation de la qualité. Tout en maintenant la confusion existante avec la domesticité, cette loi reconnaît la nécessité d'appuyer les personnes âgées dans leur rôle d'employeur en légalisant le système mandataire au sein duquel les associations hybrident les apports de la structure en terme de qualité⁷ de service tout en bénéficiant des dispositifs de baisse des coûts destinés spécifiquement aux particuliers employeurs [Gallois, 2010]. Elle instaure également un agrément dont l'éligibilité est restreinte aux opérateurs non lucratifs. Mais la pression induite par l'arrivée des entreprises dans le secteur, et les possibilités d'emplois nouveaux qu'il représente, vont conduire à un élargissement du champ de l'agrément aux entreprises commerciales. L'aide à domicile se situe désormais dans un champ

⁷ La qualité est ici entendue dans son sens organisationnel.

doublement concurrentiel où se mêlent associations, entreprises commerciales et emploi direct. C'est dans cette arène que sera forgé le discours sur la nécessité de protéger certains publics particulièrement fragiles en raison de leur âge ou de leur handicap, à savoir les publics relevant de l'action sociale. L'arrivée des entreprises commerciales dans le champ a conduit les associations à sécuriser leur position au sein de l'action sociale en opérant à une segmentation des publics, mais c'est sous la pression de l'emploi direct, accusé de déstabiliser les financements associatifs, que va réellement s'opérer le rattachement de l'aide à domicile (associative) à l'action sociale. En effet, l'instauration de la PSD introduit un financement de la dépendance éloigné des principes de celui de la santé. Non accompagnée de mesures destinées à favoriser le recours à des prestataires, la PSD a eu pour conséquences de favoriser les solutions les moins onéreuses offertes par l'emploi direct, en particulier dans un contexte où les particuliers employeurs de plus de 70 ans bénéficient d'exonérations de cotisations sociales dédiées. Même si la question de la qualité est posée à travers la capacité d'une personne très dépendante et isolée à exercer la fonction d'employeur, c'est à travers cette optique de recherche de compétitivité que les SAD vont chercher à entrer dans le champ de la loi révisant la loi de 1975 (la future loi 2002-2) à peine deux ans après l'entrée en vigueur de la PSD. Les services d'aide à domicile seront intégrés dans le champ de l'action sociale par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ils obtiendront par ce biais, une relative sécurisation de leurs ressources par la tarification, un encouragement à la professionnalisation des services rendu possible par la tarification et une reconnaissance de leur statut de service social exerçant des missions d'intérêt général, appelant une régulation particulière de la qualité, qui les distingue des entreprises et de l'emploi direct. À peine instaurée, c'est à nouveau la logique du soutien à la création d'emplois qui va primer et inexorablement éloigner les services d'aide à domicile du médico-social. En effet, la tarification organise une concurrence par comparaison [Shleifer, 1985], où le tarificateur va pouvoir mimer le marché. Les services d'aide à domicile s'y situent en concurrence entre eux, mais aussi avec l'emploi direct, aux coûts moindres, mais sans exigences de qualité, ainsi qu'avec des entreprises peu engagées dans la reconnaissance de la professionnalisation de leurs salariés. Une telle mise en concurrence conduira progressivement le tarificateur/financeur de l'APA à ne plus rémunérer certaines dimensions des services d'aide à domicile produits par les prestataires associatifs [Gallois, 2011 ; Gardin, Nyssens et Minguzzi, 2010].

Ce phénomène est renforcé par le Plan de développement des services à la personne (2005) dont l'objectif est la création d'emplois par le biais de la simplification des procédures d'entrée. En instaurant l'agrément qualité et le principe du droit d'option, le plan instaure une régulation concurrentielle de la qualité en lieu d'une régulation tutélaire souhaitée par les associations. De la régulation quantitative et qualitative opérée par les associations et leurs tutelles dans le cadre de la loi 2002-2, le Plan Borloo instaure une protection *a minima* du consommateur fragile. L'attribution de l'agrément repose sur des déclarations d'intention, de faibles exigences de qualité et un contrôle *ex post* là où la délivrance de l'autorisation est conditionnée à des exigences de qualification des personnels et à des contrôles réguliers de la qualité par des tiers (conseil

général, évaluateurs agréés, ...). L'Uniopss s'oppose farouchement au droit d'option à de nombreuses reprises [Uniopss, 2005, 2006, 2007]. Une telle disposition est accusée d'aller à l'encontre des réformes récentes en termes d'action sociale et de fragiliser la protection des consommateurs vulnérables. Mais les revendications associatives n'y feront rien. La lente construction d'une régulation de l'offre à la fois par les associations et par leurs tutelles aura été remise en cause avant d'être réellement mise en œuvre au profit d'une régulation de l'offre par le quasi-marché. Or l'absence de compromis stable entre tutelles et associations sur la régulation de l'offre a contraint la professionnalisation des services et l'instauration d'un minimum de qualification professionnelle obligatoire là où elle a réussi à se mettre en œuvre dans les autres champs de la santé et de l'action sociale.

2.2 Financement de la dépendance : des services de santé résolument exclus de l'assurance maladie

La question du financement de la prise en charge de la dépendance se pose dès les prémices des modes de prise en charge externalisés, le développement de l'aide à domicile étant largement conditionné à l'existence de financements socialisés et à leur périmètre. Cette question s'est vue portée dans le débat public à de nombreuses reprises depuis la fin des années 1980, sans jamais qu'une solution stable n'émerge. Une politique publique de prise en charge de la dépendance s'est néanmoins développée à partir de bricolages successifs dans processus de non-décision exemplaire [Frinault, 2005].

Les premiers arrangements, trouvés dans les années 1960 et 1970, reposaient sur une mise en œuvre fragmentée et facultative par les caisses de retraite à travers leurs crédits d'action sociale. Cette organisation tutélaire conduit à un rationnement de l'offre des prestataires, rapidement insuffisante pour faire face à la demande et aux besoins. En conséquence, une partie de la demande se reporte sur l'emploi direct d'une aide à domicile, encouragée dès 1973 par l'introduction d'exonérations spécifiques. Le premier dispositif de subventionnement direct du recours à l'aide à domicile est introduit en 1975. Il s'agit de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne⁸ (ACTP), ouverte aux personnes nécessitant l'aide d'une tierce personne, qu'elles soient âgées ou handicapées. Mais une distinction sera progressivement opérée entre ces deux types de publics, avec l'introduction en 1987 d'exonérations de cotisations sociales destinées aux personnes âgées (et non aux seules personnes souffrant d'une perte d'autonomie) et l'attribution de nouveaux droits spécifiques aux personnes handicapées. Ce système est encouragé alors qu'il n'apporte aucune garantie objective de qualité de service (continuité des interventions, etc.). Son organisation fait alors référence à l'emploi domestique non qualifié et subordonné à des relations personnelles [Devetter et Rousseau, 2011], éloigné d'une logique de santé dispensée par des professionnels. De façon paradoxale,

⁸ L'ACTP est une prestation d'aide sociale qui est gérée et versée par les conseils généraux. Elle concerne des personnes ayant un taux d'incapacité reconnue d'au moins 80 % et nécessitant une aide à la vie quotidienne. Elle est soumise à une condition de ressources (et depuis qu'existent des prestations spécifiques pour personnes âgées, elle est également conditionnée à un critère d'âge, la personne devant avoir moins de 60 ans lors de la demande). Le montant de l'allocation est fonction des besoins et de la façon dont ils sont pris en charge.

les producteurs d'aide à domicile vont pourtant développer une forme d'offre qui repose sur les dispositifs favorisant les particuliers employeurs [Gallois, 2010]. Il s'agit du mandataire, initié au début des années 1980, où une association apporte un appui à un particulier pour les fonctions liées à son rôle d'employeur. L'émergence de ce système sera encouragée par des dispositifs en faveur de l'emploi qui vont positionner l'aide à domicile dans le champ des politiques d'emploi tout en maintenant une confusion entre services de *care* et domesticité. Son développement implique en effet une évolution des institutions de l'emploi afin de permettre l'existence légale de ce type de services. Le point saillant de cette évolution est l'officialisation de la capacité des associations d'aide à domicile à servir d'intermédiaire d'emploi. Cela passe par la remise en cause du monopole de l'ANPE quant au placement des demandeurs d'emploi. Le soutien public à cette forme de production d'aide à domicile apparaît alors comme une politique d'emploi dont l'objectif est d'améliorer l'efficacité des marchés du travail *via* une plus grande flexibilité. Ce faisant, elle positionne les associations d'aide à domicile (et surtout les associations mandataires) comme acteurs à part entière de la mise en œuvre des politiques d'emploi. Le développement de l'aide à domicile ne peut dès lors être détaché de politiques d'emplois portées et mises en œuvre par les associations d'aide à domicile.

À la fin des années 1980, la fédération UNASAD (devenue UNA) cherche pourtant à inscrire l'aide à domicile dans une autre logique, celle de la santé. Elle développe ainsi le principe de 5^{ème} risque. Au regard de ses conséquences, la dépendance constitue un risque social : sa survenue conduit à un surcroît de dépenses pouvant être accompagné d'une diminution de revenus (si la personne est en emploi lorsque survient l'incapacité). La promotion d'un risque de Sécurité sociale s'oppose à une couverture départementale qui renvoie à l'image d'action sociale, d'assistance. Le rattachement à la sécurité sociale nationale, financé par cotisations, offre des perspectives de plus grande pérennité et stabilité du financement de la prise en charge de la dépendance relativement à une prise en charge départementale financée par l'impôt et pouvant faire l'objet de coupes budgétaires. Dans les premiers temps du débat, la question de l'intégration de la dépendance au risque santé est posée, mais l'option est rapidement écartée. En effet, au milieu des années 1990, le problème de la dépendance est posé comme un problème de santé. La conférence nationale de santé (1996) a considéré comme prioritaire le problème de la dépendance et souhaité la création d'une allocation pour les personnes âgées dépendantes, mais n'a pas tranché sur son financement ne souhaitant pas se positionner entre allocation d'aide sociale ou une prestation relevant de l'assurance maladie. Un financement par les Conseils généraux (dont les compétences en action sociale ont été affirmées par la loi de décentralisation du 2 mars 1982), appuyés par des ressources spécifiques de l'État va progressivement s'imposer. Ce système, déjà en œuvre avec les expérimentations de 1994 va perdurer avec la prestation spécifique dépendance (PSD) instaurée en 1997 et sera réaffirmé lors de la mise en place de l'allocation pour l'autonomie (APA) en 2001. La prise en charge de la dépendance organisée par les pouvoirs se fait pourtant dans une logique éloignée de la santé. Elle opère une segmentation selon l'âge et l'attribution d'allocations issues de financements socialisés se fait en fonction des revenus de la personne dépendante et non des seuls besoins.

Ainsi la PSD rompt le principe d'universalité qui prévaut en santé en étant conditionnée non seulement à l'âge et l'état de santé mais en plus au revenu⁹. Au-delà, elle organise des distorsions de concurrence en faveur de l'emploi direct et de sa logique de domesticité. Et c'est là une distinction majeure avec la prise en charge de la maladie pour laquelle d'une part le remboursement de l'acte ne peut avoir lieu que si le professionnel est reconnu comme tel (nécessité de diplôme d'état, exclusion des formes de médecines alternatives) et où la concurrence est régulée dans cette logique professionnelle.

La mise en œuvre de l'APA, en 2001, permettra de corriger certains défauts de la PSD. Le champ de l'APA est pensé comme universel (le revenu n'est plus une condition d'éligibilité, mais va déterminer la participation, la récupération sur patrimoine est supprimée), ses conditions d'attributions sont prévues pour être similaires à l'ensemble du territoire et le champ des personnes éligibles est élargi au GIR 4¹⁰. Le dispositif opère une hybridation des financements qui positionne la prestation entre aide sociale et sécurité sociale. Le dispositif APA à domicile préconise pour les personnes les plus dépendantes l'intervention de services prestataire et désincite à l'emploi direct en instaurant une majoration du reste à charge du bénéficiaire pour ce type de recours. Les biais concurrentiels introduits par la PSD sont ainsi réduits et la montée en qualité et en profession de l'aide à domicile est soutenue par la création simultanée à l'APA d'un fond de modernisation de l'aide à domicile. À sa mise en œuvre, l'APA laisse entrevoir au champ de la dépendance les conditions nécessaires à un rapprochement avec la maladie de par la perspective d'intégration de la dépendance au sein de la sécurité sociale et par l'introduction de mécanismes supposés favoriser l'émergence et la reconnaissance d'une profession. Il n'en sera pourtant rien ou presque : la saturation des plans d'aide pour les personnes ayant les besoins les plus importants conduit vers le recours à l'emploi direct [Noguès, 2011 ; Raymond, Roussille et Strohl, 2009], contraignant à nouveau la montée en profession de l'aide à domicile.

Le dispositif APA va rapidement rencontrer des limites au point de vue financier, notamment en raison d'un développement très supérieur aux estimations initiales (1 117 000 bénéficiaires en 2009 contre 800 000 estimés en régime de croisière selon les projections de 2001). Une nouvelle réforme du financement de la dépendance a été envisagée pour 2012 avant d'être reportée, laissant à nouveau le soutien à domicile s'opérer dans une logique confondant santé, et domesticité ; famille et État.

3 La coordination pour l'allocation des ressources

Le financement de la dépendance est emblématique de la confusion qui règne dans les modalités d'allocation des ressources au sein de l'aide à domicile. De façon heuristique, celle-ci est organisée par un quasi-marché, mais celui-ci est confus (3.1.) et se révèle incomplet (3.2.).

⁹ Le développement du reste à charge et de l'assurance maladie complémentaire tend cependant à introduire un tel type de discrimination.

¹⁰ Le niveau de dépendance est mesuré par un classement en 6 Groupes isoressources (GIR), le GIR 1 correspond au niveau de dépendance le plus élevé.

3.1 Un quasi-marché confus

Préciser les modalités d'allocations des ressources dans l'aide à domicile nécessite de considérer comment les bricolages successifs du secteur se sont superposés, oscillant très vite entre marché et quasi-marché. En effet face à la contrainte d'une régulation tutélaire ne permettant pas de répondre aux besoins identifiés par les associations, celles-ci ont dans un premier temps construit ce qui peut être assimilé à un *marché* de l'aide à domicile mandataire. La construction de ce marché s'inscrit dans des politiques d'emploi visant à développer, par le soutien à l'émergence du secteur, ce qui deviendra les services à la personne. À cet effet, un subventionnement de la demande de services est instauré. En parallèle, des dispositifs visant à subventionner spécifiquement la demande d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes (PSD puis APA) sont également instaurés. À première vue, ces deux logiques relèvent de ce qui est fréquemment considéré comme un quasi-marché : des prestataires en concurrence et un achat subventionné par la puissance publique. Pourtant le cumul des objectifs d'emploi par la création d'un marché et de subventionnement de la demande de *care* conduit à rendre confus le mode d'allocation des ressources en vigueur, impliquant donc de le préciser.

Ainsi, la mise en place des dispositifs mandataires, afin de palier l'insuffisance de services organisée par une régulation tutélaire, a vocation à structurer une offre répondant à une demande d'aide à domicile. Son essor conduit à une modification des conditions d'allocation de l'aide à domicile¹¹, qu'il est possible d'interpréter comme les prémices de la construction sociale d'un marché [Coriat et Weinstein, 2004]. Des modifications notables interviennent sur les deux dimensions majeures du marché que sont les prix et les quantités. La *quantité* d'aide dont pourra bénéficier la personne âgée ne dépend plus de l'évaluation objective des besoins réalisée par un tiers habilité ni des quotas disponibles, mais de la *demande* émise par la personne âgée, fonction de l'appréciation *subjective* de ses besoins sous contrainte de revenus. Ainsi, il n'est pas neutre que le mandataire soit apparu dans un contexte d'augmentation relative du revenu des personnes âgées. L'émergence du mandataire conduit également à des modifications substantielles sur la *formation du prix final* de la prestation payée par le bénéficiaire. Le mandataire cherche à diminuer les prix, relativement au prestataire, en externalisant une partie des coûts de production (coûts de structure) sur la personne âgée bénéficiaire des services et en profitant de la possibilité offerte aux particuliers-employeurs ayant besoin d'une tierce personne de bénéficier d'exonération de cotisations sociales. Une partie des coûts de production est ainsi directement supportée par le client/employeur. D'autre part, avant l'introduction de prestations dépendance/allocation d'autonomie, le prix final dans les prestations d'aide ménagère des caisses de retraite dépend du revenu du bénéficiaire. Or dans le cadre du mandataire, le prix final n'est plus seulement conditionné aux revenus du bénéficiaire, il dépend du salaire conventionnel en vigueur et des exonérations de cotisations dont

¹¹ Une telle marchandisation des services apparaît également si l'on considère le recours à des services prestataire d'aide ménagère hors du cadre de régulation organisé par les prestations des caisses de retraite.

bénéficie l'employeur, de la capacité éventuelle de négociation de l'intervenant pour son salaire, ainsi que des tarifs pratiqués par l'association mandataire.

L'essor du mandataire a été rendu possible par le positionnement de l'aide à domicile et des associations qui proposent ces services comme instrument de politiques d'emploi. Ce positionnement de l'aide à domicile dans les politiques d'emplois s'est vu confirmé avec l'introduction de mesures de subventionnement de la demande visant à en favoriser l'essor, ainsi que celui d'autres services relevant des emplois familiaux, en particulier dès 1991 des réductions d'impôts à hauteur de 50 % des sommes engagées. Peu après, ce seront des mesures dédiées à la prise en charge de la dépendance qui seront insaturées : la PSD puis l'APA. L'ensemble de ces dispositifs conduit à un subventionnement de la demande. Associés à la présence de nombreux opérateurs, ces dispositifs peuvent être considérés comme ceux d'un *quasi-marché*. Cependant, la confusion d'objectifs de création d'emplois et de prise en charge de la dépendance dans un contexte où une partie de l'offre a initialement été organisée par le marché en réponse à la défaillance de la régulation tutélaire invite à interroger la coexistence aujourd'hui d'une dimension marchande avec une dimension quasi marchande.

En effet, le plan Borloo de développement des services à la personne (2005) regroupe clairement en un même secteur les services d'aide aux personnes âgées et des services ayant une autre visée (ménage, repassage, soutien scolaire, etc.), couramment appelés services de confort. Le Plan introduit diverses mesures visant à simplifier l'entrée et à modifier les conditions de distribution dans la perspective affichée de soutien à la création d'un **marché autonome des services de confort** [Debonneuil, 2004] au sein du secteur des services à la personne. Dans le **même secteur**, se trouvent également les services de soutien à domicile pour les personnes âgées dépendantes, qui relèvent de **condition d'offre et de demande partiellement différentes**, notamment par l'existence de subventionnements fonction du niveau de dépendance (cf. *supra*). Distinguer dans un même secteur organisation marchande et quasi-marchande suppose un raisonnement en deux étapes : 1) définir au point de vue théorique les dimensions caractérisant un quasi-marché relativement à un marché puis 2) examiner la présence de ces dimensions pour les différents types de services composant les services à la personne.

Le concept de « quasi-marché » a initialement été développé par Williamson [1975] pour désigner une forme de coordination des acteurs intermédiaire entre le marché (parfait) et la hiérarchie des administrations. Il s'est progressivement imposé pour désigner une forme particulière de l'organisation de la protection sociale incarnée par les réformes du *National Health Service* au début des années 1990 et est désormais considéré comme un instrument de la mise en œuvre d'une nouvelle gestion publique opposée à l'économie planifiée [Merrien, 1999]. Usuellement, il est défini de manière inductive à partir du financeur et des principes de concurrence entre les opérateurs. La définition qui fait référence est celle de Le Grand [1991]¹² qui ne parvient à le définir que dans une optique

¹² En effectuant une recherche pour « quasi-market » dans google scholar, cet article est le plus cité (1243 citations en janvier 2012).

dynamique, où cette forme de coordination s'oppose à celles associées à une régulation tutélaire : *"the intention is for the state to stop being both the funder and the provider of services. Instead it is to become primarily a funder, purchasing services from a variety of private, voluntary and public providers, all operating in competition with one other"* [p.1257]. Cette conception très large du quasi-marché laisse ouvertes deux possibilités : soit subventionner directement le consommateur (*via* des dispositifs de *vouchers*) qui effectue alors un choix entre producteurs soit la réalisation de ce choix par un tiers payeur qui agit comme agent. Ainsi, par le biais du quasi-marché, la puissance publique organise une situation de concurrence entre producteurs qui vise à obtenir un résultat similaire à celui d'une concurrence marchande [Gramain et Neuberg, 2009], assimilée à la concurrence parfaite [Mcmaster, 2002]. De nombreux travaux cherchent à en soulever les enjeux économiques et sociaux [Defourny *et al.*, 2010 ; Greener et Powell, 2009 ; Mays, Mulligan et Goodwin, 2000], notamment en terme d'efficience, d'équité et d'égalité. En revanche relativement peu de travaux cherchent à théoriser cette forme de dispositif institutionnel qui repose sur une définition fondée sur l'opposition à la régulation tutélaire. Powell [2003] en propose une typologie sur longue période à partir de trois dimensions qui peuvent contribuer à éclairer ce qu'est réellement un quasi-marché. Selon lui, la séparation entre acheteur et fournisseur est une condition nécessaire à l'existence du quasi-marché, dont la forme réellement prise va dépendre de la nature du contrat qui lie le fournisseur à l'acheteur. Les contrats sont distingués en trois points : contrats complets où le prix est un élément majeur et contrats incomplets où la confiance domine dans la relation contractuelle ; le contrat est direct (achat par le consommateur final) ou indirect (achat par son agent) ; les contrats se passent au sein du secteur public ou des prestataires privés peuvent contracter. En ce sens, la régulation tutélaire des associations d'aide à domicile développée dans les années 1970 opère par un dispositif de quasi-marché : la confiance est un élément majeur, le contrat est indirect et ce sont des prestataires privés associatifs qui mettent en œuvre l'essentiel des prestations.

Cette dimension du contrat ne semble néanmoins pas suffisante à notre propos. Elle souffre du même défaut que les définitions techniques qui éludent en partie une dimension essentielle du quasi-marché : son opposition à l'économie planifiée impliquant la production de **services sociaux** par l'État. Elle se retrouve ainsi dans certains travaux référant au quasi-marché, mais relatifs à la transition d'une économie planifiée à une économie de marché dans les pays de l'ex-bloc soviétique [Ericson et Ickes, 2001 ; Harrison, 2006 ; Rinaldi, 2008]. Il est alors raisonnable de considérer que les services qui peuvent relever d'une organisation quasi marchande comportent une dimension de **bien public**. Cette intuition se vérifie si l'on considère que des travaux considérant les nouveaux marchés liés à l'environnement (marché du CO₂, etc.), se réfèrent également à la notion de quasi-marché pour parler des modalités d'allocation des ressources [Fraser, 1996 ; Latacz-Lohmann et Hodge, 2003 ; Price, 2007]. Pour ce qui est des services à la personne, il ne fait aucun doute que les services de *care* auprès de personnes âgées et de garde d'enfants peuvent être considérés comme des services sociaux : ils bénéficient de financements ciblés et ont une dimension d'intérêt général (cf. Annexe 1). Cependant, donner un caractère d'intérêt général aux services de confort, de domesticité pose problème. En effet, les

services domestiques ne relèvent pas originellement de services sociaux, mais sont consommés par une classe supérieure cherchant à s'affirmer et disposant d'un revenu lui permettant de se décharger des tâches ménagères. Inclus désormais dans une politique d'emploi, les services domestiques peuvent néanmoins être positionnés à la frontière des services sociaux et de l'intérêt général : ils permettent de défamilialiser l'entretien du logement et agissent sur l'emploi d'une part en libérant les femmes de ces tâches et d'autre part en les faisant réaliser dans un cadre salarial par un tiers, cible de la politique d'emploi. Néanmoins, l'utilité de ces services présente davantage un caractère individuel que collectif, ils ne peuvent donc être considérés comme des services sociaux. L'intervention de l'État en termes de subventionnement à la consommation peut également être interprétée comme une mesure de soutien à l'emploi où l'emploi est subventionné et non le service consommé individuellement. En assimilant l'emploi à une marchandise (ce qui n'est pas contradictoire avec les théories prônant l'organisation quasi marchande pour la production de services sociaux), le service social serait alors l'emploi créé, ce qui augmenterait l'utilité collective. Si l'on suit les travaux de Coriat et Weinstein [2004], l'organisation de transactions marchandes au sein d'un système visant à reproduire une concurrence marchande suppose alors de **qualifier la marchandise objet de la transaction et de financements publics**. Ainsi, sur les quasi-marchés des services de santé, le financement correspondra à un acte, à un patient ou à un groupe homogène de séjours ; pour les services de *care*, le financement sera à l'heure de garde ou de soutien ; pour les quasi-marchés du champ de l'éducation, le financement se fera à l'élève... [Plassard et Thanh, 2009]. La constante étant un financement pour une marchandise (un service social qualifié de façon marchande). Mais si l'on peut effectivement considérer que les emplois créés par le recours à des services domestiques ont une utilité sociale, et que l'on les assimile à une marchandise, il faudrait alors qualifier de façon suffisamment homogène ces emplois. Or, les conditions d'emploi sont fortement hétérogènes dans le secteur aussi bien en terme de durée que de contenu de l'emploi, de rémunération que de nature de l'employeur... [Déjoie-Larnaudie et Uriopss, 2010 ; Devetter, 2008 ; Jany-Catrice, 2009]. Il faudrait alors ramener l'emploi à sa qualification la plus simple : un échange de travail organisé dans un cadre contractuel entre employeur et salarié. Une telle qualification n'est encore pas satisfaisante pour considérer que les services de confort sont organisés par un quasi-marché : l'accès au service social (emploi) se verrait conditionné par des critères ne relevant pas de la puissance publique, mais de l'employeur (contrairement aux Contrats d'insertion où le salarié doit remplir à certaines conditions). En outre, la logique quasi marchande voudrait que ce soit les producteurs (consommateurs de services produisant indirectement de l'emploi) et non les consommateurs (le salarié) qui soient mis en concurrence afin de bénéficier de financements publics.

Les services domestiques (et plus largement les services de confort) ne relèvent donc pas d'une organisation quasi marchande bien que la puissance publique soutienne leur développement par un subventionnement du consommateur. Ce subventionnement, comme pointé par le Plan de développement des services à la personne, renvoie à une politique de soutien à l'émergence d'un nouveau secteur intensif en main d'œuvre dans une logique industrielle de réorganisation sectorielle de la production [Debonneuil, 2004]. Nonobstant, la confusion entre

service social et service marchand, opérée et renforcée par le Plan qui superpose différents dispositifs institutionnels et cherche à rééquiper le marché en vue de la distribution des services, positionne l'aide à domicile dans les filières de santé, et au sein du secteur des services à la personne comme instrument de politique d'emploi. Au moins deux formes de régulations se superposent, et conduisent les acteurs à introduire des dispositifs de coordination permettant de gérer les tensions découlant de ce positionnement ambigu.

3.2 Un quasi-marché incomplet : réseaux et filières comme gérant les tensions

Les bricolages successifs pour le financement de la dépendance et la régulation de l'aide à domicile à la fois au sein du secteur des services à la personne et à l'extrémité des filières de santé conduisent à une coordination confuse. Sous l'impulsion des politiques visant à structurer le secteur des services à la personne et à rendre productif le système hospitalier, les modalités de coordination entre les acteurs au sein de la filière sont sans cesse réinventées par le développement de réseaux existant soit au sein des filières de santé, soit sous la forme d'un marché intégré tel qu'organisé par le Plan de développement des services à la personne.

La notion de réseau permet « *de rendre compte de modalités de coordination diverses, en mettant l'accent en particulier sur le rôle de la confiance et de la coordination décentralisée, tout en montrant que les structures organisationnelles en réseau possèdent des propriétés dynamiques qui confèrent au réseau une conduite collective et un comportement propre* » [Béjean et Gadreau, 1997, p. 87]. Le réseau constitue donc une modalité complexe de connexion des acteurs autorisant à la fois l'allocation des ressources et la production d'activité. Il peut reposer sur une organisation marchande, hiérarchique ou de confiance. Autant d'éléments qui orienteront l'action des réseaux. Dans le champ de l'économie de la santé, deux grands types de réseaux sont à distinguer : le réseau comme forme d'allocation de ressources, inscrit dans une perspective de régulation marchande et le réseau comme forme de création de ressources où la régulation s'appuie sur la coordination des acteurs [Gadreau, 2001]. Ces deux formes coexistent dans le champ de l'aide à domicile.

L'archétype du réseau comme forme d'allocation de ressources est le système des *health maintenance organization* (HMO) développé aux États-Unis qui remplissent simultanément une fonction de financement et de gestion du risque santé. Pour ce faire, ils organisent une filière complète de soins combinant production, distribution, consommation et financements des soins. Les assurés du HMO accèdent alors à cette filière de soins *via* un forfait annuel prépayé. Une telle organisation implique le recours à des contrats (entre prestataires et HMO ainsi qu'entre clients et HMO), elle opère à une mise en concurrence des prestataires de soins avec lesquels le HMO contracte et entre les HMO. Impulsé par le Plan Borloo, un système similaire se développe dans les services à la personne. Il est incarné par le **dispositif des enseignes**. Dispositif phare de la volonté d'industrialiser les services à la personne, les enseignes se sont vues

attribuer un rôle de régulateur de la qualité et de **distribution nationale** de services produits par un sous-traitant pour lequel elles prennent en charge une partie des fonctions support (comme la facturation). Mise en place à grand renfort de subventions publiques, l'offre d'intermédiation simple initialement proposée n'a pas rencontré une demande permettant d'atteindre le seuil de rentabilité de l'activité, si bien que toutes les enseignes ont rencontré des difficultés, plusieurs ayant abandonné leur activité. Beaucoup ont également mis en œuvre une autre stratégie qui s'apparente cette fois à celle des réseaux marchands. Portée par des assureurs (ou développant des partenariats avec des assurances), les enseignes proposent de plus en plus des *packages* assurance-services, l'assurance venant financer les services en cas de besoins. En agissant ainsi, elles **modifient les conditions de structuration du marché en réorganisant les conditions de fixation des prix**, les services étant financés dans le cadre de l'assurance. C'est donc un réseau marchand intégrant à la fois le financement des services et leur prestation et leur distribution qui se met en œuvre.

À l'opposé, les **réseaux locaux** qui organisent la coordination des acteurs pour la prise en charge à domicile des personnes reposent sur une **logique d'organisation d'une filière avec des ressources complémentaires**, et renvoient davantage à l'idée de réseau comme forme de création de ressources par le biais d'acteurs complémentaires¹³. Pour ce qui est de la prise en charge des personnes âgées, plusieurs types de réseaux coexistent sur les différents territoires. On dénombre ainsi des réseaux/formes de coordination entre médecine de ville et hôpital qui permettent le développement de l'hospitalisation à domicile. On trouve également des réseaux de santé, composés principalement de soignants, traitant des problèmes spécifiques des patients âgés. Enfin, portée davantage par les acteurs sociaux et adoptant une vision globale des besoins des personnes âgées (comprenant à la fois le logement, l'aide à la vie quotidienne et la santé), les réseaux gérontologiques, reconnus en 2001 sous le terme de centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). À l'origine de 43 % des recours, ces réseaux jouent un rôle essentiel dans l'intermédiation entre les prestataires de services et les bénéficiaires.

Les réseaux constituent une forme de régulation de la production, mise en œuvre par des groupes d'acteurs qui permettent de gérer les tensions issues de la régulation sectorielle tout en agissant sur celle-ci. Cette régulation prend un caractère marchand dans le cas des réseaux d'allocation des ressources, qui par la coordination de l'offre qu'ils organisent opèrent à l'organisation d'une concurrence entre producteurs et à une définition des caractéristiques de produit. Dans le cas des réseaux de production, la régulation établie par les acteurs à l'origine du réseau est à la fois non marchande, dédiée à un problème précis de production, et locale : une filière de production est organisée à partir des complémentarités entre les membres du réseau, dans une logique de continuité de prise en charge de la personne visant à améliorer sa qualité de vie. Mais qu'il s'agisse de santé ou du médico-social, l'institutionnalisation des

¹³ Il convient de préciser que si une organisation en réseau implique la mise en œuvre d'une filière de soins, la réciproque n'a pas lieu d'être et les filières de soins existent indépendamment des logiques de réseau [Gadreau, 2001].

réseaux par la législation se situe au chevauchement de ces deux logiques types. De fait, réseaux de santé et filières de soins sont confondus dans la définition que leur en donne la puissance publique [Gadreau, 2001]. Il n'est donc pas étonnant de trouver conjointement des réseaux marchands et des réseaux productifs non marchands pour organiser les services d'aide à domicile. Les acteurs disposent ainsi d'une latitude, de degrés de liberté, leur permettant d'agir sur la régulation du secteur en définissant des réseaux venant répondre à leurs problématiques *via* une modification du régime économique de fonctionnement. Mais, bien que les réseaux organisent une même filière de production et agissent conjointement sur le régime économique de fonctionnement de la filière, les différents acteurs du réseau se trouvent dans des régulations sectorielles dédiées à leur action précise dans la filière.

Conclusion

Le postulat de ce travail est que l'aide à domicile est un acteur de santé, non seulement car ces services concourent positivement à la santé des bénéficiaires (prévention de la dépendance), mais aussi, car l'aide à domicile permet de rendre soutenables des politiques productivistes de santé qui tendent à réduire la durée des soins à la phase aiguë de la maladie, en particulier au sein des hôpitaux. Nous nous sommes attachés à le montrer avant de pointer à quel point les régulations divergent entre la santé (entendu au sens acteurs du soin) et l'aide à domicile. Ces divergences se retrouvent essentiellement sur la régulation de l'offre, à la fois quantitative et qualitative dans le champ de la santé, alors que de telles formes de régulation sont rendues impossibles dans le champ de l'aide à domicile puisque l'activité est l'instrument d'une politique quantitative d'emploi. Parallèlement, les bricolages successifs imaginés pour développer le secteur ont eu pour conséquence l'introduction d'éléments de marché, venant se superposer à une organisation quasi marchande. Il en résulte que les modalités d'allocation des ressources sont confuses, mêlant à la fois marché et quasi-marché pour un champ de l'aide à domicile placé artificiellement dans un secteur des services à la personne bien que les structures exercent une fonction concourant à la santé. Le quasi-marché comme modalité d'allocation des ressources apparaît également incomplet, les réseaux de santé étant amenés à jouer un rôle significatif en terme de coordination. Le système opérant la protection sociale pour ce qui est du maintien à domicile subit des pressions issues de la santé, qui viennent modifier les fonctions jouées par l'État et pas les acteurs économiques (prestataires d'aide à domicile). Une partie de ces tensions est gérée par les réseaux qui travaillent la régulation du secteur. Mais si l'on considère à la suite de B. Théret [1996] que les familles font également partie de ce système de protection sociale, alors ces tensions dans le système d'allocation des ressources se répercutent également sur elles, qui en deviennent les « gestionnaires en dernière instance ». Les familles sont ainsi particulièrement impliquées sur les fonctions de surveillance et d'organisation de la coordination, mal prises en charge par les professionnels [Colvez *et al.*, 2000 ; Weber, 2011] dans ce contexte de régulation contradictoire de l'aide à domicile.

Annexe 1 – Caractéristiques de l'allocation des ressources par type de services à la personne

	Services domestiques / de confort	Services de garde d'enfants	Services personnes âgées relevant de l'APA ou de la CARSAT
Financement public du service	Impôt	Impôt et voucher	Impôt et vouchers
Modalités d'attribution du financement	Fonction croissante du revenu (cette dimension a été tardivement neutralisée par l'instauration de possibilités de crédit d'impôt qui ne concernent cependant que les seuls couples biactifs)	Déterminé selon des critères d'âge et de mode de garde Fonction croissante du revenu pour les réductions d'impôt sur le revenu, mais décroissante du revenu pour le reste à charge sur les allocations publiques	Fonction croissante du niveau de dépendance (évaluation objectivée du besoin par la collectivité) Fonction croissante du revenu pour les réductions d'impôt sur le revenu, mais décroissante du revenu pour le reste à charge sur les allocations publiques
Principe de concurrence	Marché subventionné à perspective de marché autonome	Quasi-marché	Quasi-marché (excluant l'emploi direct pour les allocations CARSAT)
Dimension d'intérêt général	Emploi ?	Emploi Défamilialisation du <i>care</i> Élément d'une politique familiale de soutien à la natalité	Emploi Santé publique Défamilialisation du <i>care</i> Risque social

Source : réalisé par nos soins

Références bibliographiques

- BÉJEAN S. et GADREAU M. (1997), « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *Revue d'économie industrielle*, pp. 77-97.
- CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. et PIOVESAN D. (2011), « T2a, vitesse et marchandisation », in BATIFOULIER P., et al. (Éds), *Santé et politiques sociales : Entre efficacité et justice, autour des travaux de maryse gadreau*, Eska, Paris, pp. 247-259.
- COLVEZ A., et al. (2000), « Situation économique et qualité de vie des aidants aux malades atteints de démence sénile de type alzheimer », *Revue économique*, pp. 163-184.
- CORIAT B. et WEINSTEIN O. (2004), « Institutions, échanges et marchés », *Revue d'économie industrielle*, n° 107, pp. 37-62.
- DEBONNEUIL M. (2004), « Les services : Une opportunité pour créer des emplois productifs », in CAHUC P. et DEBONNEUIL M. (Éds), *Productivité et emploi dans le tertiaire*, La Documentation française, Paris, pp. 11-59.
- DEFOURNY J., et al. (2010), « Does the mission of providers matter on a quasi-market? The case of the belgian 'service voucher' scheme », *Annals of Public and Cooperative Economics*, n° 4, vol. 81, pp. 583-610.
- DÉJOIE-LARNAUDIE A. et URIOPSS C. C.-. (2010), « L'économie sociale dans les services à la personne, une présence plus forte en champagne-ardenne qu'au niveau national », *Insee Flash Champagne-Ardenne*, vol. 125.
- DEVETTER F.-X. (2008), « La qualité des emplois dans les services à la personne », in DEVETTER F.-X., et al. (Éds), *L'aide à domicile face aux services à la personne, mutations, confusions, paradoxes*, Rapport pour la DIISES, Paris.
- DEVETTER F.-X. et ROUSSEAU S. (2011), *Du balai - essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*, Raisons d'agir, Paris.
- DOMIN J.-P. (à paraître), *Une histoire économique de l'hôpital (xxe siècle), une analyse retrospective du développement hospitalier*, Comité d'histoire de la sécurité sociale, Paris.
- ERICSON R. E. et ICKES B. W. (2001), « A model of russia's "Virtual economy" », *Review of Economic Design*, n° 2, vol. 6, pp. 185-214.
- FENINA A., LE GARREC M.-A. et KOUBI M. (2011), « Les comptes nationaux de la santé en 2010 », *Etudes et résultats*, vol. 773.
- FRASER I. (1996), « Quasi-market and the provision of nature conservation in agri-environmental policy », *European Environment*, n° 3, vol. 6, pp. 95-101.
- FRINAULT T. (2005), « La réforme française de la dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue française de science politique*, n° 2005/4, vol. 55, pp. 607-632.
- GADREAU M. (2001), « Les réseaux dans le système de santé et l'arbitrage efficacité-équité », *Economie Appliquée*, n° 2, vol. LIV, pp. 91-128.
- GALLOIS F. (2010), « Le mandataire dans l'aide à domicile : Émergence, diffusion et appropriation par l'état », in DEGRAVE F., et al. (Éds), *Transformations et innovations économiques et sociales en europe : Quelles sorties de crise ? Regards interdisciplinaires*, Presses Universitaires de Louvain, Louvain, pp. 169-185.
- GALLOIS F. (2011), « Crise de l'aide à domicile : Une approche en termes d'espaces de régulation », in KERLEAU M., et al. (Éds), *Crise, inégalités et pauvretés*, Presses Universitaires de Louvain, Paris pp. 485-499.

- GARDIN L., NYSENS M. et MINGUZZI P. (2010), « Les quasi-marchés dans l'aide à domicile: Une mise en perspective européenne », *Annals of Public and Cooperative Economics*, n° 4, vol. 81, pp. 509-536.
- GRAMAIN A. et NEUBERG S. (2009), « Réagencements territoriaux et conduite des politiques sociales à l'échelle locale », *Travail et emploi*, n° 119, vol. 3/2009, pp. 77-87.
- GRAND J. L. (1991), « Quasi-markets and social policy », *The Economic Journal*, n° 408, vol. 101, pp. 1256-1267.
- GREENER I. et POWELL M. (2009), « The other le grand? Evaluating the 'other invisible hand' in welfare services in england », *Social Policy & Administration*, n° 6, vol. 43, pp. 557-570.
- HARRISON M. (2006), « FIELD A. J., et al., 1-59.
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. (2011), « Assurance maladie et perte d'autonomie », HCAAM, Paris.
- HOOD C. (1991), « A public management for all seasons? », *Public Administration*, n° 1, vol. 69, pp. 3-19.
- JANY-CATRICE F. (2009), « Combien d'emplois dans les services à la personne ? », *Note de travail IDIES*, n° 6.
- JEANDET-MENGUAL E. et DE REBOUL J.-B. (2008), « Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers, note de synthèse réalisée par l'igas», IGAS, Paris.
- LATACZ-LOHMANN U. et HODGE I. (2003), « European agri-environmental policy for the 21st century », *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, n° 1, vol. 47, pp. 123-139.
- MAYS N., MULLIGAN J. A. et GOODWIN N. (2000), « The british quasi-market in health care: A balance sheet of the evidence », *Journal of Health Services Research and Policy*, n° 1, vol. 5, pp. 49-58.
- MCMASTER R. (2002), « The analysis of welfare state reform: Why the "Quasi-markets" Narrative is descriptively inadequate and misleading », *Journal of Economic Issues*, n° 3, vol. 36, pp. 769-794.
- MERRIEN F.-X. (1999), « La nouvelle gestion publique: Un concept mythique », *Lien social et Politiques*, vol. 41, pp. 95-103.
- NEWHOUSE J. P. (2003), « Reimbursing for health care services », *Économie publique/Public economics*, vol. 2003/2, pp. en ligne.
- NOGUÈS H. (2011), « Régulation publique et accompagnement du vieillissement : La chronique des barres parallèles », in BATIFOULIER P., et al. (Éds), *Santé et politiques sociales : Entre efficacité et justice, autour des travaux de maryse gadreau*, Eska, Paris, pp. 56-69.
- OMS. (1946), « Préambule de la constitution de l'oms».
- OR Z. et RENAUD T. (2009), « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (t2a) enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères », *Working paper IRDES*, vol. DT23.
- PLASSARD J.-M. et THANH N. T. T. (2009), « Liberté de choix des élèves et concurrence des établissements : Un survey de l'analyse du pilotage des systèmes éducatifs par les quasi-marchés », *Revue d'économie industrielle*, n° 2, vol. 126, pp. 99-130.
- POLLITT C. et BOUCKAERT G. (2011 (1999)), *Public management reform : A comparative analysis*, Oxford University Press, Oxford.

POWELL M. (2003), « Quasi-markets in british health policy: A longue durée perspective », *Social Policy & Administration*, n° 7, vol. 37, pp. 725-741.

PRICE C. (2007), « Sustainable forest management, pecuniary externalities and invisible stakeholders », *Forest Policy and Economics*, n° 7, vol. 9, pp. 751-762.

RAYMOND M., ROUSSILLE B. et STROHL H. (2009), « Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées », IGAS, Paris.

REVELLI F. (2006), « Performance rating and yardstick competition in social service provision », *Journal of Public Economics*, n° 3, vol. 90, pp. 459-475.

RINALDI G. (2008), « The disadvantage of entrants: Did transition eliminate it? The case of the russian footwear industry (1992-2000) », *Empirica*, n° 1, vol. 35, pp. 105-128.

SENTILHES-MONKAM A. (2005), « Retrospective de l'hospitalisation à domicile, l'histoire d'un paradoxe », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 3, vol. 2005/3, pp. 157-182.

SHLEIFER A. (1985), « A theory of yardstick competition », *The RAND Journal of Economics*, n° 3, vol. 16, pp. 319-327.

THÉRET B. (1996), « Les structures élémentaires de la protection sociale », *Revue Française des Affaires sociales*, vol. 4, pp. 165-188.

UNIOPSS (1985), *Les alternatives à l'hospitalisation, pour des réponses sociales et médico-sociales*, Uniopss, Paris.

UNIOPSS. (1992), « Document conjoncturel, budgets 1993 », Uniopss, Paris.

UNIOPSS (1999), « Document conjoncturel, budgets prévisionnels 2000 », *Union Sociale*, vol. 129.

UNIOPSS (2001), « Document conjoncturel, budgets prévisionnels 2002 », *Union Sociale*, vol. 150.

UNIOPSS (2002), « Document conjoncturel, budgets prévisionnels 2003 », *Union Sociale*, vol. 160.

UNIOPSS (2005), « L'aide à domicile et le développement des services à la personne », *Union Sociale*, n° Rentrée sociale 2005-2006, Document conjoncturel, vol. 190, pp. 85-95.

UNIOPSS (2006), « Services à la personne, l'aide à domicile aux publics fragiles "Aux risques" Du plan de développement des services à la personne », *Union Sociale*, n° Rentrée sociale des associations sanitaires, sociales et médico-sociales, vol. 200, pp. 75-82.

UNIOPSS (2007), « Aide et soins à domicile ou à partir du domicile, un secteur en plein essor », *Union Sociale*, n° Rentrée sociale des associations sanitaires, sociales et médico-sociales, vol. 209, pp. 67-78.

WEBER F. (2011), *Handicap et dépendance, drames humains, enjeux politiques*, Editions rue d'Ulm, Paris.

WILLIAMSON O. (1975), *Markets and hierarchies, analysis and antitrust implications*, Macmillan, New York.