tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Thèse de sociologie

présentée et soutenue
publiquement par
Trabut Loïc
le 7 décembre 2011
A l'Ecole Normale
Supérieure

ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SCIENCES SOCIALES

École doctorale de sciences sociales

Formation doctorale : Sciences de la société
co-habilitée avec l'Ecole Normale Supérieure

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de l'EHESS

[NOUVEAUX SALARIES, NOUVEAUX MODELES :]

LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Thèse dirigée par
Dominique MEDA & Florence WEBER

JURY

M. Pierre FRANÇOIS, Directeur de Recherche CNRS (Rapporteur)

Mme Helena HIRATA, Directrice de recherche, CNRS

Mme Dominique MEDA, Professeure, Université Paris-Dauphine (Co-directrice de thèse)

Mme Diane-Gabrielle TREMBLAY, Professeure, Université du Québec, (Rapporteur)

Mme Florence WEBER, Professeure, Ecole Normale Supérieure (Co-directrice de thèse)

Mme Bénédicte ZIMMERMANN, Directrice d'Etudes, EHESS (Présidente)

Mention très honorable avec félicitations

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Remerciements

Au terme de ce doctorat, je tiens tout d'abord à remercier les Professeurs Dominique Méda et Florence Weber pour avoir accepté de m'encadrer pendant cette thèse. Je les remercie pour m'avoir encouragé et soutenu chacune à leur manière aussi bien dans les travaux scientifiques que dans les aléas sociaux qui jalonnent la vie scientifique et personnelle des individus. Je les remercie pour les échanges stimulants qui bien que non directifs m'ont permis de construire ma thèse à l'aide d'indications subtiles, d'avoir su être critiques sans jamais être blessantes.

Mes remerciements s'adressent aussi aux différentes personnes qui au sein des institutions, m'ont permis d'être accueilli dans des environnements de travail idéaux. Je pense ici aux personnes des trois centres de recherche qui m'ont hébergé, le Centre Maurice Halbwachs, le Centre d'Etudes de l'Emploi et la Maison des sciences sociales et du handicap.

Mes plus vifs remerciements vont aussi aux institutions et « tuteurs » qui m'ont permis d'être financé et suivi pendant mes travaux. La Fepem au travers d'Isabelle Puech, La MiRe (DRESS) avec Marie Wierink, la CNAF avec Pauline Domingo. Je remercie par ailleurs Ségolène Petite pour m'avoir accueilli à l'Université Lille 3 lors de mon séjour en tant qu'ATER.

Le travail de chercheur pourtant décrit comme un travail solitaire ne saurait se passer de l'ensemble des personnes qui œuvrent chaque jour à nous simplifier la recherche. Je pense particulièrement aux différentes équipes de soutien que j'ai souvent sollicitées, Arlette Mollet, Marie-Françoise Saule, Nicole Ruster, Josette Reux-Kiamenga et David Jeannet. Mais aussi à l'ensemble des documentalistes du Centre d'Etudes de l'Emploi, Jean-Luc Boutin, Magali Marcille, Sandrine Rollin et Evelyne Saillet.

Evidemment, je remercie l'ensemble des chercheurs avec lesquels j'ai pu échanger lors de séminaires, conférences, ou discussions de couloirs : Diane Gabrielle-Tremblay, Corinne Perraudin, Bernard Fusulier, Rémi Marquiez, Sylvain Kerbourc'h, Catherine Spieser, Annie Dussuet, Ghislaine Doniol-Shaw, François-Xavier Devetter et Florence Jany-Catrice pour leurs échanges constructifs. Mais aussi tout particulièrement l'équipe MEDIPS : Agnes Gramain, Aude Béliard, Nicolas Belorgey, Solène Billaud, Séverine Gojard, Ana Perrin-Heredia, Jean-Sébastien Eideliman.

Tout cela n'aurait été possible sans l'équipe CEE : Sabina Issehnane, Céline Mardon, Jeanne Thébault, Carlos Soto Iguaran, Jules Simha. Ils m'ont accompagné dans le

monde de la recherche avec leur dynamisme et leur infatigable énergie, et m'ont tenu compagnie au cours des longues journées de travail ainsi que pour de longs apéros.

Il m'est également impossible d'oublier les personnes qui m'ont accueilli sur les différents terrains et qui m'ont accordé leur temps et leur confiance.

Je tiens également à remercier toute la famille qui m'a choisi (ou pas) pour son soutien constant tout au long de mes études et de mon doctorat, pour les relectures, pour avoir supporté mes sauts d'humeurs et pour tout ce que je ne peux pas dire : Diane Boucher, Louis Trabut, Marine Legrand, Maha Ganem, Guillaume Marguet, Fabienne Chamelot, Matthias Eck, Marie Ans, Pierre Clément, Marie-Victoire Bouquet, Céline Douzet, Florent Bernolin.

Enfin merci à toutes les personnes que je n'ai pas citées ici et qui se reconnaîtront dans ces quelques lignes.

Merci,

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Résumé en Français

L'objectif de cette thèse est de comprendre les modalités de production de l'aide à domicile visant le maintien à domicile des personnes âgées.

Les principales évolutions de la politique de prise en charge de la dépendance depuis les années 90 ont conduit à privilégier un modèle industriel de production du service d'aide à domicile, incarné par l'organisation intermédiée pour laquelle un prestataire de service sert d'intermédiaire entre la personne âgée et l'intervenant à domicile. La première partie de cette thèse montre que ce mode d'organisation, pour faire face aux contraintes, notamment temporelles, inhérentes à la prise en charge des personnes âgées permet le déploiement de stratégies de rationalisation des emplois du temps (contrôle accru du temps passé pour chaque acte) et des contrats de travail (annualisation du temps de travail). En conséquence, en dépit de la professionnalisation des intervenants auprès des personnes âgées, le mode intermédié, en opposition à la contractualisation directe entre employeur et employé, n'a pas conduit à une amélioration des conditions de travail des intervenants.

Parallèlement au développement du mode intermédié, des modèles hybrides de production du maintien à domicile, articulant modèle domestique et modèle médical, social et industriel, portés par une pluralité d'acteurs – services de soins infirmiers à domicile, équipe médico-sociale, etc. – se sont constitués. La seconde partie de la thèse montre que l'emploi direct d'une aide à domicile, le plus souvent une femme de ménage, est à l'origine de ces modes d'organisation mixte. Mais ces derniers sont à géométrie variable tout comme le rôle du salarié aide à domicile : la prégnance plus ou moins importante du volet sanitaire et social dépend du degré d'implication des potentiels aidants familiaux, du niveau de dépendance et de la diversité des besoins à satisfaire pour assurer le maintien à domicile. Dans ces modes d'organisation flexible, on montre l'émergence d'une mise en place de tutelle informelle portée par différentes institutions publiques (Equipes Médico-sociales du Département et SSIAD). Elle apparaît pour accompagner la montée en charge du travail liée à l'accroissement de la dépendance mais réduit par ailleurs l'autonomie des personnes âgées dépendantes.

Mots clefs : maintien à domicile, aide à domicile, mode d'emploi, salariés, politiques publiques, dépendance, emploi, travail.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Short abstract in English

Title: “New Employees, New Models: Sustaining Elderly Care at Home”

The objective of this doctoral thesis is to understand the modalities of supply of the home care service targeted at maintaining the care of elderly persons at home.

Since the 1990s, the main evolutions of elderly care policies have led to favouring an industrial model of home care service typified by the intermediate organization for which a service provider acts as an intermediary between the elderly person and the care worker at home. The first part of this thesis shows that this modality of organization, in order to face up to the constraints, especially temporal ones, inherent in the care-taking of elderly persons, develops strategies of rationalization of time schedules (increased surveillance of the time spent for each activity) and job contracts (yearly calculation of working time). Hence, despite of the increased professionalism of the elderly care workers, the intermediary mode, contrary to direct employment between employer and employed, has not led to an improvement of the work conditions of the care workers.

In parallel to the development of the intermediary mode, hybrid models of supply of home care, connecting the domestic model and the medical, social and industrial model, supported by a multitude of actors, nursing services at home, the team that evaluates the "dependent elderly allocation" etc. - have emerged. The second part of the thesis shows that the direct employment of a home care worker, mostly a cleaning lady, is a the origin of these mixed modes of organization. However, the latter have a varying form, just as the role of the care worker at home: the more or less important presence of the sanitary and social part depends on the degree of implication of potential helpers from the family, the level of dependence and the diversity of needs that are to satisfy to ensure the sustainability of home care. In these flexible modes of organization we show the emergence of putting in place an informal custodianship. It emerges to accompany the increase of workload linked to the growth of dependence, but reduces in addition the autonomy of dependent elderly persons.

Key words: elderly, care work, care model, employee, publics’ policies, dependence, labor, employment.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Unité de recherche

Equipe Enquête Terrain Théorie

Centre Maurice Halbwachs

Unité Mixte de Recherche 8097 CNRS - EHESS - ENS

48 boulevard Jourdan

75014 Paris

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Sommaire

Remerciements 3

Résumé en Français 5

Short abstract in English 7

Unité de recherche 9

Sommaire 11

Introduction 15

Contextualisation 15

Données aux prises avec des enjeux politiques 17

Problématique et délimitation du sujet 22

Les spécificités des terrains d'enquête 27

Le plan 28

Chapitre 1 : Une politique de la dépendance ? 35

1. Aide à domicile : le métier de la dépendance 35

2. Développer des services à la personne ou aux personnes fragiles ? 49

3. Une politique de la dépendance : De l'ACTP à la PSD, en passant par la PED solvabilisation d'une demande 53

4. Politique de régulation : promouvoir des structures afin de garantir un meilleur service et de meilleurs emplois 63

Partie 1 : l'organisation industrielle 71

Chapitre 2 : Profil et emploi du salarié dans le mode intermédié _____ 73

1. Mandataire et prestataire : quelles différences ? _____ 73
2. Evolution des profils, évolution du recrutement _____ 93
3. La construction de l'activité _____ 111
4. Maintien des caractéristiques du modèle « domestique » ? _____ 121

Chapitre 3 : Organisation du travail et persistance de la norme hétérogène _____ 125

1. Un métier, un besoin _____ 126
2. Contrôle de l'argent public _____ 137
3. Entre tâche de prestige et corvée : le casse-tête du temps de travail _____ 143

Chapitre 4 : industrialisation du domestique _____ 155

1. Les salariés comme variable d'ajustement _____ 155
2. Évolution des relations de travail : la double subordination _____ 161
3. Entre théorie et pratiques dans l'aide à domicile intermédiée _____ 164

De l'économie sociale au modèle industriel _____ 169

Partie 2 : L'aide à domicile dans la co-production du maintien à domicile _____ 171

Chapitre 5 : L'aide à domicile un chaînon du maintien _____ 173

1. Deux départements, deux situations _____ 173
2. Quelle coordination ? _____ 185
3. La place de l'aide à domicile _____ 194
4. Conclusion _____ 204

Chapitre 6 : Les différentes configurations et les rôles de contrepoids de l'aide à domicile _____ 207

1. L'aide à domicile et la famille : la coordination du maintien à domicile _____ 209
2. L'aide à domicile : contrepoids des autres acteurs du maintien _____ 219
3. Définition de l'aide : construction dans la durée _____ 232
4. Conclusion _____ 245

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Chapitre 7 : Les modèles hybrides de prise en charge : l'emploi direct et le médico-social 247

1. Accroissement de l'aide : l'emploi direct, un besoin précis 248
2. L'emploi direct et le médico-social 258
3. Auxiliaire de soins & Aide de vie : les raisons d'une substitution 272
4. Conclusion 277

Conclusion ***279***

Les avantages et inconvénients 280

L'influence des politiques publiques : financement, formation 282

Organisation de l'offre versus organisation de la demande 283

L'Aide à domicile dans le modèle domestique recomposé **285**

Le modèle domestique recomposé : CLIC et aide à domicile en emploi direct 285

Aide à domicile : la véritable clé de voute du maintien à domicile 286

Pistes d'amélioration **287**

Des pistes de recherche future **288**

Bibliographie Générale ***291***

Littérature **291**

Sources quantitatives principales **309**

Table des matières ***311***

Table des illustrations ***319***

Tableaux **319**

Figures **320**

Encadrés **321**

Annexe **321**

Notes aux lecteurs ***323***

Glossaire ***325***

Annexes ***329***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Introduction

Contextualisation

La récente émergence des études sur le « care[1] » à travers le monde a révélé une ambivalence fondamentale au sujet de cette notion. Est-ce que l'activité de « care » est radicalement différente d'un travail parce qu'elle implique des sentiments et des relations interpersonnelles intimes ? Ou est-ce une activité économique comme une autre ?

La première approche est caractérisée selon Viviana Zelizer (ZELIZER, 2005) par la théorie des mondes hostiles. Ce point de vue distingue négativement relation impliquant des sentiments et rapport économique. « *Selon Mondes hostiles, l'argent ne peut que créer des problèmes lorsqu'on le mélange avec le care ; il faut donc les séparer autant que possible, surtout lorsque le care a lieu au sein des familles* » (ZELIZER, 2008, p.18). Certains chercheurs affirment dans ce cadre que le "care" fourni en majorité par les femmes relève d'une éthique différente pour l'individu et la justice (PEPERMAN & LAUGIER, 2006 ; GILLIGAN, 1982).

La seconde approche, *Marchés partout,* est caractérisée par des positions « réductionnistes de tous bords » (WEBER/ZELIZER, 2006, p.126) considérant toutes relations humaines comme relations marchandes. « *Selon Marchés partout [...] il suffit de regarder de plus près pour voir que les relations de care sont purement et simplement des formes spéciales de relations marchandes, et que le problème est avant tout de définir le juste prix* » (ZELIZER, 2008, pp. 18-19). Les études sur l'économie familiale et le travail domestique séparent les deux types de « care », le travail familial non-rémunéré et le travail d'aide rémunéré. Selon les économistes de la famille, la répartition du temps alloué à l'entretien de la maison et celui alloué au marché du travail, où les femmes assurent majoritairement l'entretien de la maison et où les hommes sont les « messieurs gagne-pains », dépend de la productivité (BECKER, 1981).

Une troisième approche apparait dans la littérature, émanant autant des économistes que des sociologues. Elle met l'accent sur la spécificité du travail de « care », payé ou non, comme un travail sur l'intime où la relation personnelle entre l'aidé et l'aidant doit être construite mais ne s'abstrait pas d'un rapport économique. La théorie des « *rapports bien assortis répond qu'il y a une interaction permanente entre le care et les considérations économiques, et que l'ensemble fonctionne uniquement lorsque les deux sont bien assortis* » (ZELIZER, 2008, p.19). S'appuyant sur

[1] Voir note aux lecteurs

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

cette troisième théorie, notre analyse porte sur les relations entre les activités d'aide demandées par l'aidé et les activités des aides à domicile rémunérées, comme résultat d'un processus politique, impliquant des transformations de normes sociales et des changements de politique. L'évolution de la prise en charge pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes a influencé l'organisation professionnelle de la prise en charge, l'orientant vers un fonctionnement qui à première vue semble tendre vers la théorie du *Marché Partout*. Nous étudierons la question de l'impact des politiques publiques sur la définition de l'aide à domicile et sur l'évolution de l'emploi et du profil des salariés employés dans le cadre du maintien à domicile.

La notion de « care » a été développée à partir des études sur les différentes positions occupées par les hommes et les femmes sur le marché du travail, et à partir d'études réalisées par les sociologues sur le genre. Pour Arlie Russel Horchschild, « care » est « sans équivalent en français, [il] caractérise une relation d'aide, familiale ou professionnelle ; il désigne tout à la fois l'activité de soin à une personne qui en dépend et le souci de la réception de ce soin, sa singularité résidant dans cette combinaison affûtée de compétences techniques et émotionnelles » (HOCHSCHILD, 1983 cité par BENELLI & MODAK, 2010, p.39). Plus récemment, les études ont évolué, dépassant le cadre de la famille nucléaire : en incluant dans la définition du « travail domestique » d'autres personnes que le mari et la femme (EICHLER & ALBANESE, 2007), mais également en considérant le soin aux adultes et celui aux enfants. Cet élargissement a permis de proposer une nouvelle définition du travail domestique. Ces récentes avancées permettent de penser le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante comme un ensemble d'activités qui prennent en compte aussi bien les activités de « care » que les activités de « cure[2] ». Alors que l'aide à domicile à proprement parler est définie théoriquement à la limite du « cure », nous souhaitons déterminer à travers l'analyse de l'externalisation de l'activité de maintien au domicile, quelles sont les activités qui permettent le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante en travaillant sur l'idée d'un continuum entre activité de « care » et activité de « cure ».

Le soin aux personnes âgées est devenu de plus en plus important dans le monde en raison du vieillissement de la population constaté au XXème siècle (OMS, 1998). En France les résultats du recensement de la population de 1990 remettent en cause les projections démographiques de l'INSEE de 1985 et permettent de constater un accroissement du nombre de personnes âgées « plus rapide et plus important que prévu » (DINH, 1991, p.53). « Entre 1950 et 2000, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est passé de 6,7 à 12,1 millions, soit une augmentation de 5,4 millions. Au cours des 50 prochaines années, le nombre de personnes de plus de60 ans augmentera de 9 millions selon le scénario de mortalité haute, soit une

[2] Soins médicaux en anglais

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

augmentation de 75 %, et de 12 millions sous l'hypothèse d'une mortalité basse » (BRUTEL, 2002, p. 62, 65). Les projections réalisées présentent cependant une augmentation modérée du nombre de personnes âgées jusqu'en 2005-2010, avant une explosion de leur nombre (FNOR, 1997). Le constat de ce vieillissement a été à l'origine de l'apparition , dans les pays européens, de nouveaux types de prestations sociales, conduisant à un paysage très complexe d'articulations entre soins informels, travail non déclaré, recours à des mécanismes de marché et des services publics municipaux (PFAU-EFFINGER & GEISSLER, 2005). En France, la prise en charge des personnes âgées est devenue une préoccupation publique depuis les années 1990, en raison d'un vieillissement de la population et d'une préférence croissante pour le maintien à domicile plutôt que le recours aux institutions (EHPAD).

Aujourd'hui le nombre de personnes âgées à domicile ayant recours à l'allocation personnalisée à l'autonomie[3](APA)- principale source de financement de la dépendance pour les personnes de plus de 60 ans – s'élève à 694 000 (2009)[4]. Le montant moyen de l'aide financière, principalement utilisée pour les aides en nature (recours à un salarié de l'aide à domicile pour personnes âgées), est de 409 euros, ce qui représentent entre 19 et 37 heures d'aide à domicile professionnelle mensuelles, selon le mode d'emploi utilisé (cf. p.19).

Données aux prises avec des enjeux politiques

L'évolution de la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en problème de société est relativement récente. Non pas que cette question n'eut pas été présente avant les années 1990, mais plutôt que cette question n'était pas publique jusque-là. Le travail de prise en charge de la dépendance d'un parent âgé incombait soit à un membre de la famille, souvent la femme ou la fille ou bien à un salarié en « gré à gré ». L'aide publique n'était toutefois pas absente puisque les « aides ménagères » interviennent depuis longtemps dans les situations financées par l'aide sociale ou la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, les deux situations s'excluant selon le revenu du ménage. L'aide sociale récupérable sur succession s'adresse au plus pauvre (moins de 790 euros de ressources mensuelles) et une participation de 10 à 73% (au-dessus de 1 493 euros pour une personne seule) est demandée pour les aides de la CNAV selon les ressources[5].

3 Il s'agit de l'allocation versée par les départements permettant le financement d'aide dans le cadre de la dépendance. Pour une description complète de l'APA, voir l'annexe 2.

4 L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au 30 septembre 2009, Principaux résultats de l'enquête trimestrielle réalisée par la DREES auprès des conseils généraux, Statistiques trimestrielles de l'APA au 3e trimestre 2009, DREES.

5 Données issues du barème de l'assurance retraite 2011.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Depuis le début des études sur le sujet, la question de la prise en charge de la dépendance est un combat de chiffres. L'ensemble de la bibliographie, rapports mais aussi articles scientifiques, est utilisé dans le débat politique pour servir des enjeux politiques à court terme. Travailler sur la question de l'aide professionnelle au maintien à domicile, c'est choisir de travailler sur une question délicate où les tensions sont très présentes.

La production du maintien à domicile implique deux groupes d'acteurs : la Fédération des particuliers employeurs (FEPEM) – unique syndicat d'employeurs représentant les particuliers employeurs - et les acteurs de l'économie sociale et solidaire– principalement deux syndicats représentant les employeurs associatifs - associés à trois modes d'emploi (Encadré 1[6] p. 19) et deux conceptions politiques. Le mode de l'emploi direct, connu aussi sous l'appellation « gré à gré » est aujourd'hui soutenu par la FEderation des Particuliers EMployeurs. Il plonge ses racines dans la domesticité, relativement mal connue en raison de l'absence de sources notamment statistiques jusqu'à la fin du XIXème siècle (GUIRAL & THUILLIER, 1978). Un chiffre néanmoins : on comptait 87 domestiques pour 1000 « ménages » en 1896, et encore 57 en 1937 (Ibid.). La situation des domestiques est décrite comme particulièrement dure au début du siècle au regard des « habitués que nous sommes aux institutions de protection sociale » (MARTIN-FUGIER, PERROT & REBERIOUX, 1978, p.159) : aucune garantie de l'emploi, aucune couverture maladie, une dépendance totale au maître. Pour Anne Martin-Fugier, c'est parce que la « situation des domestiques touche de trop près à la situation familiale […] *et [aux]* intérêts de la classe moyenne » (Ibid., p.159) que les députés n'ont pas intérêt à défendre cette catégorie. Au niveau du droit du travail, la situation des domestiques est plus complexe. Ils bénéficient notamment de la loi sur les bureaux de placement dès leur promulgation, en revanche les lois sur le repos hebdomadaire (1906), sur les 8 heures (1919), ou « en 1936 sur la semaine de 40 heures leur sont inapplicables et, en 1966, il n'y a toujours pas de règles qui leur soient applicables en matière de repos hebdomadaire » (CHAUCHARD & LE CROM, 2005, p. 55). Les « gens de maison » ne bénéficient pas de couverture conventionnelle nationale jusqu'en 1951. Elle sera étendue à l'ensemble des « employés de maison » en 1982 (Ibid.).

La situation aujourd'hui observée est sans commune mesure avec ce qui est décrit au XIXème et au début du XXème siècle. Le secteur de l'emploi direct rassemble actuellement un nombre important de salariés dont les portraits sont très différents. Bien que les conditions de travail et d'emploi soient souvent décrites comme moins bonnes que dans d'autres secteurs (DEVETTER & ROUSSEAU, 2011 ; DEBONNEUIL, 2008 ; DONIOL-SHAW, LADA & DUSSUET, 2007) elles sont principalement attribuées à la particularité de la contractualisation « directe » entre employeur et employé,

[6] Pour plus de détails voir l'annexe 3.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

multipliant ainsi les contrats dans le cas fréquent du multi-employeur (et pas à la perpétuation d'une tradition de servitude domestique).

A côté de la FEPEM, l'autre acteur important dans le secteur de la production du maintien à domicile correspond aux associations de l'économie sociale et solidaire. On retrouve au sein de ces associations, deux modes d'emploi, prestataire et mandataire, que l'on a décidé de regrouper sous le même vocable de modes intermédiés. Si les services aux familles existent depuis le XIXème siècle, principalement orientés vers la prise en charge des enfants, il faudra attendre la loi de 1901 pour donner un cadre légal à ces différentes initiatives s'inscrivant dans l'aide aux familles, à l'origine soutenue par une logique de dons, de bénévolat militant (DUSSUET & LOISEAU, 2007). C'est beaucoup plus récemment que l'économie sociale s'est développée dans l'aide à domicile dans son acception actuelle avec l'« externalisation » marchande du travail domestique. De nombreux travaux (HELY, 2008 ; DUSSUET, 2006) viennent toutefois mettre en lumière ce que Frédéric Tiberghien qualifie de « contradiction ou paradoxes » (TIBERGHIEN, 2007, p. 13) entre l'action collective de l'économie sociale et la nouvelle finalité de l'offre de service.

Encadré 1 : les modes d'emploi de l'aide à domicile

Il existe trois modalités d'intervention professionnelle auprès des personnes âgées dépendantes :

- le mode « mandataire » : l'organisme place des travailleurs auprès d'un particulier employeur en assurant les formalités administratives d'emploi. Dans ce cas, le particulier reste l'employeur ;
- le mode « prestataire » : il concerne les organismes (y compris les entreprises d'insertion assurant ce type de service) qui fournissent des prestations de services aux personnes à leur domicile. Dans ce mode les intervenants qui réalisent la prestation sont salariés de la structure qui propose les services ;
- l'« emploi direct » : le particulier employeur recrute directement un salarié pour lequel il assure lui-même les formalités administratives de l'emploi.

Comme nous le verrons, le secteur de l'aide à domicile s'est énormément développé ces vingt dernières années. Les deux protagonistes concernés ont chacun à leur manière proposé des solutions pour répondre à une demande croissante.

Au début, cette thèse a été réalisée et financée au sein de la Fédération du particulier employeur (FEPEM) dans le cadre d'un poste de chargé de mission. Lors de conférences, réunions, etc. réalisées dans le cadre de cet emploi, sont apparus les jeux de pouvoir entre le modèle de l'emploi direct et le modèle de l'économie sociale et solidaire représenté par deux organisations patronales, l'ADMR et l'UNA. Cette opposition était d'abord une opposition idéologique entre organisations patronales, mais elle était aussi liée à l'opposition des modèles auxquels elles se rattachaient.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Pour le défenseur du mode emploi direct, mode dominant sur l'ensemble des services à la personne[7] (Annexe 1 : Les « services à la personne » une définition fiscale p. 329) auquel le plan Borloo a fait intégrer les emplois familiaux, l'enjeu est de montrer que le modèle proposé n'est pas uniquement producteur de précarité et de souffrance au travail. Les porteurs de l'économie sociale et solidaire, eux, se doivent de montrer que - principalement dans le secteur des personnes âgées dépendantes où ils se développent -, les services qu'ils proposent génèrent une valeur ajoutée, en améliorant aussi bien la qualité de l'emploi que la qualité du service, ce qui justifie le surcoût observé.

Le travail de cette thèse était principalement orienté, à son origine, sur la question de l'emploi direct, en raison d'un recrutement à la FEPEM « facilitant » l'accès au terrain, et aussi parce que la question de l'emploi direct est apparue dans le cadre de la réponse à un appel d'offre DRESS/MiRe sur la « qualité de l'aide à domicile ». Néanmoins les opportunités liées au terrain ont conduit à analyser les questions d'organisation de l'aide à domicile non pas en insistant sur les particularités de l'emploi direct mais en utilisant l'emploi direct comme révélateur d'un besoin d'aide différent de la lecture initiale que l'on eut pu avoir.

Le positionnement initial de cette recherche par rapport à l'emploi direct fut marqué par un manque de recul sur cette question. S'interroger sur le modèle soutenu par son employeur (FEPEM) bien que possible nous est apparu comme une démarche scientifique pouvant être biaisée. Finalement, la réaction presque unanime à l'encontre de l'emploi direct a conduit à la fois à un éloignement de cette question et à une interrogation sur le modèle présenté comme concurrent. Cet éloignement fut d'autant plus facile puisqu'une structure issue de l'économie sociale donnait accès à ses données.

La suite des travaux s'est principalement déroulée dans le cadre de deux terrains, une structure issue de l'économie sociale et solidaire et un Centre local d'information et de coordination. Le choix de ces deux terrains a été dicté par les caractéristiques sociodémographiques des territoires, leurs populations représentent un large éventail en termes de revenu, densité et type d'organisation de l'aide. Nous faisions l'hypothèse d'une présence plus ou moins importante de l'emploi direct.

[7] La définition des services à la personne évolue au gré des décrets et inclut de plus en plus d'activités. Les services à la personne sont le nouveau nom des emplois familiaux, terme issu de « poste d'emploi à caractère familial » lui-même issu de la convention collective des employés de maison, aujourd'hui Convention collective nationale des salariés du particulier employeur**,** mais élargie par la Loi du 31 décembre 1991 à l'ensemble des services réalisés au domicile quel que soit le mode d'emploi. Le terme est toujours présent dans la convention collective du PE et désigne plus spécifiquement les emplois à caractère social : Assistant de vie ; Employé familial auprès d'enfants ; Dame ou homme de compagnie ; Garde-malade de nuit ; etc. Voir annexe 1

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Il est indéniable que le fait de côtoyer deux organismes portant des modèles concurrents et la connaissance des fonctionnements internes acquise lors de cette thèse a facilité le recul et l'objectivité nécessaire à tout travail d'enquête. L'expérience de terrain dans l'association d'économie sociale et solidaire est un excellent souvenir, l'accueil fut agréable à tous les niveaux de la structure. Les conditions d'observation furent idéales pour la partie administrative et gestion du travail, un peu moins pour la partie relative aux entretiens avec les salariés puisque nous avons souvent dans un premier temps été assimilé, par certains, à un encadrant des « bureaux »[8]. Les relations étaient particulièrement sympathiques (à titre anecdotique : J'ai eu le droit à une visite guidée du territoire, des cadeaux, j'ai pu pendant la durée du terrain (six mois) acheter lapins et poulets fermiers à la secrétaire de l'association qui les récupérait chez son voisin fermier, pour les ramener à Paris). L'observation rétrospective de ma présence sur les trois terrains, la FEPEM, l'association et le Centre Local d'Information et de Coordination, permet d'assurer que ce ne sont ni l'accueil et ni les relations humaines qui pourraient laisser penser que l'économie sociale et solidaire, le modèle le plus controversé de ce travail, l'a été pour des questions d'affinité. Bien au contraire si la manière dont j'ai été accueilli avait dû influencer mon opinion, l'économie sociale et solidaire aurait été placée sur un piédestal. A contrario l'expérience de la FEPEM a fortement rappelé les relations de contrôle observées dans la domesticité (MARTIN-FUGIER, 1979).

L'approche de départ de ce travail de recherche a eu tendance à rejeter le courant qui analyse l'emploi direct sous la forme d'un retour de la domesticité. De nombreux travaux décrivent les mauvaises conditions de travail et d'emploi du mode emploi direct. Sans remettre en question ces résultats qui par ailleurs semblent concorder avec certaines de nos observations, notre travail fut de nous interroger sur les conditions et les circonstances de production de chaque mode – intermédié et emploi direct -sans émettre de jugement de valeur. L'écueil à éviter est celui de penser que « l'aide à domicile » était l'unique versant professionnel du maintien à domicile. En effet, l'aide professionnelle fait intervenir un nombre beaucoup plus important d'aidants professionnels.

[8] Le secteur de l'aide à domicile intermédiée est formé de deux catégories de salariés. Les salariés intervenant au contact des personnes aidées, les a ides à domicile et les personnes en charge de l'organisation et du fonctionnement de la structure, le personnel des « bureaux ». Ce dernières sont constituées des gestionnaires de planning en charge de l'organisation des emplois du temps, du recrutement, etc. des secrétaires en charge de la réception des appels et de la transmission des plaintes et modifications d'intervention. Le responsable qualité en charge des enquêtes de qualité et du recrutement. Le terme « ceux des bureaux » nomme l'ensemble du personnel qui n'est pas aide à domicile.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Problématique et délimitation du sujet

L'objectif de cette thèse était de comprendre quel est l'impact des politiques publiques sur l'organisation de l'emploi nécessaire au maintien à domicile des personnes âgées. En effet on observe une évolution de la structure de l'emploi au travers des caractéristiques des salariés et des modèles d'aide mis en place que l'on attribue aux politiques de la dépendance (politiques liées au « care »). Tout comme Nadya Araujo Guimarães, Helena Sumiko Hirata et Kurumi Sugita nous pensons que la reconfiguration « de l'activité professionnelle de « care » va dépendre du poids du travail domestique rémunéré [...] ainsi que de l'importance et de l'efficacité des politiques publiques » (Araujo Guimarães, Sumiko Hirata & Sugita, 2011, p. 8) qui leur sont liées. On fait l'hypothèse que les politiques publiques ayant trait au secteur de la prise en charge ont modifié à la fois les profils des salariés et les modèles professionnels d'aide, selon différentes modalités les amenant soit vers un modèle d'aide industriel, soit vers des modèles recomposés.

Modes d'emploi intermédiés & mode d'emploi direct

Comme il a été indiqué, au sein du secteur de l'aide à domicile, les services sont dispensés par l'intermédiaire de trois grandes formes d'emploi : le prestataire, le mandataire et l'emploi direct, communément appelées « mode d'emploi ». Dans le cadre du mode prestataire, la structure rémunère le salarié et facture au client un service ; pour le mode mandataire, la structure réalise la gestion administrative de la relation entre le salarié et l'employeur particulier, facturant le service sur le bulletin de salaire du salarié ; l'emploi direct ou de gré à gré laisse à la charge du particulier employeur toute la charge administrative. Les relations de travail instituées dans le cadre de l'emploi direct et en mandataire sont régulées par la convention collective du particulier employeur. Les structures associatives prestataires[9] sont régulées par la convention collective des Organismes d'aide à domicile ou de maintien à domicile ainsi que par la convention collective de l'aide à domicile en milieu rural. Finalement les salariés des entreprises de services à la personne, les moins nombreux, ne sont couverts par aucune convention collective.

L'ensemble des activités de services à la personne – comprenant l'aide à domicile – est distribué par différentes structures qui se différencient selon le type d'organisation. L'intervention d'un tiers entre le fournisseur du service et le client peut prendre la forme d'associations, de centres communaux d'actions sociales (CCAS) ou d'entreprises. L'absence de tiers caractérise l'emploi direct. Cette première division ne recoupe cependant pas exactement les conventions collectives,

[9] Dans le cas du mandataire, le salarié intervenant à domicile est couvert par la convention collective du particulier employeur, alors que le salarié en charge de l'organisation, et de la partie administrative est couvert par l'une des deux conventions collectives de l'économie sociale et solidaire.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

qui couvrent à la fois le mode d'emploi et la personne morale qu'est l'employeur. Ainsi si la personne morale est une association et le mode d'emploi est prestataire, les relations employeur/employé sont régulées par deux conventions collectives en fonction de l'association, soit la convention collective nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) du 6 mai 1970[10], soit la convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983 agréée par arrêté du 18 mai 1983 JONC 10 juin 1983[11]. Dans le cas où le mode d'emploi est mandataire et quelle que soit la personne morale de la structure ayant le mandat –association ou entreprise – ou si le salarié travaille en mode emploi direct, c'est la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999 étendue par arrêté du 2 mars 2000 (JO du 11 mars 2000)[12] qui s'applique.

Nous adoptons comme hypothèse de travail l'idée que même si les statuts du salarié définis par les conventions collectives rapprochent l'emploi direct de l'emploi mandataire, c'est principalement l'organisation du travail qui diffère selon les modes. On montrera que la présence d'un intermédiaire ou son absence différencie les modes d'emploi. Ainsi mandataire et prestataire constituent-ils des modes beaucoup plus proches l'un de l'autre qu'ils ne le sont de l'emploi direct (Chapitre 2). Cette division est d'autant plus cohérente qu'un grand nombre de structures associatives d'aide à domicile travaille à la fois en mode prestataire et en mode mandataire. Le terrain choisi pour analyser ces « modes intermédiés » est une association de ce type où prestataire et mandataire se confondent, aussi bien au niveau de l'organisation du travail que des contrats avec les salariés qui souvent cumulent des contrats de différents modes. On parlera ainsi de mode d'emploi direct et de mode d'emploi intermédié.

[10] L'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) est un réseau d'associations représentant 3000 associations locales qui emploient 52 000 salariés dont 36 700 aides à domicile et qui sont soutenues par 100 000 bénévoles.

[11] L'UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à Domicile, anciennement UNASSAD) compte 1 183 structures adhérentes dont 869 services d'aide à domicile, 224 services d'auxiliaires de vie et 215 SSIAD. 122 500 personnes y travaillent dont 80 000 dépendent du mode prestataire et 42 500 sont encadrées par les structures du réseau UNA dans le cadre mandataire.

[12] La DARES estime à environ 700 000 salariés intervenants à domicile dans le cadre des « emplois familiaux » - plus large que l'aide à domicile – le nombre de salarié travaillant au sein d'un service agréé (mandataire) ou directement recruté par la personne (gré emploi direct). Au total, la DREES évaluait donc à 500 000 le nombre d'intervenants à domicile dans le cadre du gré à gré ou dans le cadre d'un service mandataire n'ayant pas l'agrément qualité nécessaire pour intervenir auprès des personnes âgées (LOONES, 2005).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Les modèles professionnels de l'aide

Afin de mieux comprendre le travail sur l'évolution des modèles professionnels d'aide, nous allons décrire quatre modèles d'aide auxquels nous allons avoir recours. Ces quatre modèles se concurrencent et se combinent pour prendre en charge professionnellement le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante : modèle domestique, modèle industriel, modèle sanitaire et modèle social.

On ne peut pas, à proprement parler utiliser la notion de modèle de production dans un secteur où une grande partie du service correspond à du lien, à du « care », à un bien immatériel autant que matériel. Les modèles que nous souhaitons élaborer s'appuient sur différents processus d'organisations de la production du maintien à domicile. Basés sur une organisation de production du service, ils prennent par ailleurs en compte les possibilités de négociation plus ou moins importantes laissées aussi bien au salarié qu'à la personne dépendante, prenant en compte le principe de coproduction caractéristique des services

Les modèles domestique et industriel peuvent être pensés de manière exclusive. On les retrouve dans la littérature comme deux alternatives de production. Alors que le modèle domestique est plus près du mode d'emploi direct, de par son histoire, le modèle industriel se développe plus facilement dans une organisation du travail divisée - au sens de la division des tâches – plus probable dans une organisation intermédiée. Pourtant modes et modèles ne se superposent pas totalement deux à deux[13].

Pour illustrer ces modèles, P. Boisard et M.T. Letablier (1987) confrontent dans l'industrie du camembert, le modèle domestique (collecte en bidons de lait conservé à température ambiante, relations personnalisées entre industriels et agriculteurs pour assurer la qualité du lait collecté, moulage à la louche, commercialisation par l'intermédiaire de détaillants spécialisés...) et le modèle industriel (approvisionnement régularisé sur l'année, lait conservé à la ferme en conteneurs réfrigérés, stabilisation du lait par pasteurisation, processus de fabrication en partie automatisé, suivi informatique de ratios de production, commercialisation en grandes surfaces...) (BOISARD & LETABLIER, 1987, *in* EYMARD-DUVERNAY, 1993). « La fabrication domestique se distingue de la fabrication industrielle par la quasi-absence de mécanisation » (BOISARD & LETABLIER, 1987, p. 13). Le modèle industriel est dominé par « les notions de stabilisation et de standardisation […]. Sa cohérence repose sur des standards industriels » (Ibid., p. 16). Sur les questions d'éducation on retrouve cette même opposition. Le modèle domestique familial « *fait reposer la*

[13] Ce phénomène peut tout à fait avoir lieu dans l'autre sens où un salarié en mode emploi direct sera plus proche du modèle industriel. Par exemple certaines femmes de ménage peuvent réaliser des interventions sur un modèle industriel de production alors qu'elle travaillent en mode emploi direct.

justice sur la connaissance très personnelle des individus, sur la continuité entre les savoirs du quotidien et ceux de l'école, sur la recherche de formes de socialisation basées sur l'intérêt et la motivation et sur une hostilité à la différenciation scolaire ». Le modèle industriel, « *correspond à tout un langage de professionnalisation et à tout un développement de l'outillage pédagogique; il recherche tout autant l'efficacité de l'acte pédagogique que l'affirmation d'une spécificité technicienne qui protège des intrusions et revendications des autres partenaires (parents, décideurs, etc.) ; il permet d'opposer un discours des méthodes aux difficultés du discours des finalités, quitte à « oublier » l'implacable réalité de ce dernier*. » (HOUSSAYE, pp.48-49).

La définition que l'on souhaite donner des deux modèles est au croisement entre une conception liée à la production d'un service de type marchant et la continuité d'une socialisation, tout comme l'est l'aide à domicile. Le modèle de production domestique s'apparente à la fois à une relation moins formalisée et plus personnalisée reposant sur une connaissance très personnelle, et accompagnant l'individu au quotidien selon ses intérêts. L'organisation du travail en est affectée, le modèle domestique est caractérisé par une disponibilité temporelle du salarié permanente afin de répondre au mieux aux exigences de la personne aidée. Le modèle industriel est un modèle plus stable, qui garantit la continuité d'un service standardisé et recherche tout comme pour les questions pédagogiques l'efficacité et l'affirmation d'une spécificité technicienne. L'organisation du travail est dictée par la recherche de l'efficience et de la rentabilité. Tout comme les deux autres modèles – social et sanitaire – la définition de l'aide et du travail est décidée en amont de la production. Bien que modèle domestique et mode d'emploi direct, ainsi que modèle industriel et mode prestataire semblent se superposer, nous n'observons pas de superposition formelle entre les modes et modèles. Toutefois, il nous apparaît évident qu'il existe une certaine corrélation entre mode et modèle comme nous le montrerons dans la Partie 1 : L'organisation industrielle, à propos du modèle industriel qui se développe dans la structure intermédiée étudiée, puis dans la Partie 2 : L'aide à domicile et la co-construction du maintien à domicile avec le modèle domestique.

Les deux autres modèles d'aide, sanitaire et social, en prescrivant ou au contraire en proscrivant certains comportements, proposent une norme définie au niveau sanitaire ou social selon le modèle. « *L'idée fondatrice de ce modèle est celle d'un pacte, comme en matière d'exclusion sociale (les allocations chômage, par exemple, permettent à un individu d'être exclu temporairement du circuit de la production dans la mesure où il s'engage à vouloir le réintégrer et à faire toutes les démarches nécessaires), pacte entre une société qui garantit un droit à la santé, mais qui impose en contrepartie aux individus un devoir de santé.* » (MUZARD-SALCI, 2004, p.120). Les modèles sanitaire et social ne sont pas un seul et même modèle. Bien que l'un et l'autre appliquent des normes extérieures à l'individu, l'un appuie ses normes sur une « bonne pratique » définie par la médecine et l'autre une « bonne pratique » définie par les institutions et travailleurs sociaux.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Le modèle social bien que défini en amont, tient compte de définitions type sur ce que doit être l'aide apportée aux personnes. Toutefois, l'organisation du travail est relativement proche du modèle industriel, sans considérer la rentabilité comme première finalité : le modèle social porté à l'origine par les travailleurs sociaux et les associations d'économie sociale et solidaire tente dans l'organisation du travail de rendre un service à caractère social, aussi bien dans le service rendu (service standardisé) que dans sa production qui intègre un caractère social au travail de ses salariés.

Le modèle sanitaire, porté majoritairement par le corps médical, est caractérisé dans l'organisation du travail par l'autonomie des acteurs. Le modèle médical, ou modèle de l'expert, outre son autonomie dans la prescription, est caractéristique d'une organisation du travail à l'acte, indépendante du temps et des contingences matérielles.

Une lecture rapide de cette coexistence nous permettrait d'opposer un modèle domestique à un modèle social. L'un porté par la FEPEM, l'autre par l'économie sociale et solidaire. En réalité, selon les environnements au sein desquels prennent place les configurations de maintien à domicile, chacun des deux protagonistes produit une aide selon différents modèles et différentes configurations. En effet, conscient que quel que soit le mode d'emploi participant à la production - emploi direct ou intermédié -, la production du maintien à domicile ne pouvait en réalité se contenter de ce que définit de manière conventionnelle l' « aide à domicile », nous nous sommes intéressés, au travers de modes de production mixtes, aux réelles conditions de production du maintien à domicile, en nous basant sur l'emploi direct. Non pas pour le prendre en modèle, mais parce qu'il représente à nos yeux un meilleur outil d'analyse permettant de révéler les modalités mixtes de maintien à domicile autres que celles présentées par le modèle industriel.

Selon les configurations et les modèles, ce sera tantôt l'aide à domicile, tantôt la personne dans le besoin qui devra s'ajuster. L'évolution des politiques publiques qui affecte le champ de la dépendance a d'abord mis en avant un modèle social avec des politiques uniquement ciblées sur l'assistance aux pauvres, puis un modèle médical et social avec l'articulation de prestations de l'assurance maladie et de l'aide sociale attribuées sous conditions de ressources, jusqu'au développement du modèle domestique avec différents allégements de cotisations sociales favorisant le mode emploi direct. Enfin, on a vu émerger à partir de la fin des années 1990 un modèle industriel et la mise en place d'allocations progressivement universelles (Chapitre 1).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Selon notre hypothèse, les principales évolutions depuis 1990 ont conduit à privilégier un modèle industriel[14], y compris dans le cadre des associations et contre leur gré ; il subsiste des traces des trois autres modèles possibles : le modèle domestique - l'emploi direct -, le modèle sanitaire - les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD[15]) et les infirmières libérales, à la marge de notre objet - et le modèle social - les Conseils généraux et les Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) - qui s'articulent pour construire des organisations de maintien à domicile mixtes.

Développement

Notre analyse portera premièrement sur un état des lieux du profil des salariés, qu'ils travaillent dans un mode intermédié ou en emploi direct. On observera que les politiques d'attractivité de la main d'œuvre et de formation ont modifié le profil des salariés dans les modes intermédiés. Ces nouveaux salariés sont mieux formés, et présentent de nouvelles caractéristiques sociales.

Deuxièmement, la particularité de l'emploi direct ne permet pas de réellement constater son évolution en raison de l'impossibilité de récolter des informations sur les salariés ayant travaillé en emploi direct au cours des 10 dernières années. Toutefois, le travail que nous avons mené nous permet d'observer un panel de profils, allant de la « simple » femme de ménage à la salariée experte de la dépendance et de la coordination.

En résumé, ce travail nous a amené au constat de l'existence de nouveaux salariés : ceux travaillant en modes d'emploi intermédiés sont mieux formés, plus souples mais en situation plus précaire et ceux travaillant en mode d'emploi direct ont des compétences s'échelonnant de femme de ménage à expert.

Les spécificités des terrains d'enquête

Nos observations et nos travaux d'analyse sur deux terrains ont pris place dans des contextes socio-économiques très différents qui, bien que ne permettant pas de généralisation, nous ont offert la possibilité d'observer la mise en œuvre des politiques publiques sur des territoires très contrastés. Nous avons, en effet, d'abord observé une association intermédiaire travaillant de manière presque isolée dans un environnement socio-économique particulièrement déshérité. On fait par ailleurs ici l'hypothèse que les pouvoirs publics délèguent une partie de leur rôle de coordination à l'association. A contrario, nous avons ensuite observé un second

[14] « *une offre industrielle, seule capable d'apporter l'innovation, la sécurité, la reproductibilité et l'homogénéité qui sont, de l'avis général, les principales attentes à l'égard de la qualité des services à la personne* » (Conseil National du Patronat Français, Rapport, 1994, p.10).

[15] Pour plus de détail, voir Chapitre 7, point 2.3.1 Qu'est-ce qu'un SSIAD ? p. 258.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

environnement, cette fois-ci favorisé, qui nous a permis d'étudier l'ensemble des acteurs potentiellement impliqués dans le maintien à domicile.

Les deux formes de modes d'emploi, intermédié et direct, sont affectées différemment par les politiques publiques sur les deux territoires. Les modes intermédiés traditionnellement ancrés dans un modèle social d'aide tendent vers un modèle industriel sous l'impulsion de différentes politiques publiques. Alors que le mode d'emploi direct, traditionnellement plus proche du modèle domestique tend à s'articuler avec les autres acteurs médicaux et sociaux présents sur le territoire. Le modèle domestique se recompose avec les autres modèles, médicaux, sociaux et parfois même industriel par l'intermédiaire de la coordination publique, matérialisée dans le Centre Local d'Information et de Coordination.

L'analyse de ces deux situations très contrastées a permis de montrer les impacts des politiques publiques et des situations socio-économiques des territoires sur l'organisation de la prise en charge. Les politiques publiques ont ainsi amené le travail des aides à domicile vers différents modèles :

- les modes d'emploi intermédiés tendent vers un modèle industriel d'aide professionnelle sous l'impulsion de certaines politiques publiques (APA, tarification, organisation du travail, etc.).
- le mode d'emploi direct tend vers un modèle domestique professionnel recomposé avec le modèle professionnel sanitaire et/ou social par l'intermédiaire de la coordination publique (CLIC).

On analyse ces deux situations très contrastées pour montrer les impacts des politiques publiques et des situations socio-économiques des territoires sur l'organisation de la prise en charge. On voit émerger du second terrain des modèles intégrés articulant domestique et social ou médical.

Le plan

La partie 1 expose le premier terrain et l'analyse de l'évolution d'une structure intermédiée vers un modèle industriel, dans un cadre défavorisé, du fait de l'évolution des politiques publiques :

- tenant relativement peu compte de l'amélioration des compétences des salariés ;
- sans amélioration marquée de l'emploi.

La partie 2 expose le second terrain au travers duquel on constate des divergences marquées en fonction de l'environnement sanitaire et social du territoire et l'émergence dans le cadre de l'emploi direct :

- de salariés experts ;
- de modèles mixtes articulant modèle domestique et modèle sanitaire ou social.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Ces analyses permettent de voir émerger des modèles de prise en charge médico-sociaux mieux à même de concilier qualité de l'emploi et qualité de service.

L'évolution des différentes politiques apparaît comme concomitante à l'évolution des salariés (Chapitre 1). Le passage d'un modèle domestique (de type emploi direct) à un modèle industriel (de type prestataire) avec la stimulation du secteur, la réforme de la formation et les modifications de l'organisation du travail a été pensé pour une génération de salariés aujourd'hui en déclin. On soutient ici la thèse que la nouvelle génération n'est pas la cible initiale des politiques incitatives du secteur (Chapitre 2). Par ailleurs, l'évolution des politiques de prise en charge et de formation tend à diviser et rationnaliser de plus en plus la production de l'aide à domicile. Cette évolution favorise une création d'activité dans les modes intermédiés, elle aussi de plus en plus segmentée et rationalisée, ce qui maintient une norme de travail hétérogène poussant vers une précarisation des salariés quel que soit leur statut (Chapitre 3). Or le modèle de production intermédié, dominé par l'économie sociale et solidaire, ne semble pas avoir les moyens de contrecarrer le processus de rationalisation et tend à transférer les incertitudes liées à l'activité de maintien à domicile vers le salarié (Chapitre 4).

Cette situation, loin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, contraint ces organisations à faire intervenir plus d'acteurs, lorsque cela est possible, afin d'organiser au mieux le maintien à domicile. La prise en compte de la multiplicité des acteurs apparaît donc déterminante dans l'analyse. De nouvelles formes de coordination voient le jour dans le cadre de prestations extralégales, questionnant les disparités territoriales, mais aussi les différentes pratiques de coordination (Chapitre 5). Finalement lors de l'observation des pratiques des différents acteurs, aussi bien de la coordination que des praticiens de l'aide à domicile, nous montrerons comment ils construisent un autre modèle de prise en charge mixte. Selon ces différentes configurations, différentes normes de qualité émergent ; du tout domestique avec exploitation du salarié ; à la juxtaposition de services de soins. Ces modèles de prise en charge dépendent tantôt de la place de la famille et des aidants familiaux (Chapitre 6), tantôt de la présence d'autres professionnels (Chapitre 7).

Nos analyses s'appuient principalement sur deux monographies locales. La première, effectuée dans un cadre associatif, nous permet d'observer à la fois les salariés et leurs profils dans une perspective biographique et temporelle ainsi que l'évolution des conditions d'emploi : une agglomération de communes dans un département urbain nommée 1V, pauvre et relativement âgé, avec une forte proportion d'APA[16] à domicile pour la monographie associative. Ces données sont complétées de données administratives de fonctionnement de la structure

[16] Pour une description complète de l'APA, voir l'annexe 2

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

associative employant plus d'une centaine de salariés au cours de l'année 2008. Ces données étant locales, elles seront confrontées autant que possible aux résultats de l'exploitation de l'enquête IAD (*enquête* sur les Intervenants Au Domicile de personnes fragilisées (Encadré 9 p. 87)). La seconde monographie, celle d'un centre local d'information et de coordination (CLIC) dans une commune urbaine riche nommée 2N, dans un département riche et relativement jeune, nous permettra d'observer l'ensemble des acteurs participants au maintien à domicile et de comprendre dans cette situation, les possibilités d'une réorganisation de l'aide. Elle sera complétée des fichiers de suivi des 1450 personnes âgées ayant recours à ce CLIC municipal depuis sa création en 2007. Ces deux monographies sont présentées succinctement dans les Encadré 1 et Encadré 2. Elles sont développées tout au long de la thèse.

Outre ces deux ensembles de données, nous avons, pour les besoins de la démonstration, mobilisé d'autres sources de données. L'enquête MEDIPS Modélisation de l'économie domestique et incidences des politiques sociales (Encadré 16) en fait partie. Nous avons aussi mobilisé des connaissances accumulées lors de trois enquêtes collectives. Les deux premières ont été menées dans le cadre d'une recherche plus large sur les frontières de l'économie domestique et la prise en charge de la dépendance, et sur les questions de politiques de la dépendance, lors d'un atelier conçu comme une enquête collective[17]. La troisième est une enquête menée sur les aides-soignantes et leur travail au domicile dans le cadre des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)[18].

Ces données présentent deux caractéristiques. Celles relatives au terrain 1V, bien qu'en nombre relativement peu important, offrent une précision exceptionnelle en raison de la combinaison de données de fonctionnement de la structure, ainsi que des données relatives aux archives, le tout complété par une approche ethnographique, qui en font un outil exceptionnel d'analyse. Elles présentent par ailleurs la caractéristique de ne pas être un échantillon, mais bien une population totale que l'on a pu sur certains indicateurs comparer soit à une enquête par courrier sur trois structures du territoire, soit lorsque cela était possible, à l'enquête IAD de la DREES.

Les données relatives à l'enquête sur le terrain 2N offrent quant à elles une évolution temporelle des situations d'aide sous un angle différent. Les configurations d'aide peuvent être suivies grâce à ces données. Cette approche sans être entièrement ethnographique, en raison de la traduction des informations non

[17] Ces deux enquêtes ont été menées sur deux terrains différents avec un groupe composé d'une quinzaine d'étudiants de niveau master 1 ou 2 (Encadré 3).

[18] Cette enquête a été menée avec un groupe d'une dizaine d'étudiants de niveau L2 dans le cadre d'un atelier de méthodologie à l'université.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

par un ethnologue, mais par un travailleur social, ou un professionnel impliqué dans la prise en charge, n'en est pas moins originale. Elle nous a permis d'avoir accès à des données quantitatives en nombre important (1450). De plus, chaque entrée statistique est complétée par une description précise des situations et de leurs évolutions. Ce second terrain a lui aussi été complété par une enquête ethnographique sur la structure.

Ces deux terrains d'enquête présentent des particularités territoriales très marquées. Plutôt que de permettre une généralisation des résultats, ces données et les résultats obtenus doivent être pensés en termes de situation « extrême » apportant des enseignements non pas sur une situation moyenne que l'on pourrait observer en France mais plutôt sur deux orientations possibles et relativement différentes que l'on observe en lien avec l'évolution des acteurs.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadré 2 : Présentation de la monographie associative

Trajectoires, organisation du travail et stratégies de cumul

- Présentation du terrain

Les traces du paternalisme social, le poids local des assistantes sociales ;

Peu de politiques extralégales ;

Une population particulièrement touchée par le chômage ;

Une association prestataire et mandataire, un acteur important et en croissance du secteur.

- Présentation des matériaux

Entretiens avec 10 salariés et 5 membres du personnel d'encadrement

Données administratives et ethnographiques

- Photographie des salariés en poste

Profils et caractéristiques sociales des 168 salariés en poste à travers les dossiers administratifs

Emplois du temps complets (y compris hors contrat) des salariés sur 2 semaines selon l'activité (ménage, gestes au corps)

Suivis de 4 salariés sur 1 ou 2 jours

Enquête par questionnaire auprès de 2 structures d'aide

- Trajectoires des salariés en poste

Parcours professionnels des salariés en poste au travers de leur CV

7 ans de contrats de travail pour les salariés en poste

- Entrées et sorties

CV et lettres de motivation des salariés postulants et recrutés

Motifs de sortie de l'association sur 2 ans

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadré 3 : présentation de la monographie du CLIC

Le point de vue des familles : coordination des aides et adaptation aux besoins

- Présentation du terrain

Une population particulièrement âgée ;

De nombreux services relais de l'action sociale et médico-sociale ;

Des aides extra-légales en nombre important ;

La vieillesse comme problème social : l'abandon des familles ;

Pourquoi le CLIC : une politique municipale de pointe.

- Présentation des matériaux

Entretiens avec les 7 membres du personnel, avec 3 salariés en emploi direct, suivi d'une visite à domicile, observation de 2 commissions mensuelles de type « staff », données sur la composition du « staff » pendant 2 ans

Une base exceptionnelle :

- Entrées individuelles pour 1471 individus de 82 ans et 11 mois en moyenne. Leur suivi s'étale en moyenne sur 5 mois pour un maximum de 3 ans et 3 mois pour les cas finis (traitement d'une demande précise, placement en maison de retraite, décès). Les cas en cours on une durée moyenne de 1 an et 6 mois. La mention du terme « emploi direct » était présente dans 105 cas.

- Chaque entrée individuelle correspond à des variables sociales (âge, sexe, personne à prévenir motif de la demande) auxquelles sont juxtaposés des comptes rendus de « contacts ».

- Les « contacts » sont définis par une date, une institution ou un individu, un mode de contact (téléphone, visite, etc.) et le compte rendu du « contact ».

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadré 4 : Stages de terrain ethnographique

Deux stages, Deux terrains

Dans le cadre de sa formation le Département de sciences sociales de l'Ecole Normale Supérieure de Paris organise chaque année un stage de terrain en sociologie ethnographique. L'objectif du stage est de former les étudiants à la pratique de l'enquête de terrain sur une thématique commune. Pour le bénéfice de cette thèse la thématique de l'année a porté sur les questions de dépendance. Les étudiants répartis en groupes de deux sont supervisés par un enseignant et réalisent au cours d'une semaine leur enquête sur des questions précises :

- Les questions de travail et d'emploi des aides à domicile ;
- Les questions d'implémentation des politiques publiques de la dépendance et du handicap ;
- Les questions de formation abordées aussi bien au travers de la validation des acquis de l'expérience que de la formation continue ;
- Les questions relatives aux soins infirmiers ;
- Les questions relatives aux institutions de coordination ;
- Les questions relatives aux liens hôpital/domicile et aux rôles des travailleurs sociaux ;
- Les questions relatives aux handicaps ;

Une part importante des investigations lors de ces stages a traité de questions autour des professionnels de l'aide à domicile, couvrant l'ensemble du champ, du bénévole aux professionnels médicaux en passant par les questions liées à la formation. Dans le cadre de la première enquête ethnographique réalisée sur les professionnels de la prise en charge et plus particulièrement sur les aides à domicile, nous avons été amenés à utiliser un questionnaire auprès de ceux-ci. Trois types de questionnements y ont été abordés : plusieurs questions portaient sur les caractéristiques sociales des enquêtés, puis d'autres portaient sur leur situation professionnelle actuelle ou passée et enfin sur le degré de satisfaction au travail. Notre objectif était alors d'obtenir des données globales mais localisées concernant notre recherche. Le questionnaire a été distribué au sein de trois structures - deux associations (dont l'association étudiée dans cette thèse) ainsi qu'un centre communal d'action sociale -.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Chapitre 1 : Une politique de la dépendance ?

Les récentes politiques directement ciblées sur les personnes âgées dépendantes ne font que compléter d'autres types d'aide à la dépendance que sont les aidants familiaux, l'aide ménagère financée par la caisse d'assurance vieillesse et l'ensemble des aides extra-légales départementales et municipales, l'allocation compensatrice tiers personne, l'hébergement dans les établissements pour personnes âgées, etc.

Cependant le champ de la dépendance tel qu'on le connaît aujourd'hui n'a été que très tardivement défini, autour de métiers et d'une politique publique centrale l'Allocation personnalisé à l'autonomie (cf. Annexe2). L'aide apportée aux personnes âgées dépendantes fut tantôt soutenue par différentes mesures d'allégement de prélèvements sociaux ou de dispositifs fiscaux, tantôt à travers des mesures de politiques sociales non spécifiques, avant de se structurer au cours des années quatre-vingt-dix.

1. Aide à domicile : le métier de la dépendance

Depuis la fin du 19ème siècle, on observe la sortie progressive de la domesticité (VASSELIN, 2002) par la formalisation progressive des relations de travail. Aujourd'hui, les promoteurs de ces activités (aussi bien les activités d'aide à la personne que l'ensemble des services à la personne, cf. Annexe 1) y voient des « gisements d'emplois », alors que d'autres parlent d'une réapparition de cette même domesticité. Une position plus nuancée a cependant été formulée : elle montre que les métiers de l'aide à domicile n'ont rien d'intrinsèquement indignes et souligne la nécessité d'un cadre juridique permettant une relation plus équilibrée entre ceux qui exercent l'activité et ceux qui paient pour le service (CROFF, 1996 ; LALLEMENT, 1996 ; VIDAL, 2007). En effet, lors de l'externalisation de l'activité – c'est-à-dire le recours à une aide extérieure pour réaliser une activité jusque là réalisée de manière gratuite au sein de la maisonnée (WEBER, GOJARD, GRAMAIN, 2003) – vers un service commercial, le consommateur a la liberté de choisir la personne et d'exiger une organisation du travail à sa convenance. Cela se traduit par une demande de disponibilité temporelle contraignante, pour les salariés qui la subissent (DUSSUET, 2005 ; GADREY & al., 2004 cité par BOUFFARTIGUE, 2005 ; DEVETTER, 2001 ; KAUFMAN, 1997). Bessuco & alii observent que les fournisseurs de service opèrent un « passage des simples « stratégies de qualité » à [celle de] « logique client » » (BESSUCO & ALII, 2002, p. 88) se répercutant sur les salariés. Cette logique ayant pour principe de « satisfaire les clients en prenant en charge leurs demandes spécifiques » (Ibid.).

Pour les tenants du retour de la domesticité, c'est principalement l'emploi direct, descendant de la domesticité, qui est au centre du problème, par sa forme interindividuelle de contractualisation. En théorie, les structures prestataires seraient mieux à même d'organiser l'activité. L'évolution historique comme la diversification des modes d'emploi dans les activités de services aux personnes à

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

domicile ont donné lieu à quatre figures bien identifiées de salariés (LABRUYERE, 1996) illustrant ces transformations. Une première approche opposerait deux figures aussi bien dans les conditions d'emploi que dans une perspective historique :

- la plus ancienne est celle du « domestique » à temps plein (ou au moins à mi-temps, parfois nourri et logé), aujourd'hui presque entièrement disparue, mais encore particulièrement importante au milieu du XXème siècle (MARTIN FUGIER, 1979);
- la seconde, plus récente, est celle de « l'aide à domicile », salarié d'une association, d'une entreprise ou d'une mairie, intervenant auprès de bénéficiaires de prestation sociale.

Mais en réalité, entre ces deux extrêmes, deux nouvelles figures s'imposent :

- La « femme de ménage multi-employeur », poussée du côté du modèle du travail indépendant, elle entretient avec ses employeurs (ses « clients ») des relations de nature plus commerciale que salariale (LABRUYERE, *1996)*. La situation de multi-employeurs est caractéristique des emplois du secteur. En effet, 80% des emplois sont en emplois directs et en régime mandataire. Ce n'est pas uniquement le cas des salariés en emploi direct, puisque selon les sources Insee, « 46% des salariés du particulier employeur travaillent aussi pour une personne morale » (MARBOT, 2008, p.35) dans le cadre des aides à domicile, il s'agit la plupart du temps d'un centre communal d'action sociale ou d'une association. De plus, « il n'est pas rare, dans les travaux empiriques, de rencontrer des salariés ayant jusqu'à 12 ou 13 employeurs hebdomadaires » (DEVETTER & alii, 2009).
- « L'aide à domicile mixte » (LABRUYERE, *1996, p. 1)*, qui travaille à la fois avec le statut de salariée d'une association de maintien à domicile et avec celui d'employée de particulier, les conventions collectives applicables à ces deux statuts étant différentes. Cette alternance se traduit par une complexification des conditions d'organisation de l'emploi, au regard de la figure classique de l'aide ménagère : différentiel de rémunération selon le mode d'emploi aux différentes heures de la journée, paiement ou non-paiement des frais de déplacement entre deux clients selon le mode d'emploi, modalités différentes d'accès à la formation,...

Ces emplois véhiculent en plus d'une organisation du travail complexe, une image d'*« emplois à temps très partiel, entre 10 et 15 heures par semaine selon les estimations, au taux horaire proche du SMIC. Cela conduit à des rémunérations comprises entre 320 euros et 550 euros mensuels, avec certainement, pour une moitié d'entre eux, des salaires moyens autour de 850 euros »* (JANY-CATRICE & PUISSANT, 2009, p. 132). Cette situation crée un secteur en tension (CHARDON & ESTRADE, 2007) entre des besoins de main d'œuvre grandissant et un vivier d'emploi en pleine évaporation. Chardon et Estrade expliquent l'émergence de tensions par des transformations organisationnelles qui conduisent de nombreuses entreprises à

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

réclamer des salariés immédiatement opérationnels même pour des postes peu qualifiés de très courte durée. Ils attribuent ces problèmes aux « difficultés à construire des espaces d'accueil et d'apprentissage pour les nouveaux arrivants » (Ibid, p. 10). Ces tensions pourraient être renforcées, selon eux, par la faible attirance due aux caractéristiques de ces emplois à « temps partiel court et peu rémunérateur, aux conditions de travail apparaissant comme difficiles et/ou aux emplois de courte durée ne permettant pas aux personnes d'anticiper leur trajectoire » (Ibid, p. 35).

1.1 L'aide à domicile : enjeux qualitatifs et quantitatifs

Le nombre de personnes âgées dépendantes a augmenté et va continuer d'augmenter de façon importante dans les prochaines années (KERJOSSE, 2003). L'aide à domicile est l'un des éléments du dispositif de maintien à domicile des personnes âgées. Cependant, pour répondre à la demande de services, l'offre va devoir se développer quantitativement, mais aussi qualitativement (BRESSE, 2003). Aujourd'hui, le vieillissement de la population accroît la tension dans l'ensemble des métiers connexes à l'aide et aux soins aux personnes fragiles. La forte demande de main d'œuvre risque alors de ne pas rencontrer de candidat « *puisque ce sont surtout les métiers de l'aide à domicile qui risquent d'être les plus difficiles à pourvoir, car les postes ouverts se trouveront en concurrence avec d'autres métiers plus attractifs, comme les métiers de la petite enfance, les assistantes maternelles, les postes d'agent d'entretien en établissement et éventuellement, les postes d'aides soignantes* » (CHARDON & ESTRADE, 2007, p. 169). De plus, « *les secteurs de l'aide à domicile connaissent des comportements de fuite des salariés en place vers ces autres secteurs, particulièrement en milieu urbain* » (ANACT, 2002).

Dans le cadre du rapport, les métiers 2015 (CHARDON & ESTRADE, 2007), les auteurs concluent que *« la professionnalisation de ces secteurs – renforcement de l'encadrement intermédiaire, diversification des activités, organisation de passerelles entre prise en charge au domicile et prise en charge en établissement, entre secteurs sanitaire et médico-social, entre public, associatif et privé commercial – est un enjeu majeur pour limiter les tensions »* (Ibid., p. 158).

En effet, le « *secteur de l'aide à la personne dans le cadre de l'emploi direct, ou d'entreprises ou associations mandataires, se caractérise par une forte précarité du statut des salariés* » (CERC, 2007, p. 50). Le temps partiel, avec son effet sur les salaires, est une des caractéristiques de l'emploi dans les services à la personne et plus particulièrement dans l'aide à domicile. Les salariés à temps partiel sont monnaie courante dans le secteur de l'aide à domicile (ANGELOFF, 1999). La moitié (51 %) des salariés employés par des particuliers travaillent à temps partiel (ULRICH & ZILBERMAN, 2007). L'emploi dans les services à la personne se caractérise par la prédominance du statut de CDI, une durée du travail moyen hebdomadaire souvent inférieure à 18 heures et la régularité des horaires.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadré 5 : Définition du champ des services à la personne

Dans le secteur des services à la personne, l'Agence Nationale pour les services à la personne distingue trois secteurs : « *les services aux familles* » (de la garde d'enfant, aux services informatiques en passant par les cours particuliers), « *les services de la vie quotidienne* » (du ménage, à la livraison de repas en passant par le jardinage) et « *les services aux personnes dépendantes* » (de garde malade, à soins esthétiques en passant par la promenade d'animaux domestiques). Le champ que nous nous proposons d'étudier ici ne s'intéresse qu'à la nébuleuse de fournisseurs de services qui évoluent autour de la personne âgée dépendante même si pour des raisons statistiques il couvrira par moment le grand secteur des services à la personne (Annexe 1). Ainsi, loin de suivre le découpage de l'ANSP, nous travaillerons principalement sur les métiers qui viennent compenser la dépendance au quotidien. Cette définition, délibérément floue, nous permettra de puiser à la fois dans ce qui est défini comme « *les services à la famille* » et « *les services de la vie quotidienne* » comme l'assistance administrative, la préparation de repas, etc.

En 2008, 796 millions d'heures ont été rémunérées aux salariés des services à la personne. L'emploi direct de salariés par des particuliers employeurs reste prédominant, même s'il perd de l'importance au fil du temps : en 2008, 71 % des heures sont effectuées par des salariés directement embauchés, contre 29 % pour les salariés mis à disposition par des organismes prestataires. La part des heures effectuées chez les particuliers qui passent par le biais d'organismes sous mode mandataire est de 15 % en 2008.

Depuis sa création fin 2005 et son lancement effectif en février 2006, l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) est une structure qui vise à rapprocher les services de l'action sociale et les services personnels et domestiques avec une logique politique et fiscale commune. Toutefois, en dépit de la création visant à coordonner l'intervention publique dans ce nouveau champ, le paysage des services à la personne demeure très complexe du fait de la pluralité des régulations encadrant l'offre (gré à gré, mandataire, prestataire), des différents types d'agréments (simple et qualité) et de la multiplicité des mécanismes de solvabilisation (ENJOLRAS, 2010).

Un des principaux problèmes rencontrés par les salariés intervenant à domicile est le morcellement de leurs interventions. Par exemple, les aides à domicile des personnes âgées dépendantes réalisent en moyenne quinze visites par semaine (CERC, 2007), ce qui représente environ 25 % du temps de travail passé dans les transports et les coupures entre deux interventions (Ibid.). Or, ces temps ne sont pas pris en compte dans les rémunérations quand l'employeur est un particulier, et pas toujours bien pris en compte par les organismes prestataires (CHARDON & ESTRADE, 2007).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Une autre difficulté pour les aides à domicile provient des variations d'horaires (par exemple en cas d'hospitalisation de la personne âgée) et donc des variations de la rémunération d'un mois à l'autre (Ibid.).

On observe aussi certaines variations dans l'organisation du travail selon les différents modes[19] possibles de pratique de l'activité d'aide à domicile. On verra que chaque type de relation a ses avantages et ses inconvénients, pour le salarié comme pour l'utilisateur.

La convention collective du particulier-employeur est relativement moins favorable aux salariés par certains aspects au regard des deux autres conventions collectives du secteur. Ainsi, le travail de nuit est très peu payé, tout comme la présence de nuit, qui n'est pas considérée comme une activité, mais uniquement comme de la présence. « *Cette présence de nuit sera prévue au contrat et rémunérée pour sa durée par une indemnité forfaitaire dont le montant ne pourra être inférieur à 1/6 du salaire conventionnel versé pour une même durée de travail effectif* »[20]. A noter qu'il s'agit de la seule convention permettant à un salarié d'intervenir de nuit auprès d'une personne dépendante. Les conventions collectives qui couvrent le travail des salariés en mode prestataire au sein des associations prévoient une indemnité kilométrique de déplacement entre chaque intervention, ce qui n'est pas le cas de la convention collective des particuliers employeurs en raison de la multiplicité des employeurs. Le particulier-employeur n'étant pas une entreprise et le lieu de travail mais un domicile privé, cela soustrait les employeurs de certaines applications du droit du travail (PUECH, 2004 ; DUSSUET, 2002 ; COUTURIER, 1997). Les salariés ne sont pas tenus de passer une visite médicale d'aptitude lors de l'embauche et le contrôle médical ne leur est pas appliqué lorsqu'ils travaillent à temps partiel.

Chômage, divorce, accidents professionnels, voire perte de lucidité, hospitalisation ou décès de l'employeur ont des conséquences sur l'activité du salarié. Le salarié présenté comme plus exposé dans les situations d'emploi direct et de mandataire, serait protégé par les structures prestataires.

La relation dans le cadre de l'emploi direct soumet le salarié aux aléas de santé de son employeur, ce qui a un impact direct sur son activité et sur le revenu qu'il en retire. Par ailleurs l'absence de définition et de contrôle extérieur nous amène à penser que certaines des aides ménagères font fonction d'infirmières ou de kinésithérapeutes (CERC, 2007). Cependant, la relation de gré à gré permet au

[19] Le terme de « mode » de travail sera utilisé dans cette thèse afin de définir les activités d'aide à domicile rémunéré selon trois modalités : en emploi direct, en mode mandataire, en mode prestataire.

[20] Article 6, Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999. Etendue par arrêté du 2 mars 2000 (JO du 11 mars 2000).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

salarié, dans certains cas, de négocier favorablement sa position, son niveau de salaire (AVRIL, 2003) et l'organisation de son activité.

Les organismes mandataires géraient en moyenne 18 % des salariés des particuliers employeurs en 2005 (CHOL, 2007). Juridiquement, le client est l'employeur de l'intervenant puisque le mode mandataire appuie la relation salariale sur la même convention collective que l'emploi direct. Les salariés et les employeurs sont donc soumis aux mêmes règles que dans le cas de l'emploi direct. L'appartenance à une structure mandataire présente l'avantage, outre la possibilité d'avoir recours à un tiers en cas de conflit, de faciliter la mise en relation entre employeurs pouvant dans certain cas augmenter le volume horaire au regard de l'emploi direct. C'est, pour certains, une voie d'entrée ou un moyen de compléter leur charge de travail existante en emploi direct ou en prestataire. Selon une enquête réalisée en 2008, 39% de l'ensemble des salariés s'organisent pour travailler sous plusieurs modes (MARQUIER, 2010).

« Théoriquement, le système prestataire est plus favorable à la qualité de l'emploi que le mandataire » (GOMEL, 2004, p. 25). Les salariés en mode prestataire ont une durée du travail légèrement supérieure avec 28,3 heures hebdomadaires contre 27,8 heures pour les salariés en mode mandataire ou mixte, et 19,7 heures pour les salariés en emploi direct (MARQUIER, 2010). On dispose d'éléments de comparaison notamment pour les femmes de ménage. Par rapport à la relation d'emploi direct, caractérisée pour les femmes de ménage par une précarité importante de l'emploi, l'existence d'un organisme intermédiaire serait susceptible d'apporter des améliorations de leurs conditions de travail (CERC, 2007). Mais l'on peut également attendre une progression de la qualité du service rendu (HADDAD, 2003).

Les différents modes d'organisation du travail dans la prise en charge de la dépendance présentent d'importantes différences, que l'on retrouve au niveau des conventions collectives qui structurent le champ. La diversité des conventions collectives de référence dans le secteur des services à la personne reflète la situation de morcellement largement artificiel d'un secteur, en termes de nature d'activité (CERC, 2007).

1.2 La non définition d'un métier : les conventions collectives

Alors que le terme d'aide à domicile existe dans la loi depuis 1956[21], aucun texte n'a réellement traité de la définition du métier jusqu'en 1970 à l'occasion de la rédaction des premières conventions collectives. Toutefois, pas une seule convention collective ne retient la même appellation. L'étude des différentes conventions offre un large éventail d'appellations selon que le salarié dépend de tel

[21] Article 157, Chapitre V Aide sociale aux personnes âgées du Code de la famille et de l'aide sociale publié au journal Officiel de la république Française, 28 janvier 1956.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

ou tel mode d'organisation du travail, ou tout simplement de telle ou telle fédération d'associations. Ainsi, « *Agent à domicile* », « *Agent polyvalent* »,« *Employé à domicile* »,« *Aide à domicile* » sont des termes issus de la Convention Collective Nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural ;« *Employé de maison* », « *Assistante de vie 1 et 2* », « *Dame ou homme de compagnie* », « *Employé familial* » sont issus de la Convention Collective Nationale des salariés du particulier employeur ; et « *Aide ménagère à domicile* » de la Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile. Les « *Auxiliaire de vie* » sont eux, reconnus par deux conventions collectives[22]. Toutes ces dénominations correspondent à une réalité très proche.

Tantôt l'accent est mis sur les différentes populations prises en charge, tantôt il est mis sur les différentes activités.

Ainsi la convention collective de l'aide à domicile en milieu rural du 6 mai 1970 distingue deux types d'intervenants à domicile : les agents à domicile et les agents polyvalents. Ils sont différenciés selon les conditions d'exercice de la fonction : l'agent à domicile « *ne peut intervenir habituellement et de façon continue chez des personnes dépendantes, ni auprès de publics en difficulté* »[23], alors que cette restriction n'existe pas chez l'agent polyvalent. De plus, l'agent polyvalent peut « *effectue des travaux occasionnels d'entretien de la maison, assure des petits travaux de bricolage et jardinage* »[24]. Alors que l'une des distinctions se base sur la définition du public, l'autre s'appuie sur une définition en termes de tâches. Pourtant, l'une comme l'autre ne caractérisent pas l'aide à domicile comme des activités d'entretien courant de la maison auprès des personnes dépendantes ce qui représente pourtant une grande part de l'activité.

La convention collective des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999, quant à elle, définit aussi les emplois selon cette double dichotomie. D'une part, les emplois de « *Dame ou homme de compagnie* » s'opposent à ceux d'« *Assistant de vie 1 et 2* », par le fait que l'on adjoigne aux premiers des « *tâches ménagères courantes* » ou « *les tâches de la vie quotidienne* ». Toutefois, « *assistant de*

[22]Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile & Convention collective nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural

[23] Article 6, définition des emplois, Convention collective nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) du 6 mai 1970.

[24] Ibid.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

vie 1 et 2 » s'opposent par le fait que l'on s'adresse ou pas à « *des personnes âgées et handicapées dépendantes* […] *leur permettant ainsi de vivre à leur domicile* »[25].

Par la suite, les conventions collectives s'abstiendront de définir précisément le travail de l' « *aide à domicile* ». Dans la première convention collective du personnel des employés de maison, elle « *effectue tout ou partie des tâches de la maison à caractère familial ou ménager* »[26]. Selon la convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile, elle « *a pour mission d'accomplir chez les personnes âgées un travail matériel, moral et social, contribuant à leur maintien à domicile* »[27]. Une particularité de cette dernière est qu'elle prend la peine de limiter ce champ d'activité défini de manière flou par cette phrase : « *Son action se définit jusqu'à la limite des actes nécessitant l'intervention d'une personne exerçant une profession autre que la sienne* »[28].

C'est donc dans ce contexte d'incertitude des référentiels que s'est progressivement construit le métier de ceux que nous dénommerons sous un même vocable : « *aides à domicile* ». L'utilisation de ce même vocable n'est pas seulement une simplification de style mais correspond aujourd'hui à une définition tacite qui regroupe toutes ces appellations d'emploi qui, en réalité, correspondent à une même activité, à un même ensemble de tâches.

Par ailleurs, la dualité que nous avons pu observer entre les différentes définitions concurrentes selon la convention collective, à savoir, une définition par public *versus* une définition par tâches ont convergé dans la redéfinition actuelle du métier « *auxiliaire de vie sociale* ».

C'est finalement, le 29 mars 2002 qu'un accord relatif à l'emploi et aux rémunérations, agréé par un arrêté du 31 janvier 2003, est signé. Il a pour vocation de définir les métiers, de créer des filières professionnelles et d'homogénéiser les différents statuts. Un processus d'unification est alors lancé pour doter ce secteur d'une convention collective unique (CERC, 2007) et d'un diplôme unique : le DEAVS (MOREAU, 2003).

Stéphane Alvarez considère l'accord du 29 mars 2002 de la branche de l'aide à domicile comme la dernière étape du processus de professionnalisation du secteur.

---

[25] Article 3, Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999. Etendue par arrêté du 2 mars 2000 (JO du 11 mars 2000)

[26] Article 1er, Convention collective nationale de travail du personnel employé de maison. En vigueur le 27 juin 1982. Etendue par arrêté du 26 mai 1982 JONC 27 juin 1982. (Abrogé)

[27] Article 5, Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983. Agréée par arrêté du 18 mai 1983 JONC 10 juin 1983.

[28] Ibid.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

« *Les anciennes aides ménagères et aides à domicile se voient offrir une possibilité de qualification à travers l'instauration du diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). Le changement de nom de l'aide à domicile en auxiliaire de vie correspond à une volonté de modifier la position sociale de ces « aides à domicile »* » (ALVAREZ, 2010, pp. 5-6). Ce diplôme de niveau V les place désormais au même niveau de formation et de rémunération que les aides soignantes (MOREAU, 2003). Ce consensus en faveur d'une professionnalisation permettrait d'offrir des perspectives plus incitatives pour les jeunes générations.

Toutefois, la formation ne semble pas être l'unique clef des freins vers la professionnalisation de l'aide à domicile (CROFF & MAUDUIT, 2003), en effet, cela suppose notamment de faire de ces emplois, des emplois plus proche de l'emploi moyen en termes de durée du travail, de revenus, et de perspective d'évolution (MARUANI, 2011).

En ce qui concerne le rapprochement de l'emploi moyen, on constate qu'il est souvent difficile d'accroître la durée du travail en raison des horaires de certaines activités. Les besoins des personnes âgées se concentrent généralement le matin, où elles ont besoin d'aide pour se lever, faire leur toilette, pour les repas et le soir pour le coucher, ce qui ne permet pas d'organiser des journées de travail pleines (CERC, 2007).

La formation au DEAVS répond en partie à la question des perspectives d'évolution (nous traiterons de la formation dans la section suivante) en permettant théoriquement depuis 2005 par la validation de modules d'enseignements complémentaires, un passage vers le Diplôme d'état d'aide soignante (DEAS). Toutefois, bien que le processus de VAE DEAS ait connu une forte adhésion l'année de sa mise en place, le nombre d'inscription est passé de 18 598 en 2005 à 8 513 en 2006[29]. Le rapport de la DGAS de mai 2007, fait état de 675 candidats ayant validé le DEAS en 2006 (Direction générale de l'action sociale, 2007). Elisabeth Wisniewski calcule que la formation par le processus de VAE ne représente que 3,3% des diplômés par voie traditionnelle de formation en 2005 (DEMANGE-WISNIEWSKI, 2007). Ne remettant pas en question la validité d'une passerelle entre DEAVS et DEAS, le nombre de DEAS validé par VAE permet de relativiser le volume possible des transitions de DEAVS à DEAS.

Bien que la formation ne soit pas l'unique levier vers une professionnalisation de ces emplois, elle fut présentée comme le pilier central de celle-ci. En effet, on s'est rapidement rendu compte (dès le début des années 1980) que certaines tâches pouvaient favoriser l'insertion de personnes non qualifiées et en difficulté pour trouver un emploi, mais il a fallu attendre la fin des années 1980, puis les années

[29] Nombre de Livret 1 retiré auprès des DRASS

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

1990, pour prendre en compte le fait que le retour à l'emploi ne peut être durable que s'il est accompagné d'une formation et d'un suivi (BENTOGLIO, 2005).

Les politiques de formation se sont donc principalement intéressées à former les personnes les plus éloignées du marché du travail (DEVETTER & *alii*, *2009*). Face au problème de chômage chez un public en difficultés et non qualifié, la mise en place de politiques, vers la fin des années 1980 et le début des années 1990, favorisent la solvabilité de la demande de service, et notamment celle en faveur des personnes de plus de 70 ans, répond à un double problème social, celui de la demande de travail des chômeurs et celui de la demande de service pour les personnes âgées. Afin d'accompagner le processus de professionnalisation, en particulier dans les années 1990, puis à partir de la mise en place de l'APA en 2002, deux actions sont mises en œuvre :

- La création de diplôme
- la définition de structures intermédiaires ayant pour vocation l'accompagnement des salariés dans les services aux particuliers. Ainsi les associations intermédiaires ont enregistré un nombre conséquent d'heures de travail auprès des personnes âgées pour des activités de ménage, de repassage, de bricolage et de jardinage et d'aide à domicile. Elles ont progressivement été rejointes, à partir de 1996 et tout au long des années 2000, par des entreprises.

1.3 Politique de formation : Amélioration de la formation

Avec l'APA (Annexe 2), les besoins en personnel, aussi bien en établissement qu'à domicile, sont allés grandissant en raison de la solvabilisation d'une nouvelle demande. Un personnel en nombre suffisant et avec les qualifications requises est devenu une question cruciale.

La professionnalisation des emplois de services aux personnes suppose à la fois la possibilité d'une formation initiale et des actions de formation continue. Malgré la création en 2002 du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et celle du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale, l'offre de qualification reste peu lisible car elle se compose d'une grande variété de diplômes aux finalités proches, mais relevant de ministères (RIVARD, 2006) et de conventions collectives différents. Néanmoins, on note l'émergence de deux diplômes successifs qui apparaissent plus emblématiques de la volonté de professionnaliser l'aide à domicile. Le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) qui depuis 2002 fut remplacé par le DEAVS.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

1.3.1 Du CAFAD au DEAVS

En parallèle d'une stimulation, d'abord de l'offre puis de la demande, les partenaires sociaux ont tenté de développer des formations sous l'impulsion des gouvernements. Les plus emblématiques du secteur ont été en premier lieu celle du CAFAD en 1988, puis plus récemment celle du DEAVS en 2002.

Depuis la première version du diplôme en 1988 jusqu'à sa nouvelle version en 2002, les conditions d'accès à la formation se sont assouplies. Sylvie Moreau dans son article « *Du CAFAD au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale* » portant sur les modalités de travail du groupe en charge de la réforme du CAFAD, constate une volonté d'« *élargissement et de simplification de l'entrée en formation* » (MOREAU 2003, p. 154). Dans son analyse, elle note deux principales innovations pédagogiques : la facilitation de l'accès à la formation par des passerelles et la mise en œuvre de la VAE. Leurs effets résident dans le fait que « *ces allègements et dispenses d'épreuves renforcent l'attractivité du diplôme et son adaptation aux cursus individuels antérieurs et permettent d'en diminuer les durées de formation et donc les coûts de manière importante* » (Ibid., p. 157). De plus, « *la procédure de VAE (valorisation des acquis de l'expérience) qui vise à concilier simplicité, fiabilité et lisibilité pour les candidats* » (Ibid., p. 157) permet aux candidats d'être dispensés de certains modules de formation.

Sur l'ensemble des formations validées par VAE, environ un tiers des candidats sont en recherche d'emploi. Ce résultat ce vérifie au niveau national, au niveau de tous ministères certificateurs confondus, ce qui témoigne d'une forte attractivité du dispositif de VAE pour les demandeurs d'emplois, dont l'attente principale est le retour à l'emploi (LABRUYERE 2006). Par contre dans l'échantillon[30] utilisé par Isabelle Recotillet et Patrick Werquin (RECOTILLET & WERQUIN, 2008), regroupant majoritairement le diplôme d'auxiliaire de vie sociale (30 %) ou d'aide soignante (28 %) ils constatent qu'« Au moment de commencer leur démarche de certification, 88 % étaient en situation d'emploi et 11 % au chômage. Entrés en moyenne à 19 ans sur le marché du travail, 50 % d'entre eux ont plus de neuf ans d'ancienneté dans leur emploi au moment de commencer leur parcours de VAE » (RECOTILLET & WERQUIN, 2008, p. 106). Ils constatent que les salariés sont rarement à l'initiative de la démarche souvent amorcée par l'employeur, « *soit par une information à ce sujet reçue au sein de l'entreprise (32 %) ou sur proposition d'un supérieur hiérarchique (26 %) »* (Ibid.) attestant d'une bonne connaissance du dispositif par les employeurs.

[30]L'enquête « Parcours des candidats à la validation des acquis de l'expérience » menée en janvier 2007, Cereq, DARES, DREES

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Alors que l'ancien diplôme du CAFAD n'était mentionné que sept fois entre 1998 et 2002 dans la presse française[31], le nombre de citations du DEAVS, qui fut créé en 2002, passa de trois mentions en 2002, à 113 en 2008[32]. L'existence d'un secteur structuré autour d'un diplôme antérieur au DEAVS est avérée. Ce dernier très peu modifié de sa version initiale du CAFAD, à l'exception de simplifications, pourrait être un outil de communication ayant pour but l'amélioration de la formation des salariés devant répondre à une nouvelle demande solvable. Cette nouvelle formation a en outre permis d'améliorer les conditions salariales en revalorisant le salaire horaire des aides à domicile titulaires du diplôme.

Cette communication semble en réalité adressée aux employeurs, puisqu'en parallèle, certains départements ont tenté d'imposer un quota minimum de salariés « formés » de catégorie B et C (ISCED 3C) dans les structures qu'ils soutiennent par l'intermédiaire de l'autorisation tarifée[33], ceci dans le but d'améliorer la qualité du service mais aussi de stimuler l'embauche de salariés titulaires du DEAVS. Le coût d'un salarié diplômé est plus important que celui qui ne l'est pas pour une plus-value peu mise en avant. Néanmoins, cette stratégie semble porter ses fruits puisqu'un accroissement important du nombre de diplômés des catégories B et C est constaté. Cet accroissement est à attribuer principalement aux structures intermédiaires plus qu'à la réelle volonté de formation des aides à domicile si l'on en croit Delphine Verchere. Dans son travail sur « *La mise en place de la validation des acquis de l'expérience pour le DEAVS : enjeux et limites* » (Verchere, 2003), elle précise que les Directions des Administrations Sanitaires et Sociales[34] (DRASS) ont tenu à « *attirer l'attention du ministère sur le caractère plus ou moins volontaire de l'engagement des salariés dans les procédures de VAE* » (Verchere, 2003, p. 32). La majorité des dossiers ont été constitué par les « *employeurs qui ont sélectionné les candidats supposés* » (Ibid.).

Néanmoins, certains observateurs ont constaté que la professionnalisation des aides à domicile par l'obtention du DEAVS pâtit de l'hétérogénéité des employeurs (qui ne reconnaissent pas tous le diplôme et sa valorisation salariale) et des métiers concernés. En effet, ce nouveau diplôme cohabite avec une liste importante d'autres diplômes dépendant de multiples conventions collectives, branches professionnelles

[31]Résultats pour « CAFAD » entre 1998 et 2002 sur l'ensemble de la presse "Factiva agrégateur de presse".

[32]Résultats pour « DEAVS » entre 2002 et 2008 sur l'ensemble de la presse "Factiva agrégateur de presse" (2002 : 3, 2003 :13, 2004 : 39, 2005 : 63, 2006 : 67, 2007 : 80, 2008 : 113)

[33] On abordera les modalités d'accès au marché dans la prochaine section.

[34] Dans le cadre d'une expérimentation du VAE en vue de l'acquisition du DEAVS de mars à juillet 2002 dans 7 régions.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

et dispositifs de financement de formation (trois OPCA - Organisme Paritaire Collecteur Agréé -) :

- diplômes visés au code de l'action sociale et des familles (diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale, certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique,...) ;
- diplômes visés au code de la santé publique (diplôme professionnel d'aide-soignant, diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture) ;
- diplômes délivrés par le ministère chargé de l'éducation nationale (CAP petite enfance, BEP carrière sanitaire et sociale, mention complémentaire aide à domicile...) ;
- diplômes délivrés par le ministère chargé de la jeunesse et des sports (brevet d'aptitudes professionnelles assistant animateur technique...) ;
- titres délivrés par le ministère chargé du travail (titre professionnel d'assistant de vie...) ;
- diplômes délivrés par le ministère chargé de l'agriculture (BEP agricole services aux personnes...) ;
- certificat d'employé familial polyvalent délivré par l'institut FEPEM de l'emploi familial.

Ainsi, si l'on se focalise uniquement sur les associations prestataires, une enquête de la Chambre Régionale de l'Economie Sociale des pays de la Loire (CRES, 2009) ne montre pas d'accroissement important des salariés diplômés du DEAVS sur son territoire depuis 2005. Selon le CRES des Pays de la Loire, les salariés de catégorie C, c'est-à-dire formés au CAFAD ou au DEAVS, passent de 23,7 à 23,2% des salariés des structures étudiées, représentant 9 821 salariés. Parallèlement, ce sont les salariés formés de catégorie B[35], c'est-à-dire de niveau inférieur et ne bénéficiant pas d'un accroissement du salaire horaire, qui passent de 14,6% à 18,1%.

En outre, les acteurs ou opérateurs du secteur, sont soumis à des obligations différentes en matière de qualification des personnels (PETRELLA & RICHEZ-BATTESTI, 2010). Ainsi, les structures relevant de l'agrément qualité ou de l'autorisation sont soumises à un certain nombre d'obligations concernant la qualification du personnel qui ne concernent pas les entreprises soumises à l'agrément simple ou encore le particulier employeur.

[35] Définit dans l'enquête par Employés à domicile (BEP sanitaire et social, CAP petite enfance, diplôme d'assistante de vie (ADV))

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Concernant ces obligations de formation, une inflexion du législateur quant à l'agrément qualité est observable. L'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « *qualité* »[36] impose des « *intervenants* » qualifiés :

> *« 44. Le gestionnaire s'assure des aptitudes des candidats à exercer les emplois proposés, il organise à cette fin son processus de recrutement.*
>
> *45. Les intervenants :*
>
> *- soit sont titulaires d'un diplôme, certificat ou titre délivré par l'Etat ou homologué ou inscrit au répertoire national des certifications professionnelles, attestant de compétence dans le secteur concerné et dont une liste indicative figure en annexe ;*
>
> *- soit disposent d'une expérience professionnelle de trois ans dans le secteur concerné et bénéficieront d'actions de formation ou d'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience, dans une perspective de formation qualifiante ;*
>
> *- soit bénéficient d'un contrat aidé par l'Etat assorti de mesure de formation professionnelle, soit d'une formation en alternance ;*
>
> *- soit bénéficient d'une formation d'adaptation à l'emploi suivie d'une formation qualifiante, dans le domaine.*

La circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n°1-2007du 15 MAI 2007 ayant pour objet l'agrément des organismes de services à la personne explique que la personne formée peut se limiter au chef d'entreprise :

> *« Le recrutement des intervenants qualifiés*
>
> *Le dossier doit présenter un calendrier de recrutement des intervenants qualifiés (disposition n° 45) suffisamment précis et en cohérence avec la nature et le rythme prévisionnel de démarrage et de développement des activités de l'organisme. Il est bien entendu possible de commencer l'instruction de la demande d'agrément sans disposer des pièces justificatives nécessaires. L'agrément ne pourra cependant être accordé que si le demandeur offre toutes les garanties d'une qualité d'intervention (par exemple disposer d'au moins un intervenant qualifié, qui peut être le gestionnaire à condition que celui-ci possède les qualifications requises) conforme à son projet d'activité et tel que détaillé dans le cahier des charges. »*

[36] JORF n°285 du 8 décembre 2005 page 18906 texte n° 6, Arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail, VIII. - Sélection et qualification des personnes mettant en oeuvre l'activité

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n°1-2007du 15 MAI 2007 ayant pour objet : Agrément des organismes de services à la personne

Ainsi depuis 2007, on note une inflexion législative sur la qualité et, *de facto,* sur la professionnalisation des intervenants, tout comme le note Francesca Petrella et Nadine Richez-Battesti dans un article sur la « *Régulation de la qualité dans les services à la personne en France* », (PETRELLA & RICHEZ-BATTESTI, 2010). Ainsi la volonté d'imposer des intervenants qualifiés, d'abord inscrite dans la loi, se transforme avec le décret de 2007 en une obligation de formation limitée au gestionnaire. Toutefois, cette focalisation sur la formation ne doit pas faire oublier qu'une majorité de salariés travaillant au maintien à domicile n'est pas diplômée. L'histoire de la mise en place de politiques spécifiques à la dépendance ne peut pas faire l'économie d'un retour sur un ensemble de mesures d'abord destinées à créer des emplois.

2. Développer des services à la personne ou aux personnes fragiles ?

Pour reprendre les propos de Thomas Frinault, les années 1980 puis le début des années 1990 sont caractéristiques de la « non décision exemplaire » (JOBERT, 1993 cité par FRINAULT, 2005, p.37) sur les questions de politiques spécifiques à la dépendance.

On observe malgré tout, différentes tentatives de mise en place d'un réel système de prise en charge publique des personnes âgées dépendantes, manifestes dans la production d'un nombre important de rapports[37] traitant de questions d'ordre démographique relatif à l'accroissement des personnes âgées dépendantes et *in fine* à l'accroissement des besoins de prise en charge médico-sociale, rapports également révélateurs d'une volonté d'amélioration des conditions de vie personnes âgées, avec des questions relatives aux vacances, aux volontariats et aux activités réalisés par les personnes âgées. Néanmoins, aucun n'est accompagné d'une déclinaison de mesures spécifiques pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées jusqu'en 1995. Ce sera alors, de manière expérimentale dans 12 départements avec la Prestation Expérimentale Dépendance (PED) puis avec la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) à partir du 23 janvier 1997. Les gouvernements successifs se sont contentés, dans une large mesure, d'abaisser le coût de l'aide à domicile avec des exonérations fiscales et des exonérations de cotisations sociales, étendues progressivement à différentes catégories de population (2.1 Politique de l'emploi : une réponse au chômage). Le but étant de développer les emplois de service, mais

[37] (ARRECKX, 1979 ; VAN LERBERGHE & PAUL, 1980 ; QUESTIAUX & MOREAU,1980 ; PAVEC & LEBEAU, 1983 ; GUYARD, 1984 ; JAGORET, 1984 ; SUEUR, 1984 ; DEBEAUPUIS ; 1984 ; BENOIST, 1985 ; MOUSNIER-LOMPRE, 1985 ; COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, 1986 ; BRAUN &STOURM LAROQUE, 1988 ; LAROQUE, 1989 ; DURAFFOURG & PAUL, 1990 ; SCHOPFLIN, 1991 ; INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 1991 ; MOUSNIER-LOMPRE & ALII, 1992 ; THERY, 1993)

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

aussi de résorber une partie du travail au noir très important dans ce secteur d'activité. « *Entre 1995 et 2005, le nombre de ménages déclarant à l'administration fiscale employer un salarié à domicile a augmenté de 76 %. Sur la même période, les dépenses consacrées par les particuliers à l'emploi d'un salarié à domicile ont progressé de 104 %, selon les données fiscales (une part importante de cette croissance étant liée à une logique de blanchiment du travail au noir, comme le soulignent les résultats bien plus modérés des enquêtes Budget de famille : + 24 % pendant la même période). Les analyses de l'Insee estiment que cette croissance est imputable, pour plus des deux tiers, à des personnes qui déclarent un salarié qu'ils employaient auparavant « au noir » et, pour le tiers restant, à de nouveaux ménages utilisateurs de services à domicile* »(DEVETTER, LEFEBVRE & PUECH, 2011, pp. 11-12).

2.1 Politique de l'emploi : une réponse au chômage

Bien que la question de la prise en charge de la dépendance soit déjà présente au cœur des discussions, elle demeure minoritaire au regard de celle du chômage qui est une préoccupation des politiques publiques des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix. Les besoins des personnes âgées, alors intégrés dans les besoins des familles, sont ainsi perçus comme une opportunité de création de services pouvant aider les pouvoirs publics à résorber le chômage. Ainsi la politique de l'emploi menée depuis 1988 et jusque dans les années 1990 s'articule autour de trois axes majeurs :« *le premier se traduit en particulier par l'action auprès des PME-PMI et le développement des emplois familiaux ; le second, par le soutien apporté à l'insertion par l'activité économique [...] le troisième, par la rationalisation interne et par l'affirmation du rôle d'animation et de coordination du service public de l'emploi au niveau local, propice à la mobilisation des acteurs* »[38].

L'ensemble des mesures adoptées en 1991 pour développer l'emploi a été complété par une série d'incitations au développement des emplois familiaux. « *En effet, l'existence d'un important potentiel d'emplois auprès des familles (gardes d'enfants, aides à domicile des personnes âgées et handicapées, travaux ménagers), sous-exploités du fait du caractère partiellement solvable de la demande au prix du marché officiel (entraînant une prépondérance du travail clandestin), et de l'insuffisante structuration de l'offre en termes de recrutement, de mise en relation et de formation des salariés, a incité les pouvoirs publics à compléter la panoplie de mesures existante déjà dans ce domaine par une action d'ensemble, exposée au conseil des ministres du 16 octobre 1991, reposant sur trois éléments : simplification des procédures de déclaration des salaires aux organismes sociaux, décidée par le conseil des ministres du 3 juillet, est entrée en vigueur le 1er janvier 1992 : les particuliers employeurs n'ont plus à déclarer, chaque trimestre, que le salaire horaire et le nombre d'heures*

[38] Réponse du ministère : Travail à la Question écrite n° 13652 de M. Marcel Lucotte (Saône-et-Loire - RI) publiée dans le JO Sénat du 19/11/1992 - page 2580

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

travaillées, l'URSSAF calculant elle-même les cotisations ; aide à la demande des ménages, avec une incitation fiscale simple, à vocation générale, de manière à entraîner la création d'un maximum d'emplois »[39].

L'évolution institutionnelle autour de la professionnalisation des soins à domicile des personnes âgées ne peut donc être comprise sans prendre en compte le niveau élevé du chômage dans les années 1980 en France. Le taux de chômage important concomitant à l'expansion des besoins de soins des personnes âgées a été vu comme une opportunité. Créer des emplois aussi bien en emploi direct qu'avec une « *incitations au développement, avec l'appui des collectivités territoriales, du réseau associatif de services aux personnes* »[40]a semblé être la mesure idéale aux gouvernements pour réduire le chômage et répondre à cette nouvelle demande sociale. A partir de 1980, les gouvernements successifs ont développé une multitude de nouvelles formes d'emploi dans le secteur des emplois familiaux, à temps partiel, occasionnels, principalement dans l'insertion comme tremplin vers une autre activité (MARTIN, 2001).

A la fin des années 1980, cette politique de création d'emplois à temps partiel au niveau des collectivités locales est apparue inefficace au gouvernement au regard des financements engagés et l'Etat s'est alors tourné vers une politique incitative axée sur les familles puis les personnes âgées dépendantes de plus de soixante-dix ans ou handicapées, ainsi que les parents d'enfants âgés de moins de trois ans. Cette période permet d'observer de nombreux dispositifs mis en place afin de faciliter le recours par les ménages aux prestations de « services » dont ils ont besoin. Ces politiques permettent également de favoriser le secteur de l'emploi familial. Ainsi le rapport du Sénat 2010 sur les services à la personne (KERGUERIS, 2010) retient pour les dispositifs de solvabilisation des services à destination des ménages :

« La *loi n° 87-39 du 27 janvier 1987* qui instaure, pour les personnes de plus de 70 ans ou dépendantes, employeurs directs, une exonération des cotisations de sécurité sociale. Les associations intermédiaires sont créées et sont exonérées de charges sociales pour les activités de prêt de main d'œuvre auprès des particuliers pour des petits travaux d'entretien et de jardinage.

La *loi n° 91-1405 du 31 décembre 1991* et *la loi de finances rectificatives du 30 décembre 1991* qui modèlent l'architecture du secteur des emplois familiaux : simplification des procédures de déclaration et de paiement des charges sociales, aides directes aux ménages et meilleure organisation de l'offre. Un agrément est instauré pour les associations de service à la personne qui peuvent exercer une activité dite de mandataire, de placement de salariés et de gestion de contrats de

[39] Ibid.

[40] Ibid.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

travail. La simplification des formalités de déclarations aux organismes sociaux est généralisée à l'ensemble de la France dès le 1er janvier 1992. Pour favoriser l'emploi, la loi instaure aussi une réduction d'impôt sur le revenu égale à 50 % des sommes versées pour l'emploi d'un salarié travaillant à la résidence du contribuable, ainsi que pour les sommes versées à une association agréée par l'Etat pour la fourniture de services aux personnes. L'ensemble du champ des emplois familiaux est couvert par cette réduction fiscale.

La *loi quinquennale n° 93-13 13 du 20 décembre 1993* franchit une étape supplémentaire dans la simplification administrative avec la mise en place du « chèque service » (article 5) dénommé par la suite « chèque emploi service ». Les décrets d'application du 10 novembre 1994 lancent son expérimentation pour des prestations de services à la personne inférieures à 8 heures par semaine.

La *loi n° 96-63 du 29 janvier 1996* pérennise le chèque emploi service et l'étend au temps plein. A côté de l'agrément simple, le gouvernement crée un agrément qualité pour la garde d'enfant et l'assistance aux personnes âgées ou handicapées. Le secteur est ouvert aux entreprises privées agrées. Depuis 2000, elles bénéficient de la TVA réduite (5,5 %). La loi autorise les comités d'entreprise ou les entreprises à verser des aides financières aux salariés utilisant les services d'un intervenant à domicile.

Le titre emploi service est crée par *l'arrêté du 27 décembre 1996*.

La *loi du 26 juillet 2005* relative au développement des services à la personne - dite « Loi Borloo » - vise un développement quantitatif et qualitatif du secteur par la mise en œuvre de nouvelles mesures d'incitation fiscale et de structuration de l'offre. Elle comprend notamment :

- La suppression de toutes les cotisations patronales au profit des prestataires de services agréés ;
- Une simplification des procédures d'agrément des structures de services à la personne ;
- La création d'un chèque emploi service universel (CESU), en remplacement du chèque emploi service et du titre emploi service.

Une vingtaine d'activités (Annexe 1 : Les « services à la personne » une définition fiscale p. 329) sont ciblées par le plan de développement des services à la personne de 2005, dit « Plan Borloo » (KERGUERIS, 2010).

2.2 Stimuler l'arrivée de nouveaux acteurs pour résorber le chômage

Une étude du Céreq (LABRUYERE, 1996) calcule qu'en neuf ans, de 1987 à 1995, les dispositifs d'exonération de charges sociales et de déductions fiscales précédemment cités *« ont généré environ 126 millions d'heures de travail ; soit près de 70 000 emplois équivalents temps plein (ETP) dans le secteur des services à la*

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

personne, c'est-à-dire créés par des particuliers-employeurs. Pendant la même période, les dispositifs traditionnels d'aide au maintien à domicile (essentiellement l'aide ménagère) créaient dix fois moins d'heures de travail : moins de 7 000 emplois ETP » (Ibid., p. 2).

En 1996, ces dispositifs fiscaux ont été étendus à tout statut d'emploi dans le secteur des services, et les entreprises ont eu la possibilité d'entrer dans le secteur de la prise en charge des personnes fragiles. Cette expansion des avantages a visé à créer plus de concurrence entre les fournisseurs de services et à accroître la solvabilité de la demande.

L'introduction d'une logique commerciale dans le secteur de la prise en charge des personnes fragiles, qui jusque là avait été dominée par des notions de charité, puis de responsabilité publique, correspond à une volonté de transformer les emplois d'aide à domicile en « *une offre industrielle, seule capable d'apporter l'innovation, la sécurité, la reproductibilité et l'homogénéité qui sont, de l'avis général, les principales attentes à l'égard de la qualité des services à la personne* » (Conseil National du Patronat Français, Rapport,1994, p.10).

3. Une politique de la dépendance : De l'ACTP à la PSD, en passant par la PED solvabilisation d'une demande

La dépendance des personnes âgées devient une question spécifique en France à partir des années 1980 (MARTIN, 2001 et 2003; FRINAULT, 2009), avec la publication de nombreux rapports sur le sujet. Toutefois, c'est uniquement à partir de 1996 qu'est développée la première allocation spécifique aux personnes âgées dépendantes au niveau national.

Alain Jourdain (JOURDAIN, 2001) attribut l'émergence des politiques spécifiques à la dépendance à deux facteurs :

- le contexte démographique qui présente une proportion de personnes âgées dépendantes de plus en plus importante. « *Sur la période 2000-2020, la hausse serait de l'ordre de 14 % dans le scénario optimiste, 23 % dans le scénario central ou 31 % dans le scénario pessimiste. En termes d'effectifs, on passerait ainsi d'environ 800 000 personnes âgées évaluées en groupes Gir*[41] *1 à 4* [les plus dépendants sur une échelle de 1 à 6] *en 2000 à 980 000 en 2020 selon le scénario central, 910000 selon le scénario optimiste et 1050000 selon le scénario pessimiste. Entre 2020 et 2040, le nombre de personnes âgées*

[41] Le GIR, Groupe Iso Ressource, correspond au niveau de dépendance calculé avec l'outil AGGIR pour plus de détails voir l'annexe 2. Il existe 6 GIR, le GIR 1 est le GIR qualifiant les personnes les plus dépendantes. Les GIR 1 à 4 donnent droit à l'Allocation Personnalisée à L'autonomie.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

dépendantes augmenterait dans des proportions légèrement supérieures. Au total, sur les quarante années, l'augmentation serait d'environ 32 % dans le scénario optimiste, 53% dans le scénario central ou 79 % dans le scénario pessimiste » (KERJOSSE, 2003, p. 20). Par ailleurs, les tendances calculées à long terme supposent que toute politique définie en 2000 devra supporter l'accroissement très rapide de la population des personnes âgées de plus de 85 ans ;

- la volonté de remise en ordre d'un système incohérent de protection sociale relatif à la dépendance: la mise en place d'une nouvelle allocation, la PSD qui se substitue à un ensemble de prestations d'assurance maladie, de crédits d'aide sociale des caisses de retraite, d'allocations financières aux personnes handicapées recevant l'aide d'une personne.

La construction d'une telle politique est soumise à un double calendrier qui combine des questions urgentes portant sur l'unification d'allocations financières, la maîtrise de leur croissance (Allocation compensatrice pour tierce personne ou ACTP, cf. Encadré 6) et leur gestion à partir des problèmes de la population. La question non urgente est celle des conséquences économiques et sociales de la croissance rapide du quatrième âge prévisible entre 2020 et 2040 (Cours des Comptes, 2005). En effet, la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes jusqu'en 2040 est évaluée à 1% par an (GISSEROT & GRASS, 2007), ou environ 1,22 à 1,23 million de personnes dépendantes selon la DRESS (BONTOUT, COLIN & KERJOSSE, 2002) et l'INSEE (DUEE & REBILLARD, 2006). Toutefois, la préoccupation qui ressort n'est pas celle de l'évolution du nombre de personnes dépendantes mais celle du nombre d'aidants. D'après la DREES (BONTOUT, COLIN & KERJOSSE, 2002), le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter de manière beaucoup plus importante que le nombre d'aidants potentiels représenté par les personnes âgées de 50 à 79 ans. En effet, « *sur l'ensemble de la période allant de 2000 à 2040, la hausse du nombre de femmes âgées de 50 à 79 ans serait de 10%, celle du nombre d'hommes de 50 à 79 ans de 12%, alors que celle du nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait, au sens des 1 à 4, 53% dans le scénario central. Les effectifs d'aidants potentiels augmenteraient donc nettement moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes, ce qui correspond à une baisse du nombre d'aidants potentiels par personne âgée dépendante* » (Ibid., pp. 8-9)

La chronologie des faits permet de distinguer trois étapes qui répondent assez bien au critère d'urgence selon Jourdain (JOURDAIN, 2001) : résolution de l'incohérence dans la gestion des aides existantes offertes par les différentes institutions de protection sociale à partir de l'expérimentation menée dans quelques départements

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

avec la Prestation Expérimentale Dépendance (PED[42]) conduit à la mise en place de conventions entre les opérateurs sociaux de l'aide ménagère et de l'aide sociale (CNAV et Département). Puis le choix d'un opérateur unique (Conseil général) et la définition de critères nationaux d'attribution de la prestation afin de limiter les inégalités territoriales avec la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Enfin, la définition d'un niveau financier soutenable et conforme aux standards européens, ainsi qu'une universalisation de l'allocation, sont adoptées avec l'APA qui, bien que parfois présenté comme un mécanisme coûteux, ne représente que l'équivalent de 1,25% des charges nettes de l'ensemble des régimes de sécurité sociale de base[43].

Encadré 6 : Qu'est ce que l'ACTP ?

L'ACTP, Allocation Compensatrice Tiers Personne, créée par le gouvernement français en 1975, s'adressait à une personne handicapée. C'était la première allocation qui introduisait une compensation financière pour un aidant familial. Cette allocation n'était pas destinée à payer un acte précis à un membre précis dans la famille. Elle pouvait être utilisée pour payer un professionnel ou compenser une perte de salaire de l'aidant en complément de l'allocation aux adultes handicapés, accordée en fonction du « taux d'invalidité de la personne handicapée ou de l'impossibilité où elle se trouve, compte tenu de son handicap, de se procurer un emploi »[44]. Le recours à l'ACTP n'imposait pas de recourir à l'emploi d'un salarié[45]. Mise en place en faveur de personnes handicapées, elle est progressivement devenue, en raison d'absence de frontière d'âge, la principale allocation pour personnes âgées dépendantes.

3.1 La construction progressive d'un dispositif

A l'origine de la création de la PED, on trouve une volonté de structurer les pratiques disparates qui font office de politique locale de la dépendance pour les personnes âgées. La loi du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité Sociale instaure le principe de l'expérimentation d'une « prestation dépendance » au niveau départemental versée à des personnes âgées dépendantes qui résident dans un domicile individuel.

[42] La PED est instituée à titre expérimental pour un an dans douze départements français, à compter du 1er janvier 1995. Elle est destinée aux personnes âgées d'au moins 60 ans en état de dépendance vivant à domicile.

[43] Le calcul est effectué à partir des dépenses d'APA précisées dans le cahier de recherche du CREDOC sur le coût de la dépendance (LOONES, 2005) et les chiffres clefs de la sécurité sociale (Direction de la sécurité sociale, 2011)

[44] Art 36 loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

[45] Commission centrale d'aide sociale, décision du 28 juin 2000.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Un cahier des charges définit les objectifs de l'évaluation de la PED. Il s'agit de :

- valider une grille d'évaluation unique de la dépendance (FRINAULT, 2005 ; Ennuyer, 2001);
- mettre en place une coordination autour de la personne âgée et de sa famille pour leur information sur les services et les aides disponibles et leur orientation ;
- promouvoir au niveau départemental une meilleure adéquation de l'offre et de la demande ;
- apprécier le nombre de bénéficiaires concernés et établir le coût global de la prise en charge de la dépendance.

La population bénéficiaire des différentes prestations ne couvre pas l'ensemble de la population dépendante. Lors de la mise en place de la première prestation, la PED, une personne dépendante sur neuf en a bénéficié de cette prestation. La principale raison de cette exclusion provient de la sélection des bénéficiaires qui se fait sur la base des niveaux de dépendance (GIR 3 minimum) (Cf. Comment est évaluée la perte d'autonomie ? p. 341). Ce niveau qui, dès 1995, fut choisi comme niveau minimum de dépendance pour obtenir une aide *« réduit le nombre de bénéficiaires de 46,1% comparativement à ce que donnerait un seuil moins restrictif (GIR 4)»* (JOURDAIN & MARTIN, 1998 cité par JOURDAIN, 2001, p. 258). Une seconde explication serait le conditionnement de l'allocation liée aux ressources. La prestation expérimentale de dépendance puis la prestation solidarité dépendance sont deux prestations qui relèvent de l'aide sociale et sont donc, à ce titre, soumises à récupération sur succession. Par ailleurs, leur montant est modulé en fonction du revenu et elles s'adressent en majorité aux personnes bénéficiant de bas revenus.

La création de l'ACTP peut être pensée comme un mécanisme de complément de ressource à usage libre pour les foyers touchés par le handicap (« soit que son état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence, soit que l'exercice d'une activité professionnelle lui impose des frais supplémentaires »[46]), et non pas uniquement afin de prendre en charge les besoins propres à la personne handicapée à travers des services professionnels. Cette notion de complément de ressource au titre de l'ACTP est cependant perçue comme une dérive par certains députés. Yves Bur, député (UMP), rappellera dans le débat parlementaire relatif à la mise en place de l'APA que « *le versement de l'ACTP avait connu certaines dérives puisqu'il a été établi que, par exemple dans le Bas-Rhin,*

[46] Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, Chapitre III : Dispositions relatives aux prestations aux adultes handicapés, Article 39

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

seulement 10 % des sommes versées étaient réellement affectées à l'aide à domicile »[47]. Avec les deux dernières allocations (PSD et APA), et principalement la dernière, à caractère universel, le gouvernement établit une distinction entre les revenus des ménages et l'aide en nature fournie par la prestation. L'impossibilité d'inclure la nouvelle indemnité directement dans le revenu du ménage est due à l'obligation de justifier l'utilisation de l'allocation à travers des fiches de paie ou des factures[48]. De plus, depuis la PSD, suivant la théorie des mondes hostiles (ZELIZER, 2008), les deux allocations présentent l'impossibilité d'engager son propre conjoint[49] bien que permettant l'embauche d'un autre membre de la famille. Cette possibilité oblige à rendre visible le travail de soins jusque là non rémunéré. Les nouvelles allocations contraignent au recours à une aide extérieure et accroissent de fait la demande d'aide professionnelle.

La mise en place de la prestation expérimentale dépendance (PED) réformant l'ACTP dans douze départements est donc caractéristique de la prise de conscience de besoins spécifiques des personnes âgées. Cette expérimentation aboutit à la mise en place, au niveau national, de la prestation spécifique dépendance (PSD) qui, connaîtra un succès en demi-teinte par rapport à celui qu'à connu la prestation expérimentale dépendance (PED). En effet, comme le note Jean-Louis Masson (RPR) dans une question au gouvernement « *cette nouvelle prestation à la charge du département constitue une régression par rapport à la prestation expérimentale dépendance dont avait bénéficié la Moselle entre autres départements* [puisque] *la prestation spécifique dépendance étant devenue une prestation d'aide sociale, elle est soumise à récupération notamment sur les successions dépassant 300 000 francs [...] qu'il ne s'agit donc pas d'une assurance contre le risque dépendance qui touche de plus en plus de personnes âgées* ».[50]

[47]Commission des affaires culturelles, familiales et sociales compte rendu n° 32 *(application de l'article 46 du règlement)* mercredi 4 avril 2001 (séance de 9 heures 30) *présidence de M. Jean le Garrec, président puis de M. Edouard Landrain, vice-président*

[48] « A la demande du président du conseil général, le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est tenu de produire tous les justificatifs de dépenses correspondant au montant de l'allocation personnalisée d'autonomie qu'il a perçu et de sa participation financière. » Article L232-7, Code de l'action sociale et des familles

[49] « Le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité. Le lien de parenté éventuel avec son salarié est mentionné dans sa déclaration », Article L232-7, Code de l'action sociale et des familles

[50] Question au gouvernement de M. Masson Jean-Louis (Rassemblement pour la République - Moselle) le 22 décembre 1997

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

L'évaluation des besoins de la personne âgée dépendante représente l'un des points les plus novateurs de la prestation expérimentale dépendance (PED) repris dans la prestation spécifique dépendance (PSD). Il s'agit déjà, comme cela sera le cas avec l'APA, d'un mécanisme d'évaluation à partir de la grille AGGIR qui s'apparente en réalité - selon les ressources de l'allocataire - à une « négociation » entre ce dernier (ou son représentant) et l'autorité publique, l'Equipe Médico-Sociale (EMS). Dans un article intitulé « *L'évaluation de la dépendance à domicile: une enquête ethnographique* » (MULET, à paraître), Pascal Mulet appréhende l'outil AGGIR comme un outil de médiation au niveau des différentes étapes du processus de mise en place de l'APA. Dans ce chapitre, l'auteur analyse les pratiques d'évaluation dans deux services. Il considère ainsi le travail de remplissage de la grille comme des « *pratiques de traduction et de tri des informations effectuées par des personnes mandatées pour produire [une] vérité officielle* » que nous apparentons selon les ressources sociales de la personne dépendante à une négociation, variable selon les territoires.

L'allocation prend un caractère personnalisé plaçant les besoins spécifiques de la personne au centre de l'évaluation. Cette nouvelle prestation veut aussi financer une assiette de services larges et définis : « *Globale, elle conjugue les approches médicales et sociales et veut dépasser le cadre a priori de la PED, c'est-à-dire celui d'un financement pour appréhender une situation globale. Personnalisée, elle replace la personne âgée dépendante dans son environnement familial et prend en compte son mode de vie* » (JOURDAIN, 2001, p.259).

Le recours à des aidants extérieurs professionnels est surtout défini par l'intervention d'aide ménagère financée par l'aide sociale ou la CNAV. En dehors de ces cas, sous tutelle publique, l'interconnaissance et la confiance en la personne choisie prévalent, et est caractérisée par un recours à des salariés dans un cadre de gré à gré en emploi direct. Le dispositif de la prestation spécifique dépendance (PSD) renforce donc le rôle du bénéficiaire comme employeur. En effet, contrairement à ACTP, la PSD doit obligatoirement être utilisée pour l'emploi d'une aide salariée[51] et le montant horaire financé par l'allocation est souvent le même quelque soit le mode d'emploi choisi pour l'aide. Cette pratique constatée dans au moins 30 départements (BORREL, 1999) pourrait être à l'origine du développement des modes de travail les moins onéreux (emploi direct et mandataire). Ce déséquilibre est aussi attribué à un désavantage en termes d'aide financière pour les associations travaillant en mode prestataire. La mise en place de l'APA permet ainsi un rattrapage de ce déséquilibre puisque qu'un amendement tendant à exonérer à 100 % les associations d'aide à domicile, tout comme les salariés en mandataire ou emploi direct, est voté. L'argument étant de soutenir *« un secteur de l'aide à domicile*

[51] 90% de l'allocation doit être utilisé pour rémunérer un salarié.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

qui permet aux personnes âgées d'être aidées par de vrais professionnels »[52]. Parmi les personnes bénéficiaires de la PSD, les dépenses d'aide à domicile ont été affectées à des aides en mode mandataire (42 %), puis mode emploi direct (29 %) et finalement vers le mode prestataire (21 %) (KERJOSSE, 2001). Cette situation s'explique principalement par la présence plus importante de structures mandataires sur les territoires développées depuis la fin des années 80 (Chapitre 1). Le recours aux modes d'emploi direct et mandataire est considéré comme une faiblesse de la PSD puisque les modalités d'intervention définies dans l'APA seront d'« affecter l'allocation à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé »[53] dans les cas les plus dépendants. Cette modalité étant « *propre à garantir la qualité de l'aide servie à domicile* ». L'allocation personnalisée à l'autonomie retiendra en 2002 un dispositif qui tend à favoriser le recours à un service prestataire pour les personnes les plus dépendantes. Par ailleurs, en 1997, un dispositif local de coordination gérontologique rend obligatoire les conventions entre les départements et la Sécurité sociale au sujet des prestations de services aux personnes âgées[54], afin d'améliorer la complémentarité, les modalités de gestion, l'instruction et le suivi des prestations.

Selon Claude Martin et Alain Jourdain (JOURDAIN & MARTIN, 1998) qui évaluent la PED, les points faibles du dispositif relevés au cours de l'évaluation seront repris dans la loi PSD : conditions de dépendance restrictives (GIR 1 à 3 exclusivement), conditions de ressources inférieures à un plafond de 943 €[55] pour bénéficier de la prestation à taux plein, recours sur succession (JOURDAIN, & alii, 1996 ; BORREL, 1999). Ces éléments contribuent à réduire le nombre d'allocataires en excluant les moins dépendants de l'allocation et en limitant l'allocation à des revenus relativement bas. Le principal frein à la prestation est le recours sur succession.
Par la loi du 20 juillet 2001 l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (descriptif complet de l'allocation en Annexe 2) se substitue à la prestation spécifique dépendance (PSD). Il y a une continuité dans les dispositions : elle est attribuée à partir de 60 ans aux personnes dépendantes vivant à domicile ou en établissement, elle est attribuée par décision du président du Conseil général et versée par le département sur proposition d'une commission qui comprend en outre les représentants des organismes de sécurité sociale. L'instruction du dossier se fait à

[52] Assemblée nationale - 3e séance du 28 octobre 1998, Mme Hélène Mignon, député socialiste.

[53] Rapport d'information, déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie et présenté par M. Pascal Terrasse, député socialiste.

[54] Mis en place par la PED puis la PSD puis l'APA.

[55] Au 31 décembre 1998

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

partir du plan d'aide construit par une équipe médico-sociale (Annexe 2 : *Comment faire une demande d'APA ?* p. 337)

Des dispositions sont corrigées au sujet des conditions d'attribution et les barèmes définis au niveau national (KERJOSSE, 2002) :

- le montant de l'APA d'un montant maximum au domicile de 1070 € est proportionnel au niveau de dépendance dont le seuil est désormais fixé au GIR 4;
- ce montant n'est plus lié au revenu de la personne, au sens où les personnes les plus riches peuvent bénéficier d'une aide maximum, mais une participation financière est demandée au bénéficiaire du plan d'aide selon son revenu (plafonné à 90% du montant du plan d'aide) ;
- enfin, les montants versés ne sont pas susceptibles d'une récupération sur succession.

De la PED à l'APA, la genèse d'une prestation dépendance fait émerger deux points importants : l'évaluation de la dépendance que nous allons voir dans le processus de recours à l'APA ; la mise en place d'une concurrence régulée entre les fournisseurs de services.

3.2 Mise en place de l'APA

Avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la loi annule la possibilité de recours sur succession afin de compenser les frais associés au travail rémunéré d'un aidant. Toutefois, elle donne la possibilité de faire intervenir la famille dans l'aide, puisque cette allocation est versée dans le cadre d'une aide en nature à la personne dépendante qui peut décider de s'adresser soit à une association prestataire ou mandataire, soit au salarié de son choix dans le cadre de l'emploi direct, soit, dans certains cas, à un membre de sa famille (détails en Annexe 2)

La mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie ne définit pas des métiers, mais correspond à une prescription personnalisée d'activités. Pour revenir rapidement[56] sur le processus d'allocation de l'APA, nous pouvons décrire le mode d'accès à l'allocation le plus courant : dans un premier temps, la personne aidée fait une demande d'allocation en fournissant des informations relatives à sa situation financière. Dans un second temps, l'aidé reçoit la visite d'une équipe médico-sociale (de constitution variable selon les départements) qui réalise un diagnostic à l'aide de l'outil d'évaluation Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources (AGGIR) permettant de définir le Groupes Iso-Ressources (GIR) associé à une

[56] Pour une description plus en détail, voir Annexe 2

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

fourchette de prise en charge financière. Une fois cette fourchette définie, l'équipe médico-sociale prescrit un plan d'aide en nature qui sera financé par l'allocation. Muni de ce plan d'aide la personne dépendante s'adresse à la structure ou à l'employé de son choix afin d'avoir accès à l'aide.

Depuis sa création en 1996 (pour la première allocation (PSD)) la législation a autorisé l'accès lucratif des entreprises privées au marché de « l'aide sociale ». Cet événement a été aussi le début de politiques publiques du « libre choix » : libre choix des activités, libre choix des modes de gardes, libre choix du mode d'aide pour les personnes dépendantes, libre choix du prestataire. Cette question du libre choix s'inscrit directement dans la ligne de la construction d'un marché, articulant une offre, stimulée par des allégements de charge et des réductions d'impôts, et une demande, solvabilisée par les différentes allocations publiques. Dans ce contexte, les allocataires de l'APA s'adressent donc au marché afin de remplir leur panier de services défini par le département.

Encadré 7 : les bénéficiaires de l'APA

Le champ de la dépendance et des personnes fragiles utilisant l'APA représente 694 000 personnes âgées à domicile en 2009 alors qu'à la veille de la mise en place de l'APA, uniquement 156 000 personnes âgées utilisaient la PSD (au 31 janvier 2001). En 2009, 79,2% des allocataires de l'APA étaient parmi les deux groupes les moins dépendants (GIR 3 et GIR 4). Le montant moyen d'aide financière allouée pour des aides par personne âgée est de 409 euros.

La direction de la sécurité sociale évalue à 5,3 milliards d'euros le montant total des dépenses d'APA pour l'année 2010. 61 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile et 39 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées au 30 juin 2010 d'après la DREES[57]. Sur ces données, on estime que près de 3,23 milliards d'euros d'argent public, dont une grande majorité est affectée à une aide humaine[58], rémunèrent des prestations que l'allocataire achète sur le marché.

Le passage de la prestation spécifique dépendance (PSD) à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), en augmentant le nombre de bénéficiaires, a fait augmenter le nombre de personnes âgées en mesure de payer pour être pris en charge au cours des dix dernières années. A titre d'exemple, à la fin du deuxième trimestre 2001, 72 280 personnes âgées bénéficiaient de la prestation spécifique

[57] DREES, enquête trimestrielle auprès des conseils généraux.

[58] Mélanie Bérardier, en collaboration avec Clotilde debout, Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables, Etudes et résultats, N° 748 • février 2011

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

dépendance (PSD) à domicile pour un montant moyen de 533 euros (KERJOSSE, 2001). Au 31 décembre 2004, c'est-à-dire moins de trois ans plus tard, plus de 510 000 personnes bénéficiaient de l'APA à domicile, pour un montant moyen du plan d'aide de 488 euros par mois, dépensés pour 92 % du montant à des aides en personnel (WEBER, 2006). Entre ces deux dates, les montants théoriques de dépense d'aide à domicile sont donc passés de plus de 38 millions d'euros à près de 250 million d'euros. En novembre 2002, en moyenne, l'APA a financé 43 heures d'aide à domicile mensuellement, soit près de 165 000[59] équivalents temps plein (ETP). En conséquence, le nombre de salariés déclaré dans le secteur de l'aide à domicile a lui aussi augmenté de manière significative[60].

Malgré le fait que l'on observe l'émergence d'entreprises privées dans le secteur, elles se sont plutôt concentrées sur les activités du secteur des services à la personne[61]en général, en dehors des « agréments qualité »[62], c'est-à-dire en dehors du sous-champ de la dépendance et des personnes fragiles, ce secteur étant plus attractif en raison de contraintes plus souples – liées à l'agrément simple - et d'un marché plus large (Encadré 8). La Dares note en effet que « *les entreprises privées continuent leur forte progression. Le nombre d'entreprises actives et le volume d'heures rémunérées a quasiment doublé en un an. Les entreprises privées sous mode prestataire ont employé près de 14 000 salariés, en hausse de 67 % par rapport à 2005* » (CHOL, 2008, p. 1). Cette croissance importante de la demande de services relatifs à l'aide à domicile a permis l'accroissement du nombre d'offreurs, aussi bien sous les modes intermédiés associatifs – les entreprises privées dans une moindre mesure - que le mode d'emploi direct. Les pouvoirs publics ont donc développé des outils de régulation afin d'accompagner cette croissance.

[59] Pour le calcul on utilise 133.33 heures mensuelles pour un équivalent temps plein.

[60] Le nombre d'heures financées ne correspond pas exactement au nombre d'heures créées, de nombreux experts s'accordent pour parler d'un phénomène important de blanchiment d'emploi. On observe par ailleurs une diminution importante du nombre d'usagers de l'aide ménagère de la CNAV ou de l'aide sociale (HENRARD, 2006)

[61] Annexe 1

[62] Annexe 3

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadré 8 : Etat des lieux entre autorisation et agrément

Les organismes autorisés sont peu nombreux et majoritairement associatifs. Leur nombre n'est pas connu au niveau national puisque l'autorisation dépend exclusivement du Conseil général. A titre indicatif, en 2010 dans le département de la commune 2N, une association était autorisée mais non tarifée. Dans le département du territoire 1V, cinq associations étaient autorisées et tarifées en 2006. Elles étaient 45 en 2007.

En 2008, il y a plus de 15 000 organismes agréés parmi lesquels on estime la part de ceux « agréés qualité » à 20%, majoritairement des associations :

5948 associations :

- Facturent 89% des heures effectuées en mode prestataire ;
- représentent 39% des structures de services à la personne ;
- offrent des services principalement aux personnes dépendantes.

7770 entreprises :

- facturent 11% des heures effectuées en mode prestataires ;
- représentent 50% des opérateurs;
- positionnées sur les services de confort, 47% proposent du ménage contre 33% dans l'ensemble (associations et entreprises) ; 9% du jardinage contre 2% dans l'ensemble et les services pour publics fragiles de type assistance aux personnes âgées et handicapées 20% contre 52% dans l'ensemble

4. Politique de régulation : promouvoir des structures afin de garantir un meilleur service et de meilleurs emplois

La régulation et la volonté de blanchiment de nombreux emplois « familiaux » non déclarés dans les services aux familles furent au cœur de nombreuses réformes aux cours des années 1980 et 1990 comme nous venons de le montrer. Toutefois, pour de nombreux auteurs, pendant les années 1990, avec l'augmentation rapide du recours aux chèques emploi-service (DUSSUET, 2002) et celle de la part des associations mandataires aux dépens des associations prestataires, sont devenus des emplois « *des emplois de seconde zone* » (DUSSUET, 2002, p. 187) ou des « *emplois-refuges* » (AVRIL, 2006, p. 207). Nonobstant ce développement, le titre emploi service (TES précurseur du CESU, chèque emploi service universel) n'a pas été suivi des créations d'emploi attendues en raison d'une faiblesse de l'offre de services et de son manque de lisibilité (GUIMIOT & ADJERAD, 2003). Suite à ce constat, les pouvoirs publics sont progressivement intervenus, par différents biais, dans la structuration et le développement de l'offre de services à la personne en favorisant le développement des structures de mode mandataires et prestataires (CERC, 2007). Cette croissance des structures prestataires se poursuit entre 2003 et 2008 puisqu'une recherche du CREDOC calcule que le secteur de l'aide à domicile prestataire voit ses effectifs quasiment doublés, passant de 106 911 à 202 289 personnes (soit +89%), alors que l'emploi direct recule de 7,5% sur cette période

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

(ALDEGHI & LOONES, 2010). En 2005, le plan de développement des services à la personne a mis *« l'accent sur la structuration de l'offre et le développement d'entreprises prestataires de services dans un domaine où l'emploi direct par les particuliers était prédominant »* (Ibid., p.3)

4.1 Les modes d'accès au marché : facilitation d'accès et allègement des contraintes

Parmi les multiples questions engendrées par le développement de ces structures, celle de l'évaluation de leur qualité s'est avérée centrale. En effet, ces services se caractérisent par une évaluation difficile de la qualité, du fait du public cible - en direction d'une population souvent fragile - (PETRELLA, RICHEZ-BATTESTI, 2010) et de la co-construction de la relation de services (GADREY**,** 1994**,** 1996). Afin de garantir la qualité de service, le législateur a progressivement mis en place différentes formes de contrôle : suite à l'agrément de 1991 d'abord uniquement dédié aux associations, (agrément leur permettant de bénéficier d'exonération fiscale) puis étendu en 1996 à toutes les formes de structures, un agrément simple et un agrément qualité voient le jour, cette fois-ci dans le but de distinguer les intervenants auprès des personnes fragiles des autres consommateurs. Parallèlement, l'autorisation est mise en place en 2002, délivrée elle par le Conseil général.

L'agrément comme l'autorisation sont aujourd'hui nécessaires pour bénéficier de la réduction d'impôt associée au recours aux services à la personne. Il existe donc actuellement trois procédures différentes donnant la possibilité d'exercer une activité dans les services à la personne : l'agrément simple, l'agrément qualité et l'autorisation. Parmi celles-ci seul deux (agrément qualité et autorisation) permettent de fournir un service aux personnes fragiles[63]. L'emploi direct n'est pas soumis à cette procédure[64].

L'aide à domicile est donc régie par deux dispositifs, sous la tutelle de deux administrations, ayant des objectifs différents. L'inspection générale des affaires sociales présente ces deux objectifs dans un rapport (RAYMOND & alii, 2009) : « *le premier répond à un objectif quantitatif (développement de l'emploi et des services offerts au titre de 21 activités) est régi par la logique concurrentielle. Ces services prestataire ou mandataire sont agréés par l'état sur des critères dit « de qualité ». [...] Le second a un objectif plus qualitatif, les services « sont autorisés par le Conseil général si le projet est compatible « avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et*

[63] Aux enfants de moins de trois ans, aux personnes de plus de 60 ans et aux personnes handicapées ou dépendantes

[64] Le Conseil économique et social dans son rapport préconise toutefois la mise en place d'un agrément sur le modèle de la garde d'enfant à domicile (VEROLLET, 2007)

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève » » (Ibid, p. 13).

4.1.1 L'autorisation

L'autorisation a été réformée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002. Elle ne s'applique qu'aux organismes d'aide à domicile qui exercent leur activité en qualité de prestataire ou de mandataire, et notamment, à ceux qui interviennent auprès des personnes âgées et handicapées. L'autorisation est délivrée par le Président du Conseil général après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et attribuée pour quinze ans. Lorsque le service prestataire est autorisé, la tarification de ses prestations relève de la compétence du Conseil général (Code de l'action sociale et des familles - art. R314-14 à 20). Dans les faits, les tarifs sont négociés entre la structure et le Conseil général[65]. Dans le cas où le service est tarifé, la structure applique les tarifs négociés qui peuvent se situer à un niveau plus élevé que le niveau de prise en charge publique tout en assurant des prestations qui seront entièrement couvertes par les montants versés dans le cadre de l'APA gérée par le Conseil général. En effet, dans la procédure d'allocation de l'APA, le Conseil général fixe un prix de l'heure d'aide à domicile[66] qu'il utilisera pour calculer le montant de l'APA. Si le prix de la structure choisie (non autorisée) par le bénéficiaire est supérieur à ce tarif, le bénéficiaire prend à sa charge le différentiel de prix. Dans le cas d'une prestation qui serait réalisée par une structure autorisée, le Conseil général verserait le montant demandé par la structure même si celui-ci est supérieur au tarif fixé dans le cadre de l'APA.

En contre partie, la procédure d'autorisation met les organismes partiellement sous tutelle (LAVILLE, 1996) du Conseil général. *« La contrepartie de cette tutelle rapprochée du Conseil général, en tant que financeur, est de pouvoir analyser les comptes pour restreindre les coûts, imposer une certaine modération salariale ou exiger un audit en organisation. Celle-ci fait perdre à l'entreprise ou l'association une part importante de son autonomie »* (Ibid).

Depuis 2005, cette autorisation est devenue une option. Lorsqu'ils opèrent dans des activités d'aide et d'accompagnement aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux familles en détresse, les organismes prestataires peuvent choisir entre la procédure d'agrément qualité et la procédure d'autorisation.

[65] Nous avons pu constater ce phénomène dans deux départements sur trois que nous avons observé sur cette question. Sur la commune 2N, une seule association est autorisée, mais non « tarifée », c'est-à-dire que les tarifs ne sont pas contrôlés par le conseil général.

[66] Un prix pour chaque mode d'emploi

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

4.1.2 Les procédures d'agrément

Contrairement à la procédure d'autorisation qui est différente dans chaque département, l'agrément qualité suppose le respect d'un cahier des charges défini au niveau national en termes d'organisation d'un accueil de qualité, de proposition d'intervention individualisée, de clarté et qualité de l'offre de service, de modalités de l'intervention et de suivi et d'évaluation des interventions (Arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « *qualité* » prévu au premier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail).

D'autres obligations en termes de formation, notamment celle des intervenants, sont spécifiées:

> *« Le gestionnaire s'assure des aptitudes des candidats à exercer les emplois proposés, il organise à cette fin son processus de recrutement. Les intervenants :*
>
> *– soit sont titulaires d'un diplôme, certificat ou titre délivré par l'Etat ou homologué ou inscrit au répertoire national des certifications professionnelles, attestant de compétences dans le secteur concerné et dont une liste indicative figure en annexe ;*
>
> *– soit disposent d'une expérience professionnelle de trois ans dans le secteur concerné et bénéficieront d'actions de formation ou d'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience, dans une perspective de formation qualifiante ;*
>
> *– soit bénéficient d'un contrat aidé par l'Etat assorti de mesure de formation professionnelle, soit d'une formation en alternance ;*
>
> *– soit bénéficient d'une formation d'adaptation à l'emploi suivie d'une formation qualifiante, dans le domaine. »*
>
> *Arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail*

Toutefois comme nous l'avons vu sur la question des obligations en termes de formation, l'agrément « *qualité* » s'est infléchi depuis sa mise en place en 2005.

Globalement, le fait de pouvoir opter pour l'une ou l'autre des procédures semble attester une dérégulation du secteur. Comme le note Thierry Ribault (RIBAULT, 2008), le droit d'option introduit par la loi de 2005 signifie qu'une structure prestataire peut « *exercer son activité soit dans le cadre d'une procédure d'autorisation par le Conseil général dont elle dépend, soit de répondre au cahier des charges de l'agrément simple ou qualité, généralement moins contraignant, délivré par la Direction départementale du travail* » (Ibid., p. 111). Florence Gallois, parle

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

quant à elle de « simplification des conditions d'entrée sur le marché pour les structures, par le raccourcissement de la durée des procédures d'agrément et l'instauration du droit d'option » (GALLOIS, 2009, p. 223). En effet, la circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n° 1-2007 du 15 mai 2007, permet un renouvellement automatique de l'agrément : « *Pour les organismes certifiés, l'agrément est renouvelé tacitement dès lors que le champ et le référentiel qualité de la certification répondent aux prescriptions légales et réglementaires relatives aux services à la personne…* ». Ainsi la « certification »[67], reconnue par l'Agence nationale de services à la personne (ANSP), remplace le contrôle de la qualité par les autorités publiques appuyant la thèse soutenu par Francesca Petrella et Nadine Richez-Battesti : « *Plus précisément, ces évolutions illustrent un recul de la régulation tutélaire au profit d'une régulation quasi-marchande (NASSAUT & al., 2008 ; RICHEZ-BATTESTI & PETRELLA, 2009) où la concurrence sur le marché, encadrée par une régulation publique minimale et complétée par des démarches privées de certification de la qualité , est le principal mode de structuration de l'offre* » (PETRELLA & RICHEZ-BATTESTI, 2010, p. 280). On s'accorde avec Florence Jany-Catrice sur la mise en place de l'agrément qualité qui serait caractéristique d'un engagement vers une « *relation directement marchande entre l'opérateur et le consommateur ou l'usager, et en limitant les contrôles publics* » (JANY-CATRICE, 2010, p. 526). Cette nouvelle forme de régulation influencerait l'ensemble des acteurs impliqués ou non dans l'agrément qualité vers une logique de marché[68].

4.2 Les départements, chef de file de l'action sociale et des dépenses

Dans le cadre de cette dérégulation progressive qui touche aussi bien la qualité du service que celle des emplois, les départements ont une place particulière leur permettant de réguler la qualité de ces deux pans.

Depuis les lois de décentralisation, les collectivités locales, au premier rang desquelles les départements et les communes, exercent des compétences plus larges. Ainsi, depuis le 1er janvier 1984, les départements ont en charge l'aide

[67] Il existe trois organismes délivrant des certifications : Certification NF Service aux personnes à domicile délivrée par AFNOR Certification ; Certification Qualicert Service à la personne délivrée par SGS-ICS ; Certification Qualisap « Qualité de services des organismes exerçant des activités de services à la personne » délivrée par Bureau Veritas Certification. La certification demande le respect de la déontologie ; un accueil physique ; de réaliser une analyse de la demande ; d'élaborer une offre de service, de réaliser des devis pour les prestations et le contrat ; de pouvoir organiser des interventions avec des personnels compétents et un suivi ; d'organiser un traitement des réclamations et une analyse de la satisfaction des clients. Elle offre, outre le fait de renouveler l'agrément qualité, la possibilité d'utiliser la marque certifiée présentée comme gage de qualité.

[68] Il s'agit de développement de la partie 1.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

sociale à l'enfance (ASE), les services de la protection maternelle et infantile (PMI), une partie de l'aide aux familles, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes en difficulté (JULIENNE, 2004). Comme mentionné précédemment, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une prestation, attribuée et gérée par le Conseil général, ce dernier ayant une certaine souplesse dans l'attribution de l'allocation. De plus, dans le cadre de l'autorisation, il possède une forme de pouvoir « tutélaire » (LAVILLE, 1996) avec lequel il peut influencer l'organisation et les orientations en termes de recrutement des structures. Ainsi dans le premier Département sur lequel nous avons travaillé, la fonction « tutélaire » du département est directement explicitée dans le Schéma départemental gérontologique : « *En favorisant le secteur autorisé, le Département entend mettre en place un partenariat avec ce secteur pour que l'ensemble de sa population âgée puisse bénéficier des prestations offertes par les services d'aide à domicile. Aussi les services autorisés doivent-ils s'engager à prendre en charge les personnes en GIR 1 et 2 et à offrir leurs prestations dans les zones les moins accessibles afin de garantir un service public contribuant au maintien à domicile des personnes âgées. […] un accompagnement des services d'aide à domicile, concrétisé par la signature de contrats d'objectifs et de moyens (COM) ; les COM permettent de financer des mesures d'accompagnement sur divers domaines (notamment formation, démarche qualité, outils de gestion) afin d'aider les services d'aide à domicile à s'adapter au nouveau contexte concurrentiel.* » (Schéma Départemental Gérontologique du département de 1V).

L'allocation personnalisée à l'autonomie intègre une règle qui oriente les personnes les plus fragiles vers des services « *de qualité* ». L'article R232-12 du Code de l'action sociale et des familles précise qu'en application du deuxième alinéa de l'article L. 232-6, *sauf refus exprès du bénéficiaire, l'allocation personnalisée d'autonomie est affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé […], pour : 1° Les personnes nécessitant une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial ou social ; 2° Les personnes classées dans les groupes 1 et 2 de la grille nationale* prévue à l'article L. 232-2 (Grille AGGIR) ». Il appartient à l'équipe médico-sociale d'apprécier si le demandeur d'APA relève de l'une ou de l'autre de ces catégories et, dans cette hypothèse, elle peut inciter la personne dépendante ou son entourage à aller vers un service prestataire autorisé ou agréé.

Bien que lors de nos observations dans trois départements différents, nous n'avons jamais constaté l'utilisation de cette règle de manière formelle, le Conseil général peut majorer de 10 % la participation du bénéficiaire « *lorsque ce dernier fait appel soit à un service prestataire d'aide ménagère non agréé […], soit à une tierce personne qu'il emploie directement et qui ne justifie pas d'une expérience acquise ou d'un niveau de qualification défini par arrêté du ministre chargé des personnes âgées* ».

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Les coûts horaires, servant au calcul du plan d'aide en nature financé dans le cadre de l'APA, sont différents selon que le bénéficiaire ait recours à l'aide en mode prestataire, mandataire ou emploi direct et selon les départements. Ainsi le tarif moyen pour le calcul de la prestation mode prestataire s'élevait en 2006 à 16.92 euros[69], à 11.45[70] en mode mandataire et à 9.94[71] pour l'emploi direct, selon les données ANDASS fournies par les départements[72]. Les différents prestataires présentent des prix souvent supérieurs aux tarifs de calcul des Conseils Généraux, demandant alors à l'allocataire de compléter la différence. Toutefois, les structures autorisées et tarifées font exception. Elles voient le coût de leurs prestations entièrement pris en charge, quelque soit le tarif[73], dans le cadre des prestations sociales versées par le Conseil général (c'est-à-dire le tarif qui permet de calculer le plan d'aide dans le cadre de l'APA). Dans les autres cas, les tarifs de prise en charge ne tiennent pas directement compte de ceux réellement payés par le bénéficiaire.

Le niveau des tarifs peut aussi servir de levier pour favoriser les différents modes d'emploi. En moyenne 6.80 euros séparent le tarif prestataire du tarif emploi direct. Par exemple, cet écart oscille entre 2.88 euros pour la Somme et 10.91 euros pour l'Eure-et-Loir. La différence entre les tarifs peut être interprétée comme un outil plus ou moins incitatif vers tel ou tel mode d'emploi.

Deux leviers sont donc ici disponibles dans le cas des structures agréées. Le tarif de prise en charge, qui en dehors de l'autorisation peut permettre de financer de manière plus importante les heures prestataires, mandataires ou en emploi direct. Et l'écart relatif entre les différents tarifs qui incitera au recours à tel ou tel mode. Dans le cas des structures autorisées, le Conseil général peut influencer la structure aussi bien au niveau des tarifs que des politiques de ressources humaines.

Un élément doit toutefois être pris en compte : l'encouragement à la professionnalisation du secteur passe par un coût tarifé plus élevé qui rend le métier plus attractif. Néanmoins, l'accroissement du tarif pour augmenter le développement de l'emploi et sa qualité est contrebalancé par le souci de ne pas trop pénaliser la personne âgée qui ne pourra plus satisfaire ses besoins en heures prestataires si le coût est trop élevé. En effet, les plafonds de l'APA étant identiques d'un département à l'autre, si l'heure d'aide à domicile est plus élevée, le nombre

[69] Allant de 14,43 à 18,91 euros.

[70] Allant de 8,39 à 13,47euros.

[71] Allant de 8 à 13 euros.

[72] Moyenne calculée sur les départements ayant répondu.

[73] Tarif négocié avec le Conseil Général.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

d'heures finançables avec l'enveloppe allouée par l'APA diminue et c'est la personne âgée qui doit assumer la différence de coût. Ainsi, le coût tarifé est un arbitrage entre l'incitation à la professionnalisation du secteur et à la limitation du tarif pour les personnes âgées (LOONES, 2005).

Concernant l'organisation de l'activité, on constate l'importance des acteurs publics et principalement du celle département sur :

- les politiques sur recrutement des structures autorisées ;
- les politiques de prescription des activités prises en charge ;
- la possibilité d'intervenir sur l'organisation et les acteurs du secteur avec la tarification.

Pour autant, nous montrerons que bien que plus impliqué directement dans l'organisation des structures par l'autorisation, le premier département offre au travers de l'analyse d'une structure intermédiée la possibilité d'observer la mise en place d'un modèle industriel. A contrario nous verrons dans la partie 2, que le second département n'intervient pas dans l'organisation, puisqu'il ne délivre pas d'autorisation mais développe en partenariat avec la commune 2N, des structures de coordination plus importantes.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Partie 1 : l'organisation industrielle

Les politiques publiques et les acteurs de l'économie sociale et solidaire en structurant l'offre de services aux personnes âgée sont tenté ces dernières années de modifier l'organisation des services et de s'émanciper d'un modèle domestique de production de services caractérisé par la disponibilité permanente[74], et aussi par la norme flexible hétéronome qui s'oppose à la norme flexible autonome développée sur le modèle de l'expert. La norme flexible autonome traduit une progression de l'autonomie et des possibilités de choix, alors que l'autre (la norme flexible hétéronome) traduit un développement de la soumission au temps de la production (PELISSE, 2011). Nous retenons deux éléments qui tentent de mettre à distance le modèle domestique : professionnaliser le secteur en le structurant autour de salariés plus professionnels et mieux formés, et favoriser une organisation du travail sur le modèle industriel.

Après avoir décrit, au travers de l'évolution des salariés, la mise à distance progressive du modèle domestique par la sélection de personnel de plus en plus expert, on montrera la persistance du modèle domestique à travers la mise en place du modèle industriel.

Pour construire notre propos, nous utiliserons une monographie d'associations crée en 1996, et nous reconstruirons à postériori l'évolution de cette structure au travers des différentes politiques jusqu'à 2009. A l'aide des données de fonctionnement, des informations relatives aux salariés, à l'activité, aux différents entretiens aussi bien avec les salariés intervenants qu'avec les responsables de secteur, la direction et le responsable qualité, nous suivront l'évolution qui d'abord nous éloigne de la valorisation du modèle domestique à proprement parler à travers la

[74] « Notes de lecture » Sextant, **«** Domesticité **»**, Revue du Groupe interdisciplinaire d'Étude sur les Femmes, n° 15-16, 2001, in *Travailler* 1/2004 (n° 11), p. 179-187.

professionnalisation, avant de montrer que cette émancipation n'a pas permis d'améliorer les conditions de recrutement que nous prendrons soin de décrire.

La présentation de l'organisation du travail au sein de l'association sera l'occasion de montrer que, dans le cas étudié, bien que les différences conventionnelles subsistent entre mode prestataire et mode mandataire, le travail d'organisation au niveau « des bureaux » apparaît comme étant de moins en moins différencié selon que les salariés travaillent dans l'un ou l'autre mode. Du point de vue des salariés, là encore des divergences conventionnelles font du mode prestataire un mode privilégié par certains salariés. Toutefois, par le biais des carrières de plusieurs d'entre eux, nous verrons que ces différents modes de travail se complètent plus qu'ils ne s'opposent.

Cette partie expose le premier terrain et les enseignements sur l'évolution d'une structure intermédiée. Elle s'appuie sur hypothèse que la configuration actuelle des politiques publiques dans le département transforme le modèle social d'aide de l'association en un modèle industriel.

On constate certaines évolutions. Les profils des salariés s'améliorent en termes de formation toutefois les conditions d'emploi ne s'améliorent pas (Chapitre 2) et découlent d'une nouvelle organisation du travail (Chapitre 3). Malgré ses efforts, la structure étudiée associée à l'économie sociale ne parvient pas à atténuer les contraintes découlant in fine de l'organisation du travail. On constate que cette structure de l'économie sociale ne parvient pas à répartir de manière équilibré ces contraintes entre salarié et employeur qui sont presque entièrement assumée par le salarié(Chapitre 4).

L'hypothèse que l'on vérifie ici est que l'amélioration de la formation des salariés concomitante avec le développement des politiques de la dépendance n'a pas su améliorer la qualité de l'emploi, puisque celle-ci ne dépend pas de la qualité de l'offre mais de l'organisation de la demande. On constate que le mode d'emploi privilégié par les politiques de la dépendance ne parvient pas à mettre à distance les caractéristiques négatives du modèle domestique - que l'on résume autour de la norme flexible hétéronome – mais développe par contre un nouveau modèle, le modèle industriel en faisant reporter une grande partie des contraintes de l'activité d'aide au salarié.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Chapitre 2 : Profil et emploi du salarié dans le mode intermédié

1. Mandataire et prestataire : quelles différences ?

Mandataire et prestataire sont les deux modes intermédiés d'organisation du travail possibles dans l'aide à domicile. On laisse ici de côté l'emploi direct, emblématique du modèle domestique, puisque nous avons montré (Chapitre 1) que l'évolution des politiques de la prise en charge des personnes dépendantes tend à favoriser les modes intermédiés dans les situations de dépendance, et principalement le statut prestataire. On notera par exemple que les tarifs appliqués aux différents statuts pour la prise en charge financière par les départements dans le cadre de l'APA ont évolué de manière à différente. En effet on constate un très fort accroissement de la prise en charge pour ce qui est des services prestataires alors que les services en mode mandataire et les emplois directs évoluent de manière moins importante.

Tableau 1 : Evolution de la tarification horaire selon le statut d'emploi définit par les conseils généraux.

	2003	2006	Variation 2006/2003
Emploi direct	8.58	9.94	**15.8%**
Mandataire	9.80	11.45	**16.8%**
Prestataire	13.4	16.92	**26.3%**

Source : Enquête FEPEM 2003 et chiffres ANDASS 2006.
Lecture : le tarif moyen de prise en charge pour une heure d'aide à domicile en mode emploi direct était de 8,58 euros en 2003. Il était en 2007 de 9,94 euros ce qui représente une augmentation de 15,8%.

Notre analyse vise à examiner les impacts de l'évolution de l'organisation de l'aide induite par certaines politiques publiques ainsi que par le développement de « structures d'aide », au sens d'une organisation « industrielle » de l'offre d'aide. Bien que l'emploi direct soit présent en amont ou en parallèle des carrières au sein de l'association étudiée, nous concentrerons notre analyse sur l'association afin de comprendre si la professionnalisation et l'industrialisation de l'offre de services pour personne dépendante permet de mettre à distance la norme flexible hétéronome, caractéristique du secteur des services aux particuliers (BOUFFARTIGUE, 2005, p. 17).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

1.1 Une même gestion pour l'association

Bien que de nombreuses différences existent entre les conventions collectives pour les utilisateurs qui sont ou non employeur du salarié (Tableau 2 : Caractéristiques des modes mandataire et prestataire[75]), on souhaite montrer dans cette partie que la question de travailler sous l'un ou l'autre des deux modes n'est pas, au moment du recrutement, une question prioritaire aux yeux de la plupart des salariés qui, dans le cas du territoire 1V, sont globalement à la recherche d'un emploi, souvent indépendamment de sa forme ou du mode d'emploi.

Tableau 2 : Caractéristiques des modes mandataire et prestataire

Le mode prestataire	Le mode mandataire
Caractéristiques : L'intervenant à domicile est employé et payé par le service prestataire, qui s'occupe de tous les aspects administratifs et légaux.	Caractéristiques : L'intervenant à domicile est employé et payé par le particulier : ils sont liés par un contrat de travail. Le mode mandataire s'adresse donc aux personnes qui sont prêtes à assumer les responsabilités inhérentes au statut d'employeur mais souhaitant être déchargées des responsabilités administratives.
Avantages pour la personne âgée : • le prestataire est l'employeur de l'intervenant à domicile ; • Arrêt automatique du contrat en cas d'hospitalisation ou de décès de la personne aidée ; • Continuité de service garantie par le prestataire ; • Remplacement éventuel de l'intervenant géré par le prestataire sur demande de la personne âgée.	Avantages pour la personne âgée : • la recherche et la sélection de candidats potentiels est effectuée par le mandataire. • Choix du salarié par le particulier employeur ; • Démarches administratives allégées : établissement du contrat de travail.

[75] Ce tableau est construit à partir d'une plaquette d'information présentant les modes d'intervention publiée par l'Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile. L'UNA, syndicat employeur représente ceux de ses adhérents qui relèvent de la branche professionnelle de l'aide à domicile, fondée en 1993. Il représente aussi bien des associations mandataires que prestataires, ce qui nous apparaît être un gage d'objectivité pour la présentation des caractéristiques des deux modes.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Le mode prestataire	Le mode mandataire
Quelle répartition des responsabilités entre le particulier (P) et la structure (S) ?	
Gestion des ressources humaines • Recruter et employer l'intervenant (S) • Former l'intervenant (S) • Gérer les plannings (S) • Assurer la continuité de service (S) Réglementaire / Légal • Appliquer la convention collective (S) • Respecter le code du travail (S) • Employer et rémunérer le salarié (S) • Respecter les délais légaux de préavis ou, à défaut, verser les indemnités prévues (S) • Régler la facture envoyée par le prestataire pour la prestation effectuée (P) • Accomplir les formalités administratives, les déclarations sociales et fiscales, au nom et pour le compte du particulier (S) Conflits / Litiges avec le salarié • Gérer les conflits entre le salarié et la personne âgée (S) •Gérer et effectuer les procédures de licenciement (S) Autres • Possibilité d'interrompre la facturation en cas d'absence ou de décès de la personne aidée	Gestion des ressources humaines • Sélectionner et proposer du personnel (S) • Choisir et embaucher l'intervenant à domicile parmi les candidats présentés par le mandataire. (P) • Gérer les absences (congés payés, maladie etc) de l'intervenant (P) avec l'aide de la structure selon les cas. Réglementaire / Légal • Appliquer la convention collective du particulier employeur (P) • Respecter le code du travail (P) • Employé et rémunérer le salarié (P) souvent à l'aide du chèque emploi service universel • Respecter les délais légaux de préavis ou, à défaut, verser les indemnités prévues (P) • Régler les frais de gestion du mandataire (P) • Accomplir les formalités administratives, les déclarations sociales et fiscales, au nom et pour le compte du particulier (S) Conflits / Litiges avec le salarié • Gérer les conflits entre le salarié et la personne âgée (P) avec l'aide de la structure selon les cas. • Gérer et mettre en place les procédures de licenciement (P) Autres • En cas d'absence (hospitalisation,..) ou de décès de la personne aidée, le particulier et ses héritiers continuent à verser le salaire à l'intervenant

D'abord incitées, au cours des années 1980-1990, à se tourner vers une activité mandataire en appui des politiques de l'emploi, les associations accompagnent à la fois la demande des pouvoirs publics dans le cadre du placement de chômeur, mais aussi la nouvelle demande (GALLOIS, 2010). Florence Gallois définit le « coup de pouce » du gouvernement en faveur du mandataire par l'« exonération de cotisations sociales pour les personnes âgées de plus de 70 ans, la création d'associations intermédiaires puis la réglementation par la circulaire du mandataire (1987) » (Ibid., p.176). Déjà en 1990, le phénomène « bipode » (Ibid, p. 177) avait émergé, signalé par l'UNIOPSS, puisque les deux tiers des associations mandataires recensées cette année là avaient un service mandataire et prestataire. Aujourd'hui incitées à privilégier une activité de mode prestataire (Chapitre 1), la grande majorité des structures travaillent avec une activité à la fois en mode prestataire et en mode mandataire[76]. Ces deux modes d'organisation du travail sont dominants dans la prise en charge des personnes dépendantes depuis la mise en place de l'APA. Une enquête de la DRESS réalisée en novembre 2002 a montré que 78% des allocataires de l'APA avait recours à au moins un mode intermédié dans leur prise en charge professionnelle financée par l'APA, comme on le lit sur le tableau 3. Ainsi sur l'ensemble des personnes interrogées, 55% des bénéficiaires ont recours exclusivement à une structure en mode prestataire, 16% passent aussi par l'intermédiaire d'une structure, mais exclusivement en mode mandataire. 22% des allocataires ont recours uniquement à un salarié en emploi direct. Finalement, 7% des allocataires répondent à leur besoins en combinant plusieurs modes (dont au moins un mode intermédié).

Tableau 3 : Répartition des allocataires de l'APA selon le mode d'emploi et le niveau de dépendance.

	Un service prestataire	Un service mandataire	Le gré à gré	Plusieurs services	*Total*
Gir1	44 %	13 %	29 %	14 %	*100%*
Gir 2	47 %	19 %	25 %	9 %	*100%*
Gir 3	53 %	16 %	23 %	7 %	*100%*
Gir 4	63 %	15 %	19 %	4 %	*100%*
Ensemble	*55 %*	*16 %*	*22 %*	*7 %*	*100%*

Enquête réalisée en novembre 2002
Source : enquête de la Drees auprès des bénéficiaires de l'Apa, 2003
Lecture : les personnes étant classées en GIR 2 sont 47% à avoir recours à un service prestataire, 19% à avoir recours à un service mandataire, 25% à avoir recours à une aide en emploi direct et 9% à avoir recours à plusieurs modes d'aide (et dont au moins un mode intermédié).

[76] Nous n'avons pas trouvé de données au niveau national, toutefois, des données régionales sont disponibles. A titre d'exemple, 75% de l'aide distribuée par les structures l'est par des structures travaillant à la fois en mode mandataire et prestataire. Ces structures représentent 69% de l'ensemble des structures du territoire (DRASS Auvergne, 2001).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Pourtant plus pratique pour le bénéficiaire que le mode mandataire en raison de simplifications administratives (Tableau 2), le mode prestataire cohabite toujours avec celui-ci en raison d'avantages économiques, le mode mandataire étant moins onéreux. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà abordé en introduction, bien que favorisant le mode prestataire, pour les personnes les plus dépendantes, l'APA, dans son fonctionnement par plafond, tend indirectement à favoriser le mode mandataire. Celui-ci offre la possibilité d'obtenir plus d'heures d'aide à un GIR donné. Une enquête de 2003 de la Direction générale des affaires sociales montre les différences tarifaires dans le cadre de l'achat de 40 heures d'aide à domicile selon les différents modes (Tableau 4). On constate une différence de prix importante (285 euros) entre le mode mandataire et le mode prestataire. Le mode mandataire permet l'achat de plus d'heures d'aide pour une enveloppe donnée (c'est le cas de l'APA qui attribue une enveloppe à chaque niveau de dépendance). En effet, 40 heures d'aide reviennent, selon cette enquête, à 675 euros en mode prestataire, 390 euros en mode mandataire et 343 euros en emploi direct.

Tableau 4 : Le coût de 40 heures d'aide selon le mode d'intervention (2003)

Mode	Coût de 40 heures d'aide à domicile (euros)
Prestataire	675 €
Mandataire	390 €
Emploi direct	343 €

Source : Direction générale des Affaires sociales, 2003, repris dans le rapport de la Cours des comptes, *« Les personnes âgées dépendantes »*, rapport au président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, novembre 2005.
Lecture : Le coût de 40 heures d'aide dans le cadre du mode prestataire est en moyenne de 675 euros.

Les différences en termes de prix font donc conserver au mode mandataire un avantage financier notable par rapport au mode prestataire.

Dans le cas de l'association étudiée tout comme pour la majorité des structures (DRASS Auvergne, 2001), les services sont disponibles soit en mandataire, soit en prestataire. Uniquement mandataire à sa création en 1997, l'association s'est progressivement tournée vers le mode prestataire qui représente aujourd'hui 57,8% de son activité (Tableau 5). Toutefois, comme on le constate sur le tableau 5, son activité en volume d'heures en lien avec les personnes dépendantes est majoritairement en mandataire (33,9%), bien que ce volume d'aide à domicile soit effectué avec 14,1% de ses clients (ensemble clients mandataires) contre 20,1% des clients (bénéficiaires de l'APA) passant par le mode prestataire.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Tableau 5 : caractéristiques des heures vendues et des clients de l'association enquêtée.

Répartition du volume d'heure 2008 (11 mois*)				Répartition de clients
mandataire	APA	33.9%	37547	14.1%
	Autre	8.2%	9054	
prestataire	APA	21.8%	24170	20.1%
	DDASS	1.1%	1240	40.2%
	Ménage	12.2%	13548	
	Aide à la personne	12.3%	13576	
	Mutuelle	3.5%	3911	
	Jardinage	6.6%	7284	25.6%
	Bricolage	0.3%	377	
Total		100.0%	110707	100% (353)

Sources : données administratives de l'association en 2008.
Lecture : l'association délivre 24170 heures dans le cadre de son activité d'aide à domicile prise en charge par l'APA, soit 21.87% des heures qu'elle facture. Ces heures sont délivrées à 20,1% de ses clients.

Ainsi pour l'association étudiée à partir des données de facturation, on calcule qu'en moyenne 28,32[77] heures par mois sont vendues en prestataire par client dépendant, contre 45,87[78] heures en mandataire dans le cadre de l'APA.

L'organisation de l'activité de l'association s'est progressivement transformée non pas sous l'influence du passage d'un mode à un autre puisque les deux modes intermédiés coexistent depuis 1999 au sein de l'association, mais sous l'influence de la direction souhaitant que les responsables de secteur deviennent polyvalents. Cette polyvalence ne correspond pas à des tâches qui jusque là n'étaient pas prises en charge par l'un ou l'autre, mais à une polyvalence en termes de connaissance des dossiers (clients). Pendant le temps de l'enquête, la répartition du travail de coordination, jusqu'alors divisée entre les gestionnaires des salariés mandataires, *versus* les gestionnaires des salariés prestataires, s'est réorganisée sur une répartition indifférenciée selon les responsables de secteur et les modes d'activité. Depuis, le même responsable gère l'emploi du temps, les remplacements et le recrutement des salariés peu importe leur mode d'activité, et ce d'autant plus que

[77] Données février 2009

[78] Données mars 2009

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

46/168 (27,4%) d'entre eux travaillent aussi bien en mode mandataire que prestataire.

1.2 Priorité au travail, peu importe le mode

Du point de vue du salarié, au moment du recrutement, la situation est telle qu'il cherche en premier lieu un emploi et se soucie relativement peu du mode d'organisation du travail. L'orientation vers tel ou tel mode de travail est due à un élément : l'époque, puisque comme nous venons de le constater, les incitations au mode mandataire puis prestataire se succèdent depuis les années 1980 jusqu'à aujourd'hui.

On pourrait penser que le profil du salarié diffère selon le mode d'activité dans l'aide à domicile. Le mode mandataire implique de manière moins importante la structure, puisque la convention collective à laquelle ce mode d'organisation du travail est rattachée est celle de l'emploi direct, désignant comme employeur la personne souscrivant au service. Ce mode d'emploi donne donc une importance plus grande au particulier dans le choix du salarié, alors que le mode prestataire désigne la structure comme employeur. En réalité, on observe deux types de salariés, ceux recrutés par un parent par l'intermédiaire de l'association (exclusivement en mandataire) et les autres. Ce deuxième type de salariés, ceux sélectionnés par l'association, subit le même processus de sélection qu'ils soient recrutés par l'association en mode prestataire ou mandataire.

Dans le cadre du mode mandataire, l'association présente un salarié préalablement sélectionné au futur employeur (la personne âgée) qui fera son choix selon des critères qui lui sont propres. Dans le cadre du mode prestataire, la sélection semble différente, puisqu'à première vue, le salarié est recruté uniquement par la structure. Toutefois, en analysant de plus près le processus, il apparaît que les deux étapes de sélection ré-émergent aussi avec ce mode.

La structure, qu'elle sélectionne le salarié pour un travail en mode mandataire ou en mode prestataire, tente par la suite dans l'organisation du travail de privilégier ses salariés dans le cadre de leur accroissement d'activité. Ainsi, lorsqu'il sélectionne un salarié pour un contrat mandataire, le recruteur pense la sélection pour l'intégration probable du salarié dans d'autres contrats[79] (soit mandataire, soit prestataire).

A contrario, le salarié recruté en mode prestataire ne doit pas uniquement satisfaire les critères du recruteur de l'association, puisqu'il travaillera au domicile d'un client. Dans le cadre d'un nouveau recrutement en mode prestataire, le salarié est donc d'abord reçu par le responsable de secteur à la recherche d'un salarié pour un client

[79] A l'exception d'un groupe particulier de salariés, ceux recrutés par un membre de leur famille.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

(dont il ne parvient pas à combler les attentes avec un salarié déjà présent dans la structure), client qui exprime des attentes quant au service (MESSAOUDI, 2009). Une fois cette présélection réalisée, le salarié intervient pour faire « un essai ». Souvent à la demande du client, il est demandé au salarié de se présenter et bien souvent de travailler. Il doit s'adapter au client qui souvent lui fait nettoyer l'habitation pour le tester. Cet « entretien » n'est pas rémunéré. La position dominante du client place la structure, et donc le salarié, dans une situation de double subordination, le choix du salarié incombant en dernière instance au client.

Bien que l'on ne puisse pas réellement distinguer des profils de salariés selon les modes d'activité, puisque même des salariés diplômés du DEAVS travaillent en mandataire (mode ne valorisant pas le diplôme), on note différentes catégories de salariés. Si le mode de travail ne semble pas intervenir, on verra que différentes caractéristiques prises en compte dans le recrutement des salariés évoluent au cours du temps. Deux éléments émergent de manière significative dans les caractéristiques objectivables des salariés. D'un part, on observe la valorisation plus ou moins importante de l'expérience familiale et d'autre part, plus récemment, la possession d'un diplôme.

1.2.1 L'expérience familiale

Certains salariés présentent une expérience non professionnelle souvent en relation avec la prise en charge d'un parent vieillissant, malade. L'expérience non professionnelle ne pouvant pas être valorisée dans les *curriculum vitae*, cette caractéristique est principalement mise en avant dans les lettres de motivation qui accompagnent les dossiers, ainsi que lors des deux entretiens.

> ***"J'ai une expérience dans le secteur des personnes âgées. J'ai pendant plusieurs mois pris soin de mon père qui a eu un accident vasculo-cérébral et est devenu paraplégique. Je me sens à l'aise avec les personnes âgées ayant des problèmes de mobilité."***
>
> ***(Lettre de motivation, femme, célibataire, sans enfant, 27 ans, sans expérience professionnelle)***

Cette caractéristique est particulièrement présente chez les salariés présentant une ancienneté supérieure à 5 ans, elle tend à disparaître chez les nouveaux profils recrutés par les responsables de secteur. Cette valorisation est toujours très présente dans les CV ne présentant pas d'expériences professionnelles. Mais pour les dossiers collectés en 2009, le processus de sélection n'a pas retenu ce type de salariés.

Il y a plusieurs façons d'entrer dans le rôle d'aidant. Beaucoup y entrent dans le cadre d'une rupture : rupture dans leur carrière professionnelle et/ou rupture dans leur vie sociale.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Nous avons rencontré Delphine, 32 ans, par l'intermédiaire d'une enquête par questionnaire diffusée par trois associations. Elle travaille pour l'association que nous avons plus particulièrement étudiée depuis2003. Elle est titulaire d'un baccalauréat technique en mathématiques, physique et chimie. Après ses études, elle n'a pas réussi à trouver un emploi correspondant à ses compétences. Après être passée de petits boulots en petits boulots, elle s'est adressée à l'ANPE (Agence nationale Pour l'Emploi, aujourd'hui Pôle Emploi). Elle a travaillé comme employée dans une chaîne de restauration rapide et, pendant 3 mois, en tant que responsable du rayon fleurs dans un grand magasin de bricolage. Pour l'ANPE, elle relevait du secteur d'activité des métiers de l'accueil et du service, principalement en raison de sa formation « trop académique », et parce que la région où elle vit est particulièrement désindustrialisée avec un taux de chômage élevé. L'ANPE lui offre une formation professionnelle en télémarketing ce qui lui permet de trouver un emploi dans ce secteur. Pendant quatre ans et demi, elle travaille dans une entreprise de télémarketing et gravit les échelons pour devenir responsable grand compte. Elle explique pourquoi elle a quitté son emploi:

> ***« En fait j'étais chargée d'affaire dans une entreprise de télémarketing et ma maman était déjà très malade, elle avait une hémiplégie depuis une vingtaine d'années et son état s'est aggravé. Elle avait une aide à domicile qui venait. Mais euh selon ses horaires à elle qui lui convenaient. Donc maman des fois elle se retrouvait toute seule à des moments où j'aurais préféré qu'elle soit accompagnée. Bon mon papa, lui il est un peu mal entendant, il est âgé aussi, donc ce n'était pas suffisant pour moi comme aide. Cette dame là refusait de venir le dimanche alors que moi je travaillais aussi le dimanche. Donc comme son état s'est aggravé j'ai décidé d'arrêter mon travail et puis de l'aider bénévolement en plus de cette dame. Puis on s'est séparé de cette dame et je me suis fait recrutée pour travailler sur des petits contrats d'aide en plus de ma maman.***

Quand elle a décidé de prendre soin de sa mère, l'allocation était conséquente. En raison de ses problèmes cérébraux et de ses incapacités motrices, sa mère avait un plan d'aide de 73 heures par mois soit 2h30 par jour, le volume horaire moyen constaté pour une personne en GIR 1 (WEBER A., 2006)[80]. Le montant est conséquent au regard du temps de travail légal d'un salarié (152,5 heures) puisqu'il s'agit d'un mi-temps. Toutefois, même si le montant est important, on sait qu'il est bien en deçà de l'aide nécessaire au maintien à domicile d'une personne âgée très dépendante. En regardant les données de l'enquête concernant les bénéficiaires de l'APA, on

[80]Les heures d'aide à domicile et leur répartition selon le degré de dépendance in Weber A., « Regard sur l'APA trois ans après sa création », *Données sociales- la société française,* 2006

constate que les besoins réels de prise en charge sont beaucoup plus élevés que l'aide accordée par le «plan d'aide ». En effet, une étude de la DRESS (PETITE & WEBER, 2006) analysant la répartition de l'aide entre aide professionnelle et aide familiale montre que l'aide familiale est souvent indispensable en complément de l'aide professionnelle. On constate avec cette enquête que dans 67% des cas la famille intervient dans l'aide apportée à la personne dépendante. Bien que globalement l'aide (professionnelle et familiale) s'accroisse avec le niveau de dépendance, c'est principalement l'aide apportée par la famille qui s'accroît et ce, d'autant plus que la personne dépendante cohabite avec ses ou son aidant.

Tableau 6 : Nombre moyen d'heure d'aide à domicile fournies par l'entourage et les professionnels

	Aide exclusive de		Aide mixte (entourage et professionnels)			Au moins une aide (100%)
	Professionnels (33%)	Entourage (4%)	Ensemble (63%)	Professi-onnels	Entourage	
Selon le mode de cohabitation						
Vivre seul	1h50	2h45	3h25	1h45	1h40	2h45
Vivre chez soi avec d'autres	1h40	5h20	6h50	1h40	5h10	5h15
Vivre chez un tiers ou avec d'autre dans un foyer logement	2h00	6h45	8h30	1h30	7h05	6h50
Selon le degré de dépendance						
GIR 1	2h30	6h40	8h55	1h20	6h15	7h15
GIR 2	2h25	7h40	7h30	2h10	5h20	5h50
GIR 3	1h55	4h40	6h20	1h45	4h30	4h50
GIR 4	1h20	4h10	3h30	1h00	2h30	2h50
Ensemble	1h50	5h10	5h45	1h40	4h10	4h30

Champ : les bénéficiaires ayant estimé l'aide qu'ils reçoivent actuellement de la part de l'entourage ou des professionnels. La mesure du volume de l'aide apportée par l'entourage et les professionnels à une date donnée (au premier semestre 2003) repose sur des déclarations de bénéficiaires.
Source : Drees, Enquête auprès des bénéficiaires de l'APA, 2003, (PETIT & WEBER, 2006)
Lecture : lorsqu'elle vit seule et qu'elle reçoit uniquement de l'aide d'un professionnel, une personne est aidée 1h50 par jour. Lorsqu'elle reçoit de l'aide mixte, c'est-à-dire d'un professionnel et d'un aidant familial, l'aide professionnelle correspond à 1h45 et l'aide familiale, à1h40, pour une aide totale de 3h 25.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Delphine explique qu'elle vivait chez ses parents, *« à cette époque, j'étais à la maison avec maman et papa, je n'étais pas dans la rue.... J'ai donc fait mon travail »*. Après avoir quitté son emploi, elle a d'abord complété le travail de la salariée aide à domicile dans son rôle d'aidante familiale non rémunérée. Puis dans l'incapacité de continuer son activité professionnelle, elle l'a quitté pour reprendre l'activité du salarié. Elle décide alors d'utiliser l'indemnité pour elle-même. L'indemnité correspond à 73 heures, ce qui couvre partiellement l'aide qu'elle apporte à sa mère.

> ***J'ai récupéré le contrat et puis j'ai demandé à l'association de me trouver d'autres contrats. Et j'ai commencé avec des petits contrats de remplacements en plus du travail pour ma mère. Au début je ne faisais que du mandataire. Ensuite, j'ai eu un petit contrat prestataire pour remplacer d'autres employés. Donc pendant un an, j'ai eu des petits CDD et après un an parce que j'ai eu de bons retours des clients, j'ai demandé un CDI"***

L'ensemble des 168 salariés totalisent 11 cas de salariés travaillant pour un parent. Toutefois, l'utilisation de cette passerelle vers une intégration plus importante dans l'association ne s'observe que pour 2 cas.

La valorisation de la prise en charge familiale gratuite n'est pas rare et a été rencontrée dans d'autres entretiens. Nadine était agent de service hospitalier au début de sa carrière. Les problèmes de santé particulièrement sévères de l'un de ses enfants (trois au total) l'ont obligée à l'accompagner dans les actes de la vie quotidienne. Dans l'incapacité de concilier son activité professionnelle avec la prise en charge de l'aide familiale, elle a dû quitter son emploi. La maladie de sa fille l'oblige à de nombreux allers-retours à l'hôpital du chef lieu à plus de 50 km de son domicile, et à une présence importante à ses côtés. Afin de compenser ses pertes de revenus, elle complétera d'abord son activité d'aidante familiale par de la garde d'enfant à domicile, avant d'entrer dans l'association pour réaliser des ménages puis de l'aide à domicile. L'expérience de la prise en charge est assez présente chez les salariés de l'aide à domicile. L'enquête « intervenant à domicile » de la DRESS interroge les salariés sur leurs motivations : « Qu'est-ce qui vous a poussé ou incité à exercer le métier d'aide à domicile ? ». La réponse : « Prolonger une expérience préalable d'aide à une personne âgée ou dépendante en tant qu'aidant familial, aider un membre de ma famille » totalise 336 salariés, soit près de 13% de l'effectif. Cette enquête ne traite malheureusement pas du parcours des salariés qui pourrait faire apparaître cette expérience sans pour autant que celle-ci soit une motivation. L'aide à domicile correspond en effet rarement à un choix puisque 25,8% des salariés déclarent que c'est « par hasard, par opportunité » et, pour 28%, « le besoin d'argent » qui les ont incités à s'orienter vers l'aide à domicile (en tout c'est pour 46,7% de l'effectif l'un, l'autre, ou les deux).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Les situations de congé parental sont aussi particulièrement fréquentes et observables dans les *curriculum vitae*. Une partie importante de ces salariés sortent du marché du travail et rencontrent des difficultés à y retourner, en particulier dans le même emploi. Après une période de chômage, ils s'orientent ou sont orientés par les agences en charge de l'emploi vers le secteur de l'aide à domicile qui, jusqu'à il y a peu, ne demandait pas de qualification, si ce n'est des attributs naturalisés comme féminins (AVRIL, 2003 ; DUSSUET, 2002 ; DONIOL-SHAW & alii, 2003 ; PENNEC, 2002).

1.2.2 Le diplôme

De plus en plus un préalable au recrutement, le diplôme est devenu sur la période observée un élément de plus en plus important chez les salariés en poste. Comme nous le verrons, bien que la formation continue ait joué un rôle important pour les salariés déjà en poste, c'est majoritairement en amont de l'emploi que les salariés sont formés.

Nous avons rencontré Sabina à son domicile, une maison dans une zone pavillonnaire classe moyenne. Elle est immigrée d'origine maghrébine. Elle a commencé dans la même structure que Delphine en 2002, lorsque le secteur de l'aide à domicile était en plein essor. La plupart du temps elle est seule car son mari travaille comme ingénieur commercial et voyage beaucoup. Elle a 46 ans quand elle commence son premier contrat. Ce fut son premier emploi rémunéré.

> ***« Je vais commencer par le début de ma carrière. Je n'ai pas travaillé avant que mes enfants soient tous grands. Alors j'ai commencé il y a 7 ans, mais j'ai 53, alors ça fait… calculez !! à 45, j'ai fait une formation de 18 mois pour avoir mon, le CAFAD, donc après ça a été validé par le Conseil général, ce qui fait que je suis devenue, auxiliaire de vie, je suis passée par le CREFO, avant ça, j'ai jamais travaillé, j'ai 4 enfants, ils sont tous mariés, je me suis occupé, entre temps quand j'avais mes enfants, je me suis occupé de ma belle-mère pendant 4 années. Donc si vous voulez, je suis rentrée dans le tas*** **[sur le tas]**. ***Pendant 4 ans, jusqu'à la fin de sa vie*** **[sa belle-mère]**, ***quand mon dernier est parti au collège donc c'est là que j'ai commencé ma formation, je voulais savoir à peu près de quoi j'étais capable. Qu'est-ce que je pouvais faire ? Mon mari est toujours parti pour le travail, je, je ne voulais pas rester seule à la maison. J'ai essayé plusieurs formations ! J'ai fait une formation sur le ménage, j'ai aussi essayé… Je voulais… le rêve de ma vie. Je voulais être médecin, ou dans le secteur de la santé. Mais vous savez, les aléas de la vie font que certains rêves sont impossibles. Mais de toute façon, je suis bien dans mon travail avec les personnes âgées, je me sens bien avec eux, je me sens bien et j'ai les capacités de les aider »***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

On remarque la grande importance de l'expérience de soins non rémunérés dans la famille, tout comme dans le cas de Delphine. Bien que le diplôme du CAFAD ne soit pas nécessaire au travail dans l'aide à domicile[81], elle décide néanmoins de valider un diplôme. Elle a travaillé gratuitement comme aidante familiale dans un premier temps. Sans diplôme et sans expérience professionnelle, elle n'a pas trouvé d'emploi. La possibilité d'emploi dans le secteur de l'aide à domicile lui a permis de valoriser son expérience acquise au sein de la famille. Pour elle, travailler dans l'aide à domicile fut une double opportunité: d'abord avoir une profession, d'autre part réaliser un vieux rêve.

L'opportunité positive de cet accès à l'emploi ressort, dans son rapport particulier au diplôme, comme marqueur de réussite sociale. Elle insiste sur les statuts des personnes qu'elle a en charge : « il est médecin » pour un, il est « un intellectuel, un vieil ami de Mitterrand » pour un autre, etc.

> ***Les études c'est vraiment important! Tous les jours, tous les jours je le disais à mes enfants… Et ils ont tous une bonne position. Ma fille, elle a un bac + 7, le deuxième, un garçon, il a un bac + 4, la troisième, une fille, elle a un bac +5 et le dernier, un garçon, il a seulement le bac, il m'a dit j'irais pas plus loin ! »***

La présence du diplôme dans son discours est omniprésente. Il révèle une sorte de frustration, mais aussi une valorisation et une différenciation par rapport aux autres salariés. Son rêve était d'étudier la médecine. Elle voulait être médecin ou au moins infirmière, mais elle ne pouvait pas. Au début des années 2000, quand elle a décidé d'entrer dans le secteur de l'aide à domicile, elle a eu l'occasion d'obtenir une formation professionnelle par l'intermédiaire de l'ANPE.

« J'ai fait une formation de 18 mois pour avoir mon diplôme. Ensuite, il a été validé par le Conseil général. Depuis je suis « auxiliaire de vie sociale » ». Par la suite, elle complète sa formation par de nombreuses formations professionnelles non qualifiantes dans le cadre de son emploi :

> ***"Parce que je travaille avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer…j'ai fait une formation Alzheimer, j'ai fait une formation en « soins palliatifs » et en « fin de vie »…« Soins palliatifs » et « fin de vie » c'est la même chose de toute façon. J'ai fait ça, j'ai commencé au début de ma carrière (…) J'ai eu la chance, car l'année dernière, en mai ou en avril, je sais plus, enfin je sais que je l'ai fait : une***

[81] De 2000 à 2004, 85.6%[81] des salariés commençant dans une structure n'ont aucun diplôme en lien avec le secteur de l'aide à domicile.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

formation professionnelle en psychologie, je l'avais demandée »

Les salariés possédant un diplôme au moment du recrutement comme Sabina, représentent un cas relativement exceptionnel en 2000. Ils sont néanmoins de plus en plus nombreux dans les effectifs recrutés au cours de la première décennie des années 2000. Ces résultats, en lien avec l'évolution des salariés de la structure étudiée, sont confirmés par une situation similaire dans les données de l'enquête Intervenants A Domicile (Encadré 9) pour les salariés travaillant dans le cadre d'au moins une activité en mode intermédié (Tableau 7).

Tableau 7 : Place de la formation d'aide à domicile dans la carrière des salariés travaillant en mode prestataire dans l'enquête IAD

	1999-2000	2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	Total
Diplômé avant le premier emploi dans l'aide à domicile	30	58	55	82	50	275
	14.93%	21.17%	20.37%	30.48%	28.73%	23.15%
Diplômé après le premier emploi dans l'aide à domicile	57	57	24	17	5	160
	28.36%	20.80%	8.89%	6.32%	2.87%	13.4%
Non diplômé	114	159	191	170	119	753
	56.72%	58.03%	70.74%	63.20%	68.39%	63.38%
Total	201	274	270	269	174	1,188
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Note :Pour les personnes diplômées la même année que leur premier emploi dans l'aide à domicile, nous avons considéré qu'il s'agissait d'un recrutement post formation puisque pour les salariés formés après leur entrée dans l'aide à domicile, il s'est écoulé en moyenne 8 ans avant d'accéder au diplôme du secteur.
Source : enquête IAD, DREES
Lecture : les salariés ayant été recrutés en 2000 et 2001 sont 14,93% à être diplômés avant leur recrutement et 28,38% depuis.

Le tableau 7 nous permet d'observer le nombre de salariés formés selon qu'ils l'aient été avant leur première embauche dans le secteur de l'aide à domicile ou après. Bien que le nombre de salariés formés après leur recrutement décroisse de manière logique, puisque sur un laps de temps plus court la probabilité d'avoir accès à la formation diminue, on constate une croissance importante des personnes formées en amont de leur premier recrutement, alors que les non diplômés sont eux aussi de plus en plus nombreux.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadré 9 : Enquête Intervenants à Domicile (IAD)

L'enquête Intervenants à domicile (IAD), conduite d'avril à juillet 2008 par la DREES, porte sur les aides à domicile dispensées aux personnes fragilisées : personnes âgées, mais aussi personnes handicapées ou toute autre personne ayant besoin d'une aide dans l'accomplissement de tâches quotidiennes.

L'enquête IAD permet de connaître :

- le profil sociodémographique et les trajectoires professionnelles et de formation des intervenants ;
- les conditions d'exercice de leur métier et la nature précise de leurs interventions, en fonction notamment de la situation de leurs employeurs (niveau de perte d'autonomie, isolement, etc.) et du cadre dans lequel ils interviennent (service prestataire, emploi auprès de particuliers avec ou sans service mandataire) ;
- l'opinion des intervenants sur leur métier, leurs conditions de travail et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur exercice professionnel.

L'enquête est construite autour de deux vagues d'interrogations.

Une première vague *via* une enquête filtre téléphonique grâce à laquelle on retient les individus travaillant actuellement (pas d'arrêt prolongé d'activité) auprès de personnes fragilisées se définissant :

- soit comme aide à domicile, aide ménagère, aide médico-psychologique, assistante de vie, auxiliaire de vie sociale, travailleuse familiale ou technicienne de l'intervention sociale et familiale ;
- soit comme femme de ménage effectuant en sus les courses ou la préparation des repas, ou l'assistance aux personnes, ou l'aide aux démarches administratives ;
- soit comme aide soignante sans disposer du diplôme correspondant ;

Les intervenants retenus dans le champ sont ensuite interrogés en face à face sur cinq modules :

- parcours professionnel et formation ;
- activité et personnes aidées au cours d'une semaine de référence ;
- conditions d'exercice du métier d'aide à domicile auprès des personnes fragilisées ;
- conditions de travail du métier d'aide à domicile ;
- complément des caractéristiques personnelles.

Les unités statistiques de l'enquête sont :

- les intervenants au domicile de personnes fragilisées ;
- une semaine travaillée pour chaque intervenant ;
- un jour de référence tiré dans la semaine travaillée des intervenants ;
- une prestation de référence tirée dans le jour dit.

Les intervenants au domicile de personnes fragiles peuvent être employés de plusieurs façons :

- par voie directe : l'intervenant est directement salarié de la personne aidée ;
- par voie prestataire : l'intervenant est salarié d'une structure de services à la personne ;
- par voie mandataire : l'intervenant est salarié de la personne aidée, mais l'organisme mandataire s'occupe de la partie administrative et de la mise en relation des deux parties.

Champ de l'enquête

L'enquête est représentative de l'ensemble des intervenants au domicile des personnes fragilisées de France métropolitaine en excluant les professionnels de santé. Elle a été conduite auprès de 2 600 intervenants à domicile dans 30 départements de France métropolitaine. Ces derniers peuvent être employés par des particuliers, soit directement soit par voie mandataire, ou des salariés relevant d'organismes agréés de services à la personne (OASP).

Les problèmes liés à l'utilisation de l'enquête IAD :

Les statuts d'emploi :

Révélateur du flou qui entoure la question des statuts d'emploi, l'enquête IAD n'a pas su départager les salariés qui travaillent en mode mandataire et en mode mixte alors que nos travaux montrent que le travail sous différents statuts est courant, tout comme c'est le cas de plus de la moitié des aides à domicile et des autres emplois familiaux qui travaillent également pour une personne morale, une association, entreprise ou collectivité locale (Marbot, 2008). Ainsi nous avons défini trois groupes :

- Si l'organisme a indiqué que l'intervenant ne travaillait qu'en mode prestataire, et que celui-ci a déclaré de même, on le classe en prestataire exclusif ;
- Si l'intervenant déclare ne dépendre d'aucun organisme, on le classe en emploi direct exclusif ;
- Les autres cas correspondent à de l'emploi mandataire ou mixte (c'est-à-dire sous plusieurs modes).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Cette situation permet alors difficilement de comprendre les modalités de construction de l'activité et ne permet donc pas d'observer les situations intermédiées dans leur ensemble.

L'emploi du temps :

L'intervention de référence, tirée au sort parmi l'ensemble des interventions de la journée de référence, elle-même tirée au sort parmi l'ensemble des journées de la semaine de référence, ne nous renseigne pas sur les activités réalisées dans le cadre de cette intervention. Ainsi on connaît les activités réalisées dans la journée de référence, mais pas leur répartition au cours de la journée.

Parcours :

Les informations recueillies au travers de l'enquête sur les questions de parcours et de formation ne permettent pas de reconstruire les parcours des salariés de l'aide à domicile. Ainsi on connaît les secteurs (9 grands secteurs) parmi lesquels les salariés ont travaillé ainsi que les périodes d'inactivité. La formation initiale est décrite par l'âge d'obtention du dernier diplôme et le diplôme, mais uniquement dans le cas où celui-ci est en lien avec le secteur de l'aide à domicile. De la même manière, la formation continue est abordée uniquement dans le cadre des formations propres au secteur de l'aide à domicile.

1.2.3 Le bénévolat et l'expérience pour accéder à l'association

Le diplôme n'est pas l'unique clef qui permet d'accéder aux emplois d'aide à domicile. Outre l'expérience domestique de l'aidant ou de la ménagère, l'expérience professionnelle est une caractéristique qui semble importante. Elle émerge par ailleurs de plus en plus de la procédure de sélection comme nous le verrons dans l'évolution du recrutement.

La valorisation d'activités bénévoles peut parfois se lire dans les CV (Encadré 11). Même si nous n'avons pas travaillé spécifiquement sur la place des activités bénévoles dans la carrière des salariés, il ressort à plusieurs reprises que le bénévolat semble être une voie d'accès à un emploi rémunéré. Dans le secteur de l'aide à domicile, de l'avis du salarié et du recruteur, il est considéré comme une expérience professionnelle. En effet, « *les difficultés d'insertion sur le marché du travail des groupes sociaux manquant d'expérience professionnelle, poussent des jeunes étudiants ou des femmes reprenant une activité professionnelle par exemple, à occuper des fonctions bénévoles pour améliorer leur « employabilité ». Les institutions éducatives comme les employeurs valorisent par la « validation des acquis » certaines compétences acquises telles la disponibilité, l'adaptabilité, les qualités relationnelles…* » (DEMOUSTIER, 2002, p. 110). On observe ainsi la valorisation du bénévolat dans les lettres de motivation et les CV des salariés :

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

> ***"Je n'ai jamais travaillé dans l'aide à domicile mais j'ai déjà fait des ménages avant. J'ai aussi fait du bénévolat dans une maison de retraite, c'est pour ça que je connais le travail avec les personnes âgées."***
>
> ***(Lettre de motivation, marié, 2 enfants, 38 ans, sans expérience professionnelle)***

Dans certains CV, nous pouvons voir la liste des employeurs centrée non pas sur les tâches accomplies, mais sur le temps de contractualisation et le statut de certains employeurs. Il apparaît clairement que le statut de l'employeur est une donnée importante lorsque l'expérience est en emploi direct. Globalement sur les salariés que nous avons étudiés, on recense de nombreuses expériences professionnelles antérieures à l'entrée dans la structure. Dans les CV de 123 salariés contractualisés à un moment en prestataire, on recense 339 emplois/activités. Parmi ces emplois/activités, 162 concernent les services au particulier, soit aide à domicile ou aide ménagère, 65 des expériences d'agent d'entretien ou d'agent de service, 27 des expériences de vendeuse et secrétaire, le reste étant réparti sur de petits effectifs. L'expérience professionnelle apparaît donc comme prédominante dans le recrutement de l'association.

On observe une modification de l'employabilité des salariés : un passage d'un recrutement sur expérience informelle, souvent non vérifiable à un recrutement sur l'expérience et le diplôme. Globalement on remarque une concentration de plus en plus importante de personnes expérimentées « professionnellement » et de plus en plus diplômées. On abordera la question de l'évolution des salariés dans la partie suivante.

Encadré 10 : Plus ou moins de données sur le salarié selon son mode de recrutement

Bien que prestataire et mandataire apparaissent comme très similaires du point de vue du salarié et de l'organisation du travail, nous pouvons différencier ces deux modes d'emploi selon les données administratives plus ou moins renseignées que nous avons récoltées.

Le prestataire et la sélection du salarié

Dans le cadre du mode prestataire, l'association est l'employeur, elle contractualise directement avec le salarié, avec lequel elle établit un contrat de travail, elle est responsable. Cette relation, plus contraignante pour la structure, nous permet de connaître plus d'informations sur le salarié. En effet, bien que certains salariés en mandataire réalisent le même entretien d'embauche, celui-ci est moins systématique et souvent moins abouti. L'association conserve beaucoup plus d'informations lorsqu'elle recrute directement le salarié. C'est à partir de ces données conservées par l'association étudiée, que nous allons travailler sur

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

l'évolution des salariés.

Ces informations nous permettent de mieux comprendre l'évolution du recrutement et *de facto* des salariés recrutés (partie 2 de ce chapitre).

Le mandataire et la gestion des contrats

Le mode mandataire quant à lui, implique de manière moins importante la structure. Le rôle principal de l'association correspond alors à la gestion des contrats et à la réalisation des fiches de paie. Pour ce qui est de la sélection à l'origine et des qualités du salarié, celles-ci sont testées directement par son premier employeur qui peut dans le cas d'une insatisfaction licencier le salarié sans impliquer l'association. Dans le cas de retours positifs, l'association peut proposer au salarié d'autres contrats. Ces contrats peuvent être passés soit directement avec l'association, dans ce cadre le salarié passe en mode prestataire, soit avec d'autres clients, dans ce cas les salariés cumulent des contrats en mode mandataire. Dans les faits, certains salariés cherchent à cumuler les contrats et d'autres non. Les données mandataires collectées à l'association sont donc principalement concentrées sur les contrats et leurs cumuls. Ils offrent, comme on le verra en partie 3, la possibilité de comprendre comment on intègre la structure avant de construire une activité.

Les 211 contrats de 41 salariés travaillant en mandataire seront utilisés. Ils contiennent la forme du contrat (CDD/CDI et avenant) le nom de l'employeur ainsi que celui de l'employé. Ils nous renseignent aussi sur les motifs des CDD et parfois sur la personne remplacée par le nouveau CDD, ainsi que les motifs de fin de CDI. Le volume horaire, la date début et de fin et le salaire sont aussi disponibles.

Bien que moins précis, nous utiliserons aussi les 908 contrats de 113 des salariés en prestataire. Ces contrats et avenants nous renseignent sur la forme du contrat, le volume horaire contractuel, le salaire ainsi que le statut du salarié. Ces données permettront de renforcer l'hypothèse d'une importante similitude entre ces deux modes.

Notons des populations assez proches mais des outils différents pour les analyser. Ces dernières années le mode prestataire a eu tendance à être privilégié, et la plupart des réformes portant sur la qualification ont touché le mode prestataire et en ont fait un mode privilégié d'analyse pour les questions autours de l'enjeu temporel. Toutefois, comme nous le verrons, avec l'analyse des contrats de travail, le mode mandataire offre l'avantage de permettre, *a contrario* de l'activité prestataire, la construction de l'activité.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadré 11 : données sociales et expérience professionnelle des salariés

Lors du recrutement, les salariés fournissent un CV, une lettre de motivation, un extrait de casier judiciaire et la copie des diplômes. La saisie des profils et des caractéristiques sociales utilisées s'est effectuée à partir des 168 salariés en poste travaillant en mode prestataire, mandataire et mixte. Ces dossiers sont constitués d'une fiche d'accueil remplie par le recruteur lors du processus de recrutement antérieur à 2009, date à partir de laquelle les responsables ont eu recours à une fiche de renseignement pré-remplie par la maison de l'emploi pour chaque salarié recruté. La fiche comprenait une partie « état civil et situation familiale », une partie « situation par rapport à l'emploi », une partie relative à l'expérience professionnelle et aux diplômes ainsi qu'une partie sur les attentes en termes d'horaires et sur le type de public dans l'emploi recherché. La partie « état civil » permet de recueillir des informations relatives à la nationalité, la vie en couple, le nombre d'enfants, l'état des vaccins. La partie situation par rapport à l'emploi interroge le salarié sur son inscription à l'ANPE, les allocations chômage dont il bénéficie, le handicap et les pensions d'invalidité. La partie formation diplôme recense les deux derniers diplômes assortis de leur date d'obtention, une question sur le diplôme puis les expériences professionnelles datées avec chaque employeur. On découvre par ailleurs le public pour lequel le salarié souhaite travailler (4 types : enfants, personnes âgées, personnes handicapées, actif), et selon quelle modalité (prestataire/mandataire). Le responsable en charge du recrutement assigne par la suite un « statut » au candidat. Le candidat peut alors être : agent à domicile, assistant de vie 1 ou 2, auxiliaire de vie, employé à domicile, aide médico-psychologique, aide ménagère. Un bémol est à signaler sur les parcours des salariés commençant avec le mode mandataire. Bien que nous possédions les caractéristiques sociales et diplômes, nous ne sommes pas en mesure de retracer le parcours à partir du CV pour l'ensemble des salariés. Toutefois, nous connaissons certaines caractéristiques de leur parcours, notamment s'ils possèdent une expérience en lien avec le secteur, en emploi direct, mandataire, prestataire, ou EPAHD.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2. Evolution des profils, évolution du recrutement

2.1 De l'emploi refuge à l'emploi spécialisé. Une évolution de la sélection

2.1.1 Toujours un emploi refuge

Les salariés avec lesquels nous avons travaillé ne dérogent pas aux caractéristiques relevées par de nombreuses enquêtes (AVRIL, 2003 ; DONIOL-SHAW & alii, 2007 ; DEVETTER & alii, 2008 ; DONIOL-SHAW, 2005 ; DUSSUET, 2005). L'aide à domicile auprès de personnes âgées apparaît toujours offrir une position refuge aux femmes en position particulièrement défavorable sur le marché du travail (AVRIL, 2005). Nous avons rencontré des salariées « *qui ont commencé à travailler dans le secteur par défaut puis qui y sont restées : fermetures d'usines, non accès à des postes d'employées qualifiées après des « carrières maison » puis une perte d'emploi, auxquels s'ajoutent, parfois, des ruptures biographiques* » (DONIOL-SHAW & alii, p. 44) Notre analyse ne semble pas échapper à cette règle à première vue. On constate une présence des salariés débutant loin du champ sanitaire et social toujours importante, à l'exception de 2005 où le recrutement est dominé par le recours à des salariés sans diplôme très majoritairement (60%) et diplômé à l'opposé (25%).

Les parcours jalonnés de contrats courts, de contrat d'insertion[82] sont le lot de bon nombre de salariées entrées à la suite d'un déclassement social lié à une perte d'emploi ou parce qu' « *elles n'ont jamais réussi à acquérir ailleurs une quelconque forme de stabilisation socioprofessionnelle* » (AVRIL, 2005, p. 216). Le secteur de l'aide à domicile a longtemps été perçu comme un secteur fourre-tout. Aujourd'hui encore, alors que le secteur se professionnalise, les agences de l'emploi (Pôle emploi, Maison de l'emploi, etc.) continuent d'orienter les salariées sans formation vers le secteur, le considérant toujours comme un secteur refuge, pour femme non diplômée.

Le secteur de l'aide à domicile n'est pas le seul dans cette situation : il n'est pas rare de trouver une inadéquation entre le diplôme initial et l'activité professionnelle. On trouve le même modèle dans le secteur de la construction automobile. Parmi les jeunes employés dans ce secteur, Martine Möbus, Nathalie Besucco, Jean-François Lochet, Nathalie Moncel (MÖBUS et al., 2004) ont identifié trois types de parcours de formation que l'on retrouve aussi dans le secteur de l'aide à domicile. Certains ont dû arrêter l'école à la fin de la scolarité obligatoire, d'autres ont un diplôme de premier cycle dans un domaine autre que l'industrie, et d'autres ont continué des études supérieures. Au moment où ils sont recrutés, ils ont souvent traversé une période de chômage et définissent le secteur d'origine pour lequel ils sont qualifiés comme difficile et mal payé.

[82] Nous avons noté de nombreux contrats emploi solidarité dans les parcours des salariés.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Pour les individus de notre échantillon (encadré 12), déjà en poste, on sait que les conditions de recrutement (diplôme et expérience) sont indépendantes de la notion de vocation. Pourtant, cette notion de vocation est présente dans le discours des responsables de secteur qui valorisent les caractéristiques féminines des aides à domicile. Néanmoins, ce phénomène, déjà décrit au travers de la construction de l'activité d'aide à domicile par Christelle Avril (AVRIL, 2003), se modifie. On définit cette modification par un passage de salariés valorisant une expérience domestique à des salariés recrutés en étant de plus en plus qualifiés et expérimentés. On attribue ce changement, d'une part, à l'augmentation du nombre de candidats au métier d'aide à domicile liée principalement à une dégradation du marché de l'emploi, le secteur géographique étudié étant particulièrement touché, et, d'autre part, à une politique d'attractivité et d'orientation des salariés vers ces emplois.

Encadré 12 : Présentation de l'échantillon associatif

L'échantillon de salariés sur lequel nous avons travaillé représente l'ensemble des salariés d'une association réalisant à la fois des services dits de « confort » correspondant à du ménage, mais aussi de l'aide à la personne ou « geste au corps » selon le terme qui est utilisé. 89 salariés étaient en poste sur le mode prestataire, 33 uniquement en mandataire et 49 sur les deux modes au cours de notre enquête qui s'est déroulée dans la première moitié de l'année 2008. La moyenne d'âge de ces salariés en 2009 était de 41,5 ans en prestataire et 47,5 en mandataire. Cela en fait, pour le mode prestataire, une population relativement plus jeune que la moyenne d'âge estimée à 45 ans dans l'enquête du Latts (DONIOL-SHAW & alii, 2007), et relativement plus vieille que cette moyenne d'âge pour le mode mandataire. Parmi ces salariés, deux hommes travaillent comme aide à domicile. Contrairement aux caractéristiques des salariés enquêtés en région parisienne, connaissant des parcours migratoires (LATTS, 2007), immigrés ou issus de l'immigration (AVRIL, 2006), les salariés étudiés et rencontrés ici sont majoritairement de nationalité française et dans une très large mesure n'appartiennent pas à des minorités visibles ; 5 sont de nationalité étrangère (Sénégal, Portugal, Cameroun, Géorgie et Algérie). Les salariés ont en moyenne 1,34 enfants à charge.

Ces données ont été complétées par la diffusion d'une enquête postale auprès des salariés des trois principales structures du secteur, une autre association et un CCAS. Les résultats même s'ils sont ici peu exploités montrent les mêmes tendances que les données administratives que nous avons exploitées.

La professionnalisation du secteur en cours génère des attentes non satisfaites en termes de qualité et de responsabilité et oblige ces salariés à déployer des tactiques d'ancrage et de développement dans l'emploi que l'on abordera dans la troisième partie de ce chapitre.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2.1.2 Bassin d'emploi et chômage important

Au niveau régional, au 31 mars 2011, plus de 30 000 demandeurs d'emploi étaient inscrits dans le secteur des services aux personnes, faisant de ce secteur le deuxième poste en termes de chômage. En hausse de 10% sur un an, il est à 95% féminin avec plus de 26% des chômeuses âgées de plus de 50 ans, contre 15% de moins de 26 ans. Les demandeuses d'emploi de moins de 26 ans étant majoritairement concentrées sur les secteurs « commerce et vente » et « coiffure, esthétique et services divers », et les hommes de moins de 26 ans sur les secteurs« gros œuvre du BTP, extraction, conception et conduite de travaux », « second œuvre du bâtiment » ainsi que « mécanique, maintenance des équipements industriels et automobiles, contrôle qualité ».

Encadré 13 : Un bassin d'emploi pauvre, un secteur de l'aide à domicile en pleine croissance

Du côté du logement, 27,82% de l'ensemble des logements dans l'agglomération sont des logements sociaux.

L'emploi dans le secteur de l'aide à domicile s'est fortement développé depuis 2002. En 2004, on comptait 1 585 aides à domicile en équivalent temps complet contre 912 en 2002 (62 associations), soit une augmentation de près de 74 %. Le nombre moyen de personnes travaillant en équivalent temps complet (ETC) par association est passé de 14,7 à 23,7, soit une augmentation de plus de 60 % entre 2002 et 2004. Le territoire 1V est resté à un niveau relativement faible (9,6 ETC en moyenne par association).

Le territoire sur lequel on a travaillé est fortement marqué par un paternalisme industriel. Quoique déclinant on en retrouve les traces à travers la structure associative de l'aide sociale issue en majorité de groupes industriels. L'association que l'on étudie ne fait pas partie de cette catégorie puisqu'elle a vu le jour en 1996, soutenue par un bailleur social. Ses concurrents, et principalement la plus grande association du territoire, présentent cette caractéristique d'avoir été soutenus pour leurs services dans le cadre d'un paternalisme industriel.

Un diagnostic du bassin d'emploi en 2006 permettait déjà de prendre la mesure de la place de l'aide à domicile dans l'emploi local (Encadré 13). Les services sociaux et de proximité, parmi lesquels on retrouve les aides à domicile, représentent près de 10% des emplois du bassin. La croissance de 2,5% de l'emploi dans le secteur des services est venue compenser le déclin industriel amorcé depuis plusieurs années, se traduisant sur la période 2003-2004 par une baisse équivalente de 2,5% des emplois. Le secteur des services sociaux et de proximité présente la caractéristique d'être le secteur qui absorbe le plus de demandes d'emploi féminines et ceux de longues durées. Le constat d'absorption des demandeurs d'emploi de longue durée a poussé les pouvoirs publics à adopter une stratégie visant à combler en priorité les

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

créations d'emploi de ce secteur au bénéfice de personnes en difficulté. Le secteur de l'aide à domicile et d'employés de maison a ainsi attiré beaucoup de personnes pensant que ces métiers ne nécessitaient aucune compétence particulière (Diagnostic et plan d'action local sur le bassin d'emploi, Ministère de l'emploi et de la cohésion sociale).

2.1.3 Politique d'attractivité vers les emplois de l'aide à domicile

Cette appréciation locale des possibilités offertes par le secteur d'activité de l'aide à domicile se retrouve au niveau national dans la définition des « métiers en tension »[83]. Au niveau local, l'accompagnement des demandeurs d'emploi oriente de plus en plus systématiquement les salariées au chômage vers le secteur.

Alors que l'on observe le développement de la formation et la professionnalisation du secteur avec la création de filières de formation initiale ou continue, alors que l'on favorise le développement de la validation des acquis de l'expérience (VAE), les politiques de l'emploi utilisent le secteur de l'aide à domicile afin de placer les demandeurs d'emploi sans formation. L'aide à domicile, « métier en tension », selon la définition donnée par Pôle emploi, fait partie « des métiers dans lesquels il est nécessaire de qualifier des demandeurs d'emploi pour répondre aux besoins de main d'œuvre des entreprises régionales » (Pôle emploi, 2009). Néanmoins, pour le métier d'aide à domicile défini par Pôle emploi selon la fiche métier Rome K1304, il est proposé comme « accès à l'emploi métier » : « cet emploi/métier est accessible sans diplôme ni expérience professionnelle. Un CAP/BEP peut en faciliter l'accès ». Le métier d'auxiliaire de vie quant à lui, noté K1302, « est accessible avec un diplôme de niveau CAP/BEP ou un Diplôme d'Etat dans le secteur de l'aide sociale et familiale. Il peut être accessible sans diplôme et avec expérience ».

Dans le cadre de ces métiers en tension, les administrations en charge de l'emploi orientent donc de façon prioritaire les demandeurs d'emploi vers ces secteurs. Ainsi, dans le basin d'emploi où l'on a enquêté, la maison pour l'emploi de l'agglomération joue un rôle de plus en plus important.

Le recrutement au sein de l'association était, jusqu'à mi 2009, effectué en interne par les responsables de secteur. Depuis 2009, dans le cadre de la gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences spécifiques au secteur de l'insertion par l'Activité Economique - un programme mis en place par les acteurs de l'emploi sur le territoire de 1V afin de faciliter le lien entre employeurs et demandeurs d'emplois -, c'est la maison pour l'emploi qui effectue un premier tri des CV. En effet, la situation du marché de l'emploi sur le territoire où nous avons enquêté et sur le secteur d'activité de l'aide à domicile est particulièrement déséquilibrée en faveur

[83] Terme utilisé par pôle emploi.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

de l'employeur. La structure enquêtée ne passe aucune annonce, ce qui était aussi le cas de la structure enquêté par Christelle Avril (Avril, 2005). Pendant la période d'observation de 6 mois courant 2009, au minimum 3 candidats par jour venaient déposer leur CV et lettre de motivation. Ce déséquilibre sur le segment de l'aide à domicile serait d'après nous à l'origine d'une modification des profils sélectionnés par l'association (partie 2) et d'une certaine précarisation des contrats de travail observée dans l'association (partie 3).

2.2 Spécialisation des salariés

Bien que les salariés aient eu des débuts de carrière éloignés du secteur médico-social ou de l'aide à domicile, les données biographiques recueillies montrent une évolution des parcours professionnels.

Commencer loin de l'activité ne signifie pas que l'on n'y arrive pas rapidement. L'étude des CV montre une évolution des salariés de la structure. Le profil des salariés de la première génération de recrutement (avant 2005) rejoint la situation, décrite par Olivier Chardon où « *l'absence de diplôme ou d'expérience professionnelle dans la filière n'est, le plus souvent, pas pénalisante. Les qualifications requises peuvent s'obtenir en dehors de la formation initiale. Elles relèvent aussi d'attributs associés en général aux personnes plus âgées, comme l'autonomie dans le travail (agent d'entretien, gardien), le sens des responsabilités et la capacité à s'occuper des enfants ou des personnes dépendantes (aide à domicile, assistante maternelle). La forte demande des ménages et des entreprises pour ces services a ainsi permis des reconversions en cours de carrière pour des personnes en difficulté sur le marché du travail ou des reprises d'activité pour des femmes au foyer.* » (CHARDON, 2005). Des données couvrant la période 1996-2002 montrent que le secteur d'activité de l'aide à domicile permettait aux femmes au foyer de reprendre une activité. Cette situation est de moins en moins observable au fur et à mesure que l'on avance dans les années de recrutement. Depuis 2005, c'est l'expérience professionnelle et la formation qui priment dans le processus de présélection à l'exception des salariés travaillant pour leur parent (Encadré 14).

Encadré 14 : Exception des salariés travaillant pour leur parent

Une situation fait exception à cette règle observée, le groupe des salariés travaillant pour leur parent. Exclusivement en mandataire, ils sont toujours présents puisque depuis 2005, on compte 9 recrutements de ce type sur 125 (7,4%). Ces salariés sont recrutés pour prendre en charge un parent, souvent leur père ou mère et exceptionnellement un de leurs grands-parents. Ce mode de recrutement ne correspond plus à une passerelle d'entrée dans le métier d'aide à domicile. En effet, bien que recrutés depuis 4 ans pour certains, ils ne possèdent qu'un unique contrat en CDI avec leur parent entre 3 et 8 heures hebdomadaires.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2.2.1 Des salariés de plus en plus expérimentés

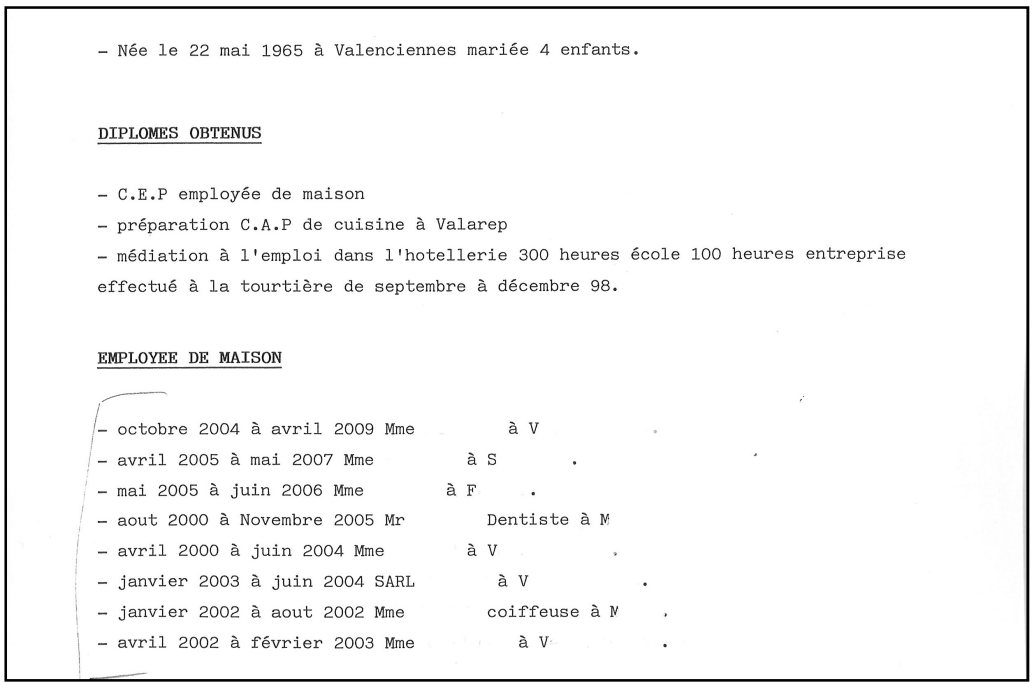
La situation qui prévalait pour les salariés ayant le plus d'ancienneté est la même pour deux salariés avec lesquels nous avons mené un entretien. On retrouve la justification de l'expérience domestique principalement dans les lettres de motivation adressées à l'association.

> ***Monsieur,***
>
> ***Etant activement à la recherche d'un emploi à mi-temps pour réintégrer la vie active tout en continuant à élever mon fils, et sachant que vos services s'étendent non loin de mon domicile, je vous soumets ma bienveillante candidature pour un poste d'aide à domicile dans votre société.***
>
> ***Je n'ai pas d'expérience professionnelle en tant qu'aide à domicile mais je possède la motivation et les qualités nécessaires pour exercer ce travail. En effet, j'ai vécu durant quatre ans, seul avec ma grand-mère que j'ai accompagnée jusqu'en fin de vie dans ses tâches quotidiennes et j'aimerais renouveler l'expérience en aidant d'autres personnes dans le besoin dans leur vie de tous les jours.***
>
> ***Je me tiens à votre entière disposition pour un entretien au cours duquel nous pourrions voir si vos exigences et mes motivations s'accordent.***
>
> ***Dans l'attente d'une réponse de votre part, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.***
>
> ***(Lettre de motivation d'une salariée recrutée en 2006, 23 ans, en couple, 1 enfant à charge, bac L)***

Après 2005, et en particulier ces deux dernières années, on remarque qu'un nouveau groupe se dessine. On observe un nouveau flux de salariés recrutés avec une expérience en emploi direct. Dans cet extrait d'un CV, nous pouvons voir la liste des employeurs se centrant non pas sur les tâches accomplies, mais sur le temps de contractualisation et le statut de certains employeurs. Il apparaît clairement que le statut de l'employeur est une donnée importante. La salariée spécifie dentiste, coiffeur. Cela peut servir à deux fins : d'une part présenter l'employabilité et la stabilité des relations de travail, d'autre part donner des références en présentant l'employeur et son statut précis. Le candidat montre ainsi sa capacité à travailler avec des publics de positions sociales différentes, et avec des particuliers aussi bien que des professionnels.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 1 : Extrait de CV



- Née le 22 mai 1965 à Valenciennes mariée 4 enfants.

DIPLOMES OBTENUS

- C.E.P employée de maison
- préparation C.A.P de cuisine à Valarep
- médiation à l'emploi dans l'hotellerie 300 heures école 100 heures entreprise effectué à la tourtière de septembre à décembre 98.

EMPLOYEE DE MAISON

- octobre 2004 à avril 2009 Mme à V
- avril 2005 à mai 2007 Mme à S .
- mai 2005 à juin 2006 Mme à F .
- aout 2000 à Novembre 2005 Mr Dentiste à M
- avril 2000 à juin 2004 Mme à V
- janvier 2003 à juin 2004 SARL à V .
- janvier 2002 à aout 2002 Mme coiffeuse à M .
- avril 2002 à février 2003 Mme à V .

On observe donc une modification de l'employabilité[84] des salariés : le passage d'un recrutement sur la base d'une expérience informelle, domestique familiale et souvent non vérifiable à un recrutement fondé sur l'expérience professionnelle. Cette évolution semble attester la thèse d'une mise à distance progressive d'une naturalisation des tâches domestiques pour les femmes.

Globalement, on observe une concentration de plus en plus importante de personnes expérimentées « professionnellement » au moment du recrutement. De 1999 jusqu'à 2005, 43,5% (20/46) des salariés recrutés présentent des expériences professionnelles dans le secteur de l'aide à domicile. A partir de 2005 et principalement de 2007, la part des salariés recrutés déclarant dans leurs *curriculum vitae* une expérience professionnelle dans le secteur des services domestiques ou dans une structure médico-sociale passe à 66,7% (26/39) sur 2005-2006, puis 72,1% (62/86) sur 2007-2009.

Bien que les salariés possédant des diplômes adaptés au secteur lors de leur recrutement fassent progressivement leur entrée au sein de l'association[85], on constate que ces diplômes viennent se superposer à l'expérience. Loin de permettre

[84] L'employabilité désigne ici « la possibilité que quelqu'un a d'être affecté à un nouvel emploi », (Encyclopédia Universalis)

[85] Les diplômes de catégorie C (la plus élevée) sont au nombre de 4/46 (8,7%) pour les salariés recrutés avant 2005, puis 6/39 (15,4%) entre 2005-2006, puis 23/86 (26,7%).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

aux salariés sans expérience un accès au secteur, le diplôme vient souvent couronner un parcours expérimenté.

2.2.2 Salariés hors secteur, le diplôme en plus de l'expérience.

Pour ceux des salariés qui ont connu des expériences professionnelles dans l'aide à domicile, l'accès au diplôme est facilité. Une des principales raisons correspond au mode de validation du diplôme de référence du secteur, le DEAVS, qui dans une majorité des cas est obtenu par la validation des acquis de l'expérience (MARQUIER, 2008). Ce processus de validation s'adresse ainsi au salarié déjà en emploi et justifiant d'une expérience dans le secteur. Pour Sylvain Ville (VILLE, à paraître) le DEAVS est l'occasion pour les candidates « d'officialiser des savoirs qu'elles ont le sentiment de maîtriser par l'expérience ». Il note que l'oral de l'examen est l'occasion d'« évaluer la professionnalisation d'un candidat en lui demandant d'expliquer une pratique qu'il a intériorisée ».

Encadré 15 : Apprendre un métier du « bas de l'échelle » (Julliard & Leroy, à paraître)

Le savoir relatif à la formation repose sur une ambition de connaissance très limitée qui aboutit à des formations empruntant aux compétences « féminines » et essayant de les dénaturaliser. La faible institutionnalisation des formations notée par les deux auteurs est caractérisée par leur importante variabilité : selon les parcours des formateurs et aussi selon les possibilités de valorisation scolaire le contenu de la formation se différencie puisque la pratique enseignée découle de compétences informelles.

Les entretiens que les auteurs réalisent avec l'équipe pédagogique montrent que les contenus pédagogiques sont partiellement conditionnés à leur perception des élèves. En effet, la formation initiale étudiée par les auteurs est révélatrice de l'importance d'une forme d'éthos social du candidat en amont de la formation plutôt que de donner une valeur ajoutée par la formation (ici la Mention Complémentaire Aide à Domicile (MCAD), diplôme du champ de l'aide à domicile). Des procédures propres à écarter les élèves qui ne correspondent pas aux standards imposés par les attentes du marché sont mises en place. Le processus de formation, même initial, ne parvient pas à effacer « la jeunesse et l'origine sociale, étiquettes négatives ».

On retiendra que ces formations ont pour enjeu « de convertir des savoir-faire acquis antérieurement par la socialisation familiale en travail domestique de qualités procédurales ». Par ailleurs, on retrouve dans le processus de formation décrit par les auteurs la mise en place d'un modèle industriel de formation. Ils donnent pour exemple, l'analyse d'un manuel ou « de très fréquentes occurrences enjoignent l'organisation, par exemple "la mise en œuvre du ménage sera planifiée", "décomposer les étapes", "organiser l'action" etc. ».

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Pour les salariés ayant validé le DEAVS dans le cadre de la formation continue ou initiale, ne nécessitant pas d'expérience professionnelles antérieure, les CV valorisent en priorité les stages obligatoires inhérents à la formation. Ainsi bien que les salariés soient diplômés, l'expérience est toujours mise en avant. La formation apparaît comme un processus homogénéisant des pratiques domestiques avec la mise en place de standards (Encadré 15). Emilien Julliard et Aude Leroy donnent comme enjeu à la formation initiale au métier d'aide à domicile le fait de *« convertir des savoir-faire acquis antérieurement par la socialisation familiale aux travaux domestiques en qualités procédurales »* (JULLIARD & LEROY, à paraitre). Le diplôme permettrait de formaliser un savoir de toute façon déjà assimilé.

Le diplôme pourrait donc apparaître comme une suite logique qui viendrait couronner une « vocation ». Pourtant à partir du premier diplôme obtenu, et jusqu'au secteur de l'aide à domicile, on voit l'importance de l'expérience soit au travers de la formation (JULLIARD & LEROY, à paraître), soit au travers de la carrière. Nous observons qu'une minorité de ceux qui travaillent dans le secteur décident, lors de leur formation initiale, d'avoir une carrière dans le domaine médico-social (environ 15%) et ce, indépendamment de la date à laquelle ils ont été recrutés. En revanche, on observe une proportion importante de salariés dont le diplôme initial est hors secteur. La plupart des salariés ont suivi une formation initiale ou continue en lien avec un autre secteur[86]. On observe une grande variabilité dans ces formations et ces diplômes. Beaucoup de salariés avaient un diplôme de niveau BEP /CAP (ISCED 3C) (68,5% (49/72)) dans des domaines comme la comptabilité/administration (17), la couture(6), employé de collectivité (5), le commerce(4), l'horticulture (3), la restauration (3), etc. Six ont un diplôme de niveau bac professionnel (ISCED3B), douze de niveau bac général et technique (ISCED 3C), et cinq du niveau BTS et DEUG (ISCED 5A). Globalement, on constate sur le tableau 8 que les salariés de l'association sont de plus en plus nombreux à être qualifiés. On comptabilise ainsi 79.2% de salariés ayant un diplôme recrutés en 2009, alors qu'ils n'étaient que 65,2% parmi ceux recrutés entre 1999 et 2005. Toutefois, parmi ces salariés, ceux formés pour le secteur demeurent en nombre constant entre les deux périodes.

[86] A l'exception de l'année 2005 où la partie la plus importante d'employés embauchés (60%) n'a suivi aucune formation. On attribue cette proportion au besoin de recrutement provoqué par l'accroissement d'activité en direction des foyers solvabilisés par le « plan Borloo » en majorité pour des services de ménage.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Tableau 8 : Evolution du dernier diplôme de la formation initiale

Années	Employés diplômés du médico-social	Employés diplômés d'un autre secteur d'activité	Employés sans diplôme
1999-2005	13%	52.2%	34.8%
2005	25%*	15%*	60%*
2006-2007	16.7%	69,5%	13,8%
2008	12,5%	66,7%	20,8%
2009	12,5%*	66,7%*	20,8%*

Sources : ensemble des salariés de l'association dont nous avons connaissance du CV (159). Ce chiffre diffère de l'ensemble des salariés (172) en raison de 12 informations manquantes (7 d'entre elles correspondent à un recrutement d'un membre de la famille de la personne dépendante en mandataire).
* : petits échantillons, 1999-2005 (46), 2005 (20), 2006-2007 (36), 2008 (48), 2009 (24)
Lecture : en 2008, 12,9% des salariés recrutés possèdent un diplôme initial du secteur médico-social, 67,7% un diplôme initial d'un autre secteur, 19,3% aucun diplôme.

Formés initialement majoritairement hors secteur, puis spécialisés dans l'aide à domicile, ces salariés sont néanmoins de plus en plus formés pour le secteur, et ce au cours de leur carrière. Certains départements, par l'intermédiaire de l'autorisation [87] ont tenté d'imposer un quota minimum de salariés « formés » de catégorie B et C (ISCED 3C) dans les structures qu'ils soutiennent, ceci dans le but d'améliorer la qualité du service, mais aussi de stimuler l'embauche de salariés titulaires du DEAVS et de salariés formés au secteur en général. Cette stratégie semble avoir porté ses fruits puisque l'on constate un accroissement important du nombre de diplômés des catégories B et C par rapport à l'ensemble des diplômés du secteur au sein de la structure, comme on le constate sur le tableau 9 où le nombre de diplômés dans les salariés recrutés s'accroît, passant de 32.6% avant 2005 à 66,7% en 2009.

Bien que de formation initiale parfois très éloignée du secteur de l'aide à domicile, les salariés recrutés ont malgré tout acquis une seconde spécialité au cours de leurs carrières à l'intérieur du secteur médico-social. Alors que les salariés recrutés en 2008-2009 n'avaient pour 87,5% d'entre eux (61/72) aucune formation ou une formation hors secteur médico-social, ils étaient plus de 60% à finalement être diplômés du secteur avant d'être recrutés. Ainsi alors que l'aide à domicile était caractéristique de l'« emploi refuge » (AVRIL, 2005), s'adressant à des salariés « *peu diplômés ou éloignés du marché du travail* » (CHARDON, 2005, p.166), on constate que, bien qu'ayant toujours des caractéristiques professionnelles en rupture ou en

[87] Cf. Les modes d'accès au marché : facilitation d'accès et allègement des contraintes p. 62.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

déclassement par rapport à leur formation initiale ou à leur premier emploi, les salariés recrutés sont de plus en plus dotés de diplômes, acquis la plupart du temps en amont de leur recrutement, reconnus par le secteur de l'aide à domicile. On constate qu'uniquement six DEAVS et un CAFAD ont été validés dans le cadre d'une formation effectuée en accord avec l'association, sur un ensemble de 31 salariés formés[88].

Emblématique de la professionnalisation par la formation, le DEAVS est donc devenu progressivement de plus en plus présent chez le personnel formé.

Tableau 9 : Evolution du nombre de diplômés de catégorie B et C sur l'ensemble des salariés recrutés.

	Avant 2005	2005	2006	2007	2008	2009
Niveau de diplôme B + cat C	32.6%	25%*	50%*	72.2%*	60.5%	66.7%

Source : ensemble des salariés de l'association pour lesquels nous disposons de données (159).
* : petits échantillons, avant 2005 (46), 2005 (20), 2006 (18), 2007 (18), 2008 (48), 2009 (24)
Lecture : 32,2% des salariés recrutés avant 2005 étaient en possession d'un diplôme du médico-social au moment du recrutement, ce qui est le cas de 66,6% des salariés en 2009.

2.3 Que signifie être diplômé du DEAVS ?

Le DEAVS peut s'acquérir de deux manières, soit par la VAE dans le cadre de l'activité pour l'association, soit en amont de l'activité en formation continue ou initiale. Dans le cadre de la VAE, il apparaît que dans 77,2% des cas, l'initiative de formation est le fait de l'employeur (Marquiez, 2008). Ce processus fait apparaître deux groupes au sein des salariés formés : les salariés en interne, méritants, « les perles »[89], et les salariés externes, ceux qui recherchent un emploi.

2.3.1 En interne, le salarié méritant

Le premier groupe, celui que nous avons choisi d'appeler les « salariés méritants », compte sept femmes, recrutées en 1999, 2000, 2002, 2003 pour six d'entre elles et 2005 pour une. Elles sont mariées ou en couple pour six d'entre elles et ont travaillé ou travaillent en mode prestataire et mandataire. Nous avons mené un entretien avec deux d'entre elles (« perle » et « duchesse »[90]). A la question de savoir si elle était très demandée, celle qui est qualifiée de « perle » répond *: « Ah oui, très ! Et puis je fais beaucoup les remplacements, jamais je refuse alors… ».* De la même manière, la

[88] Les sept formations mentionnées correspondent aux seules formations qualifiantes, les autres étant des formations courtes.

[89] Termes utilisés par les responsables de secteur dans de nombreuses structures, ce terme émerge dans d'autres recherches, voir notamment C. Avril, A. Dussuet

[90] Ces noms sont utilisés par le personnel administratif pour nommer ces 2 salariés.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

seconde salariée, qualifiée de « duchesse », réalise beaucoup de remplacements. Lors de notre premier entretien, nous tentons de définir une date afin de pouvoir se revoir plus tard dans la semaine, « *Non j'ai rien à vous proposer, c'est pour ça que je vous ai proposé la semaine prochaine, parce que là oui, lundi je fais des remplacements en plus…* ».

Lors de l'observation que nous avons menée au sein des « bureaux[91] » de l'association, nous avons assisté à plusieurs reprises à la négociation téléphonique des remplacements avec différents salariés, facilitant ou non le travail d'organisation des responsables de secteur. Cette bonne relation et la flexibilité vis-à-vis des responsables permettent d'accéder plus facilement à des formations, mais aussi aux instances de représentation du personnel. Le cas de la première salariée est significatif, puisque lors de la préparation de l'élection des représentants du personnel, « ceux des bureaux » ont discuté du choix du représentant salarié au comité d'entreprise. Un consensus s'est formé en faveur de cette salariée qui a par la suite été contactée pour proposer sa candidature.

La propension à accepter des cas lourds est aussi valorisée. « Perle » accepte d'intervenir auprès d'une personne « *très agressive, vous allez y aller vous ne savez pas comment elle va vous recevoir. D'ailleurs y a plein de filles qui y sont allées, elles ne sont pas restées, y faut avoir une sacrée patience ! Elle est méchante, elle est malhonnête, elle veut toujours avoir raison, elle nous parle comme à un chien* ». Alors que de nombreux salariés ont abandonné les interventions auprès de cette cliente, « Perle » continue à intervenir. De la même manière, « la Duchesse » accepte des clients qui ne sont pas commodes, le Conseil général finançant une toilette, le client demande du ménage et du repassage le dimanche ce qui lui apparaît comme excessif : « *Alors lui, non c'est… ménage, dimanche, ménage et repassage... j'dis ben y's'fout de moi* ». Elle a d'abord signalé cet abus au « bureau », mais on lui a demandé plus de flexibilité : « *Mme Dupont elle me dit allez vous pouvez faire un petit peu* ». En raison de problèmes d'alcool et de caractère, les intervenantes se sont succédées jusqu'à ce qu'elle récupère le cas : « *y a eu 3-4 filles qui sont venues avant moi qui ont largué, elles en ont eu marre, parce que c'est un m'sieur en gros qui m'a dit, il me l'a dit, il buvait. C'était un alcoolique, il a arrêté, mais à la place il fume, énormément c'est un très gros fumeur et quand il arrête il pique des crises, des colères, c'est un cas social, c'est le cas de le dire…* ».

La disponibilité temporelle et la flexibilité vis-à-vis des publics semblent donc être particulièrement déterminantes dans la définition d'un bon salarié et sa longévité de la relation de travail.

[91] Terme utilisé par les salariés pour désigner à la fois les locaux de l'association, mais aussi les responsables de secteur et le personnel administratif, « ceux des bureaux »

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2.3.2 En externe : les experts

Le second groupe de diplômés présente des caractéristiques différentes. Plus nombreuses, ces 32 salariées sont pour 15 d'entre elles célibataires (46.8%). Recrutées principalement après 2005, les salariées sont déjà diplômées au moment d'intégrer l'association.

Cinq autres sont jeunes puisque leur moyenne d'âge est de 26,2 ans. Elles sont toutes célibataires et n'ont pas connu de période de chômage (à l'exception de la plus âgée, 31 ans). Elles ont connu plusieurs stages et entrent dans l'association dans le cadre de leur premier emploi.

Vingt cinq d'entre elles ont une expérience professionnelle en plus de leurs diplômes. Elles ont des enfants à charge dans 78,1% des cas. Bien que titulaires d'un diplôme de niveau V, elles ont les mêmes caractéristiques que les autres salariés et s'inscrivent dans la même tendance que leurs collègues non diplômées ou diplômées de la catégorie B.

2.4 Evolution globale

On observe que la situation de famille au moment du recrutement se modifie. Alors que les salariés recrutés étaient majoritairement inactifs sans compensation financière, c'est-à-dire non inscrits au chômage et non allocataires du revenu minimum d'insertion jusqu'en 2005, la nouvelle génération se trouve souvent au chômage et en particulier en fin de droits. On peut donc en déduire que la situation des salariés recrutés avant 2005 se rapprochait d'une situation au foyer, la plupart du temps en couple, alors que depuis 2005 et de manière de plus en plus marquée, on retrouve parmi les candidats recrutés des salariés célibataires en situation de fin de droit.

Tableau 10 : Evolution de la situation des salariés au regard de l'emploi et du couple

	Jusqu'à 2004	2004-2005	2006-2007	2008-2009
Marié ou en couple (A)	22	19	22	29
Célibataire, divorcé, veuf (B)	9	14	13	36
A/(A+B)	71%	58%	63%	45%
Chômeur ou touchant de RMI	32.2%	33.3%	45.7%	55.4%
Ne touchant pas d'allocation et n'étant pas en activité	54.8%	45.5%	20%	26.2%

Source : ensemble des salariés de l'association
Lecture : jusqu'en 2004, parmi les salariés recrutés 22 étaient mariés ou en couple, ce qui donne comme proportion 71% des salariés mariés au moment du recrutement. Par ailleurs, ces mêmes salariés étaient 32,2% à être au chômage ou touchant le RMI, alors qu'ils n'étaient que 54,8% ne touchant pas d'allocation chômage ou de RMI et n'exerçant pas d'activité.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

L'observation de l'évolution des salariés au regard de leur situation matrimoniale (Tableau 10) permet d'observer un nombre croissant de femmes vivant seules, leur part passant de 29% avant 2005 à 55% en 2008-2009 pour les nouveaux salariés. Dans une autre enquête que nous avons menée dans deux structures de la même zone qui représentent environ 550 employés, et où nous avons recueilli 133 questionnaires, nous observons la même tendance. En ce qui concerne l'ancienneté de l'employé, nous pouvons voir une augmentation des salariés célibataires dans ces deux structures (Tableau 11), en passant d'une moyenne de 19% pour les années 2001-2003 à 39% en 2008. Mais ce qui est le plus significatif, c'est l'augmentation de la proportion d'employés provenant des minima sociaux ou de l'assurance chômage. Ils étaient 32,2% des employés à avoir été recrutés par l'organisme d'aide avant 2005, et 55,4 % après 2008. Parallèlement, on observe un déclin des salariés ayant pour situation antérieure une inactivité sans indemnités : cela signifie qu'ils n'ont pas d'emploi antérieur au moment où ils candidatent et qu'ils ne touchent pas le chômage. Nous faisons l'hypothèse qu'il s'agit principalement de femmes au foyer qui décident d'intégrer le marché du travail. Nous pouvons noter que cette population de salariés a diminué depuis 2005, atteignant un pourcentage de 20% en 2006-2007 (Tableau 10).

Tableau 11 : Pourcentage de salariés célibataires dans l'enquête sur les deux structures complémentaires

Années	2001-2003	2004-2005	2006	2007	2008	2009
% d'employés célibataires	19% (4/21)	14%(3/21)	32% (6/19)	29%(2/7)	39% (7/18)	37% (7/19)

Source : enquête par questionnaire réalisée auprès des salariés de deux structures du territoire de 1V totalisant 133 individus.
Lecture : les salariés ayant été recrutés entre 2001 et 2003 sont 19% à être célibataires au moment de l'enquête (2009).

Les salariés titulaires du DEAVS sont de plus en plus nombreux dans les effectifs, tout comme les salariés de catégorie B.

2.5 Des salariés de plus en plus performants : expérience et diplôme

L'évolution des salariés en termes de qualification et d'expérience apparaît comme un élément positif du point de vue de la qualité du service. Toutefois, du point de vue du salarié, l'expertise qu'il acquiert en amont du recrutement ne semble pas faciliter son accès à l'emploi.

2.5.1 Expérience ou diplôme, seulement de la présélection

Le recrutement, loin de garantir une embauche définitive, se fera uniquement par l'arrivée d'un nouveau besoin, d'une nouvelle personne âgée. C'est la pérennité du contrat entre le client et l'association, au-delà de la période d'essai du salarié, qui

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

garantit une contractualisation plus longue. Les candidats étant très nombreux, le processus commence avec la présélection qui constitue le premier filtre au recrutement ; la deuxième étape consiste à être choisi par les personnes âgées ou en tous cas pour elles. On considère cette étape comme une présélection comme nous l'avons vu au début du chapitre. L'un des responsables de secteur décrit le recrutement en amont du choix du candidat.

> ***"Pour nous, le candidat postule, mais pour nous c'est en fonction de ce dont on a besoin. Quand on a un nouveau contrat (personne âgée), on regarde d'abord si parmi nos salariés déjà en contrat quelqu'un ne serait pas disponible. Si les horaires que l'on nous demande correspondent à des disponibilités d'un salarié on les met ensemble. Notre but étant de remplir les emplois du temps au maximum. Si personne ne convient, on embauche une nouvelle aide à domicile. On fait passer un entretien.".***
>
> ***(Chef de secteur, femme)***

En revenant sur le processus de recrutement, on observe deux éléments qui montrent que bien que l'on observe une amélioration de la professionnalisation des salariés. Le critère dominant demeure la flexibilité que l'on définit par la disponibilité temporelle et la polyvalence dans la prise en charge des publics :

- tout d'abord, le candidat doit répondre à la question des groupes pour lesquels il est prêt à travailler : personnes âgées, handicapés, personnes en activité, enfants ;
- deuxièmement, la manière dont les conseillers de la maison de l'emploi résument la candidature des salariés en insistant sur la disponibilité.

Dans le tableau ci-dessous, on observe l'évolution de la réponse donnée par les salariés dans l'entretien d'embauche. Pendant l'entrevue, le candidat doit remplir un formulaire, avec la question: «Accepteriez-vous de travailler avec les personnes : âgées/handicapées/personne en activité/enfants » En observant les réponses données au cours des 10 dernières années, on peut remarquer que les employés recrutés deviennent de plus en plus tolérants sur les différents publics qu'ils sont prêts à aider. Ainsi, les salariés recrutés semblent être de plus en plus polyvalents dans le choix des publics, mais aussi, de manière sous-jacente, en termes de tâches. Accepter de travailler pour une "personne en activité", c'est accepter un contrat pour du ménage. Que le salarié soit diplômé ou non, on constate que la tendance est la même et que les salariés acceptant de travailler pour tous les publics sont les plus recherchés. Parmi les salariés de niveau V recrutés avant 2005[92], un seul dit accepter de travailler pour les quatre publics (1/11), cinq pour trois publics, quatre

[92] Un dossier n'est pas renseigné pour les publics ??? comprends pas…

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

pour deux publics différents et un uniquement pour des personnes âgées. En 2008, sur les 12 salariés recrutés, trois disent accepter de travailler pour les quatre publics, six pour trois des publics (personne âgées, personne handicapée, enfants), et trois pour uniquement deux publics (personnes âgées et handicapées). Finalement en 2009, sur les six recrutements de salariés de niveau V, tous accepteront de travailler pour les quatre publics. Pour les cinq autres, ils disent vouloir travailler pour tous les publics.

Sur l'ensemble des salariés, on constate sur le tableau 12 un accroissement des salariés en possession du permis de conduire au moment du recrutement. Outre le fait que les salariés déclarent presque unanimement vouloir travailler pour aider des personnes âgées, nous pouvons constater que, au fur et à mesure des années, les salariés recrutés sont de plus en plus à même de travailler pour d'autres publics.

Tableau 12 : Flexibilité dans les publics et permis de conduire

Années (effectif)	permis de conduire	personnes âgées	personne handicapés	personnes actives	Enfants
avant 2005 (46)	65.9%	97.7%	65.1%	37.2%	58.1%
2005 (20)	61.1%	100.0%	69.2%	15.4%	30.8%
2006 (18)	72.2%	100.0%	66.7%	40.0%	40.0%
2007 (18)	61.1%	94.4%	72.2%	72.2%	55.6%
2008 (43)	75.6%	97.6%	80.5%	53.7%	63.4%
2009 (23)	73.9%	95.2%	76.2%	66.7%	81.0%
Tous les salariés	69.1% (162)	97.4% (151)	72.2% (151)	48.3% (151)	58.3% (151)
Diplômés de niveau V	76.6% (30)	100% (30)	96.6% (30)	46.7% (30)	60.0%% (30)

Données : ensemble des données disponibles sur les choix des salariés en termes de public et sur la possession du permis de conduire. Les effectifs totaux par catégorie sont entre parenthèses.
Lecture : en 2008, 75,6% des salariés recrutés étaient en possession du permis de conduire. Par ailleurs, ils étaient 97,6% à accepter de travailler pour aider une personne âgée, 80,5% à accepter de travailler pour aider une personne présentant un handicap 53,7% pour une personne active et 63,4% pour garder des enfants.

Concernant la possession du permis de conduire, on constate qu'avant 2005, plus de 30% des salariés n'avaient pas leur permis. En 2009 c'est moins de 20%.

Bien que la qualité technique des salariés ait augmenté par l'embauche de personnels de plus en plus formés, titulaires du DEAVS, spécialisés sur la prise en charge des personnes fragiles, la structure est également à la recherche d'employés à même d'accepter de faire le ménage. Ainsi, 11 salariés recrutés sur 32 avant 2005 en prestataire, soient 32.5%, déclaraient vouloir travailler pour des personnes actives (le nettoyage), et 16 sur 32 (51,6%) acceptaient de prendre soin d'enfants. Ces proportions grimpent respectivement à 73.9% et 80% en 2009 pour les salariés en prestataire.

Que les salariés soient formés ou non, travaillant en mode prestataire ou en mode mandataire, on constate des caractéristiques similaires en ce qui concerne les

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

publics. En effet, les salariés diplômés du DEAVS suivent la même tendance que leurs collègues moins formés ou pas du tout.

2.5.2 Définition par la maison de l'emploi

Comme nous l'avons déjà mentionné, 2009 a vu une modification importante dans le processus de recrutement de la structure. En effet, sur proposition de la maison de l'emploi, l'association a accepté de transférer une partie de la sélection des candidats, processus particulièrement chronophage. Dorénavant, l'ensemble des candidatures reçues par l'association sont transférées à la maison de l'emploi. Celle-ci sélectionne et convoque à des entretiens les salariés retenus sur des critères définis par la structure puis transmet les résultats de cette sélection, pour le choix final, à la structure. La sélection des candidatures retenues s'effectue grâce à des dossiers regroupant le diplôme, le CV, et un questionnaire adapté. Ces dossiers sont résumés sur la première page afin de décrire le candidat. Ils permettent de faire émerger les critères préalablement définis entre la maison de l'emploi et l'association.

L'entretien mené par la maison de l'emploi aborde un nombre important de questions : des questions pratiques comme les disponibilités, le diplôme ou encore les expériences. L'entretien s'intéresse par ailleurs aux raisons qui ont poussé la candidate vers ce métier, aux qualités d'un bon salarié de l'aide à domicile, aux souhaits de la candidate quant aux publics avec lesquelles elle souhaite travailler, à ses expériences professionnelles. Finalement l'entretien aborde des questions de mise en situation : « Vous aidez M. X pour sa toilette. Il fait un geste déplacé ou a une réaction physiologique. Que faites-vous ? ». Après le questionnaire et l'entretien, le conseiller de la maison de l'emploi rédige une « synthèse suite à l'entretien » dont voici trois exemplaires choisis pour deux types d'emploi :

> ***Madame Y est disponible sur une amplitude horaire de 7 à 20h (peut être modifié), la nuit, les week-ends, jours fériés et ok pour la garde à demeure.***
>
> ***Elle a le permis et est véhiculée***
>
> ***Madame Y a une bonne présentation (élocution, comportement…). Elle n'a pas encore validé ses compétences techniques car elle recherche exclusivement un « 30 heures » minimum car elle a peur de perdre ses Assedic.***
>
> ***Elle est ok pour reprendre des postes avec peu d'heures, nous validerons en parallèle ce qu'elle va percevoir avec les ASSEDICS ; candidature intéressante à valider.***
>
> ***(Résumé d'un dossier de candidature d'une salariée ayant suivi la formation d'assistante de vie par la Maison de l'emploi)***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Mme X est disponible sur une amplitude horaire de 7h30 à 20h du lundi au dimanche. Elle est également ok pour travailler les jours fériés. Elle ne souhaite pas travailler en tant que garde à demeure. Madame X est véhiculée.

C'est une très bonne candidature car madame a une très bonne présentation, savoir être et savoir faire (elle est en activité constante). J'ai ressenti sa volonté et ses capacités de travailler dans ce domaine d'activité. Bonne élocution, respect d'autrui, elle est consciente des responsabilités qu'impose ce type de poste.

Elle va achever un contrat avec le CCAS de V. à partir de septembre 2009 elle cherche donc des heures complémentaires : en effet, madame travaille tous les jours de 13h à 14h et de 19h à 20h du lundi au samedi (chèque CESU)

(Résumé d'un dossier de candidature d'une salariée diplômée du DEAVS par la Maison de l'emploi)

Très bon profil. Mme Z est posée, souriante. Elle est en capacité de s'intégrer dans un groupe et d'écouter les directives qui lui sont données (elle a du bon sens).

Elle est en capacité de désamorcer des conflits car elle sait écouter la problématique de son interlocuteur.

Elle peut également proposer des activités nouvelles notamment par rapport à la peinture.

J'ai ressenti clairement la réelle implication et le bien-être qu'a Mme Z pour travailler dans ce domaine d'activité.

(Résumé d'un dossier de candidature d'une salariée diplômée du CAP petite enfance par la maison de l'emploi)

L'élément que l'on souhaite faire émerger est l'uniformisation de la réponse d'une part, ce qui compte étant la disponibilité temporelle et la possession d'une voiture, d'autre part, l'aisance permettant de s'adapter à des publics plus privilégiés.

Si l'on constate, lors de l'embauche, la priorité donnée à des salariés de plus en plus expérimentés et formés, il semble que la disponibilité temporelle et les capacités d'adaptation aux publics n'aient pas disparu et qu'ils réapparaissent. Il nous apparaît que les modes intermédiés étudiés dans le cadre de cette association, proche d'un modèle « industriel » de production de service, maintiennent une

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

certaine forme de norme domestique que l'on peut caractériser par ces deux éléments : adaptabilité et disponibilité. La question qui émerge alors serait de savoir si, sur le modèle de la flex-sécurité, le maintien des caractéristiques de la norme domestique est compensé par une sécurité contractuelle.

On constate que l'accroissement du nombre de diplômés au sein de la structure impulsé par le Conseil général à travers l'autorisation, mais aussi à travers des mesures de formation, ne semble pas modifier les critères de sélection des salariés.

3. La construction de l'activité

Dans cette partie, l'évolution contractuelle sera questionnée. Certes le profil des salariés s'est modifié, mais qu'en est-il des contrats ? On montrera que, bien que les salariés soient de plus en plus sélectionnés, la qualité des contrats qui leur sont offerts décroît et que les conditions de travail demeurent difficiles. Puis nous montrerons comment ces salariés construisent leur activité, d'abord en décrochant un premier contrat puis en les cumulant et ce, aussi bien en prestataire qu'en mandataire.

3.1 Précarisation : une lecture de l'évolution contractuelle

3.1.1 Premier contrat

Comme on l'a décrit précédemment, la conjoncture dans laquelle se trouve l'association la positionne comme dominante dans la négociation avec le futur salarié. Cette situation permet sûrement de comprendre que le recrutement se fasse en majorité sur des contrats à durée déterminée courts (2 mois ou moins). La situation est telle que le salarié est sélectionné pour un client en fonction de son profil. Chaque dossier de recrutement est annoté du futur statut du salarié et du nom du client chez qui il va intervenir. S'il ne convient pas, son contrat n'est pas renouvelé, voire même, on met fin à sa période d'essai.

Quelle que soit la situation initiale du salarié en termes d'expérience et de formation au moment de son recrutement, en particulier pour les salariés recrutés au cours des 5 dernières années, il sera choisi pour un client comme précisé précédemment pour un contrat de 2 mois (majoritairement pour le mode prestataire). Ce CDD correspond à 2 deux types de situations : le CDD d'usage, et le CDD pour accroissement temporaire ou remplacement de salariés.

3.1.1.1 CDD d'usage

Le CDD d'usage présente trois particularités : il n'est soumis à aucune durée maximale, il n'y a aucun délai de carence à respecter entre deux CDD d'usage (il manque la 3ème particularité). Il est donc tout à fait possible de conclure successivement plusieurs CDD d'usage. Aucune indemnité de fin de contrat n'est due au terme du CDD d'usage.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Conformément à l'article L.1242-2 3° du Code du travail, un contrat à durée déterminée peut être conclu pour des emplois pour lesquels, dans certains secteurs d'activité définis par décret ou par convention ou accord collectif étendu, il est d'usage constant de ne pas recourir au contrat de travail à durée indéterminée. C'est le cas du secteur de l'aide à domicile lorsque celui-ci réalise des activités d'insertion par l'activité économique prévues par l'article L. 5132-7 ou le recrutement de travailleurs pour les mettre, à titre onéreux, à la disposition de personnes physiques, dans le cadre du 2°alinéa de l'article L. 7232-6, comme c'est le cas de l'association étudiée.

Le choix de CDD d'usage par un employeur est néanmoins soumis à certaines conditions : *« il doit être d'usage constant de ne pas recourir au contrat de travail à durée indéterminée en raison de la nature de l'activité exercée et du caractère par nature temporaire de ces emplois »* (Article L.1242-2 3° du code du travail).

Au niveau de l'association, on observe un recours massif aux CDD d'usage pour 6 salariés de janvier 2002 à août 2003, date de l'explosion de l'APA. Ces CDD d'usages ont été utilisés de manière particulièrement importante. Ils ont été signés, pour la plupart d'entre eux, à la suite d'un premier CDD de remplacement. Pour les 6 salariés, ils précèdent un recrutement en CDI. Cette période a compté entre 1 et 19 CDD d'usage dont les volumes horaires oscillaient entre 2 et 42 heures.

3.1.1.2 CDD pour accroissement temporaire ou remplacement de salariés.

Beaucoup plus courant, les CDD de type « accroissement temporaire d'activité et remplacement de salariés » sont les contrats usuels d'entrée dans l'association. Selon nos données, soit le salarié est recruté dans le cadre d'un remplacement, ce qui est minoritaire, soit, majoritairement, il est recruté dans le cadre d'un accroissement temporaire d'activité.

3.1.1.3 Evolution des contrats

L'observation des contrats que nous avons menée nous permet de montrer que la forme du premier contrat s'oriente de plus en plus vers un CDD de durée de plus en plus courte. Dans le tableau suivant, on observe que les contrats signés avant 2005 se répartissent entre CDD et CDI, même si déjà la majeure partie des CDI (75%) est attribuée à des contrats mandataires, les CDD étant déjà concentrés sur le statut prestataire. Toutefois, la période après 2005 montre une concentration encore plus importante des CDD dans le statut prestataire. Par ailleurs, on constate que le volume horaire mensuel ne semble pas évoluer avec la précarisation de l'emploi observée à partir des contrats, alors que la durée de ces CDD diminue de manière importante, de moins d'un an et demi à un peu plus de 2 mois.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Tableau 13 : Evolution du premier contrat

Premier contrat		1999-2004		2005-2009	
CDD	Statut mandataire	18	3	87	9
	Statut prestataire		15		78
CDI	Statut mandataire	12	9	9	8
	Statut prestataire		3		1
Durée moyenne du CDD (en jours)		470		67,5	
Volume horaire mensuel moyen contractuel		43, 09		43.33	

Source : ensemble des premiers contrats signé par les salariés de l'association.
Lecture : de 1999 à 2004, les premiers contrats de travail étaient pour 18 d'entre eux des CDD et 12 des CDI. Parmi les 18 CDD, 3 étaient signés sous un mode mandataire avec une personne âgée et 15 sous un mode prestataire avec l'association.

On observe que l'environnement de la structure en termes de politique et de marché de l'emploi a eu un impact important sur l'évolution de la contractualisation. Alors que l'activité mandataire représentait 40% du premier contrat jusqu'en 2005, sa part est tombée à 14% au cours des 4 dernières années vérifiant l'hypothèse d'un virage de l'association du mandataire au prestataire. Ainsi, à partir de 2005, 99% des premiers contrats conclus sous le statut prestataire ont pris la forme de CDD (78/79). Bien que le recrutement ait toujours majoritairement été en faveur du CDD dans le mode prestataire, on observe une montée en puissance de ce phénomène : le nombre de CDD passe de 60% à 90% de l'effectif. Néanmoins, alors que l'on observe une flexibilité de plus en plus accrue sur les CDD, réduisant leur durée moyenne de manière importante, on n'observe pas d'augmentation du volume horaire du premier contrat qui reste constant.

Il semblerait que malgré l'amélioration de la formation des salariés et de leur expérience, les conditions de contractualisation se soient dégradées. Toutefois s'intéresser au premier contrat ne semble pas suffisant pour comprendre les stratégies des acteurs (employeurs et salariés) dans l'évolution de la relation contractuelle. Alors qu'à première vue, l'emploi mandataire paraît plus stable dans le temps, la contractualisation sur le mode prestataire devrait permettre de garantir une meilleure sécurité dans l'emploi en lissant l'activité. Par ailleurs le mode prestataire devient dominant dans l'aide à domicile posant la question de son apport en termes de qualité. L'entrée dans l'emploi ne définissant pas la carrière au sein de l'association, on se propose maintenant de décrire les conditions de l'évolution des salariés.

3.1.2 Entrée dans l'emploi et évolution du type de contrat

Deux modes d'accès mènent au mode prestataire, plus avantageux en termes de rémunération horaire : la possibilité de passer de mandataire vers prestataire et le

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

CDD, processus d'entrée dominant parmi les salariés travaillant en mode prestataire.

3.1.2.1 Du mandataire au prestataire

L'accès au mode de travail prestataire via le statut mandataire connaît un déclin accéléré. Jusqu'en 2004, il était légèrement majoritaire avec 16 cas sur 31, à partir de 2005, il décroît pour céder la place à un nouveau mode de contractualisation par le jeu de multiples CDD. L'accès par le mode mandataire ne représente plus que 27 cas sur 91.

L'accès aux contrats, pour les salariés en mode mandataire est inverse en termes de structure de contrat, puisque qu'uniquement 9 cas débutent dans le cadre de CDD de remplacement contre 36 directement en CDI. Progressivement après avoir « fait leurs armes » dans le cadre d'une relation contractuelle moins contraignante pour la structure, ils entrent dans le mode prestataire sur le même modèle que les salariés entrant directement en prestataire.

3.1.2.2 De CDD en CDD

Bien que l'embauche se fasse de plus en plus directement dans le mode prestataire, le recrutement est réalisé dans une grande majorité des cas sur des contrats courts en CDD, commençant souvent par un remplacement d'un salarié pour congé ou maladie. Ces contrats allant de un jour à six mois (dans le cadre d'un congé maternité), ont en moyenne une durée de 27 jours.

Le recrutement dans le cadre d'un CDD pour accroissement temporaire d'activité offre de meilleures perspectives. Ces contrats offrent une durée moyenne de trois mois et 25 jours. Toutefois, comme nous l'avons montré précédemment, le premier contrat est beaucoup plus court. Sur 127 personnes entrant dans la structure entre le premier janvier 2008 et le 21 octobre 2009, 23 accèdent sur cette période à un CDI. L'accès au CDI se fait via deux CDD pour 16 d'entre eux, un CDD pour trois cas sur 23, quatre CDD pour deux cas, trois et six CDD pour deux cas. Le temps moyen entre le premier CDD et le CDI est de 243 jours.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

3.1.3 Un premier contrat qui est souvent le dernier…

Les CDD pour accroissement temporaire d'activité ou remplacement d'un salarié absent sont l'unique porte d'entrée directe vers le mode prestataire, et souvent, un unique CDD de remplacement n'ouvrira pas d'opportunité au sein de la structure. Dans le cadre de l'activité prestataire de la structure, on observe du premier janvier 2008 au 21 octobre 2009 un flux de 123 salariés entrant ainsi qu'un flux sortant de 67 salariés, dont 39 pour non reconduction de CDD.

Les difficultés liées à la pénibilité du travail, mise en évidence par de nombreuses enquêtes (CORIF, 2007 ; BEDIER, 2009 ; CARLIER & alii, 2008), sont aussi une raison de sortie de la structure. Nos observations confirment ces études puisque sur un effectif prestataire moyen de 110 salariés, on observe, de janvier 2008 à octobre 2009, un flux de 28 sorties pour des raisons autres que la non reconduction de contrats : 10 salariés sont licenciés pour inaptitude au travail, 8 démissionnent, 5 sont licenciés pour faute et enfin 5 partent à la retraite.

Les données relatives aux arrêts maladie ne nous ont pas été communiquées. Toutefois, lors d'entretiens, il ressort que les salariés bien que souffrants continuent leur activité, ou n'ont pas recours à leurs vacances. Il est aussi courant de contacter les salariés pendant leurs jours de congés. La difficulté de rencontrer les salariés afin de réaliser des entretiens est significative de la disponibilité temporelle demandée aux salariés : plusieurs rendez-vous ont été décalés en raison de remplacement, sur des plages de repos prévues[93].

On fait l'hypothèse que le mode prestataire ressemble en réalité, au mode mandataire. Le mode prestataire caractérisé par un unique contrat entre le salarié et la structure voile en réalité une multitude de relations qui en mode mandataire apparaissent sous forme de contrats différenciés. On fait également l'hypothèse d'un lien entre la construction contractuelle de l'emploi – principalement au travers des motifs d'entrée (CDD remplacement d'un salarié) – et les conditions de santé des salariés. A partir de l'analyse des modes d'entrées dans l'emploi on montre que cette stratégie – d'insertion et d'accumulation de « contrats »[94] dans l'emploi – explique un certain dévouement des salariés déjà en poste pour la structure, mais aussi le client.

[93] Nous abordons ce point dans le Chapitre 4 : industrialisation du domestique, Les jours de congé pour lisser l'activité, p.155.

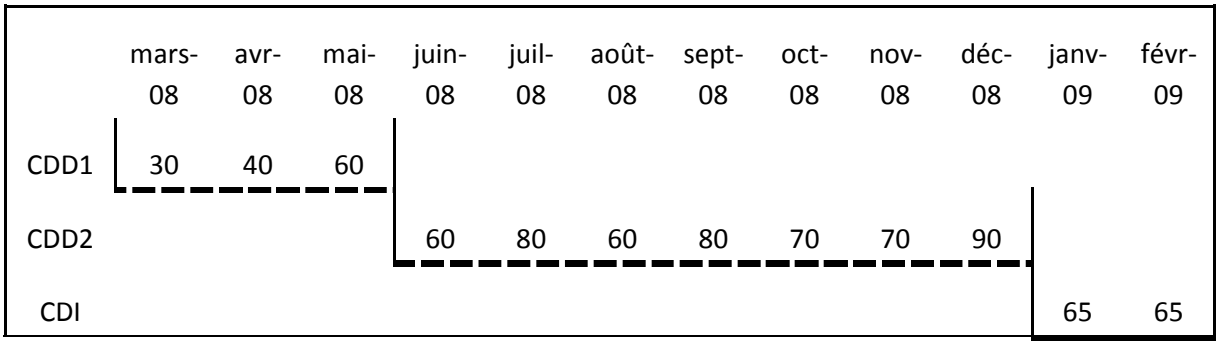
[94] Il s'agit réellement de contrats dans les situations en mode mandataire. En mode prestataire le terme utilisé est « dossier », ce qui correspond à une relation entre le client et le salarié et à un volume horaire de travail.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

3.1.4 Un long parcours

La figure suivante (Figure 2) présente l'accès standard à un contrat CDI en mode prestataire. Depuis 2005, et plus particulièrement à partir de 2007, la majorité des aides à domicile sont recrutées sur ce mode. On retrouve sur cette figure les modalités d'entrée dans ce mode avec le recours au premier contrat de 2 mois, puis le second ici de 7 mois avant la signature d'un CDI. On constate sur la figure l'accroissement progressif du volume horaire mensuel contractuel. Cet accroissement modifié par des avenants au contrat de travail correspond en réalité, on le verra, à l'adjonction de nouveaux clients à l'emploi du temps du salarié. Le second CDD, souvent d'une durée de 4 à 6 mois, permet de consolider son portefeuille de clients avant le CDI qui vient sceller la relation entre le salarié et l'association derrière laquelle sont « ses » clients. Dans le cadre d'un ralentissement de l'activité de la structure, les contrats présentés sur cette figure peuvent être espacés de plusieurs mois en fonction des besoins.

Figure 2 : Accès standard au CDI en statut prestataire.



Lecture :------ CDD, — CDI, 60 : volume horaire mensuel contractuel

Du point de vue du salarié, l'association apparaît comme un acteur qui centralise les contrats et reporte les variations d'activité sur le salarié tout en amortissant ces variations en lissant son salaire[95].

L'observation du système prestataire ne permet pas d'appréhender au mieux l'activité à travers l'observation des contrats. En effet, un contrat unique voile en réalité une multitude de contrats entre la structure et les clients. En nous intéressant cette fois-ci à l'activité d'un salarié travaillant en mandataire, on peut en avoir une meilleure idée. La structure, dans le cadre du mandataire, ne faisant que contrôler une relation contractuelle entre salarié et client, nous pouvons observer chaque relation de travail contractualisée « cachée » dans le cadre du statut prestataire. Sur

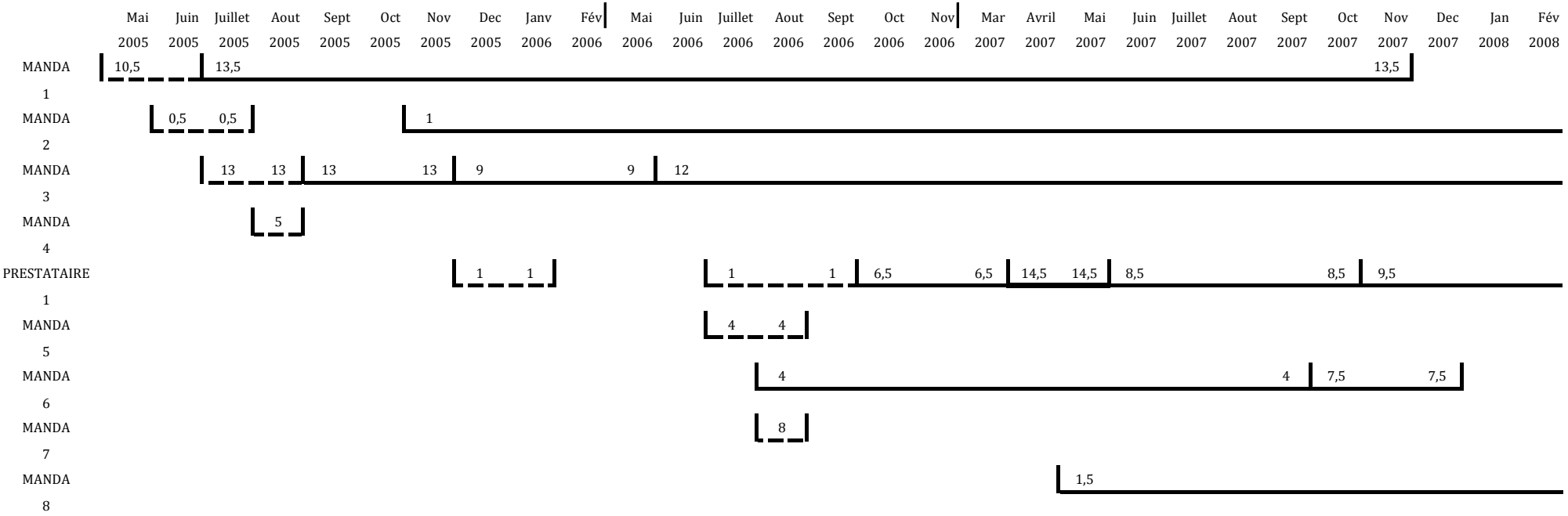
[95] Le chapitre 4 montre qu'en réalité le lissage du salaire théoriquement en œuvre dans le mode prestataire est très atténué par l'utilisation d'avenants au contrat de travail qui modulent les volumes contractuels du salarié.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

la figure ci-dessous (Figure 3), on peut alors observer la construction de l'activité. Chaque entrée notée « Manda 1 à 8 » correspond à une relation contractuelle. L'entrée notée « Prestataire » correspond à l'activité en mode prestataire. On peut voir sur la figure comment à partir d'un contrat à durée déterminée la relation se poursuit en CDI. Puis progressivement, on constate un renforcement de l'activité avec d'autres clients. Puis, à partir d'un certain laps de temps en tant que mandataire, le salarié est recruté en mode prestataire.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 3 : Enchaînement des contrats d'un salarié de statut mandataire à prestataire



------ CDD, CDI, 60 : volume horaire hebdomadaire contractuel
Chaque ligne représente une relation employeur/employé qui peut contenir plusieurs contrats.

Lecture : la ligne MANDA 3 est une relation de type mandataire entre le salarié et son employeur. Cette relation contient 2 contrats, le premier en CDD d'un volume de 13 heures hebdomadaires et d'une durée de 2 mois (juillet/aout 2005), le second en CDI de 13 heures hebdomadaires pendant les 3 premiers mois, puis de 9 heures pendant 6 mois, suivies de 12 heures.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Reconstruire le parcours de cette salariée à partir de son premier contrat est un exercice qui permet de mieux comprendre les variations horaires voilées par le contrat prestataire. Cette salariée commence son activité comme cela a été décrit sur le mode mandataire. Son premier client « manda 1 » lui fait signer un premier CDD de deux mois pour un volume horaire hebdomadaire de 10 heures 30 minutes de mai à juin 2005. Ce contrat correspond à une période test qu'elle validera, puisqu'à partir de juillet 2005, la salariée sera recrutée sur un CDI de 13,5 heures hebdomadaires. Sur cette période l'association lui offre un remplacement d'une salariée pour quelques heures de ménage en juin-juillet 2005. Cette relation contractuelle se terminera en juillet 2005, mais sera à l'origine d'un deuxième contrat, cette fois-ci en CDI, trois mois plus tard en novembre 2005. Tout comme pour « Manda 1 », « Manda 3 » recrutera la salariée en juillet sur la base d'un CDD de 2 mois, avant de proroger la relation contractuelle par un CDI à partir de septembre. En août, la salariée réalisera une intervention d'un mois en CDD auprès d'un quatrième client.

C'est à partir de décembre 2005, soit après avoir accumulé 3 CDI en mandataire, que la structure lui propose un remplacement en CDD pour un volume horaire contractuel d'une heure pendant la période des fêtes de fin d'années. Plus tard, pendant la période estivale, elle réitérera cette expérience au travers d'un CDD de même volume horaire, mais cette fois ci de trois mois de juillet à septembre 2006. Ce deuxième CDD en prestataire lui permettra de signer à partir d'octobre 2006 un CDI avec l'association. Le volume horaire du CDI n'étant pas suffisant, même en ajoutant les 3 autres CDI en mandataire, la salariée cumulera 2 autres remplacements au cours de 2006 (« Manda 5 » et « Manda 7 »). Elle décrochera aussi 2 autres CDI en mode mandataire à partir d'août 2006 et mai 2007 (« Manda 6 » et « Manda 8 »).

Outre le fait de dévoiler l'organisation du travail en prestataire, cette figure présente comment, d'abord à partir de contrats courts, puis en mandataire, puis grâce à des remplacements en prestataire, les salariés parviennent à construire leur activité. Ce qui apparaît par ailleurs, c'est la similitude des deux statuts puisque bien que l'on ne perçoive pas les différents clients sous-jacents au contrat prestataire, les modulations du temps de travail sont en réalité révélatrices de l'adjonction ou de la perte de clients. L'organisation de l'activité de travail ne diffère donc pas entre mode prestataire et mode mandataire dans cette structure.

3.1.5 Le danger des absences

Ce que ne montre pas le mode prestataire, c'est aussi la nature des contrats en CDD. On voit par exemple que le salarié remplace un autre salarié pendant ses congés, mais on ne voit pas si au moment du recrutement permanent en CDI, le salarié remplace le même salarié sur le même « poste », en récupérant son client, ou sur un autre. Les CDD sont-ils un moyen de vérifier l'expérience et la qualité du salarié ou sont-ils une passerelle pour récupérer directement des clients d'un autre salarié ?

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

En réalité, les CDD de remplacement qui conduisent à prendre la place du salarié remplacé sont courants. On observe ce processus sur au moins 8 salariés parmi 44 dont nous possédons les contrats de travail entièrement renseignés. En effet, certains contrats de remplacement de salariés ne renseignent pas le nom du salarié remplacé, ce qui ne permet pas de retracer le parcours auprès d'un client.

A partir de la liste des contrats d'une salariée (Tableau 14 : Enchaînement des contrats d'une salariée.) on peut en observer l'évolution. Le 9 octobre 2007, la salariée est recrutée afin de travailler pour la personne A sur un contrat à durée indéterminée de 17 heures. Le 2 avril 2008, on lui propose de remplacer le salarié travaillant pour la personne B pendant son congé maternité. A partir du 2 septembre 2008, le CDD sera transformé par la signature d'un avenant en CDI. En mai 2008, la salariée étudiée réalisera un autre remplacement dans le cadre d'un arrêt maladie d'un salarié travaillant pour C. Elle remplacera à nouveau ce salarié dans le cadre de ses congés du 13 au 26 octobre 2008, avant de récupérer définitivement la place de ce salarié dans le cadre d'un CDI à partir du 8 novembre 2008. Le même processus est observable avec l'employeur E, pour lequel la salariée effectuera 2 remplacements avant de prendre la place 2 mois après le dernier remplacement, ici aussi avec un CDI.

Tableau 14 : Enchaînement des contrats d'une salariée.

Date de début de contrat	Date de fin de contrat	Forme	Employeur	Motif du CDD	Volume horaire contractuel hebdomadaire
09/10/2007		CDI	A		17
02/04/2008		CDD	B	maladie	3
23/05/2008		CDD	C	maladie	3
18/08/2008	23/08/08	CDD	D	congés annuels	10
02/09/2008		avenant	B		7
20/09/2008	21/09/08	CDD	E	absence de salariée	4
04/10/2008	05/10/08	CDD	E	absence de salariée	4
13/10/2008	26/10/08	CDD	C	congés annuels	3.5
08/11/2008		CDI	C		3
29/11/2008		CDI	E		4
01/01/2009	21/01/09	CDD	Association	Accroissement temporaire d'activité	
05/01/2009		CDD	F	maladie	7
23/02/2009	02/03/09	CDD	G	congés annuels	3.5

Source : Liste des contrats d'une salariée de l'association.
Lecture : le 9 octobre 2007 la salariée a signé un contrat en CDI en mode mandataire avec « A ». Ce contrat représente un volume contractuel hebdomadaire de 17heures.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Ce phénomène de remplacement/substitution des salariés les uns par les autres accroît la pression sur ceux-ci. A plusieurs reprises lors d'entretiens, il ressort que de nombreux salariés n'utilisent pas leurs congés payés et évitent de s'absenter. Au cours d'un entretien, il est fait mention de certains salariés à qui « *on ne peut pas faire confiance* ». Ce phénomène semble accroître la docilité des salariés qui peuvent se voir remplacés s'ils renoncent à certaines heures de travail. Par ailleurs ces résultats semblent confirmer l'hypothèse d'un lien entre santé et organisation du travail venant s'ajouter à la pénibilité intrinsèque de l'activité (porter des corps, les laver, réaliser des actes ménagers dans des conditions ergonomiques inappropriées).

4. Maintien des caractéristiques du modèle « domestique » ?

Les politiques publiques ont atteint une partie de leurs objectifs:

- une part importante des nouvelles demandes s'oriente vers le statut prestataire ;
- de plus en plus de salariés valident des formations d'auxiliaires de vie sociale et se forment.

A travers notre recherche, nous avons pu constater une modification des profils recrutés, depuis des salariés sans expérience professionnelle jusqu'à des salariés diplômés et expérimentés. Cette modification n'a toutefois pas été suivie d'une amélioration significative de la contractualisation et des conditions de travail.

Bien que les conditions d'entrée dans le métier d'aide à domicile ne se soient pas améliorées, voire même qu'elles se soient dégradées, la place de l'activité d'aide à domicile et le revenu qu'elle entraîne semblent avoir pris de l'importance pour ces nouveaux salariés. A la vue de cette situation, nous nous sommes interrogés sur ces nouveaux salariés : pourquoi s'orientent-ils vers ce secteur ? La formation du DEAVS est-elle une opportunité de formation ou un moyen d'accès à l'emploi ? En observant la situation de ces salariés et leurs carrières professionnelles, nous pouvons confirmer que les DEAVS sont les formations du secteur médico-social qui correspondent à un second choix, une réorientation en cours de carrière. La moitié des salariés ayant validé le DEAVS au sein de la structure était déjà en possession d'un diplôme de niveau équivalent ou supérieur dans un autre domaine. De plus, on observe pour un nombre important d'entre eux un phénomène de déclassement social (FORGEOT & GAUTIE, 1997 ; FONDEUR, 1999 ; GIRET, NAUZE-FICHET & TOMASINI, 2006) en raison des barrières à l'emploi de certaines professions ou aux difficultés de retour à l'emploi après un congé. Ces mécanismes transfèrent la main d'œuvre dans le secteur de l'aide à domicile qui évacue à son tour les anciens profils pour lesquels les conditions d'emploi étaient pourtant soutenables. Toutefois, le développement des services d'aide à domicile montre une forme d'intensification de la demande de disponibilité des salariés et la difficulté à conserver son emploi.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Quoique plus importants, les critères de recrutement récents – le diplôme et l'expérience –, ne semblent pas mettre à distance la norme flexible hétéronome.

L'analyse que nous proposons est que, malgré les efforts en termes de professionnalisation, d'organisation du travail et d'augmentation de la qualité des services, la question de l'organisation de l'offre reste insoluble en raison du « libre choix » mis en place par la politique de prise en charge APA et les contraintes en termes d'interventions.

L'espoir a été suscité pour certains salariés avec le diplôme, alors que les conditions de travail semblent décliner. Ces politiques ont réussi à augmenter la qualité des services aux personnes âgées, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de services d'aide et le nombre de salariés. Toutefois, ces politiques négligent l'amélioration de la qualité de ces emplois en ne tenant pas compte des conditions d'organisation du travail qu'elles produisent.

Il est très difficile d'accumuler des contrats avec différentes personnes âgées en raison des modes d'organisation du travail. Selon les données dont nous disposons, les soins aux personnes âgées sont étalés sur l'ensemble de la journée et de la semaine. En raison de l'éparpillement des besoins tout au long de la journée (besoins d'alimentation lors du petit déjeuner, du déjeune et du dîner, aide à l'habillage le matin et au déshabillage le soir, et une multitude d'autres besoins), la juxtaposition d'une autre activité n'est guère possible. C'est l'organisation de la demande qui diminue les possibilités d'une meilleure organisation du travail.

Le problème ne trouve pas son origine dans la place de ces emplois dans la trajectoire privée ou professionnelle des salariés, ni dans l'inflexion que l'allocation peut créer vers le secteur intermédié de l'aide à domicile. Le problème réside dans la « norme flexible hétéronome » (BOUFFARTIGUES & BOUTEILLER, 2002, p. 53) de ces emplois. Cette norme qui s'oppose à celle des modèles de « l'expert » ou de « l'urgentiste » (BOUFFARTIGUES, 2005, p. 17) se traduit par des emplois à temps partiel, fractionnés, peu visibles, et qui ne sont reconnus ni matériellement, ni symboliquement. Bien que le processus de professionnalisation soit progressivement en train de tenter d'éloigner les salariés de cette norme, et même si l'organisation du travail se tourne de plus en plus vers le mode prestataire, censé améliorer les conditions de travail, des contraintes propres à l'organisation de la demande provoquent un maintien de la norme flexible hétéronome, caractéristique du modèle domestique que cette nouvelle organisation des services était censée supprimer. L'hypothèse que l'on formule à ce stade est que bien que ne mettant pas à distance les caractéristiques du modèle domestique, l'organisation que l'on observe évolue vers un modèle industriel qui tient peu compte des caractéristiques de l'activité d'aide à la personne et accentue d'autant plus les difficultés d'organisation tout en affectant la qualité du service et de l'emploi.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Le prochain chapitre décrira l'organisation de l'offre en lien avec l'activité de l'association et donc des salariés. Il vise à monter que le modèle d'aide professionnel qui se développe est directement soumis aux caractéristiques de l'activité. L'APA et la formation n'ont en réalité que développé et accentué des problématiques déjà présentes.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Chapitre 3 : Organisation du travail et persistance de la norme hétérogène

S'intéresser à la production d'un service revient à s'intéresser à une coproduction de services. Les tentatives de formalisation et de professionnalisation de l'offre de services relatifs à l'aide à domicile ne semblent pas avoir permis de mettre à distance la norme de production domestique hétéronome. En dépit de ces améliorations, les conditions d'emploi sont toujours caractéristiques d'une activité à temps partiel, à contrats précaires. Pour comprendre les raisons de cette persistance, nous proposons de focaliser notre analyse sur la structuration de la demande et sur la réponse donnée par l'association : la production du service. On pense l'association comme un intermédiaire entre salariés de l'aide à domicile et personne nécessitant de l'aide à domicile. Connaissant maintenant les modalités de la relation entre association et salariés, on s'attache ici à décrire la relation entre la demande de service et sa production par l'association.

La production de service en direction des personnes âgées dépendantes a progressivement construit de manière plus ou moins formelle le métier d'aide à domicile. Défini depuis le début des années 1980 par des conventions collectives, il l'est aussi par la formation depuis 1987, principalement depuis 2002 par le DEAVS qui structure et définit l'activité d'auxiliaire de vie sociale. Toutefois, cette première définition vient rencontrer celle des consommateurs de service qui, selon la définition retenue, correspond ou non aux métiers d'aides à domicile.

Néanmoins, bien loin de s'ajuster de manière libre entre le consommateur et le producteur de services, l'aide financée par la solidarité nationale est définie dans le cadre d'une prestation (APA), qui prescrit certaines activités (chapitre 1).

Cette rationalisation des dépenses au travers de la tarification ou de la distinction légale des activités d'aide a progressivement conduit à des divisions de la prise en charge en segments d'activités plus ou moins valorisées qui se juxtaposent pour construire la prise en charge de la personne âgée dépendante. On veut vérifier les conditions de définition et de construction de ce qu'est l'activité d'aide à domicile afin de comprendre le lien entre cette construction et le maintien de la norme hétéronome

Deux éléments émergent : premièrement, on observe une rationalisation du temps de prise en charge, permise par la précision des plans d'aide définis par les équipes médico-sociales du département. Deuxièmement, cette rationalisation des temps concentre les tâches prescrites sur deux items : « ménage » et « toilette ». Deux groupes d'activités distinctes sont alors à prendre en charge par deux groupes de

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

salariés distincts par leur diplôme, mais aussi, comme nous allons le voir, par leurs salaires[96].

1. Un métier, un besoin

Le métier d'aide à domicile s'est progressivement structuré autour de la demande de services. Bien qu'existant depuis toujours, au travers de la domesticité, il s'est progressivement spécialisé et structuré au travers de conventions collectives, mais aussi au travers de besoins de plus en plus définis.

Les besoins des personnes âgées à domicile sont variables selon les situations familiales, économiques, sociales et sanitaires des individus. Les besoins de surveillance, d'accompagnement, d'aide sont différents selon chaque cas. La volonté de standardisation tend à réduire les modalités et l'adaptabilité de l'aide en réduisant le périmètre de ce que pourrait intégrer l'aide à domicile. En effet l'APA, par le financement de la dépendance, vient redéfinir de manière standardisée le besoin qui peut être exprimé par la personne dépendante ou son environnement. L'APA, au travers des équipes médico-sociales des départements, est donc un acteur primordial dans la définition de la demande.

Ce problème de périmètre de définition de ce qu'est l'aide, le « care », a émergé récemment dans les travaux de certains chercheurs. Ces chercheurs ont proposé de modifier la définition de travail domestique, afin d'y inclure « plus de personnes que seulement mari et femme » (EICHLER & ALBANESE, 2007, p. 235), « aussi bien pour la prise en charge des enfants que celle des adultes » (ibid., p. 243). Ils proposent une nouvelle notion de travail domestique (ibid. p. 247) et de « care » (TRONTO, 2009), dont le périmètre ne se limite pas à des tâches directement liées au maintien de la vie (laver, nourrir, coucher), mais plus largement à l'entretien des conditions propices au maintien de la vie (gestion administrative, sortir les poubelles, faire des courses, éduquer les enfants, etc.).

1.1 Les besoins des personnes âgées

Nous suggérons de montrer ici, à partir de l'exploitation de l'enquête MEDIPS, mais aussi à partir d'une enquête ethnographique, que les besoins pris en charge ne se limitent pas uniquement à un ensemble défini de tâches domestiques (linge, ménage, aide à la toilette/habillage), mais bien à un ensemble beaucoup plus large de tâches dont l'enquête MEDIPS ne permet d'entrevoir que la variabilité et que l'enquête ethnographique enrichit.

[96] Accord relatif aux emplois et rémunérations. Etendu par arrêté du 7 avril 2005 JORF 24 avril 2005.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadré 16 : Encadré méthodologique MEDIPS

Les résultats présentés ici s'appuient sur deux sources principales de données, d'une part une enquête statistique (MEDIPS), et d'autre part une enquête ethnographique en cours dans une ville française de moyenne importance.

L'enquête MEDIPS :

L'échantillon MEDIPS a été constitué auprès de centres de consultations médicales de banlieue parisienne et ne comporte que des personnes âgées d'au moins 60 ans, souffrant de troubles de la mémoire et du comportement, résidant soit à domicile, soit en institution (91 cas). Étant donné les pathologies dont souffrent ces personnes, les services de soins n'ont pas pris contact directement avec leurs patients, mais avec des référents qui, vu le type de population visée par l'enquête MEDIPS, étaient les personnes de l'entourage faisant office d'interlocuteur pour les services de soins et d'aide ayant organisé la sélection.

Parmi les personnes appartenant à l'échantillon MEDIPS, seules 71 vivaient en ménage ordinaire. Le questionnaire MEDIPS fournit des informations concernant les différentes tâches réalisées autour de l'aidé. Le questionnaire de l'enquête MEDIPS explore aussi le rôle de l'entourage dans les décisions de prise en charge, de gestion du budget et de surveillance. L'enquête MEDIPS explore de manière systématique l'implication de chaque membre de l'entourage familial.

A partir des 91 premiers contacts, 200 entretiens ont été réalisés avec des aidants familiaux et 43 aidants non-familiaux. Ces différentes entrées permettent d'observer les différentes activités réalisées, aussi bien au niveau professionnel que familial, autour de l'aidé.

L'enquête ethnographique :

L'enquête ethnographique porte principalement sur l'organisation de l'aide à domicile, aussi bien au niveau familial que professionnel ; elle s'appuie sur l'observation, et principalement sur celle d'une structure du territoire prenant en charge 150 personnes âgées dépendantes, prises en charge ou non par l'APA. Les extraits produits ici sont issus de suivis des intervenants à domicile, mais aussi d'entretiens non directifs avec les intervenants. Nous avons enfin eu recours à l'exploitation de 107 dossiers de prise en charge de personnes âgées dépendantes ayant recours à l'APA, totalisant 103 plans d'aide prescrits par les équipes médico-sociales du département.

1.1.1 Une approche statistique

Que fait un salarié de l'aide à domicile ? La réponse attendue à cette question se place bien évidemment dans ce que la famille ou la personne âgée ont choisi d'externaliser : ménage ; vaisselle ; lessive. Or, l'enquête MEDIPS permet de

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

constater que les besoins des personnes âgées sont plus importants, mais surtout que les réponses à cette question ne sont que partiellement justes. En effet, à partir de régressions linéaires expliquant la réalisation d'une tâche par la réalisation d'autres tâches, nous mettons en relief que les besoins des personnes âgées en nettoyage, lessive et aide au repas sont fortement corrélés, en ce qui concerne les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, avec d'autres activités formant ainsi des groupes de besoins, des paniers de tâches plus larges que précédemment entendu.

L'enquête MEDIPS interroge les aidants quant aux différentes tâches qu'ils accomplissent autour de l'aidé. En plus de la variabilité de ces différentes activités recensées, l'enquête permet de voir les corrélations entre ces tâches. L'observation de ces paniers de tâches donne à voir des activités que l'on peut considérer comme traditionnelles : le ménage, l'aide à la toilette et l'aide au repas, et d'autres qui le sont moins : l'aide à la mobilité et au transport, la gestion administrative.

Tableau 15 : Régressions linéaires et liens entre tâches

Variables expliquées / Variables explicatives	Courses	Ménage	Lessive /linge	Surveillance	Transport	prise de traitements
courses	x	o	o	+++	+++	+
Ménage	+	x	+++	+++	- - -	- - -
Lessive/linge	o	+++	x	o	+++	o
Toilette	o	+++	o	o	o	++
préparation de repas	++	o	+++	+++	o	+
Tâches administratives	+++	o	o	o	o	o
Surveillance	+++	+++	o	x	++	+++
Transport	+++	- -	+++	+	x	o
Aide à la mobilité	o	o	o	o	+++	+++
prise de traitements	++	- -	o	++	o	x

Source : MEDIPS ; Signification: +++/- - - : significatif à 1%, ++/- - : significatif à 5%, o : non-significatif ; Toutes les variables explicatives ont pour référence: ne pas réaliser l'activité ; Champs : (N = 91)

Dans le tableau ci-dessus, nous observons par exemple que l'activité lessive est, certes, fortement corrélée par des activités typiques du champ comme le ménage et

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

les repas ; mais aussi par les transports, activité moins évidente du panier, et ainsi de suite.

Par ailleurs, si l'on observe le genre de l'individu qui réalise la tâche, nous avons, d'après l'enquête MEDIPS, deux groupes d'activités : courses ; ménage ; lessive ; toilette ; aide au repas et à la mobilité sont majoritairement réalisées par des femmes, alors que surveillance ; transport ; gestion administrative ; aide à la prise de traitement sont majoritairement réalisées par des hommes.

L'observation de nos 6 paniers de tâches nous permet donc de constater un panachage du genre au sein d'une prise en charge, bien que l'aide professionnelle soit à 100% féminine pour ce qui est de l'enquête MEDIPS, et à 98% pour les métiers de l'aide à la personne en général (DONIOL-SHAW & alii, 2007).

Le regroupement des paniers de tâches forme un ensemble de besoins types. Outre le panachage du genre au sein de ces paniers, il émerge que leur composition est multiple et que les besoins définis à plat tel courses, ménage, lessive/linge, surveillance, transport, prise de traitement, sont tous plus ou moins corrélés entre eux ainsi qu'avec d'autres activités. Ainsi une personne âgée nécessitant de l'aide pour le ménage aura très probablement des besoins en termes d'aide à la toilette, d'aide pour la lessive, mais aussi d'une surveillance accrue. De la même manière, quelqu'un qui nécessitera une aide pour réaliser son approvisionnement alimentaire sera souvent en demande d'une assistance pour les tâches administratives, la surveillance et les transports. L'enquête MEDIPS fait émerger, de manière statistique, une perspective sur des besoins qui s'étendent bien au-delà de la définition d'aide à domicile se limitant à la toilette et au ménage.

1.1.2 L'éthographie pour comprendre le besoin d'aide

Toutefois, l'enquête MEDIPS, en prenant en compte uniquement les tâches prédéfinies par les chercheurs à l'initiative de l'enquête, ne permet que d'entrevoir l'ensemble des paniers de tâches. Comme nous pouvons le constater dans cet extrait de carnet de terrain[97], l'aide informelle peut prendre bien des formes.

Afin de comprendre les enjeux existant derrière l'aide, on choisit ici de présenter le cas d'un couple, de milieu ouvrier, vivant dans un quartier populaire où l'entraide est importante. L'APA dont bénéficie le mari de ce couple ne couvre qu'une demi-heure de toilette par jour de semaine. (Sa femme précise, sur le ton de la blague que le week-end, il n'est pas assez noir pour qu'elle le lave elle. De toute façon elle ne pourrait pas. Donc le week-end il ne se lave pas). L'aide financée par l'APA étant

[97] Il s'agit d'un extrait de cahier de terrain retraçant une conversation sur l'aide apportée à un homme de 80 ans, en couple, rencontré lors du suivi d'un auxiliaire de vie. L'entretien s'est déroulé avec sa femme, 79 ans, alors qu'il réalisait sa toilette.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

particulièrement limitée, l'aide s'appuie en grande partie sur le conjoint encore valide qui à son tour se repose sur différentes aides.

> ***Pour le ménage, il y a une « fille », qui vient une fois par mois, elle la dédommage un petit peu. Pour ce qui est de ce que l'on qualifierait de petit bricolage, changer une ampoule, planter un clou, elle s'adresse à la voisine qui vient matin et soir, pour lui mettre des gouttes dans les yeux à cause de son glaucome et du reste. Il semblerait que ce soit régulier. Elle l'aide aussi à sortir les plantes comme elle vient de le faire au printemps… le fils de la voisine lui aussi l'aide de temps en temps, c'est lui qui taille les plantes. Il ne semble pas qu'elle les rémunère.***
>
> ***Elle me raconte que souvent, M. se lève la nuit à 4h du matin pour aller aux toilettes, et malheureusement, avec le parcours d'obstacles dans l'appartement, il lui arrive de tomber. Cela lui est déjà arrivé à plusieurs reprises. A 4h du matin, seule avec son mari elle ne peut pas le relever seule, encore moins avec ses problèmes de dos. Heureusement, un autre voisin, celui de l'autre côté… lui est toujours chez lui, en plus, il dort la journée, et la nuit il est toujours réveillé et regarde la télévision. Elle sait donc qu'elle peut toujours compter sur lui. A 4h du matin elle l'appelle donc pour venir relever M. Elle m'explique que sa femme qui fait 150kg ne fait plus à manger, ils seraient handicapés. Le pauvre se nourrit donc de baguette et de saucisson. Pour le remercier et le dédommager elle fait donc une portion de plus pour lui quand elle cuisine un plat.***
>
> ***Extrait du journal de terrain.***

L'aide publique apportée à ce couple est adressée en réalité à l'homme, qui bénéficie uniquement de l'aide à la toilette et l'habillage. Cette aide, certes nécessaire, ne vient que partiellement prendre en compte les besoins du couple. Cette lacune de prise en charge publique est donc compensée par une solidarité locale, particulièrement forte dans ce quartier. Cet extrait de journal nous permet aussi de comprendre les lacunes d'une organisation qui vient compenser « les actes quotidiens ». La situation de bon nombre de personnes âgées varie de manière importante selon les jours, et les besoins associés à ce quotidien varient de la même manière.

Une enquête réalisée dans un second département, à partir cette fois-ci d'une structure ayant comme objet la prise en charge du point de vue de la personne dépendante[98], permet de mettre en lumière une seconde temporalité des besoins. En effet, outre les interruptions brutales de services liées à des hospitalisations, départ

[98] Il s'agit d'un centre local d'information et de coordination (CLIC) de niveau 3.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

en vacances, décès, on observe que les prestations d'abord majoritairement consommées en ménage se transforment progressivement en services directement en lien avec le corps de la personne dépendante au fur et à mesure que la dépendance s'accroît. Bien que les données administratives de l'association ne nous permettent pas de perspectives longues sur les personnes prises en charge, on note que parmi les clients de l'association, des personnes de différents niveaux de dépendance sont présentes. Faisant hypothèse que la dépendance s'accroît avec l'âge, on peut donc considérer ces données comme un développement de la dépendance du GIR 4 à 1 (4 étant le moins dépendant).

Tableau 16 : Situation des plans d'aide prestataires calculés sur la situation de février 2009

GIR	"gestes à la personne" (volume horaire mensuel moyen)	"ménage"(volume horaire mensuel moyen)	nombre de cas
1	52.67 (90.3%)	5.67 (9.7%)	3
2	21.84 (59.9%)	14.61 (40.1%)	30
3	18.71 (69.3%)	8.29 (30.7%)	7
4	6.71 (31.5%)	14.60 (68.5%)	47

Le tableau ci-dessus montre que l'activité de ménage, qui a une place prédominante pour les personnes les moins dépendantes, décroit en proportion avec l'augmentation de la dépendance au profit d'autres activités.

Les situations de dépendance présentent cette particularité qu'elles ont une grande variabilité, depuis des gestes simples demandant peu de technicité à des activités beaucoup plus techniques allant jusqu'à des actes proches des actes médicaux. La dépendance présente aussi un caractère évolutif très important, faisant évoluer les différents actes nécessaires au maintien à domicile. A partir de ce constat, on va maintenant s'intéresser à la réponse donnée par les organismes représentant les aides à domicile en termes de formations pour répondre à ces besoins. Quelles sont les réponses proposées pour ces différents besoins ?

1.2 Un métier

Parallèlement à cette description du besoin, il convient de s'intéresser à la définition (au moins théorique) de ce que doit être l'aide à domicile pour répondre à ces besoins.

Phénomène signalé à maintes reprises par les chercheurs en économie ou sociologie (DONIO-SHOWN, DUSSUET & LADA, 2007 ; DEVETTER & alii, *2008*), les métiers de la prise en charge à domicile des personnes âgées présentent cette particularité qu'ils demandent un haut niveau de qualité relationnelle pour des activités techniques considérées comme peu qualifiées.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

L'aide à domicile consiste à prendre en charge les activités d'aide permettant le maintien de l'autonomie dans la limite des soins prodigués par le corps médical[99]. Cette définition place les salariés de l'aide à domicile comme des « travailleurs des limites », des salariés « bouchent trous ». En effet, on constate que bien souvent les salariés de l'aide à domicile réalisent un travail qui s'étend sur tous les besoins non pris en charge par d'autres acteurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ainsi l'activité d'aide à domicile est-elle certes constituée de tâches considérées comme peu qualifiées telles que l'entretien du cadre de vie ou du linge, mais elle comprend aussi la toilette et l'habillage de personnes lourdement dépendantes nécessitant des soins dans une limite très artificiellement construite puisqu'en absence de soins médicaux, c'est l'aide à domicile qui réalisera les pansements. Ce « métier » est constitué de nombreuses tâches considérées comme plus ou moins « qualifiées », mais concerne aussi les activités laissées vacantes par d'autres acteurs de la dépendance. On se trouve ici face à deux conceptions de ce qu'est un métier. La définition donnée par Hughes est ici particulièrement utile pour comprendre les deux conceptions d'une professionnalisation du secteur : pour cet auteur, un métier est en effet « une activité consistant en un agrégat de plusieurs tâches » sachant que ce « qui les rapproche, c'est qu'elles sont toutes accomplies par une seule personne et sous un titre unique » (HUGHES, 1951 cité par ARBORIO, 1995, p.95). Cette définition nous permet donc de penser soit en termes de tâches, soit en termes d'individus, ce que Hughes pense comme un tout. Le métier d'aide à domicile est défini par la position d'aide du salarié qui prendra soit en charge un certain nombre de tâches non préalablement définies, soit, tout autrement, un certain nombre de tâches limitées, laissant à un autre métier les tâches non prescrites. On retrouve donc deux situations concurrentes selon les cas. Dans les faits, le salarié de l'aide à domicile vient combler les défaillances aussi bien d'autres acteurs professionnels que de la famille dans leurs différents rôles, de soins ou d'organisation (TRABUT & WEBER, 2011), se rapprochant beaucoup plus d'une prise en charge d'un individu sans définition préalable des limites et des tâches inhérentes à l'activité.

1.2.1 La non définition d'un métier : les conventions collectives

Alors que le terme d'aide à domicile existe dans la loi depuis 1956[100], aucun texte n'a réellement traité de la définition du métier jusqu'en 1970 lors des premières conventions collectives. Toutefois, pas une seule convention collective ne retient la

[99] Le périmètre des activités concernées est donc dépendant de ce qui est ou non pris en charge par le corps médical. C'est ainsi qu'en examinant 2 situations locales différentes, nous avons pu constater que la concentration en personnels médicaux, principalement les aides-soignantes et infirmières, pouvait influencer la définition des tâches des aides à domicile.

[100] Article 157, Chapitre V Aide sociale aux personnes âgées du Code de la famille et de l'aide sociale publié au journal Officiel de la république Française, 28 janvier 1956.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

même appellation. L'étude des différentes conventions offre un large éventail d'appellations selon que l'on dépende de tel ou tel mode d'organisation du travail, ou tout simplement de telle ou telle fédération d'associations. Ainsi, agent à domicile, agent polyvalent, employé de maison, assistante de vie 1 et 2, aide-ménagère à domicile, dame ou homme de compagnie, employé à domicile, aide à domicile puis auxiliaire de vie sont autant de facettes et de dénominations d'une réalité très proche.

Tantôt l'accent est mis sur les différentes populations prises en charge, tantôt, elle est mise sur les différentes activités. Ainsi dans la convention collective de l'aide à domicile en milieu rural du 6 mai 1970, on distingue deux types d'intervenants à domicile : les agents à domicile et les agents polyvalents. Ceux-ci sont différenciés selon les conditions d'exercice de la fonction : pour l'agent à domicile, il « ne peut intervenir habituellement et de façon continue chez des personnes dépendantes, ni auprès de publics en difficulté »[101], alors que cette restriction n'existe pas chez l'agent polyvalent. Toutefois, l'agent polyvalent « effectue des travaux occasionnels d'entretien de la maison, assure des petits travaux de bricolage et jardinage »[102]. Alors que l'une des distinctions se base sur la définition du public, l'autre s'appuie sur une définition en termes de tâches. Pourtant, ni l'une ni l'autre ne caractérise l'aide à domicile comme des activités d'entretien courant de la maison auprès des personnes dépendantes, ce qui, nous le verrons, représente une grande part de l'activité.

La convention collective des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999, quant à elle, définit aussi ces emplois selon cette double dichotomie. D'une part, les emplois de « Dame ou homme de compagnie » s'opposent à ceux d'Assistant de vie 1 et 2, par le fait qu'on adjoigne aux premiers des « tâches ménagères courantes » ou « les tâches de la vie quotidienne ». Toutefois, assistante de vie 1 et 2 s'opposent par le fait que l'on s'adresse ou pas à « des personnes âgées et handicapées dépendantes », « leur permettant ainsi de vivre à leur domicile »[103].

Par la suite, les conventions collectives s'abstiendront de définir précisément le travail d'une « aide à domicile » : elle « effectue tout ou partie des tâches de la maison à caractère familial ou ménager »[104] pour la première convention collective

[101] Article 6, définition des emplois, Convention collective nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) du 6 mai 1970.

[102] Ibid.

[103] Article 3, Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999. Etendue par arrêté du 2 mars 2000 (JO du 11 mars 2000)

[104] Article 1er, Convention collective nationale de travail du personnel employé de maison. En vigueur le 27 juin 1982. Etendue par arrêté du 26 mai 1982 JONC 27 juin 1982. (Abrogé)

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

du personnel des employés de maison ; « L'aide-ménagère à domicile a pour mission d'accomplir chez les personnes âgées un travail matériel, moral et social, contribuant à leur maintien à domicile »[105] selon la convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile. Une particularité de cette dernière convention est qu'elle prend la peine de limiter ce champ d'activité, défini de manière floue par cette phrase : « Son action se définit jusqu'à la limite des actes nécessitant l'intervention d'une personne exerçant une profession autre que la sienne »[106].

C'est donc dans ce contexte d'incertitude des référentiels que s'est progressivement construit le métier de celles que nous dénommerons sous un même vocable : « aides à domicile ». L'utilisation de ce même vocable n'est pas seulement une simplification de style mais correspond aujourd'hui à une définition tacite regroupant toutes ces appellations d'emploi qui en réalité correspondent, en totalité ou en partie, à la même activité, à un même ensemble de tâches.

Par ailleurs, selon la convention collective, nous avons pu observer une dualité entre les différentes définitions « concurrentes », à savoir définition par public *versus* définition par tâches, qui ont convergé dans la redéfinition actuelle du métier d'« auxiliaire de vie sociale ».

Après avoir constaté l'extrême variabilité des besoins des personnes âgées dépendantes s'articulant entre aide familiale, aide de voisinage et aide professionnelle, il semble que les définitions conventionnelles ne soient pas venues définir de manière précise les activités inhérentes au métier d'aide à domicile. Ce problème de définition ne semble, à fortiori, pas poser de problème puisque le périmètre de prise en charge peut varier de manière importante d'une personne à l'autre et d'un temps à l'autre.

1.2.2 Politique d'attractivité : Un diplôme ciblé sur des populations

L'observation des référentiels de formation permet de constater une évolution chronologique de la dualité que nous avons exprimée plus haut entre différentiel en termes de public et différentiel en termes d'activités. Ainsi si l'on part du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), jusqu'au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), on constate un glissement d'une approche en termes d'individus, à une approche en termes de tâches.

[105] Article 5, Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983. Agréée par arrêté du 18 mai 1983 JONC 10 juin 1983.

[106] Ibid.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Ce glissement a eu plusieurs impacts. D'une part, comme nous l'avons vu (introduction), il a permis une plus grande visibilité, et donc une plus grande attractivité des emplois d'auxiliaire de vie. D'autre part, il a permis la construction d'un métier, défini par des frontières plus claires.

1.2.2.1 Un diplôme plus simple, un métier ?

De la première version du CAFAD en 1988[107] au DEAVS, on observe un accès à la formation beaucoup moins sélectif. En effet, l'épreuve d'accès comprenait au départ une épreuve de compréhension de texte et d'expression orale, un questionnaire d'actualité destiné à apprécier les centres d'intérêts et le niveau du candidat, suivi d'une heure trente de rédaction en réponse à huit questions orientées sur les problèmes sociaux, dans un contexte où les candidats devaient être en situation d'exercice professionnel de l'aide à domicile. Le programme était de 120 heures de stage et 280 heures de formation. La démarche pédagogique partait de « la prise en compte des situations professionnelles vécues par les stagiaires, comme point d'ancrage des apports théoriques »[108].

Pour reprendre les propos de Sylvie Moreau, les modalités du groupe de travail chargé de la rénovation du CAFAD et donc de l'aboutissement au DEAVS ont retenu : « l'élargissement et la simplification de l'entrée en formation » (MOREAU S., p154) que l'on observe effectivement par le remplacement d'examens d'expression écrite par un questionnaire à choix multiples, mais aussi par « un programme de formation rénové aux regards des nouvelles compétences attendues des aides à domicile » (ibid.), compétences que l'on a pris soin de définir plus strictement au regard des autres intervenants du secteur sanitaire et qui de fait, pour ce qui est de la partie officielle, diminue la variabilité de ces compétences. Dans cette analyse, Sylvie Moreau retient deux innovations pédagogiques dont nous ne retiendrons ici que les effets attendus. Les « allègements et dispenses d'épreuves renforcent l'attractivité du diplôme et son adaptation aux cursus individuels antérieurs et permettent d'en diminuer les durées de formation et donc les coûts de manière importante ». De plus « la procédure de VAE, qui vise à concilier simplicité, fiabilité et lisibilité pour le candidat » le dispensera de certains modules de formation. Selon cette description il semblerait que l'accès au diplôme soit facilité par les nouvelles modalités d'épreuve mises en place dans la transformation du CAFAD au DEAVS.

Le référentiel de formation nous informe ainsi que l'auxiliaire de vie sociale (AVS) dans le module santé hygiène, doit avoir des notions de puériculture, en plus des notions relatives à l'homme et à ses besoins. Le contenu de formation couvre dans

[107] Arrêté du 30/11/1988

[108] Loi de 1988 CAFAD

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

ces deux principaux modules (126/500 heures) à la fois les étapes de développement de la personne (le début de la vie, l'accouchement, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte, le vieillissement, la fin de vie), et ses différentes pathologies et processus invalidants (les pathologies néo-natales, les maladies infantiles, les maladies infectieuses, les maladies mentales, la maladie d'Alzheimer et autres démences, parkinson, sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral, les pratiques addictives)[109]. A ces deux modules s'ajoute un module prénommé « action sociale et ses acteurs » contenant des informations sur le secteur social, le secteur de l'aide à domicile, les différents types de prestations, le repérage des principales institutions sanitaires, sociales et socio-culturelles de voisinage, le rôle des différents services et acteurs (SSIAD, PMI, HAD, CAF) (28h), ainsi qu'un module sur l'exercice professionnel, la responsabilité et la déontologie, constitué de notions juridiques, des limites de l'intervention, du respect de l'usager dans ses droits et de la notion de qualité (35h).

Pour ce que l'on qualifiera de modules « pratique » de l'activité, on note : un module d'ergonomie de 28h, ainsi qu'un module « santé et hygiène » (49h) afin d'être capable d'aider à l'alimentation, la prise de médicaments, la toilette, aux fonctions d'élimination ; un module « Alimentation, repas » (42h) afin de pouvoir « réaliser les achats alimentaires et participer à l'élaboration de menus, de réaliser des menus équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits, de motiver la personne aidée à manger et à boire suffisamment »

Cette formation qui a certes le mérite de couvrir un public large et des activités larges ne définit l'emploi ni par une population, ni par un groupe précis de tâches propre au statut. Ainsi tout comme pour « *le rôle des aides-soignantes auprès des malades [qui] reste vague dans sa définition formelle* » (ARBORIO, 1995, p101.) la définition de l'auxiliaire de vie tout comme celle des aides à domicile ne les différencie pas si ce n'est par l'existence d'un diplôme, et l'accroissement du salaire horaire. Aude Leroy et Emilien Julliard associent ce flou à la « *tension entre professionnaliser le métier et discipliner les auxiliaires de vie en imposant un cahier des charges précis dans la réalisation des tâches* » (JULLIARD & LEROY, à paraître) qui aboutit à inculquer des savoirs qui en réalité « *s'effacent [par ailleurs] devant la réalité du secteur, laquelle nécessite du sens pratique de la part des auxiliaires de vie sociale, qui doivent gérer des contradictions entre les dépassements de compétences qui leur sont demandés et les échelles de responsabilité entre professionnels, et qui doivent d'autre part, travailler seules en s'adaptant constamment aux situations variées rencontrées à domicile* » (Ibid.). Ce phénomène est par ailleurs vérifié lorsque l'on interroge les candidats au DEAVS. Sabrina Nouiri-Mangold et Sylvain Ville qui

[109] Référentiel de formation, Annexe II de l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

ont réalisé ce travail auprès des candidats au DEAVS en VAE montrent que « *les candidates considèrent "ne pas y être préparées"* » (VILLE, à paraître), même après une formation puisqu'après les avoir interrogées *: « quelques-unes ont suivi une formation spécifique, destinée à les aider à obtenir ce diplôme* » (Ibid.). Ce flou caractéristique de compétences attendues des aides à domicile, bien que diplômées, ne leur est pas reconnu et est spécifique à leur travail. Lors du jury « *Ces dernières ont du mal à déterminer les "limites" ou les "frontières" (souvent poreuses) entre ce qui relève ou non du professionnel dans leurs pratiques* » (Ibid.).

Le DEAVS vient donc valider des pratiques standard tout en sachant qu'elles ne correspondent pas à la réalité du travail. L'exercice de validation ne tient pas compte de l'activité réelle des aides à domicile et valide donc ce que « devrait être » l'aide à domicile. « *Les épreuves du DEAVS en VAE ne sont pas un simple passage d'examen. Comme l'affirment les candidates : « on change (…) on est plus la même », « c'est pas la manière de faire qui change c'est la façon d'être »* » (Ibid.).

Suite à cette analyse des différentes tentatives de formalisation et de professionnalisation de ce que représente l'aide à domicile, on peut faire le constat qu'aucune définition, aussi bien dans les conventions collectives que dans le processus de formation, ne vient définir de manière formelle l'activité et ce pour une raison simple : l'aide à domicile s'adapte à toutes les situations. Outre le fait de n'avoir que relativement peu de plus-value en termes de pratiques professionnelles et de formalisation de l'activité, la mise en place du DEAVS divise la population des aides à domicile en deux groupes : ceux possédant le diplôme et ceux qui ne l'ont pas.

2. Contrôle de l'argent public

Bien que le flou persiste dans la formation autant que dans les conventions collectives sur les limites du périmètre des activités officiellement prises en charge, les acteurs publics, eux, rationnalisent leurs dépenses en réduisant et rationalisant les prises en charge. L'APA d'abord, dans son mécanisme d'allocation, définit les tâches qu'elle financera et qui seront achetées sur le marché de la dépendance, stimulant plus ou moins telle ou telle demande de tâche. Les Conseils généraux ensuite, à la fois responsables de l'emploi et de l'aide sociale dans un contexte de rationalisation de leur dépenses, tentent d'optimiser leurs coûts tout en favorisant le recrutement de personnes qualifiées par le DEAVS. On montre dans cette partie comment, dans un contexte de définition imprécise ou vague, la politique et ses acteurs ont une responsabilité dans une définition trop restrictive du périmètre de la dépendance, aboutissant à des prises en charge segmentées.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2.1 L'APA, outil de définition ?

Même en considérant que l'aide-ménagère est définie de manière relativement explicite dans sa propre appellation, qu'en est-il de la définition concrète d'une aide à domicile ? Ce problème de définition est d'autant plus intéressant si on s'attache à l'activité de l'aide à domicile, dans la mesure où celle-ci n'est pas définie par ses activités, mais plutôt en termes d'exclusion et de frontière. En effet, comme on l'a vu la mission du salarié de l'aide à domicile, telle que définie dans la convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile[110], est d'accomplir matériellement, moralement et socialement un travail au domicile de la personne âgée dépendante, afin de rendre la vie à domicile « possible ». Le travail de l'aide à domicile est déterminé par l'ensemble des aides apportées aux personnes âgées dépendantes, dans la limite des soins prodigués par le corps médical.

La loi relative à l'allocation personnalisée à l'autonomie et la qualité de services aux personnes âgées du 20 juillet 2001 (entrée en vigueur le 1er janvier 2002) définit une aide « *destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie…* »[111]. L'aide ainsi dispensée vient en complément d'une aide supposée existante. On imagine l'aide à la dépendance comme un *continuum* entre la prise en charge des enfants et celle des personnes âgées. Cet *a priori* doit pourtant être éclairci, la prise en charge des personnes âgées présente de nombreuses différences avec celle des enfants et nous en préciserons deux ici. Les personnes âgées sont différentes des enfants en ce sens qu'on ne peut pas les aborder comme un public homogène, ce qui a été pris en compte par le caractère « personnalisé » de l'allocation. Ensuite, la structure familiale qui les entoure ne présente que très peu d'homogénéité. Contrairement aux enfants, souvent pris en charge par un ou deux parents, et dans d'autres cas, rare, par les grands-parents ou un autre membre de la famille, les personnes âgées sont dans des configurations plus variables. Premièrement, les enfants ont toujours des parents, mais les personnes âgées n'ont pas toujours d'enfants (ceux-ci peuvent être morts, tout comme le conjoint). Deuxièmement, la personne âgée demeure souvent dans un foyer distinct de ses enfants. Favrot-Laurens (1996) utilise le terme de « cohabitant à distance » pour l'aide familiale non résidentielle. Weber, Gojard et Gramain (WEBER, GOJARD ET GRAMAIN, 2003) utilisent le terme de « maisonnée » pour prendre en compte le groupe domestique étendu au sein duquel est organisée l'aide à la personne dépendante.

Le texte de loi nous informe également que « *lorsque l'allocation personnalisée à l'autonomie est accordée à une personne résidant à domicile, elle est affectée à la*

[110] Convention collective de l'UNASSAD de 1983

[111] Article L232-1 du code de l'action sociale et des familles

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale »[112]. Deux éléments émergent ici : d'une part, l'allocation peut être affectée à toute nature de dépenses, et d'autre part, cette définition est élaborée par l'équipe médico-sociale. Ainsi « *l'équipe médico-sociale recommande, dans le plan d'aide […], les modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire.* »[113].

Ainsi la loi définit bien deux étapes distinctes comme nous les avons fait figurer dans l'énoncé du processus d'allocation. Une première évaluation de la fourchette à l'aide de l'outil AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources), et une seconde utilisant ce GIR pour définir le montant alloué à la « *couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale* »[114].

Si l'on se penche sur l'outil d'évaluation de la dépendance défini en annexe (Article Annexe 2-1 du code de l'action sociale et des familles), le guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie se présente sous la forme d'une série de tableaux permettant de définir un GIR (Groupe Iso-Ressources) et de proposer des aides. La définition du GIR s'appuie sur un codage A, B, C de la variable conformément au guide d'évaluation de la personne âgée dépendante. Les variables ainsi codées se confondent étrangement avec celles que l'on peut retrouver dans les plans d'aide proposés, ainsi, en mettant en regard non seulement les items de la grille, mais aussi les plans d'aide, on observe une concordance.

On montre avec le Tableau 17 que la grille AGGIR ne sert pas seulement à évaluer la dépendance, elle permet de transposer celle-ci directement en plan d'aide. L'observation systématique des plans d'aide laisse apparaître un certain nombre d'activités récurrentes : aide au ménage (74.8% des cas), aide à la toilette et à l'habillage (63.1% des cas) et aide à la confection de repas (22.3% des cas). Ainsi sur l'analyse de 103 plans d'aide prescrits par un Conseil général, on observe 204 activités prescrites sur l'ensemble des 10 items observés. Sur ces 204 activités prescrites, on constate que 69.6% de ces activités prescrites se concentrent sur deux items : linge/logement et aide à la toilette/habillage, respectivement, 37.7% et 31.8%. Ainsi 46.6% des plans d'aide ne sont constitués exclusivement que de ces deux items.

Ces dernières années, les Conseils généraux tendent à diminuer leur financement de la dépendance. Seulement 40% d'entre eux ont accru leur participation au montant moyen de l'APA entre les 3èmes trimestres 2008 et 2009, alors que dans 70% des

[112] Article L232-3 du code de l'action sociale et des familles.

[113] Article L232-6 du code de l'action sociale et des familles.

[114] Ibid

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

départements, la part des allocataires a augmenté[115]. Cette raréfaction de l'argent public entraîne une concentration des prescriptions sur les besoins physiologiques et sanitaires vitaux et laisse de côté toute une palette d'activités pourtant essentielles dans le maintien de l'autonomie. On comprend aisément l'impact d'une diminution des plans d'aide sur la construction de l'activité qui aujourd'hui en dépend presque entièrement. Près de la moitié (46,6%) des emplois créés en volume par la prestation dans le cadre de ces plans d'aide se limite à de l'aide à la toilette et à l'habillage ainsi qu'à de l'aide pour le ménage et le linge. Les réponses apportées sont donc trop restrictives et ne tiennent pas compte des besoins concrets des personnes âgées, tels que l'on peut les observer de manière statistique par l'intermédiaire de MEDIPS ou de l'étude ethnographique.

Tableau 17 : Variables AGGIR versus variables des plans d'aide.

Variables discriminantes de la grille nationale AGGIR	Formulation des activités prescrites dans les plans d'aide APA (103)	Fréquences des différentes activités prescrites dans les différents plans d'aide (en %)
Cohérence		
Orientation		
Toilette	Aide à la toilette	63.1
Habillage	Aide à l'habillage	
Alimentation	Prise de repas	9.7
	confection de repas	22.3
Elimination	Change	7.8
Transferts	Transferts	5.8
Déplacement intérieur	Linge/ logement	74.8
Déplacement extérieur	courses	8.7
Communication à distance		
	garde de jour	3.8
	démarche administrative	1

Source : Grille AGGIR, Analyse des plans d'aide de 103 personnes bénéficiant de l'APA par l'intermédiaire de l'association.
Lecture : on note une similitude entre toilette et habillage dans la grille d'évaluation comme variables discriminantes dans les activités prescrites dans les plans d'aide APA. Ces deux activités sont prescrites dans 63,1% des plans d'aide

Un deuxième effet du tarissement des ressources des départements couplé à la rationalisation de la gestion du service correspond à l'optimisation du temps d'aide à domicile. Ainsi la toilette, l'habillage et l'aide au repas peuvent être prescrits sur une plage horaire de 30 minutes, l'aide au repas seule sur 15 minutes dans le département étudié. Ces heures étant les plus chères, puisqu'il s'agit de « geste au corps », les prescriptions se font la plupart du temps *a minima.*

[115] Etudes et résultats, point sur l'APA 2009

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2.2 Rationalisation des dépenses

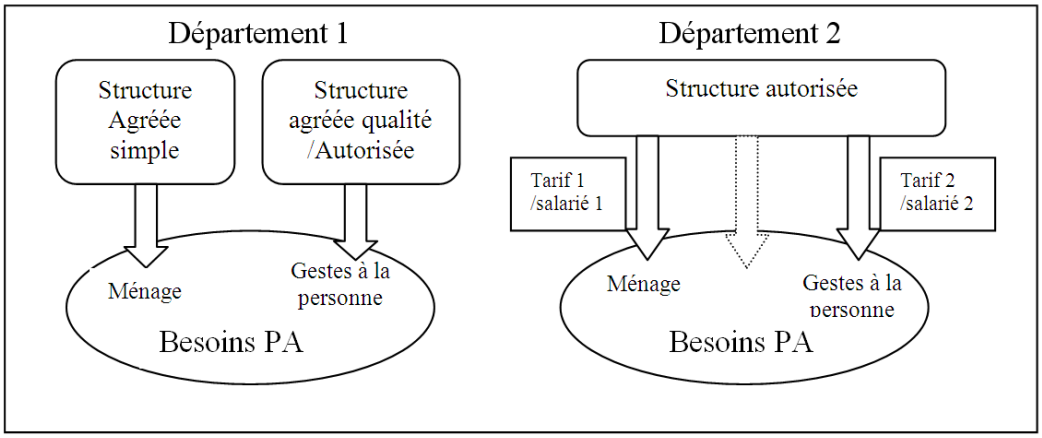
L'hypothèse que nous développons ici est que, même si le métier d'aide à domicile existe depuis plusieurs dizaines d'années (sans avoir été réellement défini à juste titre), la mise en place de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) structure, du fait de son succès (démontré par le nombre de personnes couvertes, mais aussi par son montant), le métier. L'APA, en devenant le premier financeur de la dépendance (TRABUT, 2009), a défini l'organisation des métiers de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Après avoir constaté l'effet structurant sur l'activité, nous allons à présent décrire l'effet de la rationalisation des dépenses publiques sur l'organisation du travail prescrit par les départements au travers des équipes médico-sociales (EMS).

La réponse publique aux besoins de prise en charge des personnes âgées, donnée non seulement par les pouvoirs publics, mais aussi par les acteurs du secteur, montre que l'on assiste à une division de l'offre de services :

- Services confort : services de ménage « mutuelle/assurance », *versus* services dépendances : « geste à la personne »/« ménage » ;
- entreprise ou association agréés, *versus* agrées qualité/autorisées.

Les observations menées dans deux départements montrent que tous les acteurs se combinent dans la prise en charge de la dépendance, introduisant en sus d'une complexité extraordinaire, des intervenants différents pour des tâches similaires ou des intervenants similaires pour des tâches différentes selon les départements.

Figure 4 : Organisation et tarification de l'aide à domicile dans deux départements



PA : personne âgée

La figure ci-dessus représente des situations observées dans les deux départements étudiés. On constate que ces deux départements offrent la possibilité de diviser,

selon la tâche réalisée, la prestation d'aide selon deux modalités différentes. A partir de deux cas de personnes âgées présentant des besoins similaires définis par les équipes médico-sociales en termes de ménage et de geste à la personne, on observe deux réponses différentes. Le département 1 considère la tâche et non l'individu dépendant. Pour la tâche « ménage », activité non spécifique à la dépendance, la personne âgée peut s'adresser à une structure du secteur non régulé (non agréé qualité) ; pour les tâches liées aux « gestes à la personne »[116], elle doit s'adresser à une structure agréée qualité ou autorisée. Dans le département 2, la personne âgée peut s'adresser à une seule et même structure ; dans ce cas, la structure fournira un ou deux salariés selon ses possibilités, mais les prestations seront prises en charge selon des tarifs différents, le tarif « ménage » étant inférieur au tarif « geste à la personne ». On remarque ainsi une division de l'activité d'aide à domicile selon deux tarifs, mais aussi selon deux salariés. Cette division a comme origine le coût des prestations fournies par les structures. Depuis la mise en place du DEAVS et son inscription dans les grilles salariales des conventions collectives, cette différenciation tarifaire (dans le cas des structures autorisées du département 2) vient compenser l'accroissement des charges de la structure liées au recrutement de ces nouveaux salariés responsables des « gestes à la personne ».

On constate une forme de hiérarchisation des activités construite par les pouvoirs publics. Les tarifs valorisent les « gestes à la personne » par rapport au « ménage » dans le département 2 et les normes qualités s'appliquant à ces deux mêmes activités sont différentes dans le département 1. Ainsi entre salariés pour les « gestes à la personne» et salariés pour le « ménage » on voit apparaître une différenciation non plus seulement des tâches, mais des valeurs qui leurs sont attribuées, ainsi qu'une dichotomie des salariés qui les réalisent. Cette dualisation de l'activité, principalement due à des contraintes financières fait tendre la structure étudiée à concentrer les salariés formés au DEAVS sur des tâches dites de « geste à la personne » et les salariés non formés sur les activité dites de « ménage ». Notons que ce processus de spécialisation est amplifié par le phénomène de prescription propre au financement de l'APA, mais aussi à une volonté de certains salariés formés de se différencier de leurs collègues pour certaines activités qu'ils seraient habilités à réaliser plus que d'autres.

[116] Le Conseil Général définit geste à la personne par l'ensemble des activités où le salarié entre en contact avec le corps de la personne prise en charge ainsi que son alimentation : toilette, habillage, aide au repas, change, etc.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

3. Entre tâche de prestige et corvée : le casse-tête du temps de travail

Ce bouleversement en termes de formation et de définition des différents salariés en parallèle d'une structuration du marché où prime la rationalité économique va de pair avec une hiérarchisation des tâches et des salariés dans le secteur de l'aide à domicile. Cette hiérarchisation, associée à un désengagement politique de la structuration de l'offre, construit progressivement des demandes des clients de plus en plus difficilement gérables dans le cadre du maintien à domicile. Cette situation semble ainsi être à l'origine de la norme flexible hétéronome présente dans l'organisation de la demande.

3.1 Hiérarchie des tâches

Quels que soient les débats sur le contenu du diplôme d'assistante de vie, il a eu pour effet de séparer la population des aides à domicile entre celles qui ont le DEAVS et celles qui ne l'ont pas. Lors des entretiens avec des salariés diplômés, il ressort à plusieurs reprises que celles qui n'ont pas « le diplôme » ne devraient pas réaliser de soins au corps. Plus tard dans les discussions avec « ceux des bureaux », les gestionnaires de planning précisent que certaines « des filles », une fois le DEAVS en poche, refusent de faire des interventions de « ménage ». Bien que la hiérarchisation des tâches ne soit pas explicite dans le discours des salariés, on remarque une différenciation entre les salariés formés et les autres : « *bon moi c'est surtout des toilettes hein, mais la fille qui fait le ménage, parce qu'on est en binôme* » (Auxiliaire de vie, en couple, 53 ans). La différenciation entre les activités est importante aux yeux des salariés formés : « *quand on intervient chez une personne, si vous voulez vu qu'on est à deux et tout, parce que bon y a aussi bien une aide à la toilette que admettons l'entretien de logement* » (Auxiliaire de vie, en couple, 43 ans). Outre les deux groupes d'activités, les salariés sont conscients de la hiérarchie des tâches faite par le Conseil général : « *donc auxiliaire de vie sociale fait aussi bien une aide à la toilette qu'une aide au petit déjeuner parce que c'est toujours le mot « aide »* » (Ibid).

Si les tâches sont clairement établies par le Conseil général au travers de tarifications différentes, il n'est pourtant pas rare de voir le bénéficiaire vouloir réorganiser l'aide à sa manière.

> ***« c'est pas vrai il me demande pour laver sa maison ; […], il disait aux filles ben faut laver la maison, les filles elles se sont pas laissées faire elles ont piqué une crise, elles lui ont dit nous on vient pas pour ça on vient pour l'aide à la toilette, alors y en a eu une qui est partie, y en a une deuxième qui est arrivée, qui est partie, y en a eu ch'sais pas combien jusqu'à qu'ils m'ont mis moi, parce qu'ils savent que je sais me dépêtrer avec. Mais si vous voulez à un moment donné, je lui***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

> ***ai dit hola si vous êtes pas content j'vous rend vos clés, j'téléphone au Conseil (général) et puis c'est tout, mais vous savez, y a des filles eh ben … elles vont faire ce que la personne dit, elles changent : qu'elles demandent une ½ heure d'aide au repas, d'accompagnement ou de ménage, et ben ça change, les gens restructurent à leur manière et ça ça va pas et ça nous enlève un contrat. Oui, c'est ça le CG, il ne paye pas pour qu'on fasse la vaisselle, il paye pour une aide à la toilette ! » (Ibid)***

La résistance de certains salariés à réaliser des tâches non prescrites, d'autant plus quand ils sont formés à l' « aide », provoque un deuxième effet : dans un contexte de concurrence, les aidés peuvent alors choisir de s'adresser à un autre fournisseur de services moins regardant sur l'organisation du travail.

Notre observation rejoint une fois de plus les travaux d'Anne-Marie Arborio, avec « *l'hypothèse sous-jacente à ce raisonnement qui est qu'il existe une hiérarchie des tâches selon leurs degrés de prestige, de celles qu'on est fier d'exécuter jusqu'aux « corvées »* » (ARBORIO, 1995, p.108). Ici encore, « *passer du travail matériel au travail sur matériau humain constitue donc une promotion* » (Ibid., p.103) matérialisée par un diplôme.

Ces activités que l'on peut classer en deux groupes placent tantôt l'Auxiliaire de vie sociale (AVS) en position d'expert, tantôt en position de salarié subalterne. Evidemment, la valorisation apportée par le diplôme influence ici la posture du salarié. Se positionnant dans la hiérarchie médicale, l'Auxiliaire de vie sociale se valorise et utilise son diplôme pour se différencier des autres aides à domicile non diplômés auxquels ils laissent donc les activités subalternes, comme le ménage, le linge, l'entretien du cadre de vie.

Soulignons que les AVS ne refusent pas catégoriquement de réaliser les activités ménagères lorsqu'elles s'intègrent dans une prise en charge plus importante. En revanche, lorsque les soins se limitent à de l'aide-ménagère, ils mettent en avant leur diplôme pour aiguiller ce client vers un collègue non diplômé. Si certains AVS acceptent de réaliser des tâches de ménage auprès des clients, l'acceptation sera d'autant plus facile que la personne sera dépendante. Or bien que 10% (3)[117] des plans d'aide APA en GIR 1 et 22% (7) en GIR 3 sont des activités de ménage, laissant le reste du volume horaire en « geste à la personne », c'est 42% (30) en GIR 2, voire 70% (49) en GIR 4 du temps imparti dans les plans d'aide qui est consacré au ménage. Il y a donc un mécanisme logique qui tend à diminuer le temps de ménage

[117] Effectif entre parenthèse, données du graphique Situation des plans d'aide prestataires calculés sur la situation de février 2009, p.7.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

lors de prises en charge de cas de plus en plus lourds. Dans l'absolu on remarquera une forte présence de l'activité de « ménage » dans les plans d'aide.

3.2 L'activité en miettes

3.2.1 Un diplôme qui segmente

Nous avons jusqu'ici laissé entendre qu'un parallèle était possible entre la structuration du groupe des aides -soignants et celui des aides à domicile, sans tenir compte des contraintes extérieures qui s'exercent sur ce second. Contraintes liées à l'activité propre réalisée aux domiciles des personnes aidées, mais aussi contraintes liées à l'organisation de la politique publique qui sous-tend le secteur. Ces différentes contraintes s'articulent dans un contexte de différenciation du groupe centrée sur la définition d'un périmètre de tâches jusqu'ici dénommées « geste à la personne ». Tout d'abord, mettons en avant le fait qu'une division en termes de tâches et de répartition du travail, comme c'est possible en structure collective, a une dimension nettement plus chronophage lorsqu'il s'agit de se déplacer d'une habitation à une autre. En effet, une réelle division du travail signifierait que 60% des allocataires prises en charge par l'association recevraient deux intervenants de manière systématique pour des prestations « geste à la personne » et « ménage », 24% exclusivement des « gestes à la personne » et 16% uniquement du « ménage ». Le temps moyen d'intervention pour les « gestes à la personne » étant de 4.18 heures hebdomadaires et de 4 heures hebdomadaires pour le « ménage ». Toutefois, une nuance importante vient pondérer ces résultats : alors que le temps moyen d'une intervention en « geste à la personne » est de 45 minutes, celui d'une intervention de « ménage » est de 2h58. Les interventions pour le ménage sont donc moins fréquentes sur la semaine que les interventions de « geste à la personne », mais celles-ci sont réalisées sur des plages horaires beaucoup plus longues. On comprend ainsi que la division de ces différents groupes de tâches accroît le casse-tête de l'organisation du travail.

Ainsi ce qui est possible par la proximité géographique des patients et leur position de subordination à l'hôpital, se transforme en cauchemar organisationnel lorsque les clients sont épars et que la concurrence existe.

3.2.2 Le Libre choix et les besoins physiologiques épars

Même si depuis la description d'Anne Martin-Fugier dans *La place des bonnes* (MARTIN-FUGIER, 1979), les métiers du service à la personne ont vu se développer une certaine reconnaissance, assortie d'un ensemble de droits, la situation actuelle place la personne âgée ou sa famille dans une situation de "libre choix" et les situe bien plus comme un client face à une offre qu'un usager face à un service public.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

La question du libre choix est principalement abordée, dans la littérature, du point de vue de la personne âgée ou du bénéficiaire de l'aide sociale (SIPOS, 2009 ; LAROQUE, 2009 ; LE BOULER, 2006). Cette perspective privilégiant un angle individuel répond à la volonté de valoriser l'individu dans son autonomie en différenciant l'indépendance (capacité de *faire* par soi-même) et l'autonomie (capacité de *vouloir* par soi-même) permettant d'être dépendant, et malgré tout de faire valoir son autonomie (ZIELINSKI, 2009). Comme Dominique Argoud, nous pensons que la question du « libre choix » n'est pas suffisamment mise en relation avec le « *niveau collectif que représente le politique* » (ARGOUD, 2009, p. 54) et la question du collectif de travail (SIPOS, 2009).

Comment peut s'articuler ce libre choix individuel et l'organisation d'un collectif ? « *La conséquence la plus immédiate de ces politiques du libre choix est qu'elles favorisent une logique de moyens, au détriment d'objectifs politiques plus globaux* » (ARGOUD, 2009, p. 58). En finançant directement les individus dans le cadre de la dépendance, les politiques permettent le développement d'un panel de services facilitant l'exercice de ce libre choix. La multiplication des services d'aide, des maisons de retraite et des services en tout genre en direction des personnes âgées en est une parfaite illustration. « *La collectivité publique, en devenant plus gestionnaire que politique, n'est plus en mesure de jouer un rôle univoque de producteur de normes*. » (Ibid., p.60). Le choix passe donc des mains du régulateur aux mains des protagonistes directement impliqués dans l'aide : la personne âgée ou sa famille capable d'imposer ses choix pour un maintien de l'autonomie ou pour une structure d'aide, lorsque l'autonomie n'est plus possible.

Dans les cas étudiés, la situation de « libre choix » des personnes âgées face à une structure semble être effective puisque dans une majorité des cas les personnes âgées ne sont pas très dépendantes (62% des situations en prestataire sont parmi les deux GIR les moins dépendants). Comme le note Jens Lundsgaard, « *le fait de laisser le choix à l'usager incite les prestataires à recentrer leur attention sur les besoins des usagers et à améliorer leur efficience, sous réserve que le libre jeu de la concurrence ne soit pas entravé* » (LUNDSGAARD, 2002, p.92). Cette focalisation des « prestataires » sur les besoins des usagers oblige les structures d'aide à fournir un service au plus près des attentes. Cette situation contraint la structure souhaitant conserver ses clients à infléchir le contrôle de l'activité effectivement réalisée au domicile en incitant les salariés à plus de souplesse.

La qualité du service ne se limitant pas à sa flexibilité, mais aussi à la qualité intrinsèque des actes, on pourrait penser que le choix des services par le client pourrait en être affecté. Néanmoins, dans le cadre de l'aide à domicile pour personnes âgées, l'expérience de consommateur de services est relativement peu développée, puisque la personne en perte d'autonomie n'a pas de connaissance sur le contenu d'un service de plus en plus standardisé. Sa position dans le cadre de sa

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

consommation de service sera donc de pouvoir choisir l'horaire et la répartition du service au cours de la journée.

La gestion économique de la main d'œuvre observée dans le secteur hospitalier, qui se caractérise par une décharge des tâches « secondaires » des personnels qualifiés sur du personnel moins qualifié dans un objectif de rentabilité, ne peut être ici entièrement réalisée. Cette taylorisation et rationalisation de l'activité ne peuvent s'effectuer que dans un travail « à la chaîne » ou dans un espace confiné, limité. L'observation des emplois du temps est donc en partie révélatrice des besoins des clients/bénéficiaires (Figure 5).

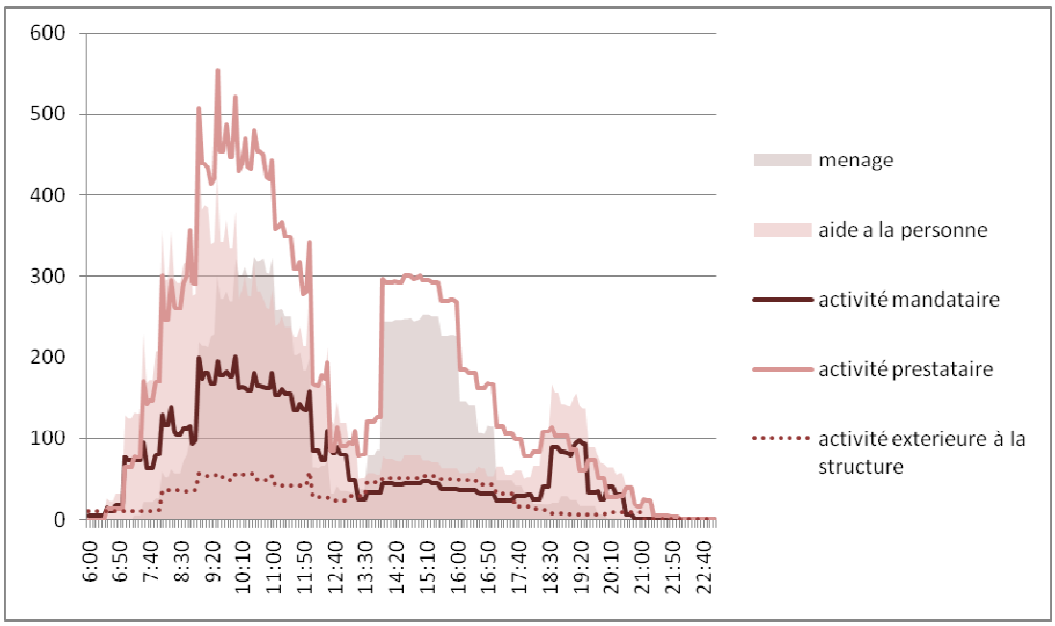
Dans cette situation, sous la contrainte de leur panier de services, les bénéficiaires optimisent leur satisfaction. Etant donnée une enveloppe fixe, la personne âgée dépendante va donc souvent préférer être lavée et habillée le matin entre 8h et 10h. Ainsi pour l'association, en mode prestataire (seule forme qui reconnaît le diplôme de DEAVS dans ses conventions collectives), 49% (234/477) des interventions de « geste à la personne » ont lieu avant 11h le matin, 40% (190/477) avant 10h pour une durée moyenne légèrement supérieure à 45 minutes et 22% entre 17 et 21h30 pour une durée moyenne légèrement inférieure à 45 minutes. La construction en termes de marché oblige donc l'association à fournir le service aux heures et aux formats demandés par le bénéficiaire sous peine de perdre le client et les financements publics qu'il génère.

Les salariés formés ne veulent plus réaliser de tâches ménagères trop dévalorisantes en raison de la construction du secteur, et aussi de la formation qui cible bien plus des pratiques plus ou moins valorisantes qu'un public ayant une importante variabilité de besoins. On a également la volonté des pouvoirs publics qui rappelle la volonté du patronat en 1996 de produire une offre industrielle et reproductible[118] afin de rationaliser ses dépenses, avec une incitation à focaliser le travail des AVS directement sur les « gestes à la personne ». Par conséquent, associations et entreprises sont obligées de se plier à l'organisation du plan d'aide, définissant l'aide avec 15 minutes d'intervention comme unité de base. Après ce constat, il est légitime de nous interroger sur la qualité de l'emploi et des soins : comment construire un véritable emploi dans ces conditions ?

[118] Conseil National du Patronat Français, (1994), Les services à la personne. Services aux consommateurs et services de proximité : des marchés à développer par l'innovation dans l'offre et par le professionnalisme des intervenants, rapport du groupe de travail « Services à la personne », Comité de liaison des services.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 5 : Modélisation d'une journée de l'activité des salariés de l'association sur 14 jours



Source : Ensembles des emplois du temps de 111 salariés de la structure sur une période de 2 semaines. Ils travaillent en prestataire uniquement ou sous les deux modes intermédiés. Les emplois du temps des salariés uniquement en mode mandataire ne présentent pas les données relatives à la tâche.

Examinons l'impact du morcellement du temps de travail et de la spécialisation des salariés sur l'organisation du travail par l'association. Pour ce faire, nous avons récolté les emplois du temps des 111 salariés travaillant pour cette association sur une plage de 2 semaines du 2 au 15 mars 2009. Les emplois du temps étant construits sur 2 semaines, ils regroupent donc les différentes interventions pour chaque salarié, précisant s'il s'agit d'une intervention en « geste à la personne » ou « ménage », la durée de l'intervention, l'heure de début et celle de fin en activité prestataire, mandataire ou hors structure[119]. Nous avons recensé 3213 interventions et nous les avons modélisées[120] sur une journée selon la nature de l'intervention afin d'avoir une vision plus globale du travail des salariés, et aussi de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Comment fabriquer des emplois du temps qui tendraient à se rapprocher du temps plein si 50% de l'activité est réalisé en 4 heures divisées en 4 interventions de 45 minutes ? Ce graphique (ci-dessus : Modélisation de l'activité des salariés de l'association sur 14 jours) représente le nombre d'interventions à domicile des

[119] Afin de ne pas avoir à refuser des heures de travail à la structure qui les emploie sous peine de pénalisation, les salariés doivent déclarer les plages horaires pour lesquelles ils ne sont pas disponibles. Ces plages horaires sont caractéristiques d'une autre activité (rémunéré ou non) à l'extérieur de la structure.

[120] Chaque intervention est replacée sur une journée type.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

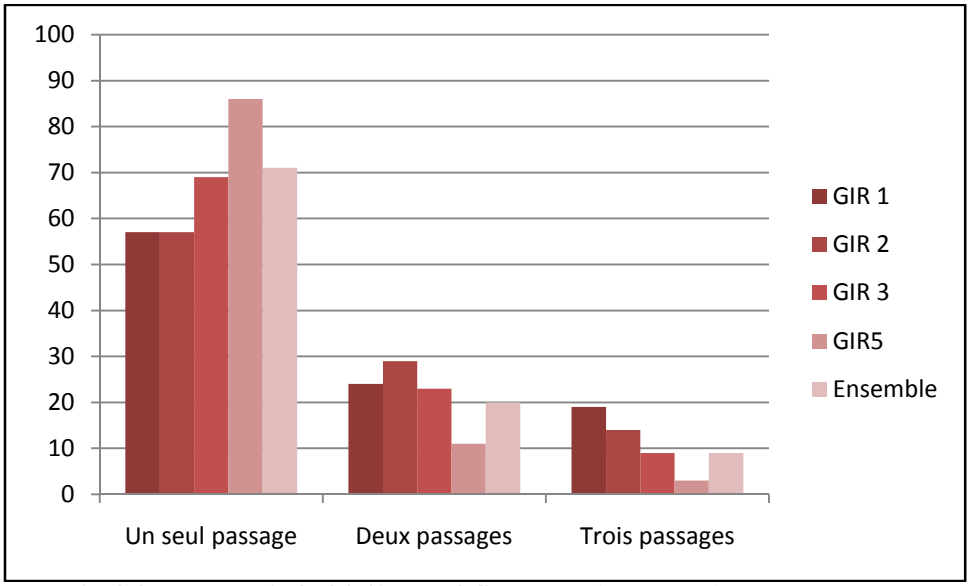
intervenants de l'association selon l'heure et l'objet de l'intervention sur 14 jours. On peut observer l'importance de telle ou telle activité selon les heures de la journée. Plusieurs éléments émergent :

- Premièrement, on observe que plus de la moitié des activités de l'association sont réalisées le matin. Si l'on observe plus finement la répartition, on peut aussi constater que les activités de ménage semblent s'équilibrer et donner la possibilité de construire des plages d'activité plus larges aussi bien le matin que l'après-midi.

- Deuxièmement le déséquilibre en faveur du matin est principalement dû aux activités de « geste à la personne » centrées autour de 9h. Prenons l'exemple de 9h du matin : l'association réalise en « geste à la personne » 470 interventions sur 2 semaines donc (en moyenne) 33 interventions simultanément, impliquant pas moins de 33 salariés.

- Troisièmement, des salariés pour les activités « geste à la personne » en chômage les après-midi puisqu'entre 13h30 et 18h, la structure ne réalise jamais plus de 5,71 (en moyenne) interventions « geste à la personne » et a donc un besoin simultané de salariés qui n'excède pas 6 salariés (en moyenne).

Figure 6 : nombre de passage observé par cas selon le niveau de dépendance



Source : enquête de la DREES auprès des bénéficiaires de l'APA, 2003, (METTE, 2004)
Lecture : Parmi l'ensemble des bénéficiaires de GIR 4, 86% reçoivent, en moyenne sur la semaine, une seule visite de l'aide à domicile professionnelle par jour, alors que l'ensemble des bénéficiaires recevant une seule visite par jour de l'aide est en moyenne sur la semaine de 71%. La moyenne est réalisée sur tous les jours de la semaine (du lundi au dimanche).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Les données sur le morcellement de l'activité sont d'autant plus inquiétantes que l'on constate la multiplication des passages pour un nombre important des bénéficiaires de l'APA (Figure 6).

Ainsi, en 2003, c'était déjà 43% des GIR 1 et 2 qui connaissaient plusieurs passages par jour.

Face à ces situations (multiplication des passages par cas et morcellement du travail pour chaque cas entre salariés formés et salariés non formés), on souhaite vérifier l'effet de ces multiples divisions sur l'organisation du travail.

3.3 La solution du cumul de statuts

Cette situation pose la question de la construction de l'emploi (du temps). Comment accroître le volume horaire des salariés ?

Une des solutions mise en place par les salariés pour contrer cette érosion du temps de travail liée aux aléas de la demande est de cumuler une autre activité à l'extérieur de la structure. Le cumul de l'activité correspond dans les cas que l'on a rencontrés à une activité de ménage en emploi direct en plus de l'activité prestée ou mandatée pour la structure. Cette solution de cumul semble particulièrement efficace au regard de la gestion de l'activité. En effet, sur les deux tableaux suivants (modalité d'accroissement du temps de travail), on constate que les salariés cumulant une activité en dehors de la structure complètent en partie leur emploi du temps. Le cumul d'activités, loin de dégrader leur activité en raison d'une dispersion de leurs employeurs, comble les trous de l'emploi du temps lorsque la structure associative étudiée ne fournit pas d'activité. Le cumul permettrait donc de compenser en partie le manque d'activité dans l'après-midi. En outre, on constate une concentration de l'aide à la personne le matin et celle du ménage presque uniquement l'après-midi. Ces résultats tendent donc à confirmer que l'activité de ménage en emploi direct viendrait compléter une activité en prestataire ou mandataire dans le secteur de l'aide à domicile.

L'analyse des temps de travail des salariés permet de confirmer deux éléments essentiels. L'activité salariée à quasi temps plein, dans les conditions actuelles d'organisation du marché ne peut être, pour le cas de cette structure, mono-employeur. En effet, même si le cumul des deux statuts organisé par la structure (prestataire et mandataire) permet d'augmenter le temps de travail, on constate que c'est le cumul des trois modes de travail, c'est-à-dire prestataire, mandataire et activité hors structure qui permet d'accéder au volume horaire le plus important. De la même manière, on constate que l'obtention d'un diplôme du secteur de l'aide à domicile, dans la mesure où il limite le nombre d'activités que le salarié accepte de réaliser, diminue le volume horaire bi-hebdomadaire, les activités de ménage n'étant pas acceptées en complément des activités de « geste au corps ».

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Tableau 18 : Modalité d'accroissement du temps de travail

	Accroissement du temps de travail (sur 2 semaines)	
	Coefficient	P > | t |
Ne pas avoir de diplôme	Ref.	Ref.
Avoir un diplôme	8h07	0.074+
Travailler en mode prestataire uniquement	Ref.	Ref.
Travailler sous 2 modes	11h43	0.005 + + +
Travailler sous 3 modes	37h07	0.007 + + +
Réaliser 1 seule activité	Ref.	Ref.
Réaliser 2 activités différentes	9h35	0,015 + +
+ résultat significatif à 10%, + + résultat significatif à 5%, +++résultat significatif à 1%,		

Source : données récoltées sur les emplois du temps de 111 salariés selon les caractéristiques de leur pratique.
Note : les trois modes correspondent en réalité au mode prestataire, mandataire ainsi qu'à une autre activité qui peut être en emploi direct tout comme complètement extérieure au secteur. Les deux activités correspondent à « geste au corps » et « ménage »..
Lecture : le fait d'avoir un diplôme accroît le temps de travail de 8h07 sur 2 semaines que le salarié travaille sous 1,2 ou 3 modes ou réalise 1 ou 2 activités différentes.

Dans l'étude de cas que l'on présente ici, seul le cumul des trois modes permet d'atteindre un volume horaire hebdomadaire à temps plein (36h05 par semaine). S'il y a temps plein, on constate que le mode prestataire, dominant dans les autres modes d'organisation des cumuls de statuts, devient minoritaire (8h48 par semaine). Les salariés cumulant un nombre d'heures plus important sont ceux qui investissent le moins le mode prestataire, seul mode pour lequel la division tarifaire s'applique et pour lequel le DEAVS est valorisé.

Tableau 19 : Temps de travail moyen selon le nombre de « mode » d'emploi (prestataire, mandataire, direct)

	Temps moyen de travail (sur 2 semaines)	Temps moyen hors structure (sur 2 semaines)	Temps moyen en mandataire (sur 2 semaines)	Temps moyen prestataire (sur 2 semaines)
1 mode d'emploi	34h38		21h55	44h28
2 modes d'emploi	48h52	18h02	16h32	32h48
3 modes d'emploi	72h10	28h	26h32	17h37

Source : emploi du temps de 111 salariés de l'association.
Lecture : lorsque le salarié travaille uniquement en prestataire, il réalise 44h28 de travail en 2 semaines ou exclusivement en mandataire 21h55. Lorsqu'il travaille selon 2 modes d'emploi, il travaille en moyenne 48h52. Si parmi ces deux modes il travaille en prestataire, il travaillera en moyenne 32h48 en prestataire.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Même si la formation d'auxiliaire de vie sociale tend, en leur prodiguant un statut et une définition globale, à rendre autonomes ces emplois, on a pu constater que la politique publique, dans son rôle de prescripteur, réduit cette autonomie en divisant en deux groupes hiérarchiques les différentes activités constituant la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile, et en enlevant la possibilité de choisir ces activités. Cette dualisation, aussi bien construite par l'organisation proprement dite de la politique publique de l'APA que de la politique de formation, est un phénomène classique que l'on observe dans de nombreux cas de professionnalisation (aides-soignantes). Toutefois, on a pu montrer que les conditions particulières d'une pratique professionnelle aux domiciles des bénéficiaires sont des éléments déterminants qui, il nous semble, n'ont pas été pris en compte dans l'organisation du secteur. L'aide à domicile dépend du rythme biologique quotidien. Tout en remarquant sur cette modélisation de la demande un pic dans la demi-journée avant midi (Figure 5), on constate aussi qu'il existe une possibilité de redéployer l'activité globale des salariés. Après avoir constaté la variabilité des besoins aussi bien dans un temps long qu'au cours d'une journée, on a pu conclure à la non efficience d'une organisation en termes de tâches puisque la caractéristique du métier est de devoir s'adapter continuellement. Ainsi on peut conclure que la situation actuelle ne permet pas une organisation optimale des services d'aide, en diminuant les volumes horaires de travail des salariés tout en accroissant l'amplitude horaire de leur emploi du temps.

La non segmentation selon les tâches à réaliser ainsi que des plages de présence plus importantes semblent être l'unique solution pour concilier qualité de la prise en charge et amélioration des conditions de travail.

Néanmoins, le traitement administratif qui a été fait de ces questions de variabilité des besoins est arrivé à mettre les fournisseurs de services dans une situation les obligeant à morceler leurs activités selon différents salariés en plus de la division temporelle de l'aide relative à ces différents besoins. Toutefois, une amélioration peut être envisageable uniquement dans le cas où le service prestataire reprend la main sur sa gestion de ses emplois du temps et sort de la position de simple fournisseur de services. Cette organisation du marché de la dépendance oblige donc les salariés à faire le grand écart entre différents modes de travail et différentes activités répartis tout au long de la journée afin de construire une activité qui tend, selon leur disponibilité et leur flexibilité temporelle, vers un travail à temps complet.

La solution à ce problème, mise en place par certains salariés, est de cumuler différents modes d'emploi, différentes activités et différents employeurs.

En définitive, la norme domestique, caractérisée par la norme flexible hétéronome de disponibilité temporelle, semble être issue de besoins divers étalés et modulés aussi bien sur une journée que sur un temps plus long. Les politiques publiques de

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

prise en charge, tout en accompagnant cette dispersion des besoins, rationnalisent l'aide subventionnée selon les différentes activités et indirectement en différenciant les salariés. La formation au DEAVS, en segmentant les salariés selon deux groupes, n'améliore pas la question du temps de travail au cœur de la norme domestique. Toutefois, on remarque que les différents modes, par leurs caractéristiques, semblent se compléter plus que se substituer puisque le cumul de ces derniers accroît le volume total de travail (Tableau 18 et 19).

La norme hétéronome est donc issue de l'organisation de l'offre, très compartimentée. La montée de l'organisation intermédiée devrait cependant atténuer les variations d'activités et structurer au mieux l'organisation du travail. C'est ce que l'on va aborder dans le chapitre 4.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Chapitre 4 : industrialisation du domestique

L'économie sociale et solidaire connaît depuis plusieurs années un phénomène croissant de mise en concurrence avec l'économie capitaliste. Ce phénomène, particulièrement visible dans le champ de la prise en charge de la dépendance, a depuis ces dernières années tendance à réduire les différences en termes de gestion des ressources humaines, ce qui formait jusqu'à présent une particularité de l'économie sociale dans le secteur de l'aide à domicile. La situation analysée dans cette association montre que la répartition des risques inhérents à l'activité pèse de manière déséquilibrée sur les salariés (1). L'annualisation du temps de travail et la mise en concurrence des salariés sont réappropriées par les structures d'aide. On constate que l'organisation du travail mise en place par l'association étudiée au travers du contrôle des salariés (2.1) parallèlement à ce que nous avons déjà contribué à montrer dans les chapitres 2 et 3, à savoir que la pression sur les salariés s'accroît alors que leur niveau de formation s'élève (2.2) conduit à une gestion des ressources humaines bien loin des principes de l'économie sociale (3). On montre que le modèle social affiché par cette association est en réalité, concernant l'organisation du travail et donc de l'aide, plus proche d'un modèle industriel.

1. Les salariés comme variable d'ajustement

La situation de cette association est telle qu'elle fonctionne toujours en flux tendu. Dépendante de la demande de services, elle doit s'adapter en permanence à des variations d'activité et des modifications d'organisation du travail de ses salariés. En effet, le secteur de la prise en charge des personnes âgées à domicile est *de facto* lié à la situation très changeante de ces mêmes personnes. Décès, hospitalisation, décision de rentrer en maison de retraite, suspension du contrat pendant les vacances et les fêtes, etc. sont autant d'aléas plus ou moins imprévisibles qu'il incombe de prendre en compte. La situation économique de ce genre de structure ne permet pas d'absorber à elle seule ces variations d'activité. Nous verrons dans cette partie comment, au jour le jour d'abord, puis sur une année, l'association reporte sur les salariés intervenants à domicile ces variations d'activité.

1.1 Gérer au jour le jour les emplois du temps

La gestion des emplois du temps correspond à la principale activité des « responsables de secteur ». Leur rôle de gestionnaire, même s'il ne se limite pas exclusivement à cette activité (il consiste aussi à tempérer les relations entre intervenants à domicile et clients), se concentre sur la gestion des imprévus liés aux salariés et aux personnes âgées. Comme nous l'avons abordé plus haut, peu de variations sont prévisibles. Ainsi, lors de l'observation menée dans les bureaux des responsables de secteur, on constate que leur activité consiste à tenter de joindre

tout au long de la journée des salariés susceptibles de réaliser un remplacement, ou bien de prendre en charge un nouveau client. Ce travail est particulièrement fastidieux puisqu'il ne s'agit pas exclusivement de trouver une salariée ayant une plage horaire disponible à l'heure désirée par le client, mais aussi, dans le cadre d'une intervention matinale, avec des emplois du temps déjà particulièrement chargés dans les heures du matin (chapitre 2), de trouver une salariée dont les interventions en amont et en aval la situe dans une zone géographique rendant possible le déplacement. Jérôme, responsable de secteur, explique que la négociation est bien plus souvent réalisée avec les salariés qu'avec la personne âgée bénéficiaire du service :

> ***« Le ménage, beaucoup demandent qu'il soit fait le matin, le ménage, donc nous on essaie au maximum de le caser l'après-midi pour pouvoir garder les matinées pour les toilettes. Parce que les auxiliaires de vie qui ont 2 toilettes le matin et qui sont bloquées après avec du ménage jusqu'à 11h, midi... (...) Mais non, les personnes âgées elles se reposent l'après-midi, c'est les feux de l'amour, je ne sais pas. Elles veulent absolument [qu'on intervienne pour le ménage] le matin pour pouvoir se reposer l'après-midi ou faire autre chose. Donc il y en a, on arrive à les convaincre, moi lors de la visite j'essaie de faire basculer l'après-midi. Parfois, c'est non ! Dans ces cas -à on réembauche. Moi je reçois régulièrement des candidatures. Mais bon, moi je cible en priorité dans les CDI qui doivent des heures en priorité, après les CDD et puis en tout dernier, quand je n'ai plus vraiment, vraiment personne pour reprendre, je prends une nouvelle candidature. Et c'est souvent le jeudi vendredi pour le lundi quoi, dans l'urgence donc il m'en faut sous le coude. Mais c'est dur à trouver, parce qu'ils veulent tous [les bénéficiaires] entre 8h30 et 9h30. »***

Dans le cadre des politiques de « libre choix », cette position du bénéficiaire en client mieux à même de s'orienter vers le prestataire de son choix assujettit l'association à la volonté du client. Ainsi l'association doit supporter une gestion du travail plus lourde tout en démultipliant les contrats à faible volume horaire afin, la plupart du temps, de fournir un service sur des créneaux horaires très courts. L'association réalise 40% des interventions en aide à la personne (hors ménage) avant 10h et 22% entre 17h et 21h30.

Cette situation, à la fois concentration du travail et gestion des aléas, contraint l'association à différentes stratégies qui tendent principalement à reporter ces contraintes sur les salariés. Nous verrons ici les stratégies utilisées par la structure pour réduire au maximum l'embauche de nouveaux salariés, au travers de l'utilisation des jours de repos en tampons, mais aussi du recours à l'annualisation

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

du temps de travail, associée aux avenants de variation de volume horaire mensuel de travail.

1.2 L'avenant ou comment reporter les variations d'activité sur l'année

Cette situation de flux tendu au sein de l'association entre les contrats de travail avec les salariés et les heures vendues aux clients est la principale préoccupation de l'association. En effet, les salariés sont recrutés dans le cadre de contrats définis, comme il se doit, par un volume horaire mensuel de travail. Toutefois comme nous venons de le montrer les heures vendues sont, elles, très variables (chapitre 3). Afin de répondre à ce problème d'appariement entre les heures payées par l'association et celles qui sont vendues aux clients, l'association observée a recours à l'annualisation du temps de travail. Les organismes d'aide à domicile ont la possibilité d'organiser les horaires de travail sur une base annuelle pour les salariés à temps partiel au niveau de l'entreprise, de l'établissement ou d'un ou plusieurs services pour tout ou partie du personnel, en application des dispositions de la loi n° 93-1313 du 20 décembre 1993 et de la loi n° 95-116 du 4 février 1995[121].C'est ainsi que pour éviter d'avoir à payer des heures de salaire non vendues, l'association va avoir tendance à faire signer des contrats dont le volume horaire sera *a minima*. Nous entendons par là que le nombre d'heures contractuelles aura tendance à être sous-évalué par rapport au besoin défini. Cette stratégie, qui a pour but de réduire au maximum le versement de salaire pour des heures non travaillées, présente un désavantage. En définissant un temps de travail rémunéré *a minima*, il est probable que la salariée réalise des heures « complémentaires ». Or, les heures « complémentaires » effectuées par les salariés à temps partiel donnent droit à une majoration salariale.

Afin de palier à cette situation, les programmes informatiques de gestion salariale intègrent un compteur horaire d'aide. Ainsi comme nous le disait Jérôme plus haut, ce sont les salariés « qui nous doivent des heures qui sont appelés en priorité », ces salariés sont notés en rouge dans le système informatique. Dans la majorité des cas, le nombre d'heures à payer excède largement le volume contractuel alors le salarié est convoqué à l'association afin de signer un avenant pour modifier le volume horaire contractuel pour une durée limitée. Ces avenants ont deux utilités : d'une part, ajuster le volume horaire contractuel au travail effectif et d'autre part, réduire le montant d'heures « complémentaires ». Le recours à l'avenant est différent de ce que décrit François-Xavier Devetter dans les supermarchés. En effet, son analyse montre un recours à l'avenant dans une logique de « contrôle direct » (DEVETTER, 2002, p.61) qui se situe en amont de la négociation du temps de travail. Les salariés de la grande distribution se trouvant dans une situation de demande de temps

[121] Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983. agréée par arrêté du 18 mai 1983 jonc 10 juin 1983.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

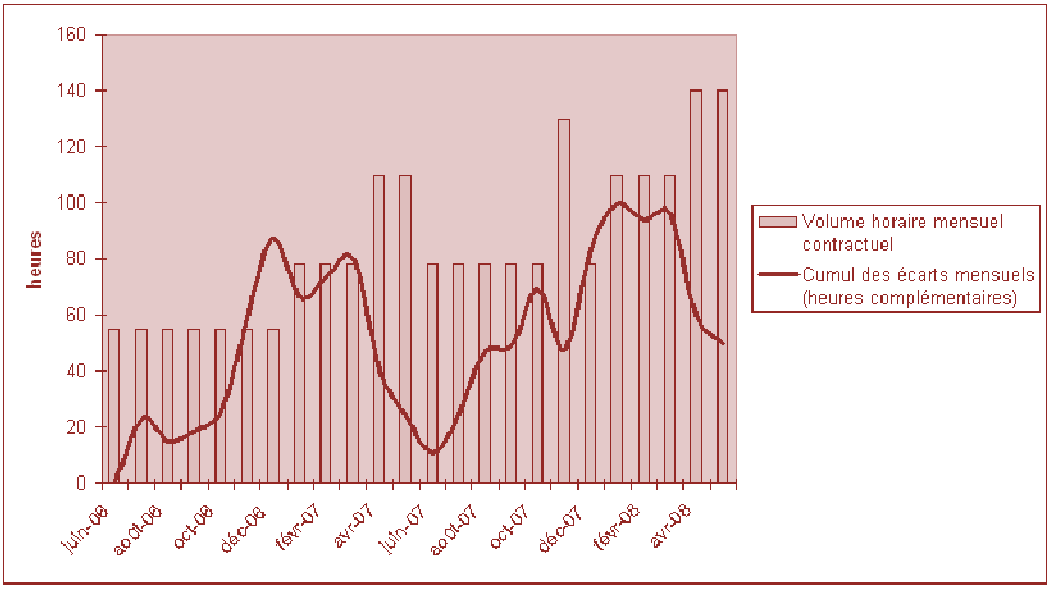
« complémentaire », l'employeur peut fixer les horaires qui lui conviennent. Dans l'aide à domicile, on montre que l'avenant intervient dans une forme de régularisation à posteriori du temps de travail. Les salariés étant de toute façon prêts à travailler davantage, l'avenant intervient pour ajuster le temps de travail contractuel au temps de travail réel.

Nous avons choisi d'illustrer dans la figure ci-dessous l'évolution du volume contractuel en parallèle avec le cumul des heures complémentaires d'une salariée sur deux ans. Au cours de la période de juin 2006 à décembre 2006, le volume contractuel a été sous-évalué. En effet, on constate une augmentation du nombre des heures « complémentaires » jusqu'à 87.07 heures. En janvier, l'association fait signer un avenant pour modifier le volume contractuel de 55 à 78 heures, lors de cette période, le nombre d'heures supplémentaires stagne. L'effet obtenu ici est donc une adaptation du volume horaire contractuel au volume horaire effectif. On observe sur la période de janvier à mars 2006, un temps de travail mensuel moyen pour ce salarié de 75,6 heures alors que le volume mensuel contractuel est de 78 heures.

La période d'annualisation du temps de travail de la structure étant de juin à mai, un dernier avenant est signé pour les 2 derniers mois (avril, mai) faisant passer le temps de travail contractuel de 78 à 140 heures mensuelles. Au cours de cette période, on observe que le nombre d'heures complémentaires décroît jusqu'à atteindre 24.02 heures. Nous constatons un volume contractuel surévalué de 27,89 heures en moyenne sur ces 2 derniers mois, permettant au nombre d'heures majorées en fin de période de passer de 79.79 à 24,02 en 2 mois. Ce même schéma se retrouve sur la deuxième période de juin 2007 à mai 2008 où le volume contractuel, c'est-à-dire le salaire est une fois de plus sous-évalué puisque les cinq premiers mois, les heures complémentaires augmentent de manière importante avant la signature d'un avenant portant à 130 heures le volume contractuel et faisant ainsi baisser le nombre d'heures complémentaires. Bien que sur la période observée, le volume horaire contractuel ait une tendance à s'accroître, il n'est pas sans rappeler les formes de contractualisation mandataire abordées dans le chapitre 2. On constate que les variations de salaire, pour le salarié, suivent globalement la croissance de ses activités. Contrairement à l'annualisation du temps de travail qui permet de moduler les heures de travail tout en garantissant un revenu mensuel constant, l'utilisation des avenants sert à moduler le temps contractuel selon les mois de l'année, faisant disparaître la stabilité du revenu possible avec l'annualisation. Cette stratégie reporte, tout comme pour les autres modes d'emploi, les risques de variation d'activité sur le salarié.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 7 : Variation des heures complémentaires par rapport à l'introduction d'avenants pour une salariée.



Lecture : de juillet à décembre 2006 le volume horaire contractuel mensuel de la salariée est de 55 heures. Sur la même période, le nombre d'heures supplémentaires par rapport au volume d'heure contractuel passe de 0 à 87,07 heures.

L'observation de la situation de ce salarié n'a rien d'original au sein de la structure associative que nous avons étudiée. Nous avons pu observer cette situation dans plus de la moitié des cas uniquement auprès des salariés en contrat prestataire (c'est-à-dire en contrat directement avec l'association), la situation des salariés mandataires ne permettant pas de moduler le temps de travail de cette manière.

1.3 Les jours de congé pour lisser l'activité

La situation observée sur l'année n'est qu'une stratégie que l'on pourrait qualifier de gestion comptable du temps de travail dans le cadre d'une organisation à long terme des contrats. Nous allons aborder maintenant l'organisation au jour le jour des emplois du temps et des remplacements. En effet, majoritairement dans les cas de maladie et d'accident, les remplacements des salariés doivent se faire du jour au lendemain. Ces situations n'autorisent que très rarement la possibilité d'un recrutement, d'autant plus difficile et inutile qu'il s'agit d'un remplacement d'une intervention pour un temps court, voire très court. Dans cette situation, la solution la plus adaptée serait la recherche d'un salarié travaillant ce jour-là. Or la solution couramment utilisée consiste à recourir à un salarié en repos, ce qui n'est pas sans effet sur le temps hors travail des salariés.

> ***« C'est vrai que j'ai encore beaucoup de soucis avec mon mari, je peux pas me permettre d'avoir du monde chez moi, ça m'arrive souvent, je ne sais pas comment elles font les filles, mais ça m'arrive souvent que je travaille pendant mes jours***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

> ***de repos, je me repose jamais, par exemple demain malgré que ce soit mon jour de repos, j'irai travailler, c'est beaucoup de tracas avec mon mari mais j'irai quand même (…) écoutez un exemple, samedi dimanche, le 18, le matin, c'est mon jour plein, je devais pas travailler mais je devais partir à Paris, ça faisait au moins deux mois que j'avais prévu de faire ça donc j'avais acheté des billets pour le Zénith, bon, l'hôtel était payé tout était payé, je devais pas partir avec mon mari, haha ! Et puis à la dernière minute il y a une fille qui tombe malade. J'ai dit pas possible, j'allais annuler »***
>
> ***(Hanisa, 53 ans, diplômée, aide à domicile depuis 7 ans)***

Ce *« modèle domestique »* de disponibilité temporelle, fondé sur la disponibilité à autrui et mobilisant des compétences invisibles et naturalisées comme « féminines », et responsable de la *« norme flexible hétéronome »* de ces emplois (BOUFFARTIGUE, 2005) ne semble pas lié à la formation des salariés mais bien à une organisation particulière du travail qui pourtant devrait être mieux à même de rééquilibrer la relation entre le donneur d'ordre, la personne âgée et le salarié intervenant.

> ***« Je travaille une semaine sur deux, j'ai un week-end sur deux en repos, donc souvent… je remplace mes collègues binômes ces jours-là. Et puis je fais beaucoup les remplacements, jamais je refuse alors…***
>
> ***Vous pensez que refuser ce n'est pas bon ?***
>
> ***Ben c'est surtout pour L'association, parce qu'on peut refuser une fois je crois, ou deux, puis après c'est lettre recommandée … m'enfin ça dépend pourquoi on refuse. »***
>
> ***(Carole, 53 ans, diplômée, aide à domicile depuis 7 ans)***

Cet ensemble d'éléments fait de ces salariés des salariés captifs et oblige les structures à une rationalisation économique extrême. Il conduit à des formes d'organisation contraires au droit du travail et, bien entendu, aux principes de l'économie sociale et solidaire.

Par conséquent, même si globalement, on observe un accroissement du volume horaire de travail des salariés et donc une augmentation de leurs revenus, nous nous accordons à dire que l'association fait reposer les variations d'activité sur le salarié. C'est pourquoi, nous souhaitons relativiser le discours commun qui tend à surestimer la protection liée au salariat dans le mode prestataire.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2. Évolution des relations de travail : la double subordination

Le sens commun veut que le travail en association soit une variante tempérée des relations de travail du marché classique. Trautmann et al. reprennent le discours des dirigeants d'association en ces termes : *« nous avons observé que revenait souvent l'idée que cette qualité serait fortement liée à l'intérêt que leur salarié pouvait trouver à leur travail, parce que le fait de travailler dans un cadre associatif était susceptible plus qu'ailleurs d'offrir un sens à ce travail»* (TRAUTMANN et *al.,* 2009, p.145). Toutefois, il apparaît que le sens du travail est fortement corrélé à l'activité plus qu'au statut associatif, ce qui ne fait pas oublier que le secteur de l'aide à domicile se caractérise par une des plus mauvaises qualités de l'emploi (DEVETTER et *alii*, 2008).

Ainsi, alors que les conditions de travail ne s'améliorent pas en termes de contrats et de volume de travail, on observe une gestion du travail plus rigide avec la mise en place d'une surveillance accrue par l'entremise de « contrôles directs » (Devetter, 2002, p. 61) permis par les nouvelles technologies. Cette évolution se fait en parallèle d'une responsabilisation de la salariée au regard de son employabilité vis-à-vis du client. Les éléments présentés ici ne sont pas propres à l'aide à domicile, puisque l'évolution de l'organisation des services suit cette même orientation (Ibid.).

2.1 Pointer et surveiller…le modèle industriel

Le pointage instauré au sein de l'association depuis 3 ans est un bouleversement important de l'organisation du travail. Justifié par la situation de vulnérabilité des personnes âgées ou l'absence des clients lors de l'intervention, l'association a choisi la mise en place d'un pointage téléphonique. Ce système, même s'il est pour bon nombre de salariés synonyme de perte d'autonomie, permet de cadrer les débordements de chaque intervention. Ce pointage, par ailleurs directement lié à une augmentation du coût pour le bénéficiaire en cas de dépassement, peut se révéler salutaire pour la salariée souvent dans l'incapacité de refuser les demandes d'un client tout en devant respecter un emploi du temps serré.

En plus du contrôle des « bornes » de l'intervention, les salariés sont surveillés de manière aléatoire lors de visites « surprises » sur leur lieu de travail dans l'objectif de vérifier les modalités et la qualité de l'activité.

Ces deux modifications ont pour conséquence de réduire les marges de manœuvre des salariés. En effet, jusque-là, les aides à domicile ont utilisé leur savoir-faire pour moduler en fonction du besoin leurs interventions. Ainsi, elles se permettaient d'allonger le temps de présence lors d'une intervention, toute en récupérant le surplus de temps dans le cadre d'une autre intervention plus tardive, sur le modèle de l'expert à domicile, infirmière libérale ou aide-soignante en SSIAD[122] qui ne

[122] Pour plus d'information voir le Chapitre 7, point 2.3.1 Qu'est-ce qu'un SSIAD, p.258.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

comptabilisent pas leurs temps d'intervention. Par exemple, si elles utilisent des minutes en plus une certaine semaine lors d'une intervention de toilette, elles les récupèrent sur une intervention de ménage.

La définition des tâches, quant à elle, est dans le cas de la dépendance et selon le département plus ou moins précise et définie. Dans le département étudié, les plans d'aide, c'est-à-dire l'organisation de l'aide payée par l'Etat, définissent pour chaque intervention une durée, une fréquence dans la semaine, pour chaque activité qui doit être réalisée. Cette situation pourrait paraître dirigiste, toutefois, le flou entourant l'organisation et le contrôle permettaient de nombreuses possibilités de redéfinition, d'abord entre la structure et la personne âgée, et bien sûr entre la personne âgée et la salariée qui intervenait au domicile. Depuis[123], le contrôle des dépenses publiques liées à la dépendance s'est accru, optimisant les interventions. Cette optimisation s'est traduite par un contrôle de plus en plus important reporté sur les salariés qui jusqu'alors s'autorisaient une marge de renégociation de l'activité. Ainsi une heure de ménage définie dans un plan d'aide pouvait dans certains cas et selon le besoin formulé se transformer en accompagnement de la personne dépendante pour des achats alimentaires. Aujourd'hui, ce genre de renégociation est plus difficile, voire impossible.

Ces éléments tendent à montrer que les espaces d'autonomie que s'étaient aménagés les aides à domicile dans le cadre d'un savoir-faire et d'une évaluation du besoin tendent à disparaître progressivement dans le cadre d'un contrôle de plus en plus strict de leur activité. Alors que les aides à domicile sont de mieux en mieux formés et de plus en plus experts, leur latitude dans le travail tend à se réduire. Egalement, le système de pointage et de vérification au domicile de l'usager met l'aide à domicile dans une situation de double subordination par rapport à la relation redéfinie au sein du travail chez l'usager. Cette double subordination liée à l'organisation prestataire du service est amplifiée par le recours aux nouvelles technologies comme le note Marie Hjalmarsson dans le cas de la Suède (HJALMARSSON, 2009)

2.2 Négocier et conserver son emploi

L'activité quotidienne est de plus en plus surveillée et encadrée : s'agit-il d'une forme de standardisation des salariés ? Non, puisque le service tend à se standardiser, on observe que la stratégie d'offres de service de l'association fonctionne en partie comme du placement de salarié. Les salariés ne sont pas complètement interchangeables, puisqu'ils doivent s'adapter afin de réussir leur « placement » auprès d'un client.

[123]Ce phénomène de rationalisation des dépenses s'est progressivement développé avec la montée en charge de l'APA depuis 2002, qui est aujourd'hui le poste de dépense le plus important des départements, non compensé par l'Etat.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Suite à la demande de service provenant du client et en fonction des horaires demandés, le chef de secteur recherche une salariée disponible et qui, de préférence, correspond selon son avis aux attentes du client. *« Souvent les personnes âgées ou leur famille expriment leurs attentes en souhaitant que l'aide soit apportée par une femme d'un certain âge et de préférence ayant eu un parent âgé à charge »* (MESSAOUDI, 2009, p.221). Dans un second temps, souvent à la demande du client, il est demandé au salarié d'aller se présenter et bien souvent de faire un essai. Il doit s'adapter au client qui souvent lui fait nettoyer l'habitation, pour l'essai… Cet « entretien » n'est pas rémunéré. La position dominante du client place la structure, et donc le salarié, dans une situation de double subordination à la structure prestataire et au client (HJALMARSSON, 2009), la sélection du salarié incombant en dernière instance au client.

Bien que choisi, le salarié n'est pas assuré de conserver son emploi, le client pouvant à tout instant demander le changement de la personne intervenant à son domicile. Lors de remplacements pour absence ou congés par exemple, les clients peuvent être séduits par l'aide à domicile remplaçante, comme Nathalie nous le raconte :

> ***« … et en fait, moi, ça s'est toujours bien passé. Je vous dis, parfois je fais des remplacements et les clients me disent « Ah ! Vous ne pouvez pas revenir et tout ». Je leur dis non, je remplace la fille parce qu'elle est malade après on se verra plus. Y en a même quelquefois qui téléphonent à l'association pour demander que je la remplace. »***

Même si Nathalie dit ne pas récupérer les contrats de ses collègues, l'observation de certains contrats de travail relatifs à une personne dépendante, laisse toutefois voir la substitution d'une salariée par une autre après un ou plusieurs remplacements auprès d'une même personne. Cela n'a rien de surprenant lorsque l'on sait que les remplacements correspondent au principal mode de recrutement. En effet, un grand nombre de salariés signent leur premier contrat à durée déterminée avec l'association dans le cadre d'un remplacement d'un salarié absent ou malade (voir chapitre 2). Il n'est pas rare que certaines aides à domicile perdent ou gagnent des « dossiers »[124] lors d'absences ou de remplacements.

Cette situation de rationalisation de l'activité et une certaine mise en concurrence des salariés remettent en question la vision tempérée que l'on pourrait avoir d'une association d'aide à la personne. Cette description et cette approche du travail pourraient être sans trop de conséquence si elles n'avaient pas d'impact sur la rémunération. En effet, la croyance selon laquelle la position de salariée de l'association protège de la précarité, dans le sens où cette position réduit

[124] Terme utilisé par les aides à domicile pour parler des contrats sur lesquels elles travaillent.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

l'incertitude du lendemain sur la régularité du revenu, peut être remise en question par l'observation de la gestion des contrats et des heures de travail.

3. Entre théorie et pratiques dans l'aide à domicile intermédiée

Tout comme pour Géraldine GUILLAT, il nous semble « *illusoire d'opposer le monde froid et déshumanisé de l'économie marchande au monde altruiste, désintéressé et communautaire de l'économie sociale, comme cela est parfois le cas dans la littérature portant sur ce thème. L'économie sociale ne désigne pas un secteur précis, défini par des rapports économiques et sociaux spécifiques* » (GUILLAT, 2004, p.99-100). Il s'agit ici de s'interroger sur la situation d'une structure au regard des principes dont elle dit s'inspirer. En effet, tout comme l'a montré Florence Gallois, « *les OASP [Organismes Agrées de services à la personne] se trouvent dans une situation de price-taker, où les possibilités de reconnaissance monétaire du travail des salariés apparaissent dépendre davantage des financeurs des services sociaux et des consommateurs de services que d'une négociation menée dans le cadre d'un rapport salarial flexible* » (GALLOIS, 2009, p.230). Conscients que ce qui est observé au sein de cette structure ne correspond pas à une volonté délibérée de maintenir de mauvaises conditions de travail, mais est bien le résultat de différentes contraintes (le financeur de l'aide, les Conseils Généraux, mais aussi les consommateurs dans une situation de « libre choix »), nous nous sommes interrogés sur le développement de cette structure vers un modèle industriel de moins en moins soucieux des particularités du secteur qui en définitive retombent sur le salarié.

Après être entrés dans le fonctionnent du service associatif d'aide à domicile, nous souhaitons faire le point sur une vision théorique de l'économie sociale et donc sur les fondements de l'association étudiés au regard de ce qu'ils sont. Par ailleurs, ne souhaitant pas attribuer à l'association étudiée une volonté spécifique, il convient d'expliciter le contexte actuel français qui l'a contrainte à optimiser au maximum la gestion de sa main d'œuvre et donc à dégrader les conditions de travail des salariés dans une perspective de survie de la structure associative.

3.1 Economie sociale ?

L'économie sociale désigne un secteur spécifique de l'économie. « *Cette formalisation de l'économie sociale en tant que secteur économique peut être considérée comme le résultat de trois étapes : d'abord, l'identification d'organisations différentes concourant au « progrès social » (Gide au début du siècle), ensuite la formalisation théorique d'un secteur coopératif (Fauquet dans les années trente), enfin son élargissement à l'ensemble des organisations qui constituent l'économie sociale (Vienney et Desroche à partir des années soixante-dix)* » (BIDET, 2003, p.162). C'est à partir des années 1980 que l'économie sociale s'est développée sous différents statuts (coopératif, mutualiste et associatif) et dans de multiples secteurs. Eric Bidet note deux malentendus relatifs à l'économie sociale : 1° l'économie sociale est a-

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

capitaliste mais non en dehors du secteur marchand ; 2° « *l'objet revendiqué de l'entreprise d'économie sociale n'est pas, par ailleurs, de proposer des conditions de travail particulièrement favorables [...] mais de servir l'intérêt de ses sociétaires qui ne sont pas, en général, les salariés* » (Ibid., p.163).

Les organisations répondant à ces demandes par le développement d'activités mettent en place de nouvelles modalités de gestion de la ressource humaine plus proches d'une gestion d'entreprises associatives (HELY, 2004) ou d'entreprises sociales (LAVILLE & SAINSAULIEU, 1997). Pourtant, la logique de solidarité envers, d'une part, les bénéficiaires et d'autre part, les agents salariés et bénévoles de l'association (STREICHER, 2008) devrait intégrer« *les valeurs de l'action sociale (qualité du service relationnel) et de l'économie solidaire (entraide et redistribution) »* (Ibid. p. 13*)* afin de résoudre *« les tensions émanant d'une entrée en économie marchande* » (Ibid. p.13).

Le glissement des associations vers la forme d'organisations prestataires construites pour répondre à la fonction du marché comme régulateur du financement des services et de leur rapprochement de la demande locale (LAVILLE, 1993 ; BODE, 2005 cité par STREICHER, 2008) amène à poser la question du maintien des principes de qualité relationnelle dans cette adaptation. En effet, « *les partisans de l'économie sociale ne sont pas suffisamment clairs sur les normes juridiques qui devront encadrer l'emploi dans l'économie sociale* » (MEDA, 1999, p.401) et sur ce qui peut les différencier du secteur capitaliste.

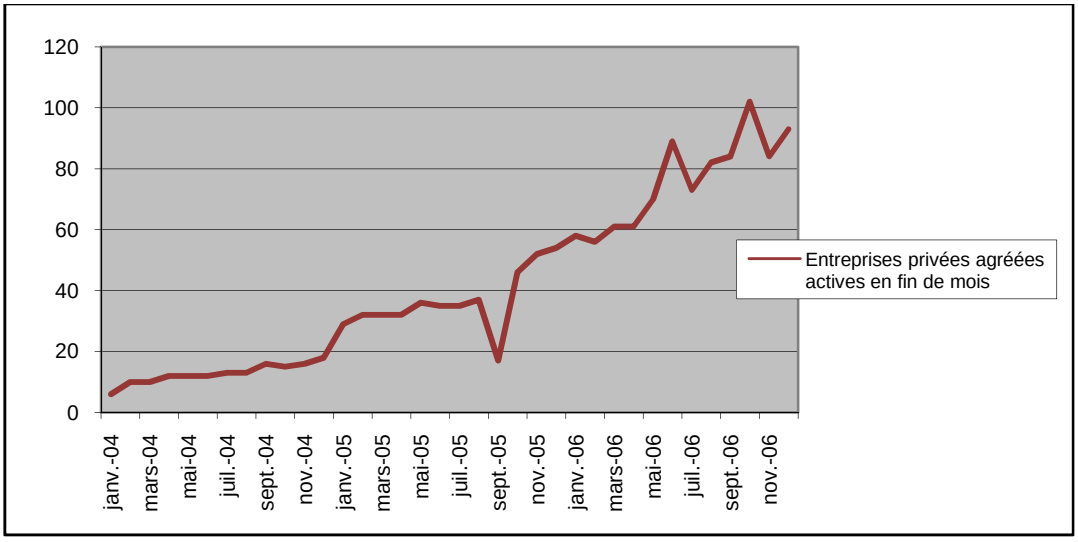
3.2 Montée en charge et mise en concurrence

Les associations d'aide à la personne sont présentes en France depuis plus de 30 ans. À l'origine actrices des services de proximité et de l'insertion professionnelle (LAVILLE, 2000), ces associations d'aide à la personne se sont spécialisées progressivement au cours des années 1990 dans la prise en charge de la dépendance. C'est véritablement la prise en charge publique de ce « *5ème risque » par l'intermédiaire de la création de plusieurs prestations sociales (« prestation spécifique de dépendance » en 1997, et depuis 2002, « allocation personnalisée à l'autonomie* » (APA)) (LE BIHAN-YOUINOU, 2010) qui a permis le développement du secteur et majoritairement des associations. Légalement depuis 1996, et incitées de manière importante depuis 2005 avec la mise en place de crédits d'impôts, de plus en plus d'associations et d'entreprises ont investi ce marché (figure ci-dessous), majoritairement dans le cadre d'un agrément simple ne leur permettant pas de réaliser des « gestes au corps »[125]. Néanmoins, certaines d'entre elles ont investi le secteur des personnes dépendantes.

[125] Terme utilisé au niveau du département pour définir l'ensemble des aides correspondant à la toilette, aide à l'habillage, change, aide pour manger.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 8 : Evolution du nombre d'entreprises privées agréées actives en fin de mois dans la région concernée par l'enquête.



Source : DARES

Les entreprises privées ne sont pas les seules à avoir investi le secteur. Bon nombre de nouvelles structures associatives se sont créées pour répondre à la montée en charge du nombre d'allocataires dépendants à domicile, passé de 197 000 à 686 000 personnes entre septembre 2002 (KERJOSSE, 2002) et septembre 2009 (DEBOUT & LO, 2009). Par ailleurs, nous pouvons nous autoriser à penser que l'emploi direct ou de gré à gré, même s'il est encore mal connu, semble être un statut plus souple d'organisation de l'aide qui participe à la flexibilité de l'offre globale d'aide et au maintien par les associations d'une partie du modèle domestique, la norme de disponibilité temporelle.

Cet ensemble de facteurs pourrait être à l'origine de l'incapacité des structures à améliorer les conditions de travail particulièrement mauvaises que nous avons observées comme d'autres chercheurs (DEVETTER & alii, 2008).

3.3 Evolution du public type des salariés

Cette évolution vers un modèle industriel s'observe aussi dans l'évolution des portraits types recrutés pour les postes de gestion. De personnes recrutées avec des formations en lien avec l'économie sociale (HUNTZINGER & MOYSAN-LOUAZEL, 1999 ; TRAUTMANN, 2009), à un moment où « *la promotion interne constitue la voie principale d'accès* » (CHERONNET & GADEA, 2010, p. 74) au recrutement, pour des postes d'encadrement, de managers indifférenciés, on observe une évolution des cadres associatifs. Dans l'association étudiée, les salariés, à l'origine militants et de formation orientée vers le social (DESS « développement local et solidaire » pour la responsable de l'association), ont progressivement été remplacés par des salariés dont la formation ne prédestine pas directement à l'associatif ou au secteur de l'aide

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

à domicile (« Gestion des entreprises d'insertion » et « Gestion des entreprises et des administrations » pour les deux responsables de secteur). Ainsi, dans l'association étudiée, les responsables de secteur sont recrutés pour leurs qualifications administratives, comme en témoigne plus particulièrement le cas de Nadine, recrutée après une formation informatique pour sa connaissance du logiciel de gestion d'emploi du temps. Par la suite, elle est aussi devenue responsable de secteur.

En France comme en Belgique (GILAIN, 1999), les associations d'économie sociale et en particulier les associations d'aide à domicile ont joué dans l'histoire récente du secteur (depuis les années 1980) un rôle important dans l'insertion professionnelle ; insertion professionnelle de femmes dans des métiers de femmes, certes, mais tout de même insertion professionnelle. Depuis le début de la dernière décennie, cet état des choses tend à se modifier.

Nos données nous permettent d'observer une évolution importante du mode de recrutement. Au début de la décennie, les salariés recrutés se trouvaient dans des situations de recherche de complément de revenu, les salariés étaient majoritairement des femmes dont l'expérience était principalement familiale, elles ne possédaient aucun diplôme. Depuis le milieu de la décennie, de nouveaux profils sont recherchés. Ce ne sont plus des femmes en recherche de complément de revenu, mais celles ayant besoin d'un revenu à part entière. Elles sont de plus en plus souvent célibataires et sont recrutées alors qu'elles vivent de minima sociaux ou du chômage contrairement aux femmes recrutées auparavant qui se déclaraient inactives avant l'embauche. Ces nouvelles employées sont pourvues d'expériences solides dans le secteur de l'aide à domicile ou sont en possession d'un diplôme qui n'est pas spécifiquement associé au monde de l'aide à domicile. Soulignons que l'amélioration de la qualité de la main d'œuvre n'a pas été suivie d'une amélioration de la qualité des contrats de travail, de plus en plus courts pour un volume horaire constant.

À partir de ce constat et de nos données, nous avons conclu que les salariés récemment embauchés se trouvaient dans une situation de déclassement ou de reclassement social puisqu'ayant dans une majorité des cas des diplômes dans des domaines différents du travail sanitaire et social, et aussi, de niveau parfois supérieur au diplôme le plus élevé du secteur.

L'évolution constatée chez les salariés intervenants, déjà constatée dans le chapitre 1 semble être un élément important ayant permis au secteur d'opérer un tournant vers un management et une gestion du travail plus libéraux.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

De l'économie sociale au modèle industriel

Le constat que nous faisons rejoint celui d'Annie Dussuet et Dominique Loiseau : « *le développement des services d'aide à domicile s'est [ainsi] traduit par la montée d'un emploi féminin précaire, y compris dans les associations plaçant le secteur associatif dans une position inconfortable de mauvais employeur et faisant planer le doute sur ses capacités à développer des services préservant à la fois qualité du service rendu et la qualité de l'emploi des prestataires.* » (DUSSUET & LOISEAU, 2007, p. 124). Géraldine Guillat « *reproche à l'économie sociale de remplir des missions qui devraient être assurées par l'Etat* » (GUILLAT, 2004, p.105-106). Cette forme de délégation de service public aux associations permet de réduire les coûts et d'améliorer la flexibilité du service rendu. Malgré une appartenance à l'économie sociale, l'association étudiée montre une réalité quotidienne peu compréhensive au regard de la situation sociale souvent précaire des salariés. Ce ne sont pas forcément les intentions de l'association vis à vis de ses salariés qui sont à mettre en cause, mais plutôt les contraintes extérieures à l'association, ainsi que les modifications au sein de la structure.

Cela pousse à s'interroger sur l'orientation prise par la politique de dépendance et les structures d'économie sociale du secteur. Alors que les associations étaient une forme de passerelle d'intégration et d'insertion pour les femmes non qualifiées qui permettait à des femmes inactives, sans formation, rejetées du système productif, de trouver une reconnaissance et une utilité sociale dans le cadre d'une organisation plus souple que celle du marché du travail classique, le public salarié a aujourd'hui changé et l'association d'économie sociale étudiée est devenue productrice d'inégalités et de conditions de travail aussi dures que celles de l'économie capitaliste. De plus, les nouvelles stratégies s'inscrivent souvent dans un mode industriel qui tend à réduire l'espace réellement reconnu à la relation de service (UGHETTO & alii, 2002*).*

Comme nous venons de le souligner, la réponse apportée par les modes intermédiés est imparfaite pour le salarié. L'évolution des salariés en parallèle d'une industrialisation de la réponse apportée par les modes intermédiés ne semble ni prendre en compte l'amélioration de la formation des salariés, ni améliorer les conditions d'emploi.

Toutefois, le modèle porté par l'association présente certains avantages. Du côté de la personne âgée et de sa famille, le modèle industriel permet une continuité de service et une garantie sur la standardisation de l'aide apportée. L'association, par sa capacité à évaluer l'évolution des besoins, peut accompagner les personnes âgées et leur famille tout en simplifiant les démarches administratives. Du côté du salarié, l'association par son rôle centralisateur, concentre la demande et facilite ainsi la rencontre entre ses salariés et la demande des personnes âgées dépendantes,

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

favorisant pour le salarié un accès à plus d'heures de travail. Elle joue par ailleurs un rôle de médiateur dans les conflits entre les personnes âgées et le salarié tout en valorisant le salarié par la reconnaissance du diplôme dans sa rémunération.

Les transformations que l'on a observées dans le mode intermédié font ainsi émerger deux questions. Qu'en est-il de l'autre mode d'emploi, l'emploi direct ? Comment penser le maintien à domicile dans une construction formalisée telle que nous le propose le modèle industriel alors que l'on connaît le côté particulièrement évolutif de la dépendance des personnes âgées ?

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Partie 2 : L'aide à domicile dans la co-production du maintien à domicile

La question de la place du modèle domestique est une double question. D'abord celle de sa place au niveau macro analytique, au sein du dispositif public de prise en charge dans lequel il est devenu minoritaire par rapport au mode prestataire. Ensuite, celle de la place de l'aide à domicile en emploi direct dans l'organisation et l'évolution de la prise en charge de la dépendance.

Se focaliser maintenant sur le modèle domestique oblige à changer de point de vue. Alors que le modèle industriel peut être interrogé sur son mode productif (au sens de la production de services), le modèle domestique demande à être interrogé non pas comme l'organisation de la production d'un service au sens de l'organisation d'une structure industrielle, mais bien comme l'organisation de la production d'un service au sein de l'espace domestique. Le modèle domestique de production de l'aide à domicile est, tout comme le modèle industriel, pris dans un cadre d'organisation qui varie selon les territoires.

Différence primordiale entre modèle industriel et modèle domestique, le service se construit soit sur un standard extérieur comme nous l'avons vu dans la partie 1, soit dans une forme de co-construction entre les différents protagonistes du foyer de la personne dépendante.

Afin de décrire au mieux les conditions de la production dans le modèle domestique, il convient alors de nous intéresser en premier lieu à l'organisation domestique du domicile de la personne âgée, puisqu'il ne s'agit pas uniquement de sa prise en charge propre, mais du maintien de son environnement en complément de l'aide directe qu'elle reçoit. On abordera donc dans un premier temps la construction de l'activité d'aide à domicile par rapport à l'ensemble de l'organisation du domicile. Afin d'observer cette organisation, nous avons choisi d'observer l'organisation de l'activité depuis un centre local d'information et de coordination (CLIC) nous

permettant d'observer l'ensemble des acteurs aussi bien professionnels que familiaux.

A travers la situation exceptionnelle de ce CLIC particulièrement doté en personnel et en moyens, nous pouvons observer l'évolution du modèle domestique qui sinon demeure isolé puisque souvent défini par l'emploi direct caractérisé par une certaine forme d'isolement. Ce mode d'entrée sur le terrain permet de placer l'emploi direct dans un environnement qui s'étend au-delà du binôme classique employeur-employé et de l'observer selon différentes configurations d'aide. La caractéristique principale de ce mode d'emploi étant la flexibilité, nous reviendrons sur les formes d'organisation du travail dans les deux départements étudiés avant de décrire l'activité de l'aide à domicile en emploi direct.

L'emploi direct troisième et dernier mode de recours à l'aide à domicile, est caractéristique de la persistance du modèle domestique. Après avoir replacé l'aide à domicile dans le maintien à domicile selon les caractéristiques des deux territoires étudiés, nous présenterons l'aide à domicile en mode emploi direct à travers le regard d'une structure de coordination, le CLIC. On observera les différentes configurations qui placent le salarié en emploi direct tantôt en simple « femme de ménage », tantôt en « aide soignante coordinatrice ». Bien que ces observations soient plus faciles à partir du travail sur le mode emploi direct, moins formalisé et donc plus enclin à adapter - ou pas - ses activités/compétences aux besoins, ces observations peuvent dans une certaine mesure s'adapter aux salariés des modes intermédiés. En effet, en dehors de leur activité intermédiée, certains des salariés rencontrés rendent, à la demande des clients, des services qui participent au maintien à domicile sans être rémunérés et en ne respectant pas leurs contrats. Dans ce sens, le modèle d'aide devient plus proche du modèle domestique qu'industriel.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Chapitre 5 : L'aide à domicile un chaînon du maintien

Penser le modèle industriel et intermédié d'aide à domicile comme opposé au modèle domestique de l'emploi direct sans organisation ne nous semble pas pertinent[126]. En effet, le point de vue que nous avons choisi pour le travail sur la production de services intermédiés est d'une certaine manière trop restrictif pour appréhender l'environnement global nécessaire au maintien à domicile d'une personne âgée. Le biais de cette analyse est qu'elle place l' « aide à domicile » au sens de l'activité et du salarié du même nom comme centrale et prédominante dans le processus de maintien à domicile. Ce phénomène de myopie, qui nous a conduits à nous focaliser dans un premier temps sur une structure comme organisation centrale de l'aide, est en réalité amplifié par l'importance relative des structures d'aide et de coordination sur les territoires.

Ce chapitre décrit donc une approche en termes de territoire afin d'expliquer la myopie du premier terrain et décrit, à travers une structure de coordination, la place effective de l'emploi direct dans le maintien à domicile sur un second territoire.

Après avoir décrit deux modes d'organisation de l'aide, nous reviendrons sur les modalités d'émergence des structures de coordination et leur rôle, avant de montrer la place de l'aide à domicile.

1. Deux départements, deux situations

On ne s'est pas interrogé de la même manière et à travers les mêmes objets sur les deux terrains. La première partie du travail que nous présentons ici s'est focalisée d'abord sur un premier terrain, une structure intermédiaire qui est apparue centrale dans l'analyse que nous venons de mener (Partie 1). Le travail sur le deuxième terrain présente quant à lui un foisonnement d'acteurs que nous n'avions pas vus lors du premier terrain (ce que nous avons d'abord attribué à une lacune d'observation). Il est apparu en réalité que les deux terrains présentaient des caractéristiques sociales très marquées et que l'organisation territoriale de la prise en charge de la dépendance s'en voyait profondément modifiée malgré sa définition au niveau national.

En effet, il est important de préciser des différences très importantes en termes de démographie. Ce sont, en partie, les caractéristiques socio-démographiques qui expliquent les différentes orientations des territoires que nous allons développer.

[126] Les territoires étant particulièrement inégaux devant les politiques de la dépendance, nous verrons que pour le département pour lequel nous nous sommes intéressés aux modèles domestiques l'opposition n'est pas valable.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Le premier tableau présenté (Tableau 20) offre un aperçu des différences entre les deux territoires étudiés. Le Territoire 1V correspond à l'unité urbaine comprenant l'agglomération de commune étudiée selon la nomenclature 99 de l'INSEE sur laquelle intervient l'association et le territoire 2N présente le deuxième terrain, cette fois-ci une commune.

Tableau 20 : Populations comparées des deux terrains d'enquête

INSEE RP 1999	Territoire 1V		Territoire 2N	
Actifs	Ayant un emploi	Chômeurs	Ayant un emploi	Chômeurs
	76,30%	23,20%	91,20%	8,60%
Population	De 60 à 74	De 75 ans et plus	De 60 à 74	De 75 ans et plus
	13,8%	5,9%	15%	12%

Source : Recensement de la population 1999, INSEE.
Lecture : le taux de chômeur de la population active est de 23,20% sur le territoire 1V et de 8,60% sur le territoire 2N. Les plus de 75 ans représentent 5,9% sur le territoire 1V et 12% sur le territoire 2N.

Les taux de chômage entre les deux terrains diffèrent de 14,60 points sur l'ensemble de la population et de 16,7 pour les femmes. Le taux de chômage du territoire 1V est beaucoup plus important quelle que soit la catégorie retenue. En effet, la lecture du tableau 20 montre un taux de chômage de 23,20 sur le territoire 1V. Ce taux de chômage très important est une des caractéristiques du territoire 1V qui explique l'accent mis plus particulièrement sur le développement de l'emploi dans le cadre du développement de l'organisation de la prise en charge de la dépendance.

En observant les données relatives à l'âge de la population, on montre une importante concentration des personnes âgées de plus de 60 ans dans la commune 2N. Cette concentration est supérieure à la moyenne nationale et on observe des proportions dans la population totale de la commune 2N de respectivement 13,5% et 7% pour les personnes âgées de 60 à 74 ans et 75 et plus. Ces données permettent de mieux comprendre l'implication de la commune dans l'accompagnement des personnes âgées qui représentent une part importante de la population et donc des électeurs.

1.1 1V : un territoire préoccupé par l'emploi

La communauté d'agglomération étudiée comme premier territoire rassemble 35 communes de l'arrondissement, et compte environ 190 000 habitants.

Territoire défavorisé, le solde naturel du territoire, pourtant très positif (+ 13 000 personnes entre 1990 et 2005), est annulé par le solde migratoire (- 13 500 personnes) lié à un chômage important. Au niveau régional, au 31 mars 2011, plus de 30 000 demandeurs d'emploi étaient inscrits dans le secteur des services aux

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

personnes, faisant de ce secteur le deuxième poste en termes de chômage. En hausse de 10% sur 1 an, il est à 95% féminin avec plus de 26% des chômeuses âgées de plus de 50 ans contre 15% de moins de 26 ans.

Le travail à domicile s'est fortement développé depuis 2002. En 2004, on comptait 1 585 aides à domicile en équivalent temps plein contre 912 en 2002 (62 associations), soit une augmentation de près de 74 %. Le nombre moyen de personnes travaillant en équivalent temps plein (ETP) par association est passé de 14,7 à 23,7, soit une augmentation de plus de 60 % entre 2002 et 2004.

Le territoire que l'on étudie est particulièrement marqué par la dépendance et en particulier par la volonté du maintien à domicile. D'une part, 7,3% des personnes âgées de plus de 60 ans touchent l'APA. D'autre part, 90% des bénéficiaires de l'APA sur ce territoire reçoivent l'allocation à domicile, situation exceptionnelle puisqu'au niveau national, seul 61,2% des allocataires en bénéficient[127].

Les services d'auxiliaire de vie sur la commune datent du début des années 60, les services de laverie sociale des années 70, la téléalarme, les repas à domicile et SSIAD depuis les années 80. Toutefois, bien que le paternalisme industriel, très présent dans la région, ait porté les services sociaux jusque dans les années 80, les années 90 ont été marquées par un recul de ces infrastructures, jusque dans les années 2000, date à laquelle la question de la dépendance a ré-émergé de manière brutale (canicule de 2003), assortie de financements publics (PSD puis APA) porteurs de probables créations d'emplois.

La communauté d'agglomération de 1V totalise aujourd'hui[128] 50 organismes offreurs de services à la personne et 1200 salariés dans le secteur des services à la personne. L'emploi direct, lui, emploie 3800 salariés auprès de 7600 employeurs particuliers.

Les organismes de services à la personne sont 7 CCAS (Centres communaux d'actions sociales), 20 associations et 25 entreprises (dont 4 auto-entrepreneurs), pour un chiffre d'affaire de 18 000 000 d'euros.

Les deux tiers des organismes sont centrés sur des activités liées aux personnes âgées dépendantes et aux tâches ménagères. Les tarifs horaires moyens facturés sont de 19 euros, les CCAS étant en moyenne à 17 euros, les associations à 17,7 euros et les entreprises à 21,5 euros. La plus grande partie des salariés des

[127] DREES, enquête trimestrielle auprès des conseils généraux, 2011

[128] 2009

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

organismes sont en association (67%) contre 12% en CCAS et 11%, en entreprises. 11% des salariés sont des hommes.

La commune principale organise l'aide aux personnes âgées en s'appuyant sur son CCAS et sur 2 associations principales (environ 50% de l'effectif salarié de l'ensemble des organismes de services à la personne). La prise en charge des personnes âgées par le CCAS semble demeurer concentrée sur la population la plus en difficulté. On constate, en effet, que la communication du CCAS présente un réseau de professionnels « à votre disposition en cas de grande difficulté ». Les services proposés par celui-ci sont : activité d'aide à domicile ; service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; visite de bénévoles ; portage de repas ; téléalarme ; laverie ; transport. L'ensemble des services est payant pour autant qu'il ne soit pas pris en charge par une des caisses de sécurité sociale ou de solidarité. Le CCAS assume par ailleurs sa mission première pour l'instruction de l'aide légale et extra-légale limitée au secours trimestriel pour les plus démunis, par distribution de colis de fin d'année.

Les politiques en faveur des personnes âgées sont donc principalement limitées aux prestations légales. La situation économique du territoire aux prises avec des problématiques d'emploi très importantes pour ce territoire particulièrement touché par le chômage semble expliquer la faiblesse des investissements de type extralégal en faveur des personnes âgées à tous les niveaux territoriaux.

1.2 2N : Un territoire préoccupé par ses électeurs

Le second territoire que nous avons choisi d'analyser se prête mieux à l'analyse territoriale du fait d'une définition beaucoup plus formelle de ses frontières. En effet, 2N correspond à une commune. Les politiques qui s'y appliquent ainsi qu'une part importante de ses acteurs ont des prérogatives limitées au territoire communal, faisant de 2N un objet plus uniforme. Par ailleurs, la commune correspond à un découpage idéal pour mieux comprendre l'imbrication des politiques de la dépendance puisque hormis les grandes villes découpées en secteur, la commune correspond à la plus petite unité territoriale pour l'application des politiques extra-légales.

Comme nous l'avons déjà précisé, la commune est caractérisée par une population particulièrement âgée (Tableau 21). Elle présente par ailleurs une superficie relativement petite au regard de sa population, faisant de son territoire un espace très densément peuplé.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Tableau 21 : Caractéristiques du territoire couvert par le CLIC (commune).

Indicateurs, INSEE-RP-1999	C.L.I.C
Superficie du terrain couvert (km^2)	3.75 Km^2
Nature du territoire	Urbain
Densité de la population (2006)	16 436 hab. /km^2
Population résidant sur le territoire (2006)	61 471
Population de + de 60 ans (1999)	15 992 soit 27%
Population âgée de + de 75 ans (1999)	7271 soit 12%

Source : Recensement de la population 1999, INSEE.

La part des personnes âgées habitant sur la commune est largement supérieure à celle du département. La ville compte deux fois plus de personnes âgées de plus de 75 ans que le reste du département (6,7%), soit 7271 personnes[129].La projection INSEE des personnes âgées de plus 60 ans sur la commune (BRUTEL & OMALEK, 2003) montre une courbe croissante jusqu'en 2015. A partir de 2015, la courbe se stabilise pour atteindre 35% en 2020. Parallèlement, l'enquête nationale Handicap-Incapacité-Dépendance permet d'établir une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicap, y compris ceux liés aux atteintes de l'âge, et d'avoir ainsi une projection du nombre de personnes en perte d'autonomie. Les projections montrent que la part des plus de 60 ans augmentera en France métropolitaine comme sur la commune. Elle est estimée à 32.1% en 2010 et passerait à 35% de la population totale de la commune dans 10 ans[130].

Les personnes âgées qui vivent sur la commune présentent des profils socio-économiques très variés. Même si on compte parmi la population de la ville des familles peu favorisées voire défavorisées, plus de 76% des foyers sont imposables sur le revenu : le montant net déclaré moyen par foyer fiscal en 2008 est de 90 500 euros. L'estimation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie en 2010, réalisée dans le cadre du plan gérontologique départemental 2005-2010, révèle que la ville est la deuxième du département pour laquelle les estimations des besoins en APA à domicile et en établissement sont les plus importants. Pourtant, uniquement

[129] Situation en 1999 2N, (INSEE-RP-1999)

[130] INSEE, projection démographique scénario central fécondité et population par région et évolution entre 2000 et 2030

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2%[131] de la population de plus de 60 ans est allocataire de l'APA contre 2.9%[132] dans le reste du département.

Loin des problématiques d'emploi liées au premier territoire étudié, la commune 2N est beaucoup plus concernée par la situation des personnes âgées, moins en termes de moyens qu'en termes de services, que par la situation du marché du travail. La ville a donc développé de nombreux services relais de l'action sociale et médico-sociale qui interviennent auprès des personnes âgées.

Le CCAS remplit ses missions classiques d'instruction d'aides sociales légales et extra-légales et organise des manifestations à destination des seniors tout au long de l'année (repas des anciens, spectacle, distribution de muguet, chocolats, etc.). La commune subventionne des associations du secteur des personnes âgées et retraitées en attribuant des subventions sur le budget de la ville ou du CCAS[133]. Un CLIC de niveau 3 est aussi présent sur la commune, cofinancé par la mairie et le Conseil général, il constitue une structure originale de par ses moyens et son caractère central dans l'organisation communale de l'aide aux personnes âgées à domicile. Le développement particulièrement important des infrastructures de soutien sur la commune est rendu possible par le budget important alloué par la ville à différentes associations, mais aussi aux infrastructures qu'elle met en place en faveur des personnes âgées qui représentent 25% de sa population. Bien qu'étant une commune où la population est relativement âgée, elle est aussi une commune très riche lui permettant de nombreux investissements.

1.3 Politiques extra-légales : révélateur des inégalités territoriales

L'une des principales différences entre les deux territoires est la présence ou non d'aides sociales facultatives. Comme le rappelle Katia Julienne : *« En France, la protection sociale repose essentiellement sur des assurances sociales financées par des cotisations sociales et dont les partenaires sociaux sont associés à la gestion. Dès lors, l'action de l'État et des collectivités territoriales vient surtout en complément de celle des organismes de sécurité sociale. Si de façon générale les collectivités locales interviennent pour une part mineure, celle-ci diffère cependant selon les politiques examinées que ce soit la famille, le handicap ou la perte d'autonomie des personnes âgées. En outre, les collectivités locales conduisent des actions facultatives diversifiées*

[131] Les données relatives au nombre de bénéficiaires de l'APA sont du 31 décembre 2007, celles relatives au nombre d'habitants de plus de 60 ans sont issues du *recensement de la population 2008.*

[132] Données relatives à l'APA sont du 31 mars 2010, alors que les données relatives au nombre d'habitants de plus de 60 ans sont issues du *recensement de la population 2008*

[133] 80 000 euros ont été versés à deux associations historiques sur le territoire en 2007

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

en complément de leurs compétences obligatoires le plus fréquemment en direction des personnes âgées mais aussi pour les familles ou encore les personnes en difficulté »(Julienne, 2004, pp. 36-37). L'observation de ces actions facultatives ou aides extra-légales sur le territoire de 2N fait apparaître de grandes disparités principalement avec le territoire 1V où ces aides sont pratiquement inexistantes.

- Le remboursement des frais téléphoniques **:** une aide destinée à couvrir une partie des frais téléphoniques a été mise en place par le Département. (Les conditions d'obtention sont les suivantes : avoir plus de 65 ans ; être isolé et avoir une santé précaire ; être domicilié et résider dans le Département ; être non imposable sur le revenu ou ne pas dépasser un plafond d'imposition défini par le Conseil général).
- L'allocation mensuelle aux personnes âgées **:** cette allocation différentielle est destinée à porter les ressources mensuelles des personnes âgées de 65 ans et plus résidant sur le territoire communal de 2N ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail, à 768 € pour une personne et 1 018 € pour un couple. (Conditions : la personne âgée doit avoir, préalablement à la demande de cette allocation, fait valoir tous ses droits à la retraite ; la situation de personne de nationalité étrangère ne pouvant, en l'absence de convention passée entre leur pays et la France, bénéficier d'une retraite, ne peut être étudiée dans le cadre de cette prestation ; le versement de cette allocation ne peut intervenir que lorsque la pension de retraite est versée.)
- Allocation aux familles hébergeant leur ascendant **:** il s'agit d'une allocation départementale mensuelle de 300 Euros au profit des enfants ou petits-enfants qui accueillent à leur domicile leur ascendant en ligne directe. (Conditions : les ascendants doivent : être âgés de 75 ans ou plus, ou de 60 ans s'ils bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) ; ne pas disposer de ressources supérieures à 1400 Euros par personne et par mois ; avoir résidé de manière continue dans le département, durant au moins une année précédant la demande. Les enfants ou petits-enfants doivent : être majeurs ; ne pas disposer de ressources mensuelles supérieures à 2550 Euros (3500 Euros pour un couple) ; avoir résidé de manière continue dans le département, durant au moins une année précédant la demande.)
- L'allocation départementale de solidarité **:** l'allocation départementale de solidarité est une allocation annuelle spécifique du département qui sert à aider financièrement les personnes seules et les ménages à faibles revenus. (Conditions : sont éligibles toutes les personnes résidant dans le département depuis au moins 3 mois, non-imposables sur le revenu et bénéficiant de ressources inférieures au barème social fixé par le Conseil général.)
- Le financement du portage de repas **:** le CCAS de la ville peut participer au coût des repas livrés par la Croix Rouge sous certaines conditions. Les

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

personnes concernées devront être bénéficiaires de l'allocation mensuelle. Le coût du repas s'élèvera à 6.15 euros contre 9.50 au tarif normal.

- Téléalarme : de la même manière que le portage de repas, il existe une prise en charge du CCAS du territoire 2N.

Par ailleurs, des prestations supplémentaires associées à l'APA sont également possibles dans ce département. En plus de l'allocation légale de l'APA, le département a développé des aménagements. Ceux-ci nous ont été expliqués par une responsable du service APA :

- Prise en compte et début du financement à la réception du dossier. Comme c'est le cas dans de nombreux départements, l'allocation est versée à partir du réputé complet et non à partir de la notification qui peut intervenir jusqu'à 2 mois plus tard.

> ***« Voilà, c'est ça, c'est surtout ça, on ne peut jouer que sur le côté extra-légal. Parce qu'effectivement l'APA a un cadre législatif qui est tellement réglementé qu'effectivement, avec le GIR, voilà, avec l'allocation qui est prévue en fonction du GIR et en fonction du taux de participation... alors nous, on peut jouer l'extra-légal... alors y'a plusieurs mesures extra-légales pour le département, y'en a une qui est très importante, en fait la loi dit que normalement quand un bénéficiaire... un futur bénéficiaire de l'APA, il percevra l'APA dès notification du Président du Conseil général et en tout état de cause, deux mois au plus tard, deux mois après la date du réputé complet. Au niveau du Conseil général, un petit peu comme tous les départements je pense, la date de... enfin, le laps de temps de deux mois, vous doutez bien que c'est quasiment intenable, vu le délai administratif, donc il a été voté un extra -légal, que la mise en place de l'APA du moment que les aides sont effectives, sont reprises dès la date du réputé complet. Donc pour le département, un dossier arrive au niveau administratif, alors on va dire il est réputé complet aujourd'hui, au 13 septembre, le travailleur social n'ira peut-être au domicile que, pour voir très loin, le 13 octobre, mais les aides étaient effectivement mises en place dès le 13 septembre, quand la commission prendra sa décision on rétroagira à la date du 13 septembre ; donc la personne âgée, elle aura le mois en cours, le mois à venir et les mois auparavant. Donc c'est une des mesures extra-légales, voilà ».***

- Un autre aménagement de l'allocation correspond à la création d'un niveau supplémentaire de financement. En effet, le Conseil général, ayant constaté dans certains cas une insuffisance de la prestation de l'APA, a mis en place

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

un financement supplémentaire pour les personnes âgées les plus dépendantes. Le « GIR 1 + » correspond à un financement de 390 euros (30h en emploi direct) en plus du plafond légal de l'APA. Depuis le 1er avril 2010, les nouveaux plafonds APA selon la classification GIR sont : GIR1 : 1235.65€ ; GIR2 : 1059.13€ ; GIR3 : 794.35€ ; GIR4 : 529.56€. La mise en place du « GIR 1+ » accroît donc le montant de l'allocation de 32% pour les personnes les plus dépendantes.

« L'autre mesure extra-légale du Conseil général concernant l'APA, c'est que... vous avez vu que les sommes, elles ne sont pas très énormes, on part, si j'arrondis, de 520 à 1200 euros maximum, en général quand on a des GIR2 et GIR1, ce sont quand même des grandes dépendances, avec des familles qui ont quand même des dépenses très importantes et puis le coût horaire des services à domicile aujourd'hui quand même, il est à 21, 22, 23, selon ton département, grosso modo. L'APA valorise à la hauteur de 18,20 euros, y'a beaucoup de laissé à charge, donc pour les GIR1, le département a créé ce qu'on appelle le GIR1+, c'est donc 30 heures supplémentaires qui peuvent être payées au titre de l'APA, autrement dit on a déplafonné le GIR1. Donc ça fait 390 euros en plus. Donc sur le département, un GIR1, grosso modo, s'il est à 0% de participation, on peut percevoir jusqu'à 1600 euros sur son compte, au lieu des 1210 euros actuel ».

- Un élément supplémentaire est à signaler pour le département de la commune 2N, il s'agit des démarches de coordination intervenant déjà au niveau de l'évaluation APA. En effet, sauf dans le cas d'un refus express, si lors de l'évaluation de l'APA, se révèle un probable diagnostic de maladie dégénérescente propre à l'âge, l'information est transmise au médecin traitant par l'intermédiaire du médecin de l'APA permettant un dépistage plus précoce des maladies dégénératives. De la même manière, les équipes médico-sociales en charge de l'évaluation des situations d'APA sont en lien avec le CLIC afin d'aménager une prise en charge avec les autres acteurs.

« Donc voilà, l'autre mesure extra-légale... une autre mesure extra-légale du Conseil général, maintenant depuis 2006, c'est la mise en place du dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer, alors là aussi c'est quelque chose qui était très innovant à l'époque, parce que c'était bien antérieur au plan national Alzheimer, hein, dont le président a parlé, le Président de la République, hein, a parlé à maintes reprises, donc nous, pour tout bénéficiaire de l'APA, du moment qu'il y a une évaluation qui se passe à domicile, la personne âgée, en

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

plus de sa grille GIR, donc qui permet de voir son degré de dépendance... alors une grille GIR, je pense que vous en avez vue, voilà, la partie discriminante illustrative, donc on se sert des IADL, donc toute la partie illustrative, pour expliquer s'il n'y aurait pas des troubles ; alors, concernant par exemple la communication, elle sait téléphoner? Oui, non, pourquoi, elle l'a jamais fait, elle sait pas lire, elle est non voyante... donc ça explique au début pourquoi, et ça nous fait une codification qui va de 1 à 11, une échelle qui va de 1 à 11, ce résultat est envoyé au médecin traitant, qui dit : voilà... donc c'est envoyé par le médecin de l'APA, qui l'envoie au médecin traitant et qui lui dit : voilà, dans le cadre de l'instruction du dossier, monsieur est évalué GIR4, sa grille IADL[134] montre un résultat, je vous dis n'importe quoi, de 3 sur 11, voilà, la famille ne s'est pas opposée à ce que je vous transmette donc ces résultats, avez-vous... connaissez-vous une cause qui expliquerait ces résultats, ou il serait peut-être bon de voir des investigations ».

- Dernier aménagement ou prestation extra-légale assis sur l'APA : un financement pour l'aménagement de l'habitat est prévu par le Conseil général. L'« APA habitat » permet d'avoir accès, sous conditions de ressources, à une aide financière permettant des aménagements dans le logement. Cette aide est gérée dans le département par le PACT (Protection, Amélioration, Conservation, Transformation de l'habitat) en plus de ces attributions classiques. L'aide peut aller jusqu'à 3000 euros.

« Y a encore une autre mesure extra-légale concernant les prises en charge pour les personnes âgées, c'est ce que nous on appelle dans notre jargon l'APA habitat, c'est-à-dire que c'est une mesure extra-légale qui a été votée aussi en 2006, qui peut permettre à des personnes, du moment qu'elles sont bénéficiaires de l'APA , d'avoir une aide financière pour aménager leur logement, euh... une accessibilité, ben le plus classique c'est la baignoire en douche, hein, par exemple, donc c'est une aide qui peut aller jusqu'à 3000 euros, sans condition de ressources et ça c'est très important, sauf que le service n'est pas le... la direction des personnes âgées handicapées santé qui pilote l'action, mais c'est la direction habitat, aménagement du territoire et donc il faut accepter... on fait signer un document à la personne âgée, que nous on transmet à la direction habitat et y'a la visite d'un technicien

[134] Instrumental Activities of Daily Living : Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante utilisé dans l'évaluation de la dépendance avant la grille AGGIR.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

et d'une ergothérapeute pour voir si le projet de la personne est bien en adéquation avec le handicap… »

Contrairement au territoire 2N où l'on a pu observer un catalogue de mesures extra-légales, le territoire 1V ne compte que très peu d'aides facultatives en direction des personnes âgées qui sont par ailleurs moins nombreuses. Ces aides extra-légales, quand elles existent, sont distribuées au niveau communal et non départemental. Il s'agit dans le cas de la principale commune de l'agglomération de la distribution de colis alimentaires.

Les premiers résultats de l'observation de ces données montrent une très grande inégalité en termes de prise en charge publique sur les deux territoires étudiés. Même si le cœur de notre enquête n'était pas d'étudier les politiques publiques et leur implémentation différenciée entre les deux territoires, il est indispensable de connaître ces différents éléments. Tant au niveau démographique qu'au niveau des politiques publiques légales et extra-légales, ces données nous permettent de mieux comprendre l'organisation de la prise en charge de la dépendance sur les territoires. Ces politiques extra-légales sont donc caractéristiques des inégalités départementales et communales sur le territoire.

Le fonctionnement de l'APA (Annexe 2) s'appuie en réalité sur les acteurs locaux. Le travail que nous avons effectué dans les deux départements montre que dans l'agglomération de commune de 1V du département 1, les équipes médico-sociales (EMS) favorisent le mode prestataire en réalisant des visites d'évaluation, conjointes avec les responsables de secteur de l'association[135]. Ainsi, les responsables de secteur de l'association ont en leur possession les coordonnées des équipes médico-sociales qu'ils contactent directement dans le cas de réévaluations (nécessaires pour augmenter les volumes horaires subventionnés). Lorsqu'une personne choisit, lors de l'évaluation, « girage[136] », la proposition de l'équipe du Conseil général offrant souvent les services des structures historiques pour prendre en charge les besoins définis à ce moment, l'équipes médico-sociale (EMS) contactent directement l'association. Dans le cadre du travail mené, il apparaît que l'association tient un rôle important de coordinateur. Lors de l'observation menée dans l'association de 1V, on

[135] Responsables de secteur : « Le responsable de secteur occupe un poste clé autant dans l'organisation et la gestion des activités de l'aide à domicile, que dans l'animation de son équipe et le bon déroulement des interventions. Des connaissances juridiques, des compétences techniques, et des compétences relationnelles sont indispensables au responsable de secteur pour mener à bien les missions qui lui sont confiées », (Guide formation UNA Édition, 2006), c'est principalement lui qui gère les plannings dans l'organisation du travail des aides à domicile. Dans la situation observée, il est aussi responsable du recrutement et des contacts avec le Conseil général

[136] Expression indigène désignant l'activité d'évaluation des EMS destinée à fournir un GIR.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

a assisté à différentes réunions du CLICrassemblant les différents protagonistes de l'aide, uniquement des associations d'aide à domicile, ne traitant pas de situations précises de personnes âgées. Soulignons que la faiblesse des organes de coordination (décrite plus loin), est particulièrement remarquable.

Dans le cadre de la commune 2N, le Conseil général est en contact régulier avec le CLIC présent lors des visites d'évaluation des équipes médico-sociales. Le CLIC organise par ailleurs des réunions de coordination « convoquant » les associations et protagonistes autour de cas précis. Evidemment le besoin de coordination est très différent selon les deux territoires, et ce, en raison de moyens différents. Pour ne donner qu'un exemple, l'objectif de la coordination médico-sociale est de coordonner le médical représenté, dans le cas des personnes âgées dépendantes à domicile par le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et le social, caractérisé par l'aide à domicile. Dans le cas de la principale ville de l'agglomération 1V, le SSIAD[137] comporte 66 lits et pour la commune 2N, le SSIAD comporte 181 lits[138]. Or les deux communes présentent des populations de plus de 65 ans de 6350 et 12 300 habitants[139] dont les couvertures de l'allocation personnalisée d'autonomie sont très variables puisque 19,86% du département de 1V et 8,66% du département de 2N des 75 ans et plus touchent l'APA. Le ratio du nombre de places en SSIAD sur le nombre de personnes dépendantes[140] est donc très différent, de 5,2% dans la commune 1V à 17% dans la commune 2N.

La différence la plus percutante est en termes de coordination. En effet, les acteurs de la coordination diffèrent selon les territoires. Sur le territoire 1V, la coordination s'appuie principalement sur la structure d'aide à domicile alors que le territoire 2N a développé une structure spécifique en charge de la coopération : le CLIC.

Expliqués par des orientations politiques différentes selon les deux territoires, l'organisation de la prise en charge et l'investissement économique ne sont pas sans rapport avec les différents budgets locaux et les affinités politiques des collectivités. L'analyse de la coordination dans le premier territoire fait ressortir que cette dernière s'appuie sur la relation entre le financeur principal (le Conseil général) et les associations qui servent de support de l'action publique locale pour les questions de prise en charge de la dépendance, et sont elles-mêmes aux prises avec des questions de rentabilité. Bien qu'ajoutant un échelon à l'organisation, le CLIC,

[137] Pour plus d'informations voir le Chapitre 7, point 2.3.1 Qu'est-ce qu'un SSIAD, p.258.

[138] Données août 2011

[139] *Insee, RP2008 exploitation principale*

[140] Bien que peu précis et imparfait, on utilise ici le pourcentage de personnes allocataires de l'APA pour calculer le nombre de personnes dépendantes

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

d'origine municipale, sur lequel nous avons travaillé, apparaît comme une structure améliorant la vision du financeur principal par un relais territorial local, mais aussi fluidifiant les transitions et relations dans le cadre du maintien à domicile d'une personne dépendante. Ce retour de la coordination intervient justement à un moment où « *l'action gérontologique a pratiquement disparu au profit d'une évolution des services et des prestations en partie portée par une volonté accrue d'efficacité* » (AMYOT, 2010, p. 29) comme nous l'avons décrit pour le territoire 1V.

On observera que dépendamment de la position de l'observateur, mais aussi de l'infrastructure développée par les collectivités locales, l'importance de ce que l'on caractérise par « aide à domicile » se modifie. Dans le premier territoire, « l'aide à domicile » tient une place primordiale comme activité puisque particulièrement isolée des autres acteurs et pilier du maintien à domicile, alors que le second terrain (2N) nous présente l'aide à domicile comme partie d'un tout dans lequel la coordination paraît primordiale.

2. Quelle coordination ?

Nombreux sont les auteurs qui constatent le passage d'une prise en charge segmentée à une prise en charge globale de la dépendance des personnes âgées et handicapées (SAVRY, 2004). Ce passage a été permis grâce au développement des centres locaux d'information et de coordination développés de manière expérimentale depuis le milieu des années 90 (COLVEZ, 2010), mais qui existaient déjà sous d'autres formes administratives depuis les années 80 (FOURTANE, 2002). Le système des CLIC s'intègre dans l'ensemble des réformes qui ont touchés le champ de la prise en charge des personnes âgées depuis les années 2000 (DHERBEY & JURDAN, 2002), avec une articulation plus ou moins réussie entre CLIC, allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et services sociaux. La mise en place de ces structures a d'abord paru, pour un certain nombre de protagonistes du secteur, inutile (ENNUYER, 2002) puisque venant se superposer au travail de certaines structures d'aide réalisant déjà ce travail de coordination comme on l'a observé pour le premier territoire. Toutefois comme nous le verrons à travers le fonctionnement du CLIC du second territoire, la prise en charge des personnes âgées mobilise souvent un nombre d'acteurs bien distinct des praticiens de l'aide à domicile et plus nombreux que dans l'agglomération de 1V. Par ailleurs, il n'est pas rare que les personnes prises en charge modifient les configurations d'aide et les intervenants, d'où une remise en question de la pérennité de l'organisation de l'aide proposée lors d'une coordination au niveau d'une structure d'aide à domicile.

Deux acteurs de la coordination sont observables : la coordination familiale d'une part, avec l'organisation et la coordination intra-familiale de la prise en charge à domicile d'une personne dépendante (BAGUELIN & GRAMAIN, 2008; TRABUT & WEBER,

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2009), et la coordination extérieure d'autre part qu'on propose de décrire à travers un centre local d'information et de coordination (CLIC) de niveau 3.

Cette analyse s'appuie sur deux formes de matériel scientifique. Ces matériaux ont tous été collectés sur un même territoire géographique. Ils correspondent à des entretiens biographiques avec 4 salariés en emploi direct ainsi qu'avec l'ensemble des 7 membres salariés du CLIC municipal. Ces données sont complétées par des statistiques et un compte-rendu de suivi réalisés par les travailleurs sociaux. Cette base de données qui s'étale de 2007 à 2010 regroupe les informations relatives à 1468 personnes s'étant adressées à cette structure. 335 cas comprennent entre 10 et 99 « contacts » avec la structure, c'est-à-dire ayant nécessité plus de 10 démarches pour le ou les travailleurs sociaux en charge du dossier. En moyenne sur l'année 2009, 10 entretiens ont été nécessaires par cas : 24% ont nécessité un seul entretien et 30% entre 6 et 25. Cette base de données est constituée des caractéristiques sociales de l'individu pour lequel la demande est adressée, ainsi que d'un résumé de chaque contact.

Nous allons d'abord, décrire la construction de l'outil de coordination CLIC et son fonctionnement sur le territoire particulier. Ensuite nous nous interrogerons sur la place et le rôle des différents acteurs dans l'organisation de la dépendance, et plus particulièrement, sur la place de l'aide à domicile selon ses différents modes d'intervention.

2.1 Théorie et histoire

La très grande majorité des personnes âgées souhaite demeurer le plus longtemps possible à son domicile. Pour cela, elles ont besoin d'accéder facilement à l'information sur les activités, les dispositifs d'aides et les services existants. La création des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) en 2000 répond à cette attente et s'inscrit dans la continuité : il s'agit de dispositifs territorialisés qui «*travaillent à l'adéquation des réponses aux besoins constatés et recensés en organisant une prise en charge globale et coordonnée qui met en jeu la complémentarité des actions et des intervenants*». Les CLIC se présentent comme un instrument de proximité, destiné à répondre à une double impasse : celle générée par la superposition des prestations pour les personnes âgées qui se sont accumulées sans intégration, et celle issue du cloisonnement entre les secteurs sanitaire et social. Ces CLIC ne constituent pas une nouvelle institution à part entière, mais un dispositif qui vise, par la coordination et la mise en cohérence des acteurs et des prestations existantes, à apporter des réponses adaptées et personnalisées aux besoins des personnes résidant sur un territoire. Au-delà de cette première mission, le CLIC doit être en capacité d'évaluer de façon globale et personnalisée les besoins de la personne, de la conseiller, de l'aider à élaborer et à

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

mettre en place un projet d'accompagnement (BUSSIERE, 2002 ; BLANCHARD, 2004 ; FOURTANE, 2002 ; COLVEZ, 2010).

Bien qu'existant avant 1996[141], la coordination gérontologique s'est développée à partir des ordonnances du 24 avril 1996, d'abord destinée au médical et à portée « *limitée, expérimentale* ». Elle avait pour objectif dans ce cadre la *« recherche d'une augmentation de l'efficacité médicale portant essentiellement sur le développement des filières, notamment par la mise en place de médecins référents* » (VIÑAS, 1998, p. 40) médecins référents qui se sont mis en place progressivement à travers différents réseaux, inter établissements, thématique, de santé de proximité et de CLIC. C'est la circulaire de juin 2000 qui vient définir trois niveaux de CLIC en les formalisant :

- niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles.
- niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.
- niveau 3 : il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi.

Les CLIC forment une nouvelle forme de coordination, plus large, ils s'ouvrent à tous les acteurs concernés par la question du vieillissement. Leur implantation géographique est effectuée sur un territoire défini, la commune, dans le cas étudié. Toutefois, leur rôle est de coordonner des acteurs qui sont eux, bien au-delà du territoire municipal.

Le CLIC est un guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage. Il rassemble toutes les informations susceptibles d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne. La loi transfère à compter du 1er janvier 2005 aux départements l'autorisation et le financement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Ce transfert est estimé à 19 milliards d'euros et est financé par la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA).

2.2 Le CLIC de 2N, un investissement

Pour le département sur lequel nous avons travaillé, le Conseil général verse 7,10€ par personne âgée de plus de 60 ans, soit près de 120 000 euros[142] pour le fonctionnement du CLIC, ce qui représente près de 40% de son budget de

[141] Voir le texte de Fabienne Dubuisson (Dubuisson, 2001)

[142] Données 2010 prenant en compte les investissements de la mairie pour l'aménagement des locaux : un espace de plus de 250m2, 7 bureaux, un espace accueil, un espace réunion, etc.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

fonctionnement, le reste étant à la charge de la ville (près de 190 000 euros) en 2010.

Mis en place depuis plus de 5 ans, cette coordination gérontologique transformée en CLIC en 2007 est particulièrement bien dotée en personnel. Il s'agit d'un CLIC de niveau 3.

Le CLIC est par ailleurs doté de moyens matériels et humains importants : ses locaux se trouvent dans les locaux municipaux ayant pignon sur rue dans l'une des artères principales de la commune. Le CLIC dispose d'un logiciel de gestion de son activité (le LOGI'CLIC) que nous décrirons plus en détails. Le logiciel LOGI'CLIC permet de gérer plus facilement l'accueil et le suivi des demandes reçues. Le personnel rémunéré par le CLIC[143]est composé comme suit :

- Responsable : 1 ETP
- Travailleurs sociaux : 2,5 ETP
- Psychologue : 1 ETP
- Chargée d'accueil : 1 ETP
- Ergothérapeute : 0.5 ETP
- Médecin gérontologue : 0.20 ETP (depuis mars 2009)
- Un agent temporaire chargé de mettre en place le plan canicule et son suivi chaque été.

Il dispose de listes et de bases de données sur les établissements et services ainsi que sur les professionnels de santé libéraux. Un accueil physique et téléphonique permettant une information et une orientation de la personne a lieu de 9h à 17h30 du lundi au vendredi.

Le travail d'évaluation des besoins de la personne a lieu lors d'entretiens ou de visites à domicile des personnes âgées. Les entretiens au sein du service peuvent être à l'initiative de l'équipe ou à la demande des personnes concernées. Ils peuvent avoir lieu conjointement avec d'autres partenaires (CVS, APA, SSIAD, services d'aide à domicile, SOS 3ème âge,…).

LOGI'CLIC (base CLIC) est un progiciel permettant le suivi et la gestion des cas. Il permet de centraliser un nombre très important de données sur les « cas » et par la même occasion d'en obtenir une excellente connaissance (Encadré 17).

Au travers de l'organisation et du fonctionnement de la structure de coordination, nous allons pouvoir observer l'ensemble des acteurs de la partie familiale à la partie professionnelle de la prise en charge.

[143] Le budget du CLIC est pour 2008 de 160 000 euros dont 26% proviennent de la commune et 74% du département. 130 000 euros correspondent à des charges de personnel.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadré 17 : Présentation des individus de la base CLIC

La population est majoritairement féminine, 70% du public est féminin. Près de 85% a plus de 75 ans et plus de 50% entre 80 et 89 ans ce qui en fait un public particulièrement âgé. Les moins de 70 ans ne représentent que 8% du public. A contrario, les personnes de 90 ans et plus représentent plus de 23% du public.

Près de 88,5% des cas traités ou pris en charge par le CLIC vivent à domicile avant leur 1ère demande. Les 11.5% restants constituent des interventions dans le cadre de retour d'hospitalisation (hôpital/clinique) ou, plus rare, auprès de personnes demeurant en établissement pour personnes âgées.

La moyenne d'âge à l'entrée dans la base CLIC : 82 ans 10 mois et 27 jours sur 1196 cas renseignés. Les personnes s'adressant au CLIC sont suivies en moyenne 5 mois après le premier contact pour les cas dont la prise en charge est terminée. Toutefois, la durée des suivis concernant les cas encore pris en charge en date du 1/01/2011, est de 1 an et 7 mois en moyenne pour ces 297 cas. Les motifs des demandes traduits par les travailleurs sociaux du CLIC pour ces deux groupes (cas encore pris en charge *versus* cas finis), sont sensiblement différents, les questions liées à l'hébergement semblent plus présentes sur les cas courts, finis, que sur les cas pour lesquels le suivi se poursuit.

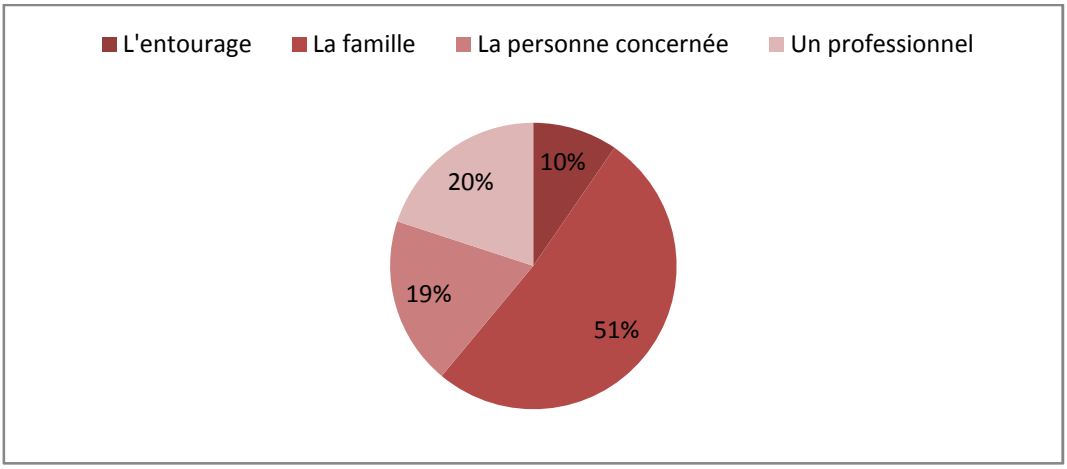
Le nombre de dossiers pris en charge (stock) est de 366 en moyenne sur l'année 2009. On remarque une relative homogénéité des chiffres sur l'ensemble de l'année. En flux, il s'agit en moyenne de 44 nouveaux dossiers mensuellement ouverts. Globalement, on peut affirmer qu'une majorité des dossiers ouverts par le CLIC correspondent à des prérogatives de niveau 1 (orienter et informer) et que seuls certains cas demandent une prise en charge plus longue ainsi qu'un suivi des plans d'aide.

Les demandes d'information et d'orientation représentent la moitié de l'activité. Elles correspondent à des missions de niveau 1: « informer, orienter, faciliter les démarches ». Les demandes d'un niveau 2 ou 3 représentent l'autre moitié. Elles correspondent à une évaluation plus approfondie des besoins, à la proposition, à l'élaboration et au suivi d'un plan d'accompagnement déterminant les différents protagonistes. Parmi ces demandes, 37%[144] relèvent d'une évaluation sans prise en charge : évaluation des besoins et élaboration d'un plan d'accompagnement. 13% relèvent d'une prise en charge : évaluation des besoins, élaboration d'un plan d'accompagnement et suivi rapproché de plan.

[144] Données extraites de la base de données du CLIC, année 2009

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 9 : origine des demandes 2009

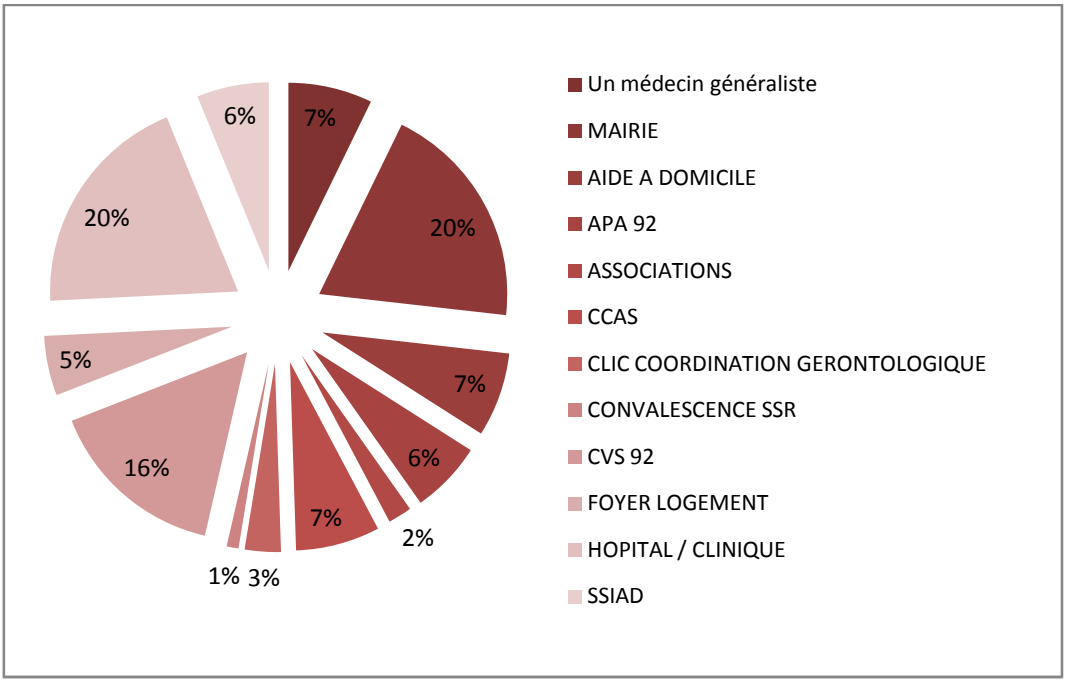


Source : ensemble des demandes d'aide ou d'information adressées au CLIC en 2009
Lecture : Les familles sont à 51% à l'origine des demandes initiales adressées au CLIC

La famille est à l'origine de la majorité des dossiers de demande soit 51% (Figure 9). Même si entre 2008 et 2009, on constate une augmentation des signalements venant de professionnels, ceux-ci s'élèvent à 20% en 2009 soit plus de deux points de plus qu'en 2008 d'après les données du CLIC. Ceci place ce type de signalement au-dessus de ceux émanant de la personne âgée elle-même (19% en 2009 contre 25% en 2008). Cette présence de plus en plus importante des signalements d'origine professionnelle est principalement attribuée à une meilleure identification du CLIC par les professionnels. En effet, on observe un rapprochement partenarial développé en 2009 par des relations formalisées et l'usage de fiches de suivi et convocations de plus en plus fréquentes des acteurs professionnels autour de cas critiques. Toutefois les principaux professionnels à l'origine des demandes restent les acteurs institutionnels les plus anciens. En effet, à l'origine des demandes trois catégories de professionnels se détachent nettement (Figure 10) : La mairie avec 20% (il s'agit principalement de signalements émanant du cabinet du Maire) comme suggéré plus haut, ce constat semble attester de la création du CLIC comme réponse à une demande sociale émanant du territoire ; les hôpitaux et cliniques avec 20% (chiffre révélateur d'un besoin de coordination pour le retour à domicile) et la Circonscription de la Vie Sociale (CVS) du département avec 16%.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 10 : origine des demandes professionnelles

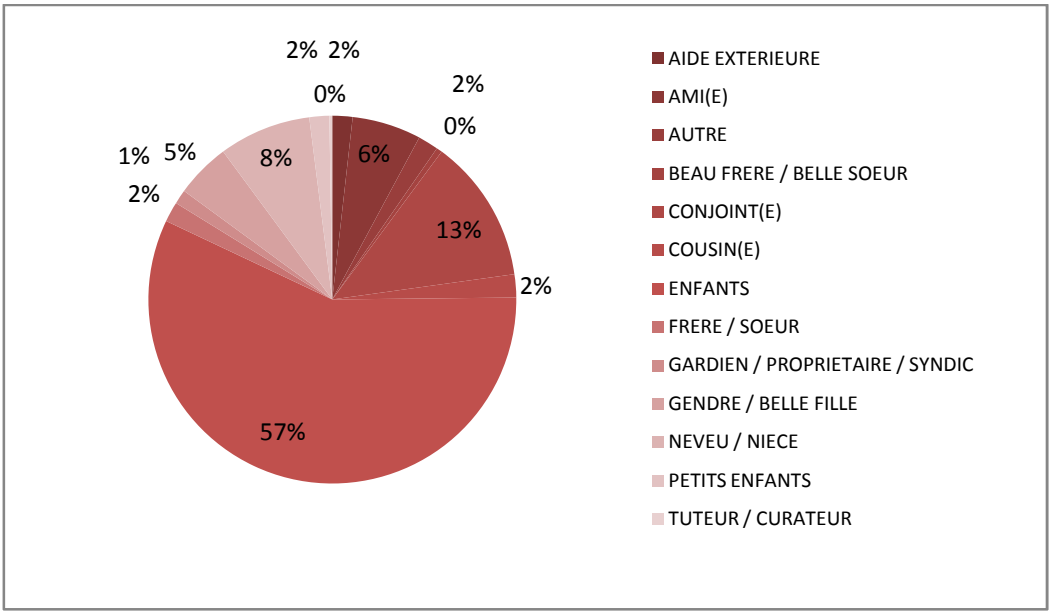


Source : ensemble des demandes d'aide ou d'information adressées au CLIC en 2009
Lecture : lorsqu'il s'agit d'un professionnel, l'origine de la demande adressée au CLIC provient dans 7% des cas d'un médecin généraliste.

La part des acteurs professionnels non institutionnels du domicile reste peu importante : médecins généralistes, aides à domicile en emploi direct, et associations. Parmi les « catégories » de l'entourage à l'origine des demandes, les enfants (57%) arrivent en tête (figure 11). Ceux-ci sont suivis des conjoints (13%), des neveux/nièces (8%) et des amis (6%).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 11 : détail de l'entourage à l'origine des demandes 2009



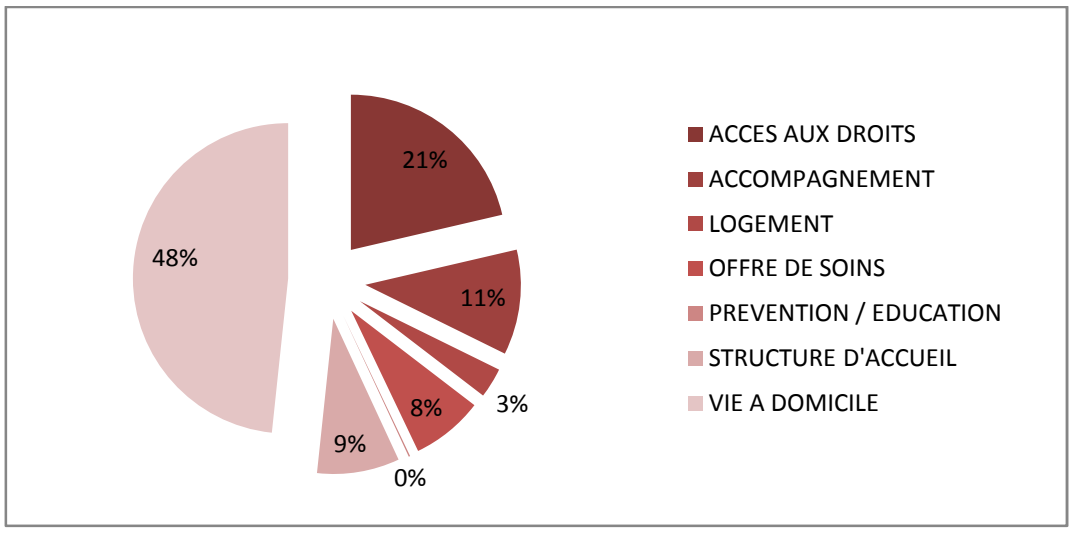
Source : ensemble des demandes d'aide ou d'information adressées au CLIC en 2009
Lecture : lorsque la demande initiale adressée au CLIC provient de l'entourage, l'aide extérieure en est à l'origine dans 2% des cas et un ami dans 6% des cas.

Bien que ces résultats confirment dans les grandes lignes le sens commun qui veut que le signalement de la prise en charge soit à l'origine familiale et que les personnes s'adressant au CLIC aient en majorité un lien familial avec la personne âgée ou soient la personne âgée elle-même, on voit émerger de ces résultats des acteurs qui montrent l'importance d'un guichet centralisé, comme pour les médecins généralistes. Par ailleurs, les autres acteurs qui jusque-là ne faisaient pas partie de la prise en charge formelle émergent, comme les gardiens d'immeubles et les aides à domicile qui jouent un rôle dans le signalement auprès du CLIC.

Cette mobilisation des différents acteurs est effective dans le cadre de demandes relatives à différents aspects du vieillissement. Les informations et aides retenues par le service répondent aux besoins de la personne après évaluation par les professionnels du service. La catégorie la plus représentée (Figure 12) concerne la vie à domicile avec 48% (Aide à domicile, entretien du linge, garde de nuit, portage de repas, téléassistance, transport, accompagnement en fin de vie,…). L'accès aux droits (21%) occupe également une place importante (aide aux démarches juridiques, administratives, aides sociales, aides financières,…)

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 12 : Catégorie des informations et aides retenues par le service



Source : ensemble des demandes d'aide ou d'information adressées au CLIC en 2009
Lecture : lorsqu'une demande est adressée au CLIC, elle concerne dans 21% des cas, l'accès aux droits

Un dossier ouvert (par personne) est synonyme de plusieurs types de demandes auxquelles le service tentera de répondre. Aussi, même si nous observons une stabilisation du nombre de dossiers ouverts sur l'année, nous pouvons remarquer une augmentation du nombre moyen de demandes par mois : 134 demandes en moyenne par mois contre 96 en 2008 soit une augmentation de 39.6% des demandes.

Dans le cadre de son activité répondant à la « vie à domicile », le CLIC contribue à orienter les demandes d'aide vers différents services. On constate que plus de 58% des orientations s'effectuent vers des services d'aide à domicile, viennent ensuite les services de portage de repas avec plus de 14% des orientations. Aucune orientation n'est effectuée « officiellement » vers de l'aide en emploi direct.

2.3 L'organisation du travail d'accompagnement

5910 contacts ont été réalisés en 2009 soit une moyenne de 123 contacts par semaine. Ces contacts sont de différentes natures (à domicile, au CLIC, par courrier, par e-mail, par fax, téléphonique,…). Les contacts font partie intégrante de l'accompagnement. Ils peuvent s'adresser à la personne âgée, à son entourage et aux professionnels. Ils peuvent se dérouler en amont d'une évaluation, faire partie de l'évaluation, de la proposition du plan d'accompagnement et/ou du suivi des situations. Les contacts téléphoniques sont les plus nombreux (3964) soit 67% des contacts menés. Les contacts correspondant à un rendez-vous au bureau représentent 10% (585 entretiens) soit une moyenne de 12 entretiens par semaine. Les visites à domicile occupent également une part importante car nous notons une

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

moyenne de près de 7 visites à domicile par semaine, soit 325 visites réalisées au cours de l'année.

Les chiffres mettent en évidence l'importance du travail en réseau développé autour de la personne âgée. En effet, nous constatons des échanges importants avec l'entourage (38% des participants) et avec les professionnels (40%) attestant d'un rôle d'intermédiaire entre familles et professionnelles. Parmi ces derniers, nous remarquons 3% de médecins généralistes. Plusieurs catégories de professionnels participant aux entretiens se dégagent. Les professionnels hospitaliers sont les plus nombreux (16%). Les services de l'APA, d'aides à domicile et de la CVS représentent également une part importante avec respectivement 10.5%, 10% et près de 9%.

A partir de cette présentation, on comprend beaucoup mieux quel est le rôle d'un CLIC. La multitude des intervenants d'abord, mais aussi comme nous l'avons vu en introduction, la complexité du « millefeuilles » administratif. Le CLIC apparaît donc comme un outil d'observation particulièrement utile pour comprendre l'organisation du maintien à domicile. Le rôle d'intermédiaire entre famille et professionnels (à la fois institutions et intervenants), mais aussi le rôle de conseil et de surveillance font de ses salariés des experts. Dans ce cadre, ils influencent et orientent les personnes âgées et leurs familles vers différents types de services et développent une connaissance de ces types d'intervenants.

3. La place de l'aide à domicile

Bien que la famille soit directement impliquée dans la gestion des aides professionnels à domicile et que ces dernières (aide à domicile) n'apparaissent donc pas systématiquement dans les données récoltées au CLIC, il apparaît que l'aide à domicile n'est qu'un segment de l'ensemble de l'aide.

3.1 L'aide à domicile comme segment à coordonner ?

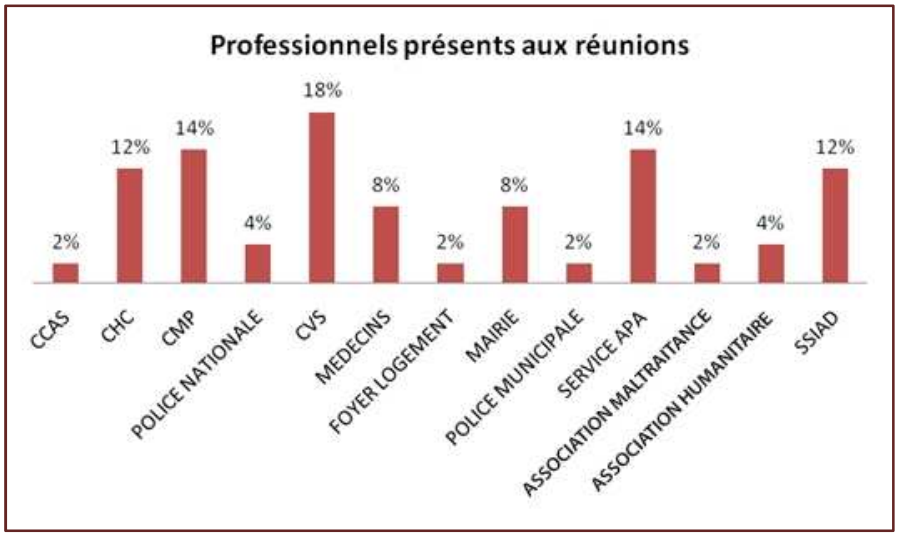
Depuis la mise en place effective en 2008 du fonctionnement du CLIC, l'organisme a formalisé une grande partie de ses relations avec ses partenaires. Le CLIC a développé des relations avec l'ensemble des partenaires du secteur. Ses relations sont formalisées autour de fiches de liaison traitant d'un cas entre deux partenaires. Dans le cadre de cas complexes, une réunion est organisée dans les locaux communaux du CLIC à l'initiative d'un des acteurs gravitant autour du cas afin de sensibiliser l'ensemble des acteurs au(x) problème(s), mais aussi pour prendre une décision de type collégial sur le cas. On observe des thématiques récurrentes provoquant ce genre de réunion de coordination. En effet, la question de la maltraitance ainsi que de la mise sous tutelle sont les plus fréquentes. Ces deux problématiques très présentes dans la prise en charge de la dépendance sont aussi les plus difficiles à évaluer. Par ailleurs ce sont celles qui demandent le plus de soutien. Ainsi la mise sous tutelle sera d'autant plus rapidement acceptée que

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

l'ensemble des acteurs gravitant autour du cas seront en accord sur ce point. Bien que ces réunions puissent être organisées à l'initiative des différents acteurs de la dépendance, on observe que c'est très largement le CLIC qui propose les cas à analyser. Ainsi entre janvier 2009 et juin 2010, 31 cas sont passés en commission, dont 27 pour lesquels nous avons une trace. Sur ces 27 cas, 24 étaient à l'initiative du CLIC, deux à l'initiative de la Cellule de vie sociale du département et un à l'initiative de d'une association d'aide bénévole.

Chaque commission a rassemblé entre 3 et 8 acteurs (3,8 en moyenne). Par ordre décroissant de présence, les équipes médico-sociales de I'APA ont été présentes 13/27, CVS 11/27 et SSIAD 10/27. Dans l'ensemble, ces commissions ont rassemblé 16 types d'acteurs différents autour des cas. Les données statistiques de l'année 2009, bien que moins riches permettent d'avoir une vision exhaustive des participants. Ainsi les acteurs les plus impliqués dans ces réunions sont effectivement la Cellule de Vie Sociale du département, suivi du service APA représenté par les EMS, de la Cellule Médico-Psychologique et du Service de soins infirmiers ainsi que du Centre Hospitalier de 2N.

Figure 13 : Catégorie de professionnels présents aux réunions de coordination 2009



Source : ensemble des institutions présentes aux réunions de coordination en 2009.
Lecture, le CCAS représente 2% des acteurs professionnels présents sur l'ensemble des professionnels présents à l'ensemble des réunions de coordination.

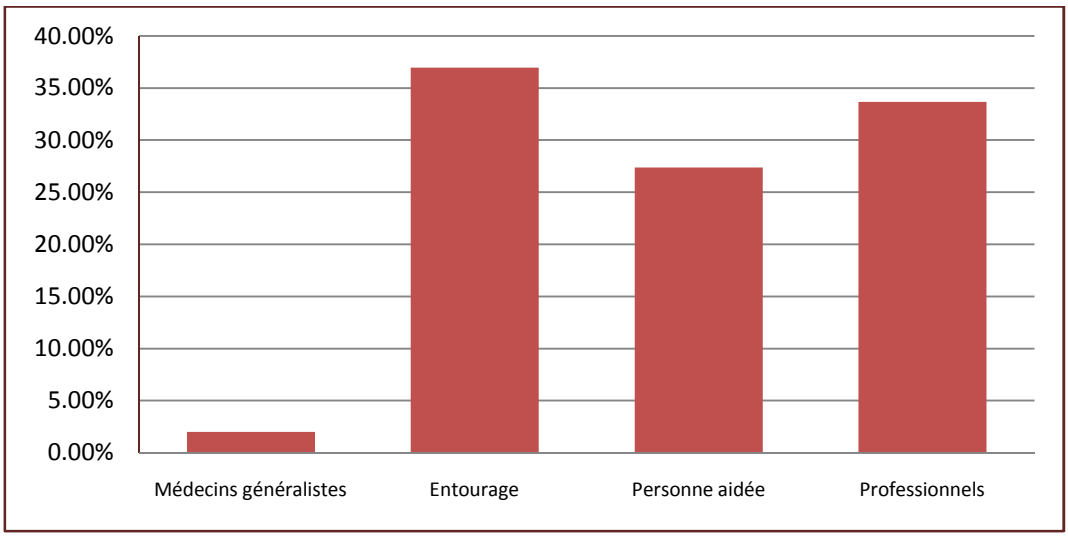
Comme nous l'avons mentionné, le CLIC utilise le logiciel (LOGI'CLIC) et centralise les informations à travers différentes interfaces de saisie d'information concernant : le suivi des cas ; les différents intervenants ; les caractéristiques socio-économiques de la personne prise en charge ; des données sur l'organisation et la composition familiale (avec personnes ressources et à contacter). Malheureusement, malgré les importantes possibilités de saisie, les travailleurs sociaux n'utilisent qu'une partie des capacités du logiciel. Le logiciel sert principalement dans le cadre des suivis,

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

pour lesquels chaque contact est résumé et classé. Par contact, on entend relation téléphonique, courriel, fax, entretien dans les locaux du CLIC ou compte rendu d'une visite à domicile. Ces contacts ont lieu aussi bien avec la personne âgée, la famille (si elle existe), qu'avec les différents intervenants professionnels. Cette base ainsi constituée est notre principale source de données. Elle permet à la fois un traitement au cas par cas pour suivre dans le détail l'évolution d'une situation, les différents intervenants, la modification du plan d'aide, etc. Par ailleurs, cette base de plus de 1400 cas, permet un traitement statistique sur des variables que nous extrairons des entretiens.

Le travail du CLIC est un travail de coordination qui s'étend bien au-delà de l'aide à domicile. Le CLIC est en contact principalement avec l'entourage et la personne aidée pour respectivement 37% et 27,4%[145], les professionnels ne représentant que 33,6% (Figure 14).

Figure 14 : Panorama général des participants aux contacts



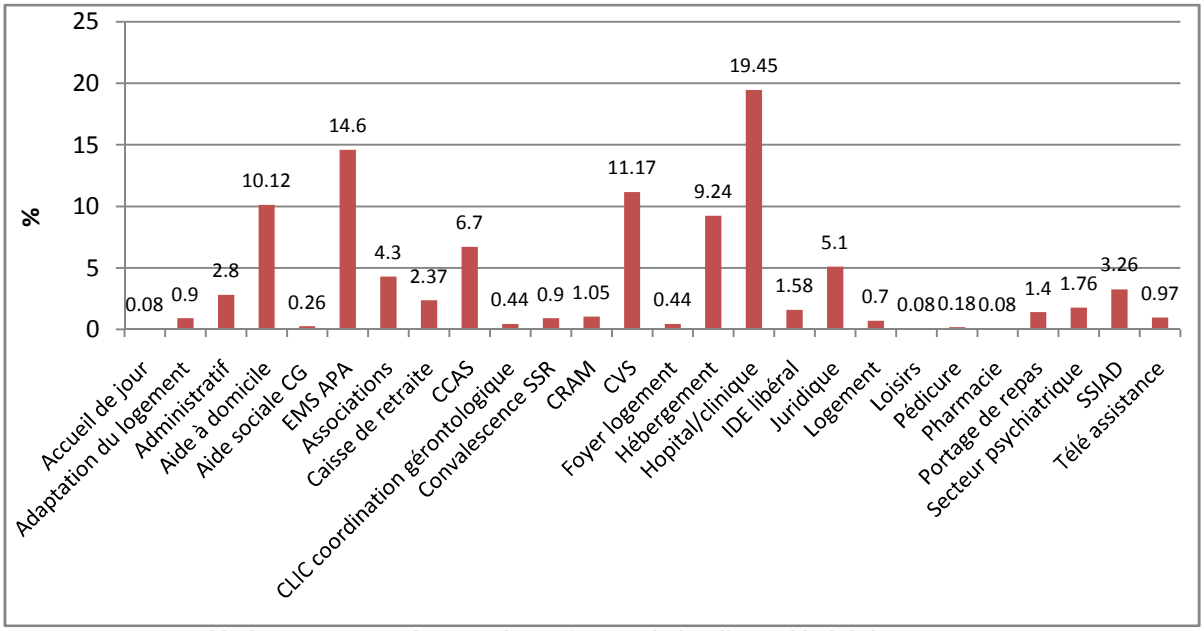
Source : Ensemble des contacts entre le CLIC et les autres protagonistes dans l'ensemble de la base.
Lecture : plus de 35% des contacts entre le CLIC et un participant à la prise en charge du cas sont réalisés avec la famille.

Parmi ces derniers, les contacts ayant trait à l'aide à domicile représentent relativement peu de contacts. Ils sont en 4ème position (Figure 15), après les contacts avec les hôpitaux et cliniques, puis l'EMS du département nécessitant le plus de contacts et donc de coordination. L'évaluation puis les réévaluations de l'allocation tout comme les séjours en institution semblent donc être les éléments demandant le plus de coordination.

[145] Données 2008.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 15 : Panorama détaillé des professionnels participant aux entretiens



Source : Ensemble des contacts entre le CLIC et les professionnels dans l'ensemble de la base.
Note : Aide à domicile représente aussi bien une structure intermédiée d'aide à domicile qu'un salarié travaillant en mode emploi direct. Association représente les associations bénévoles, principalement orientées vers de l'animation.
Lecture : 14,6% des contacts entre le CLIC et un acteur institutionnel ou professionnel sont réalisés avec l'équipe médico-sociale du département.

Bien que l'aide à domicile soit, en volume horaire, l'aide la plus importante dans le maintien à domicile, les données sur le travail réalisé par le CLIC permettent de voir l'ensemble des acteurs du maintien à domicile. Justement moins réguliers ou répondant à des besoins ponctuels, ce sont principalement ces autres acteurs qui demandent le plus gros travail de coordination.

3.2 Aide à domicile : association prestataire ou emploi direct, un seul et même segment ?

A partir des entretiens réalisés avec les différents travailleurs sociaux effectuant du suivi pour le CLIC, nous voyons se dessiner une approche et un usage de l'emploi direct différents du discours commun. L'emploi direct semble en effet relativement présent sur le territoire étudié.

En plus des descriptions à travers leur travail au CLIC, deux des travailleurs sociaux décrivent une approche de l'emploi direct dans le cadre de leur propre parcours professionnel : leurs expériences dans deux départements différents. Le choix pour le recrutement au CLIC de ces deux travailleuses sociales n'est d'ailleurs pas anodin, elles ont toutes deux travaillé comme « équipe médico-sociale » dans le cadre des évaluations APA. Les expériences de Charlotte prennent place dans deux départements pour lesquels elle a réalisé des évaluations. Elle insiste plus

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

particulièrement sur le dernier département pour lequel elle a évalué la dépendance des personnes, le premier étant cité en exemple de « bonne pratique » lors de l'entretien. Delphine a travaillé dans un seul département. A travers leur expérience, elles nous dressent un état des lieux des services et des salariés. Ces descriptions font ressortir les avantages et inconvénients de chaque mode sans forcément les opposer.

Malgré le fait qu'au quotidien, dans leur activité, elles n'orientent plus vers des services fournis par un salarié en emploi direct, elles conservent une image plutôt positive de cette forme d'aide. Charlotte nous présente d'abord son point de vue :

> ***« Moi je trouve que l'emploi direct, quand la relation se passe bien, ça permet... ça coûte quand même beaucoup moins cher. Quelque part, bon, comme on disait par rapport aux salaires, t'as moins de... t'as moins d'aigreur. Puisqu'elles sont payées 10 et 12 euros de l'heure, par rapport à la personne qui est payée 7 à 8 (dans le cadre du prestataire), ça fait quand même une grosse différence »***

La situation salariale est nettement meilleure dans le cadre de l'emploi direct. En effet, que ce soit dans les comptes rendus ou les entretiens, on constate que les salaires en emploi direct sont relativement élevés au regard des informations salariales observées dans les grilles salariales des associations d'aide à domicile. Toutefois, il convient, encore ici, de nuancer ces affirmations. Les données fournies par l'IRCEM[146] nous permettent de constater qu'au niveau régional, les salaires et les volumes horaires sont les plus importants pour la zone que nous étudions par rapport à la France entière. Au deuxième trimestre 2007, on note un salaire moyen de 10,70 euros de l'heure dans la région étudiée contre 10,06 en moyenne nationale. Par ailleurs, le volume horaire moyen trimestriel de travail pour la région est de 174,8 heures contre 135,6 heures au niveau national pour les employés de maison. Cette situation n'est pas identique dans toute la France, puisque certaines régions totalisent 111 heures en moyenne (c'est le cas dans le Languedoc-Roussillon et la Franche-Comté) pour des salaires moyens en deçà des 10 euros (11 régions sur 22 dont les 2 précédemment citées). Ces salaires plus élevés tiennent au fait que la région étudiée est particulièrement urbanisée et riche, d'où un nombre plus important d'employeurs potentiels sur un territoire plus restreint. Même si la rémunération est plus importante dans le cas de l'emploi direct, l'employeur paie de

[146] L'IRCEM est le groupe de protection sociale des emplois de la famille. Le Groupe de caisse de retraite et de prévoyance et de service d'aide à domicile pour les personnes âgées gère la protection sociale des salariés des services à la personne et à la famille. Il collecte l'ensemble des prélèvements sociaux pour lesquels il assure la gestion. Ces données nous permettent de replacer le territoire 2N dans les données nationales.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

toute façon un prix plus bas puisque les tarifs intermédiés des associations sont supérieurs.

L'avantage tarifaire/salarial employeur/employé n'est pas le seul élément qui émerge de sa conception du binôme employé-employeur.

> ***« Moi je trouve, t'as une relation de confiance qui s'établit avec la personne, qu'on trouve avec certaines auxiliaires de vie, à part certaines associations, mais c'est quand même plus rare. Enfin, je trouve qu'il y a vraiment quelque chose qui se crée… »***

Cette relation entre les deux protagonistes peut être interprétée comme une relation de co-dépendance entre les individus. Cette co-dépendance tient au fait que l'un et l'autre ont un intérêt au fonctionnement du binôme : service contre salaire. La contractualisation de la personne âgée avec le salarié a un effet stabilisateur sur la relation de service. Nous aborderons la question plus loin, mais on retrouve l'idéal type de la relation employeur employé principalement dans les cas où le binôme est isolé. Dans ces cas, l'interdépendance des deux protagonistes stabilise la relation.

La question des remplacements dans le cadre de l'emploi direct est un élément central de sa critique. En effet, l'une des principales justifications de l'avantage légal donné aux services prestataires dans le cadre du financement d'aide par l'intermédiaire de l'APA correspond à la capacité de maintenir une aide ou un service dans la durée, de garantir une continuité de service. Dans ce cadre, on comprend aisément qu'une conception isolée du salarié en emploi direct pose problème dans l'univers de la prise en charge continue.

> ***« En général les personnes elles sont quand même conscientes qu'elles partent et qu'elles laissent la personne et souvent elles se trouvent elles-mêmes des remplaçantes. Là j'ai en tête une situation où la personne âgée elle est vraiment toute seule, toute seule, son aide à domicile je l'ai jamais vu partir en vacances, sans se soucier d'avoir trouvé quelqu'un pour la remplacer »***

Dans les situations comme celles que l'on a observées, l'organisation des remplacements s'opère par l'activation de réseaux de connaissances. Par ailleurs, on constate que les salariés organisent leurs vacances en fonction des habitudes de villégiature des personnes prises en charge, tout est négocié.

> ***« Et du coup tu as une notion d'investissement qui est différente, parce que l'aide à domicile qui passe par un service, elle bosse pour le service. Tu vois, elle est missionnée, mais elle bosse pour le service, elle a… elle a un peu***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

> ***l'impression d'être prise à la carte. Donc euh... la conscience professionnelle elle est moindre. Par ça j'entends le fait de l'aide à domicile qui va pas se pointer et qui prévient pas. Mais dans sa tête elle prévient pas son employeur. Elle se rend pas compte que de l'autre côté, t'as une personne âgée qui va pas manger, qui va pas être lavée, tu vois, elles ont moins ce sentiment-là. Un emploi direct, il sait... il sait qu'il n'y a qu'elle. Donc il essaye par tous les moyens de trouver une solution pour pouvoir y aller hein. Je sais pas si je me fais comprendre. », (Travailleur en économie sociale et familiale, 37 ans)***

La notion d'investissement émotionnel est considérée comme plus importante chez les salariés en emploi direct. Parallèlement à ce que l'on décrit de positif dans la médiation mise en place par les structures d'aide, elle est décrite ici comme un phénomène de dilution de la responsabilité par la multiplication des « donneurs d'ordre ». Dans le cas d'une organisation prestataire, le salarié est en effet dans une situation de multiples injonctions. Le statut prestataire place un salarié dont la structure est l'employeur légal chez un particulier/donneur d'ordre. Cette situation peut, dans certains cas, déresponsabiliser le salarié au regard de la personne âgée. Et ce d'autant plus que les contraintes qui s'appliquent à la personne âgée sont moindres. Elle peut en effet changer de salarié, tout comme quitter la structure pour une autre, alors que la relation contractuelle « directe » engage de manière plus importante l'employeur /personne âgée envers le salarié et *vice-versa*.

La position de Delphine est relativement proche de celle de Charlotte. Elle définit elle aussi l'emploi direct par rapport aux structures prestataires. Elle ne parle pas de la mise en place de salariés en emploi direct puisque comme elle le précise et comme on le verra les salariés sont souvent présents bien en amont de la formalisation de la dépendance et donc du moment où intervient le CLIC.

> ***« Disons qu'ici, on est moins en amont, c'est-à-dire que souvent les choses sont mises en place déjà ici, de par je pense la population ici, c'est assez courant que les gens aient des emplois directs, en tous cas à N, à P euh... ça l'était quand même, euh... en fait, je vais te dire ce que j'ai remarqué, c'est que avec les associations, prestataires, moins en mandataires, mais en tous cas avec les associations de prestataires, ça se passait pas toujours bien et qu'il y avait beaucoup de contraintes et du coup euh...***
>
> ***-Quel genre de contraintes?***
>
> ***Ben tu sais, les horaires qui sont pas toujours respectés, les gens qui changent tout le temps de... le personnel qui tourne***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

> ***en permanence, donc c'est très déstabilisant pour les personnes âgées et puis des fois, l'incompétence des gens.***

Dans cette commune, au regard de ce que nous avons montré sur le premier département, les conditions d'emploi et le profil des salariés des structures associatives ou commerciales d'aide pourraient être ici aussi à l'origine du turn-over décrit par Charlotte. Elle insiste non pas sur une opposition entre structure et emploi direct, mais bien plus sur une opposition en termes de longévité de la relation de travail associée aux conditions d'emploi qu'elle considère meilleures en mode emploi direct. Le statut mandataire tout comme dans l'emploi direct responsabilise la personne âgée, puisque celle-ciest l'employeur.

> ***Donc beaucoup de contraintes et ce qui faisait que beaucoup de gens se tournaient vers l'emploi direct et puis une des contraintes, c'est le prix aussi et qui faisait que finalement l'emploi direct, ça coûte quand même moins cher, en tout cas, tu vas avoir plus d'heures pour voilà...***

Au travers des cas étudiés, on observe aussi une réorientation des personnes âgées d'un service prestataire vers une aide en emploi direct. Certains cas indiquaient clairement le prix comme motivation, néanmoins la question de la double autorité était aussi une motivation très importante, les personnes âgées ayant l'impression d'une perte d' « autonomie » dans le choix des aides dont elles avaient besoin. Cette notion de perte de contrôle ou d'autonomie est très variable selon le degré de dépendance de la personne âgée. Dans le cas de personnes particulièrement dépendantes, la question de la responsabilité employeur ou de l'autonomie dans le choix des aides nécessaires n'est pas la même. Dans ces cas, l'emploi direct peut devenir problématique.

> ***Moi je faisais pas du tout la promotion de l'emploi direct parce que c'est aussi des contraintes dans le sens où, quand la personne [salarié] elle part en vacances, elle est pas remplacée [...] c'est compliqué, quand il faut licencier, c'est compliqué, enfin voilà. Ça complique les choses et surtout pour un public âgé, voilà. Moi, je l'encourageais quand je savais qu'il y avait une structure [familiale] derrière, c'est-à-dire de la famille qui pouvait être à même de bien barricader les choses et de faire que ça se passe bien. Maintenant, c'est vrai que j'ai remarqué que les gens qui interviennent en emploi direct, alors c'est pas des gens forcément formés, c'est-à-dire qui n'ont pas de... pas forcément de diplôme pour exercer ça, mais qui sont en général très investis dans ce qu'ils font, [...], qui en font plus, la plupart du temps. Après, il y a toujours des exceptions, mais ils sont toujours prêts à rendre un petit service s'il y a besoin, voilà. Et c'est ça souvent qui fait la différence et en plus les personnes âgées***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

s'attachent à ces personnes, parce que c'est des personnes en général qui restent sur la durée, en qui les familles [...] peuvent avoir confiance... »,

(Assistante Sociale, 32 ans)

Delphine, elle aussi, met en avant un investissement plus important et relativise les problèmes qu'elle vient de signaler. Elle insiste aussi sur un point que nous développerons plus loin : l'importance de la relation, le fait qu'on se repose plus facilement sur un salarié en emploi direct.

3.3 Coordonner l'emploi direct depuis le CLIC ?

Pour Charlotte, même si la qualité de la relation est globalement meilleure dans des relations d'aide en emploi direct, le processus de sélection du salarié et le manque d'aide dans le choix sont primordiaux. Parlant d'un autre département pour lequel elle était EMS, elle décrit la participation de l'équipe médico-sociale du département dans le soutien à l'emploi direct :

« Quand on avait des gens qui se présentaient en disant, oui, voilà, je cherche pour travailler dans le direct, on la recevait en entretien, en disant que nous ce n'était pas un entretien d'embauche, mais qu'on avait besoin de les rencontrer pour voir un peu comment elles concevaient leur travail, pour voir un petit peu leurs CV, pour voir si éventuellement à quelle demande on pouvait donner ses coordonnées-là ou pas. Sachant qu'après, on faisait jamais des orientations chez des personnes âgées qui étaient seules, il fallait toujours qu'il y ait de la famille pour qu'il y ait un regard extérieur et par rapport aux familles, on était clair avec elles, en disant voilà, on a rencontré cette personne, maintenant si... voilà. Elle a pas travaillé pour nous donc euh... c'est aussi à vous de nous dire le retour que... ben, que vous en avez, si ça se passe bien, on la conseillera chez d'autres personnes, si ça se passe pas bien, bon ben vous en changez.

Un emploi direct, c'est comme tout boulot, il y a une période d'essai, donc si ça ne se passe pas bien, les gens ils peuvent d'une part renouveler la période d'essai... Par contre, c'est vrai que moi j'insiste beaucoup sur les contrats de travail. Ça c'est pareil, t'as vu Delphine, t'as pu voir qu'on a des préférences chacune, moi je suis pas du tout contre l'emploi direct, c'est vrai que ayant moi-même employé des gardes à domicile, j'ai vachement creusé tout ce qui était contrat de travail, par rapport aux histoires de payer un tiers, payer deux tiers, comment tu pouvais négocier les choses, donc je suis plus à l'aise pour euh... pour défendre ça, donc quand j'étais à V., je faisais le chiffrage de plan d'aide sur chèque

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

emploi service, donc j'ai passé beaucoup de temps aussi sur le site des chèques emploi service pour faire des simulations de salaires, voir euh... en fonction de comment on déclarait ce qui était le plus intéressant et tout, donc moi je suis vraiment à l'aise par rapport à ça, ça me dérange pas et ce que je constate avec l'emploi direct et je le constate aussi à titre personnel, puisque... voilà, je t'ai parlé de mes grands-mères, ça rentre aussi dans mon expérience de vie hein, bon ben quand t'as un emploi direct, t'as un lien autre qui se crée avec la personne. Le problème des... le problème des services extérieurs, c'est certes qu'il y a un roulement qui se fait, mais quelque part la personne âgée, elle choisit jamais vraiment la personne qu'elle a chez elle. Elle a la personne qu'on lui présente mais ça va pas beaucoup au-delà. Alors qu'en emploi direct, ouais, t'as un lien autre, vraiment. Bon c'est vrai que c'est un lien employeur employé, mais du coup tu peux plus facilement négocier quelqu'un qui repasse, qui va repasser le soir parce qu'elle est pas obligée de demander à sa hiérarchie, bon ben elle est d'accord, elle va pouvoir se faire payer, ça se fait. Le gros souci c'est les vacances et les congés maladie. Et puis bon, si ça se passe mal et qu'il y a besoin de licenciement, là c'est vrai que c'est un peu la cata. Ceci dit, une association de mandataires, quand il y a un licenciement à faire, c'est jamais simple non plus hein. Nous, ça nous est arrivé une fois avec Delphine, je sais pas si elle t'en a parlé, sur le secteur, où on a dû vraiment soutenir la famille pour licencier un emploi direct qui était là depuis 20 ans. C'est clair que ça a été hard, mais en même temps on est aussi là pour ça je pense. »

(Travailleur en économie sociale et familiale, 37)

Le mécanisme décrit ici n'est pas sans rappeler le processus de sélection décrit au sein de la structure étudiée dans la partie 1 pour l'autre département. Alors qu'elle fait passer un entretien (qu'elle ne nomme pas ainsi), elle opère la présélection du salarié. Elle assiste par ailleurs les personnes dans les démarches administratives. Le cas pris en charge par le CLIC dans le cadre du licenciement montre la place que peut avoir le CLIC. Dans cette situation, le CLIC joue le rôle de la structure intermédiaire tout comme dans le cas des entretiens

Une troisième travailleuse sociale, elle, nuance encore plus son propos sur l'emploi direct. Comparativement aux deux autres, elle est plus jeune et a débuté directement dans le CLIC. Elle a une vision plus normative de l'aide par rapport aux deux autres travaillant dans le compromis.

Pas fondamentalement en désaccord avec ce qui vient d'être dit sur les point positifs de l'emploi direct, elle est toutefois plus proche du discours commun. Elle présente

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

les structures prestataires comme plus fiables et ayant recours à du personnel formé. La formation et la notion de bonne pratique est beaucoup plus importante chez elle. Elle parle ainsi de maltraitance liée à un manque de formation.

> ***« Non, non, ça, c'est un vrai problème. Ceux qui ont gardé leur aide à domicile, c'est un vrai souci. Donc euh... l'avantage, c'est qu'ils sont habitués, c'est des gens qui sont habitués à avoir du personnel, pas mal, donc du coup ça ne pose pas trop de souci le concept d'avoir quelqu'un qui vient chez toi, une personne que tu diriges, tout ça, ça passe très bien. Mais par contre, quand elle peut plus intervenir et qu'il faut la remplacer, là c'est compliqué, donc il faut augmenter. Il faut surtout pas enlever l'aide à domicile qu'ils ont depuis longtemps, ce que je comprends hein, mais du coup pour leur faire comprendre que... elle ne peut pas faire la toilette et ...Elle ne peut pas se donner 24/24...Puisque voilà, elle ne peut pas se dédoubler. C'est surtout au niveau des tâches quoi, les aides... les employés de maison, ils se transforment en aides-soignantes. J'ai même une situation, une dame, mais démente, à un stade euh... plus qu'avancé, qui en fait se fait aider tous les jours, tous les jours par sa secrétaire, parce qu'elle était « voyante », elle avait une secrétaire et la dame se présente encore comme la secrétaire, sauf qu'elle sait pas faire. Donc quand la dame est très agressive, elle lui coupe les ongles dans son sommeil, elle lui balance de l'eau dessus pour la forcer à se changer, enfin, c'est des pratiques qui sont... enfin vraiment c'est... c'est chaud!***
>
> ***(Assistante sociale, 30 ans)***

La longévité de la relation et sa transformation au cours du temps émerge au cours du discours. Et c'est la question de la place de l'emploi direct au sein d'un dispositif mixte (famille et professionnels) de maintien à domicile qui ressort.

4. Conclusion

Selon le point de vue et selon l'organisation territoriale des politiques de la dépendance, l'aide à domicile tient un rôle et une place différents. Le travail effectué décrit les disparités territoriales à l'œuvre dans le champ de la dépendance. Ces disparités en lien avec les caractéristiques des territoires, mais aussi avec leurs ressources, aboutissent à une organisation très différente de la prise en charge. Dans un cas, l'autorité publique semble déléguer ses prérogatives à des structures privées en accroissant la proximité entre le prescripteur public et le fournisseur de services privé, dans l'autre, on observe le retour de la coordination au travers d'un acteur public de proximité, le CLIC, qui comme on l'a observé joue le rôle d'intermédiaire entre institution publique, famille et personnes âgées, et aide à domicile.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Dans le cadre de cette deuxième forme d'organisation et depuis celle-ci, l'opposition théorique de l'emploi direct avec les autres modes de recours à l'aide à domicile semble apparaitre moins contrastée puisque le CLIC prend en charge une partie de l'activité des structures intermédiaires. Le point de vue adopté, bien que relativisant la place de l'aide à domicile à première vue, permet de décrire les caractéristiques de cette aide et de s'interroger sur les conditions non plus d'une production autonome d'un service venant comme un segment, mais d'une production d'aide en lien avec un environnement qui évolue en termes de caractéristiques temporelles et spatiales.

Si l'aide à domicile apparaît dominante dans le maintien des personnes âgées à domicile, c'est que l'aide à domicile correspond à l'unique élément « ajustable » du maintien à domicile, en raison de la « liberté » du « choix » qui est offert par le dispositif. Reprenant un vieil adage, on notera qu' « on ne choisit pas sa famille », ni l'aide-soignante du SSIAD, souvent non plus l'infirmière, ni l'hôpital, mais peut-être l'aide à domicile !

Finalement, avec le point de vue des travailleurs sociaux sur l'emploi direct et la variabilité des situations présentes dans la base, mais aussi ce que nous avons montré en termes de différences territoriales et de place des différents acteurs, nous pouvons nous interroger sur les caractéristiques de l'aide à domicile. Ces constats font émerger que bien que n'étant qu'un intervenant parmi tant d'autres, l'aide à domicile peut être selon les caractéristiques de son environnement aussi bien en termes d'acteurs disponibles que de situation familiale, une figure très différente.

Parfois trop rigide dans le cadre de prestataire, mais aussi trop distant et sans possibilité d'intervention direct dans le cadre du CLIC, ce serait en définitive le salarié de l'aide à domicile en emploi direct qui joue le mieux le rôle de tampon et qui s'adapte.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Chapitre 6 : Les différentes configurations et les rôles de contrepoids de l'aide à domicile

L'hypothèse que nous souhaitons développer ici correspond au fait que le mode « emploi direct » de par la relation « *sans règles ni "conventions" collectives* » (JANY-CATRICE & LEFEBVRE, 2010, p. 2) qu'il instaure entre le salarié et l'employeur permet de mieux comprendre le rôle de l'aide à domicile et les différentes attentes de ce service. L'organisation que nous avons décrite jusqu'à présent laisse apparaître que l'aide à domicile n'est qu'un segment du maintien à domicile. Toutefois, la place de ce segment dépend indiscutablement du rôle et de l'existence de la famille comme coordinateur et/ou acteur. Le CLIC montre bien une forme de coordination, mais celle-ci est dans la démonstration du chapitre 5 beaucoup plus ciblée sur une substitution de la structure intermédiaire que de la famille. De plus, l'analyse effectuée jusqu'ici laisse penser que l'aide à domicile n'existe qu'à partir du diagnostic de la dépendance ce qui, nous le verrons, n'est pas entièrement vrai. Après avoir montré que le recours à l'aide à domicile dépend de la configuration familiale, dans le sens où certaines configurations ne permettent pas le maintien à domicile ce qui se traduit en définitive par un placement en institution. Nous montrerons que le rôle, variable, de l'aide à domicile, dépend de la présence et de l'implication de chacun des protagonistes impliqués dans le maintien à domicile au-delà de l'implication unique de la famille. La place et le rôle de l'aide à domicile dépendent autant de la quantité des acteurs et de leurs caractéristiques que de la place du salarié lui-même dans l'évolution de la dépendance. En nous plaçant du point de vue des salariés, nous montrerons comment cette relation évolue dans l'aide apportée tout comme le statut du salarié de l'informel au formel.

On peut concevoir le maintien à domicile comme un ensemble de besoins auxquels des professionnels et la famille viennent répondre. On peut imaginer une balance à plateaux, un équilibre entre les besoins d'un côté et la réponse à ces besoins de l'autre. Loin d'être une situation statique, nous montrerons que chaque plateau de la balance évolue. Nous verrons dans un premier temps que les situations familiales variées sont des éléments qui modifient la place des professionnels, l'implication des protagonistes familiaux variant d'un cas à un autre et dans le temps. Afin de conserver l'équilibre, nous montrerons que dans ces situations, un professionnel doit compenser la réponse au besoin qui n'est plus ou pas pris en charge par la famille pour conserver l'équilibre du maintien à domicile. Il en est aussi de même avec les professionnels eux-mêmes, qui selon leurs contraintes, peuvent ou ne peuvent pas répondre à certains besoins. Pour que l'équilibre perdure néanmoins et ainsi le maintien à domicile, les besoins doivent être pris en charge. On montrera que c'est alors souvent l'aide à domicile qui vient combler les aléas de la réponse aux besoins en devenant un contrepoids ajustable aux besoins qui eux s'ajustent plus difficilement.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Bien que parfois, on puisse observer un recul de la dépendance et voir alors le contrepoids de l'aide à domicile reprendre une place parfois limitée à l'activité d'une « femme de ménage », la plupart du temps on constate un accroissement du besoin. On montrera que dans ces situations, l'aide à domicile peut jouer aussi le rôle de contrepoids, autant de manière temporaire, en attendant la mise en place d'autres professionnels, que de manière permanente permettant la continuité non pas de l'aide, mais de l'équilibre indispensable au maintien à domicile.

Les chercheurs ont seulement récemment commencé à étudier la prise en charge des personnes âgées. Celle-ci présente pourtant trois spécificités qui en font un domaine de recherche particulièrement heuristique. En premier lieu, le fait que l'origine de la dépendance paraisse trouble : dans certains cas, celle-ci est perçue comme une conséquence normale du vieillissement, mais les médecins gérontologues contestent l'idée d'une relation trop mécanique entre âge et dépendance, préférant mettre l'accent sur la « poly-pathologie » qui peut survenir à un âge variable. C'est la raison pour laquelle certaines politiques sont strictement liées à l'âge (par exemple les mesures destinées aux personnes de plus de 60 ou 70 ans), tandis que d'autres le sont à l'état de santé des personnes âgées. Le corps médical ne définit du reste pas d'« étapes de développement » pour les plus âgés comme il le fait pour les enfants, ce qui rendrait les déviances nécessitant une prise en charge particulière plus clairement identifiables. Les définitions des qualifications appropriées pour la prise en charge des personnes âgées oscillent de ce fait entre un référent médical (laver les corps malades, traiter les maladies mentales) et un référent domestique, laissant transparaître les conflits de définition que peuvent se livrer les agents.

En second lieu, l'une des pathologies les plus répandues liée au vieillissement est constituée de troubles cognitifs et comportementaux mieux connus désormais sous le nom de maladie d'Alzheimer. Celle-ci présente des aspects spécifiques pour la prise en charge : elle est difficile à diagnostiquer et suppose un contrôle permanent qui représente une charge émotionnelle lourde pour les aidants. Ces particularités rendent le travail des aidants difficile, mais aussi les transactions intimes entre les aidants professionnels, les aidés et leurs familles plus faciles à observer.

En troisième lieu, les « familles » des personnes âgées dépendantes peuvent présenter diverses configurations. Tandis que la prise en charge familiale des enfants semble n'impliquer que les mères — et dans le meilleur des cas les pères —, celle des personnes âgées s'appuie sur différents membres de la famille : les époux ou épouses, les enfants co-habitants ou non, et parfois les petits-enfants ou les neveux et nièces. Les études sur le sujet ont montré que la prise en charge familiale ne se limite pas au ménage, mais implique également certains membres de la parenté résidant au dehors appelés « cohabitants à distance » (FAVROT-LAURENS, 1996).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Comme Paula England et Nancy Folbre (ENGLAND & FOLBRE, 2005) nous pensons que la compréhension du travail de l'aidant suppose d'examiner à la fois les normes sociales (qui incluent la définition des besoins, l'assignation des rôles et la définition de la bonne prise en charge), les ressources au sein des ménages (aussi bien en termes financiers qu'humains) et l'environnement institutionnel défini par les acteurs de la prise en charge.

1. L'aide à domicile et la famille : la coordination du maintien à domicile[147]

Inscrit dans la loi, le rôle des familles est important dans la prise en charge des personnes âgées. Le Code Civil institue ainsi un système d'obligations réciproques entre les membres d'une même famille. Les époux se doivent mutuellement support et assistance dans le cadre du mariage. Les parents doivent éducation et soutien à leurs enfants. « En cas de nécessité », pour reprendre les termes du Code, les parents, les enfants, les conjoints des enfants et les petits-enfants — mais pas les frères et sœurs — se doivent mutuellement assistance. Pour reprendre la terminologie de Joan Tronto (TRONTO, 1993), ils doivent ainsi « porter attention » les uns aux autres, et cette obligation morale est inscrite dans la loi, même si beaucoup n'en prennent conscience qu'une fois poursuivis en justice par un créancier d'un de leurs parents nécessiteux. L'aide à domicile, principalement en emploi direct, occupe des espaces variables dans l'organisation de la prise en charge. La diversité des types de tâches prises en charge dépend de différents éléments, comme la présence ou non d'autres intervenants, et la présence plus ou moins importante de la famille.

En effet, la famille est un élément déterminant de la place de l'aide. Selon les configurations familiales, mais aussi la distance géographique, les besoins que doit compenser l'aide à domicile ou le rôle qui lui est assigné sont très différents. La place de l'aide à domicile, théorique, prenant en charge par exemple une heure de ménage et une heure de toilette et respectant le plan d'aide à la lettre, comme nous le propose le modèle industriel, correspond à un idéal type possible uniquement dans le cas d'une disponibilité de tous les acteurs : médicaux, para-médicaux, familiaux, institutionnels.

En réalité, cet idéal type est rarement atteint. Les configurations familiales et l'implication des enfants modifient les choix de prise en charge.

[147] Une partie de ce chapitre est tiré d'un article publié par Loïc Trabut et Florence Weber : TRABUT L., WEBER F., 2009, How Make Care-Work Visible? The Case of Dependence Policies in France, *in* Nina Bandelj, *Economic Sociology of Work, Research in the Sociology of Work,* Volume 19, pp.343-368.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

1.1 Le cas des parents piégés et le recours massif à l'aide extérieure ou la cohabitation

Le travail que nous avons réalisé à partir de l'enquête MEDIPS, permet de montrer les particularités des configurations familiales piégées que l'on caractérise par un conjoint dans un couple sans enfant, ou un enfant unique prenant en charge une personne veuve.

Dans le cadre du terrain 2N, nous observons des situations de parent piégé d'un autre type. Les moyens financiers à leur disposition permettent la mise en place de beaucoup plus d'intervenants. Ce sont dans ces situations, que l'aide à domicile peut apparaître comme un segment de l'aide qu'il « suffit » de coordonner.

1.1.1 MEDIPS et SHARE : coproduction et configuration familiale

Dans un article paru en 2008, Agnès Gramain et Olivier Baguelin (GRAMAIN & BAGUELIN, 2008), montraient le phénomène de coproduction à l'œuvre dans la prise en charge de la dépendance. En effet, l'aide apportée à une personne dépendante, d'autant plus dans les cas où cette dernière est atteinte d'une pathologie dégénérescente de type Alzheimer, provient de multiples sources : cohabitant de la personne dépendante, la plupart du temps la conjointe ou le conjoint, un parent extérieur, souvent un enfant, d'autre part, une coproduction « mixte », entre la famille, co-habitante ou pas et un ou plusieurs aidants extérieurs professionnels. L'enquête MEDIPS montre que dans 80% des cas où il existe un cohabitant, il y a coproduction, cette coproduction est pour 20% une coproduction de type familial et pour 60% de type « mixte », c'est-à-dire avec l'intervention d'une aide professionnelle. Dans les cas de non cohabitation, la coproduction « mixte » apparaît dans 68% des cas (Tableau 22).

Par ailleurs, comme on le constate sur le Tableau 23, en comparant les personnes âgées dépendantes cohabitantes et celles vivant seules, on note que l'absence de cohabitant accroît le recours à l'aide professionnelle de 60% à 78%. Si de surcroît, il y a recours à une aide familiale extérieure à la maisonnée[148], on note une diminution de cette aide de 90% à 60% entre personnes âgées vivant sans cohabitant et celles avec un cohabitant. Les résultats obtenus pour l'enquête MEDIPS sont comparables aux résultats de l'enquête SHARE[149]

[148] Maisonnée [mDzCne] n. f : Ensemble de ceux qui habitent la même maison. — Spécialité Famille (Le petit Robert, 2001). On définit les personnes vivant dans la même maisonnée, sous le même toit, que la personne dépendante comme des cohabitants.

[149] Depuis 2004, SHARE interroge à travers toute l'Europe un échantillon de ménages dont au moins un membre est âgé de 50 ans et plus. Ces ménages sont réinterrogés tous les deux

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Tableau 22 : Organisation de la prise en charge selon les modes de cohabitation dans les enquêtes SHARE et MEDIPS.

<table>
<tr><td></td><td colspan="4">SHARE</td><td colspan="4">MEDIPS</td></tr>
<tr><td>Personne âgée</td><td colspan="2">Sans cohabitant</td><td colspan="2">Avec un cohabitant</td><td colspan="2">Sans cohabitant</td><td colspan="2">Avec un cohabitant</td></tr>
<tr><td>Pas d'aide extérieure</td><td>18% (pasd'aide)</td><td rowspan="3">53% (aucuneou une aide)</td><td colspan="2">63% (une aide)</td><td>0% (pasd'aide)</td><td rowspan="3">33% (aucuneou une aide)</td><td colspan="2">20% (une aide)</td></tr>
<tr><td>Aide professionnelle</td><td>14% (une aide)</td><td>15% (deux aides)</td><td rowspan="3">37% (deux aides ou plus)</td><td>10% (une aide)</td><td>20% (deux aides)</td><td rowspan="3">80% (deux aides ou plus)</td></tr>
<tr><td>Aide familiale extérieure à la maisonnée</td><td>20% (une aide)</td><td>13% (deux aides)</td><td>23% (une aide)</td><td>20% (deux aides)</td></tr>
<tr><td>Aide professionnelle et extérieure à la maisonnée</td><td colspan="2">47% (deux aides ou plus)</td><td>9% (trois aides ou plus)</td><td colspan="2">68% (deux aides ou plus)</td><td>40% (trois aides ou plus)</td></tr>
</table>

Sources : enquête SHARE et MEDIPS, calcul auteur à partir des résultats de Olivier Baguelin et AgnesGramain (GRAMAIN & BAGUELIN, 2008)

Lecture : dans l'enquête SHARE, 18% des personnes dépendantes vivant sans cohabitant déclarent ne recevoir aucune aide extérieure, alors qu'elles sont 47% à recevoir de l'aide conjointe professionnelle et familiale extérieure à la maisonnée. De plus, on note que dans les situations de cohabitation, 20% des personnes âgées pour MEDIPS, et 63% pour l'enquête SHARE, ne reçoivent aucune aide extérieure à la maisonnée. Dans le cas de l'absence ou la disparition du cohabitant, on note que l'aide qui était alors apportée par le cohabitant se reporte non pas sur une seule forme d'aide (familiale non cohabitante ou professionnelle) puisque les aides extérieures et professionnelles passent de 40% à 33% pour l'enquête MEDIPS ou de 28% à 34% pour SHARE, mais sur une coproduction mixte d'aide extérieure (professionnelle et aidant familial hors maisonnée) passant de 40% à 68% pour l'enquête MEDIPS et 9% à 47% pour l'enquête SHARE.

Si on examine à présent les configurations familiales et non plus les configurations de prise en charge on fait émerger un groupe d'aidants, les « parents piégés ». Outre le fait qu'il montre que le genre n'a pas d'effet dans le choix de la prise en charge dans ce contexte précis, puisque ces cas présentent un seul et unique aidant disponible, il confirme l'importance de la configuration d'aide sur les décisions de prise en charge. Ainsi, la situation de parent piégé favorise le recours à un placement en institution de manière significative (Tableau 23).

ans en panel. L'enquête a permis de collecter des données sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie des 50 ans et plus. L'enquête 2008-2009 « SHARELife », s'est étendue aux histoires de vie en collectant des informations sur le passé des répondants. Les données des trois premières vagues ainsi que le questionnaire sont disponibles gratuitement sur le site www.share-project.org.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Tableau 23 : Régression logistique sur le recours au placement en institution, à l'aide en nature et l'aide financière, avec comme variable explicative le sexe et les deux situations de parent piégé

Variables explicatives	Avoir recours à un placement en institution	Aider financiérement	Aider en nature
Être un homme	Ref.	Ref.	Ref.
Êtreune femme	0	0	+++
Ne pas être "parent piégé"	Ref.	Ref.	Ref.
Être un "enfant piégé"	++	++	++
Être un "conjoint piégé"	0	0	0

Légende: +++: significatif à 1%, ++: significatif à 5%, 0: non significatif
Champ: ensemble des enfants et conjoints ayant un parent dépendant, MEDIPS (N = 250)

Ces résultats montrent une concordance entre l'aide financière et le placement du parent dépendant en institution. Celle-ci peut être expliquée par le coût des maisons de retraite relativement élevé. Bien que l'enfant piégé ait recours au placement de son parent dépendant, cela ne doit pas être compris comme un abandon mais plutôt comme un manque de moyens dans un contexte de grande dépendance où le fardeau de la prise en charge ne peut pas être partagé.

Les situations que l'on observe sur le territoire 2N bien que relativement rarement en situation de parents piégés offrent une importante proportion de « parent à distance ». Nombreux sont les enfants qui résident à l'étranger ou dans un autre département. Toutefois à la différence des cas étudiés à l'aide de SHARE et MEDIPS, ces situations sont souvent dans des contextes de finances familiales très confortables. Ainsi la présence d'intervenants permanents ne présentant pas de coût insurmontable, c'est la question de la coordination qui émerge.

1.1.2 Quand l'accès à l'aide n'est plus un problème, c'est la coordination qui devient problématique.

Le sens commun conçoit facilement que plus le nombre d'enfants potentiellement aidants est important plus l'aide familiale est potentiellement importante. Mais l'existence d'enfants ne signifie pas qu'ils s'investissent plus dans l'aide. Les situations étudiées ne montrent pas d'investissement des enfants directement dans l'aide en présence d'un conjoint. Leur aide lorsqu'elle est effective se concentre sur les questions administratives et la gestion des intervenants souvent à distance.

Comme nous l'avons vérifié avec l'enquête MEDIPS, l'aide financière et le placement en institution sont caractéristiques des parents piégés. Sur le territoire de 2N nombreux sont les cas ne présentant pas de difficultés financière. Parmi notre échantillon (105 cas), on observe 24 cas s'adressant au CLIC dans une situation de

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

détresse caractérisée dans les entretiens des travailleurs sociaux par les termes : « dépassé par les événements »[150] ; « épuisement » ; « très fatigué » ; « saturation » ; « détresse » ; « ne sait plus quoi faire » ; « fatigue morale » ; « à bout de force » ; « démunie ». La situation particulière de la commune, à population riche, informe que le facteur financier n'est pas déterminant dans le sentiment de détresse qu'ils expriment face à la situation de dépendance de leur proche, mais bien le facteur organisationnel comme on le constate dans de nombreux comptes rendus.

Uniquement 7 cas sur 39 sont en « détresse » lorsqu'il s'agit de situations de parent piégé. Alors que 15 sur 53 sont en « détresse » dans les situations familiales complexes[151]. Ces cas complexes et en « détresse » sont pour 13 d'entre eux composés d'un conjoint et d'enfants. Ils présentent néanmoins la particularité d'être proportionnellement plus « en détresse » que les autres malgré une composition familiale classique. Cette détresse est en majorité exprimée par la conjointe dans 8 cas sur 13.

Nous attribuons cette situation à la pression collective qui oblige le conjoint à garder son partenaire dépendant à domicile avec une volonté de conservation des habitudes de vie. Philippe Cardon et Séverine Gojard observent à propos des habitudes alimentaires une volonté de maintenir le régime alimentaire conjugal (CARDON & GOJARD, 2008, p. 175) dans des situations qui pourtant ne permettent plus de tels investissements en termes de temps en raison du caractère chronophage de l'aide dispensée par ailleurs. En effet, l'environnement et principalement les enfants ont une certaine image de l'autonomie et de son maintien, qui accentue la pression sur le conjoint afin de mettre en place un maintien à domicile. Les nouveaux métiers d'aide à domicile, publicisés à grand renfort de communication, notamment après le plan Borloo, ont présenté le maintien à domicile et le recours à l'« aide à domicile » comme de simples formalités. « *Ces services devaient rendre effective l'injonction de maintien à domicile décrétée par le gouvernement* » (BERNARD-HOHM, 2011, p. 227) et soutenue par les familles voyant dans cette situation un élément permettant de baisser les coûts (soit disant moins importants qu'en institution) pour le premier et de répondre à la volonté de la personne âgée dépendante pour les seconds. Cette situation d'injonction au maintien à domicile est aussi observée dans d'autres pays.

[150]Nous présentons ici des résumés de cas construits à partir des données de suivi produites par le CLIC. Ces résumés suivent les interprétations des salariés du CLIC, fortement marqués par leur ethos professionnel mais aussi par la relation d'alliance qu'ils ont nouée avec l'un des protagonistes, la personne aidée, un membre de sa famille ou un professionnel. Comme nous n'avons pu rencontrer les personnes concernées que dans un petit nombre de cas, notre analyse est largement tributaire des points de vue du CLIC.

[151] On entend par complexe toutes les situations présentant plus d'un aidant familial potentiel (conjoint ou enfant).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Daniel REGUER et Michèle CHARPENTIER analysent cette injonction dans les politiques relatives à l'aide à domicile au Québec et en France. Ils considèrent que ces politiques en repoussant toujours plus tard la décision entre « maintien à domicile » et « institution », ont pour effet que « la prise de décision s'exerce souvent à un moment de crise, où les capacités de pouvoir sont largement aliénées par l'urgence et la détérioration de la situation » (REGUER& CHARPENTIER, 2007/2008, p.47).*In fine*, retarder un déménagement le plus tard possible, a pour deuxième conséquence de rendre plus difficile l'adaptation au nouveau lieu de vie en raison d'une diminution des capacités d'intégration au moment du placement. Mais cette injonction au maintien à domicile renforce les visions anti-hébergement et anti-institution, tout en entretenant « une stigmatisation culpabilisante et dévalorisante de la mise en institution, par les personnes et leur famille » (Ibid.).

Ces situations de « détresse » sont l'occasion de montrer le rôle et la pression qui s'appliquent sur le cohabitant. Le cas des Grenier illustre le fardeau du rôle de coordinateur familial ici assigné à l'épouse même si le ménage dispose de moyens importants. L'injonction de soins sur l'épouse et sa détresse permet de rendre visible le travail d'organisation sans lequel le maintien n'est pas possible.

L'épouse Grenier prend contact avec le CLIC sur les conseils de l'assistante sociale de l'hôpital. Son mari est à la V. à A. en séjour temporaire, suite à une hospitalisation due à un malaise diabétique. Il doit rester là-bas jusqu'à mi-novembre. Jusqu'à ce malaise, le couple ne présentait pas de problèmes liés à l'âge vu de l'extérieur. L'épouse s'adresse au CLIC pour des besoins d'informations afin d'organiser le retour à domicile.

Progressivement, le travail des assistantes sociales permet à Mme Grenier de s'expliquer sur la situation. Elle décrit une réalité où ce sont les enfants qui veulent que son conjoint sorte alors qu'elle se sent incapable de reprendre son mari à la maison car elle est épuisée. Monsieur a déjà des pertes de mémoire qui vont être évaluées à l'hôpital B. dans quelque temps. Pour l'instant, ses enfants ne prennent pas la mesure de la difficulté associée au maintien à domicile.

A sa sortie, son mari aura besoin d'un SSIAD, aide soignante pour la toilette et d'un infirmier diplômé d'état pour l'insuline, matin et soir, sept jours sur sept. L'épouse aura besoin d'aide pour pouvoir sortir un peu du domicile puisqu'une présence permanente sera nécessaire. Elle ne sait pas comment organiser les aides car dans l'idéal, elle ne souhaite pas avoir à la planifier mais faire en fonction de ses besoins. Elle souhaiterait en quelque sorte que « *la dépendance de son mari affecte le moins possible ses activités* » (compte-rendu d'une assistante sociale en charge du dossier).

Dans le cadre de sa mission, le CLIC propose le recours à l'APA et assiste les personnes le désirant dans l'instruction du dossier. C'est au moment de l'évocation

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

de l'APA par le CLIC que l'épouse « *craque* » (*Ibid.*) en expliquant qu'elle est incapable de faire toutes les démarches administratives en plus de la prise en charge de son mari. Le retour à domicile de son mari lui semble extrêmement compliqué et « *ses enfants lui disent que c'est très simple, qu'elle a juste à mettre du personnel en place* » (*Ibid.*). Dans le cadre d'une cellule de conciliation, une réunion est organisée à l'établissement où séjourne l'époux, sans l'époux mais en présence de sa femme, ses enfants et d'une psychologue. Lors de cette réunion, la décision de retour à domicile est prise avec la pression des enfants et de la psychologue en dépit des réticences de l'épouse. Le CLIC est alors re-sollicité afin de définir les modalités du maintien à domicile.

> ***« Nous évoquons la possibilité de demander à un accueil de jour pour que son mari soit à l'extérieur une à deux fois par semaine et que son épouse puisse souffler. Elle a peur de ne plus avoir de vie sociale (elle a 20 ans de moins que son mari). Nous donnons les coordonnées du SSIAD, un dossier d'APA, les coordonnées des services d'aide, les plaquettes de l'accueil de jour. Nous proposons à Mme de l'aider à remplir le dossier APA : elle va revenir au bureau le 26/10. Elle évoque comme une difficulté supplémentaire le fait de devoir aménager le domicile pour son mari, notamment la baignoire : nous lui proposons de rencontrer notre ergonome, ce qu'elle accepte. Nous lui conseillons également de rencontrer notre psychologue. Mme va y réfléchir ».***
>
> ***(Ibid.).***

La situation est toujours conflictuelle avec les enfants du couple qui tiennent absolument à voir leur père rentrer à domicile mais qui ne seront pas présents pour soutenir leur mère. L'épouse a contacté le SSIAD afin de mettre en place la prise en charge. Pour l'aide à domicile, elle a choisi de recourir à une entreprise (la plus chère présente sur le secteur) sur des temps assez courts (pour le déjeuner certainement) et compléter avec un emploi direct l'après-midi.

Monsieur Grenier effectue donc un retour à domicile. Ce retour est très rapide puisque moins d'un mois plus tard, lors d'un entretien entre le CLIC et l'infirmière de la maison de retraite, le CLIC est informé que : « *M. Grenier est là depuis presque 2 mois. il a été hospitalisé suite à un malaise d'hypoglycémie, puis a poursuivi sa convalescence à la maison de retraite, car sa femme n'arrivait plus à gérer à la maison, et n'aurait pas beaucoup d'"autorité" sur lui* » (Compte-rendu de l'infirmière de la maison de retraite). Le malaise diabétique important est dû à l'absence de contrôle de la prise de médicaments. Monsieur Grenier est une personne décrite comme indépendante dans le sens où il n'accepte pas d'aide à la toilette, veut tout faire tout seul. Il s'habille seul. Toutefois, l'équipe soignante de la maison de retraite constate

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

des irrégularités dans ses soins d'hygiène. Il reste au lit une grande partie de la journée comme à son domicile. L'infirmière de la maison de retraite précise dans un échange téléphonique qu'il déprimerait. En raison de la déprime latente de l'époux, les enfants avec l'appui de la psychologue insistent pour un nouveau retour à domicile.

Une seconde visite à domicile a été organisée à la demande de Mme Grenier, afin d'assurer le retour à domicile de son mari dans de bonnes conditions. Mme Grenier effectue donc toutes les démarches pour le retour de son mari, suite notamment, à « *une demande pressante des enfants* » (compte-rendu d'une assistante sociale en charge du dossier). Cependant Mme Grenier est débordée par la situation et affirme aux travailleurs sociaux ne plus pouvoir gérer son mari. Il semblerait que Monsieur Grenier, lui, soit prêt à rester en maison de retraite, mais il tiendrait le discours contraire à ses enfants d'après son épouse. Ce nouveau retour à domicile est particulièrement appréhendé par l'épouse, qui a donc fait appel au CLIC pour l'aider dans ses démarches.

L'ergonome du CLIC lui conseille certains aménagements relatifs à sa sécurité et à celle de son mari. Monsieur Grenier n'aurait pas de troubles moteurs particuliers, hormis une certaine fatigue. Il possèderait une canne pour les longs déplacements. Il présente un diabète insulinodépendant qui nécessite un passage infirmier quotidien. Mme Grenier a déjà effectué les démarches auprès du SSIAD, qui interviendra dès la sortie de la maison de retraite. Concernant ses activités quotidiennes, Monsieur Grenier est relativement indépendant, il ne présente aucun trouble d'ordre moteur. Apparemment les difficultés apparaissent plutôt au niveau cognitif, notamment amnésique. Monsieur Grenier nécessiterait cependant une aide à la toilette, mais il la refuse catégoriquement. La maison de retraite contactée confirme de grandes difficultés concernant les soins d'hygiène. Il veut tout faire seul et refuse toute aide. D'après son épouse, la condition du retour à domicile de Monsieur a justement été l'acceptation d'une aide à la toilette. Son épouse gère toutes les tâches administratives et est à la recherche d'une aide à domicile, notamment pour les dimanches soir, de 18h à 22h, afin de la libérer lors de sa chorale. Elle a contacté l'entreprise d'aide à domicile, mais ils ne peuvent pas lui garantir qu'il s'agira toujours de la même personne, ce qu'elle souhaiterait fortement. A propos de la relation avec les enfants, Mme Grenier souligne qu'elle s'est mise d'accord avec ses enfants : il s'agit d'un essai de retour à domicile de son mari. Si cela ne se passe pas bien, il retournera en maison de retraite.

« Elle est toujours à la recherche d'une aide à domicile pour les après-midi. Situation toujours difficile avec les enfants, notamment la fille qui la culpabilise beaucoup. A eu un

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

> ***entretien avec la psychologue de la maison de retraite qui lui a dit que M. Grenier fait illusion, mais qu'il est désorienté, dans le déni, et déprimé. Il aurait dit à une amie qu'il sait qu'il mourra à 87 ans, sachant qu'il les aura en janvier... La maison de retraite est en attente du rapport de la consultation mémoire à l'hôpital qui aura lieu une semaine plus tard, afin de décider de la suite du suivi de M. Grenier »***
>
> ***(Compte rendu du travailleur social).***

Une réunion a été organisée avec les enfants, qui étaient « sur la défensive » (compte-rendu de la psychologue de la maison de retraite). Il y a des « troubles relationnels » (*Ibid.*) importants dans la famille qui complexifient la situation. « *Sur le principe M. Grenier a tout ce qu'il faut pour rentrer, mais les difficultés sont liées à une relation parfois conflictuelle avec l'épouse, elle-même en grande détresse, très culpabilisée par les enfants* » (*Ibid.*).

En définitive, malgré les multiples objections de l'épouse, Monsieur Grenier est sorti. Son épouse se dit exténuée malgré les aides mises en place. Elle a du mal à le faire se déshabiller pour la nuit, et il est difficile de le faire manger. Il se montrerait agressif envers elle. « *Il est dans le déni de tout* » (compte-rendu d'une assistante sociale en charge du dossier).

Finalement la situation n'aura pas tenu, Monsieur Grenier est retourné en maison de retraite, peu de temps après son retour à domicile. Il a fait un malaise qui l'a mené en soins intensifs à l'hôpital, puis il est retourné à la maison de retraite. C'est en définitive Mme Grenier qui se plaint de grosses difficultés avec la maison de retraite, qui ne s'occuperait pas bien de son mari, réalisant ainsi un double transfert de la culpabilité de ses enfants vers elle et de la sienne sur la maison de retraite. En effet, les relations avec ses enfants sont toujours conflictuelles, ces derniers en veulent à leur mère d'avoir placé leur père en institution. Selon eux, elle devait le garder à la maison.

Si on oppose la conception qu'ont les enfants du maintien à domicile de leur père : « *ses enfants lui disent que c'est très simple, qu'elle a juste à mettre du personnel en place* » (*Ibid.*) et la définition qu'en donne la psychologue de la maison de retraite, le travail de prise en charge assigné à la mère est loin d'être uniquement lié à la gestion administrative :

> ***« C'est un monsieur socialement très adapté mais qui présente de gros troubles attentionnels avec une dépression s'exprimant sur un versant apathique. Cependant en institution il a su s'adapter, participe à beaucoup d'animations, a pu prendre un certain rythme... En dehors de***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

cela, il est dans le déni et ne voit pas l'intérêt des aides diverses qui lui sont proposées : il ne se change pas, refuse la toilette... Un suivi en institution est intéressant pour lui notamment du point de vue des stimulations qui lui sont proposées. Il marche avec une canne, se déplace seul, mais a besoin d'être stimulé pour agir ». A la maison de retraite, il descend à heures fixes pour les repas, participe à divers ateliers : théâtre... il connaît les gens, a ses repères... M. Grenier a surtout des problèmes de mémoire à court terme et des troubles attentionnels (danger pour sa sécurité dans la rue). Il a tendance à vouloir sortir se promener, ce qui est dans ses habitudes, mais n'est pas sans danger. Sa dépression se traduit par une absence d'expression de ses émotions. Il a vécu de nombreux traumatismes dans sa vie, et aujourd'hui il fuit le conflit, n'est pas demandeur, ce qui explique qu'il ne se positionne pas face à son interlocuteur, mais va plutôt aller dans son sens. M. Grenier est dans un mode très intellectualisé, ne laissant pas de place à l'émotionnel ».

(Compte rendu de la psychologue de la maison de retraite).

Cette situation illustre l'importance de la tâche de coordination dévolue ici à la conjointe. Dans le cas d'absence de conjoint ou de parent piégé, on comprend alors que la solution de la maison de retraite soit une solution privilégiée.

La situation que nous venons d'aborder décrit un cas où bien qu'étant sous contrainte, les différents protagonistes du maintien à domicile jouent leur rôle. La conjointe comme aide familiale est coordinatrice des aides, elle-même soutenue par le CLIC ; le SSIAD pour la partie médicale et parfois la toilette, l'aide à domicile intermédiée pour les activités autour des repas et l'emploi direct afin de combler les interstices temporels du maintien à domicile. En dépit de ces dysfonctionnements et en se concentrant sur l'organisation mise en place, cette configuration s'apparente à l'idéal-type du maintien à domicile.

D'après l'analyse réalisée par Noémie Soulier, avec la participation d'Amandine Weber sur l'enquête Handicap-santé (SOULIER & WEBER, 2011), l'aide de l'entourage « *combine le plus souvent une aide aux tâches de la vie quotidienne et un soutien moral* » (*Ibid., p. 1*), ce que nous constatons dans nos observations. Par contre, l'aide apportée par « *les professionnels se concentre sur les soins personnels et les tâches ménagères* » (*Ibid., p. 1*). Leur analyse présente toutefois 20% (*Ibid.*) de personnes âgées dépendantes à domicile ayant recours uniquement à une aide professionnelle, il est légitime de se poser la question : qui prend alors en charge des tâches de soutien moral et logistique : à qui reviennent-elles ?

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2. L'aide à domicile : contrepoids des autres acteurs du maintien

Ce que permet de voir l'emploi direct au travers de sa structure contractuelle moins formalisée, c'est la possibilité de tendre vers le modèle domestique qui peut prendre en compte plus facilement les différents besoins. L'emploi direct de l'aide à domicile permet de jouer le rôle de variable d'ajustement au regard des autres protagonistes du maintien à domicile : la famille et les services médicaux et paramédicaux. Dans ce cadre, on observe que le salarié peut se substituer à la famille et aux autres intervenants pour venir compenser leurs lacunes dans la prise en charge, faisant du salarié le pilier du maintien ou parfois de la survie de la personne âgées dépendante.

2.1 Aléas du maintien à domicile et adaptation du salarié

Le cas Bertin concerne un couple. On observe, à travers ce cas, les effets d'un diagnostic Alzheimer du conjoint encore valide sur l'organisation du maintien à domicile et l'équilibre familial. Il donne l'occasion d'observer la dynamique famille-professionnels, mais aussi entre professionnels.

C'est la belle-fille qui d'abord prend contact au sujet de son beau-père qui a une maladie d'Alzheimer depuis environ un an. Monsieur est allé en consultation gériatrique à l'hôpital F. Depuis, une Infirmière diplômée d'Etat passe tous les jours pour remplir le pilulier et prendre la tension sur prescription médicale. Le médecin émet par ailleurs le vœu de voir intervenir une aide à domicile, vœu qui restera lettre morte.

Monsieur a caché sa maladie à ses proches jusqu'à ces quelques mois avant le contact avec le CLIC. C'est sa belle-fille, seule autorisée à l'aider pour ses papiers, qui a trouvé un courrier du médecin disant que la famille de Monsieur allait être prévenue du suivi en cours (diagnostic maladie d'Alzheimer). Monsieur avait demandé au médecin de ne rien dire à son épouse et lorsque l'équipe de l'hôpital a prévenu que le diagnostic allait être annoncé, Monsieur a annulé tous ses rendez-vous.

Depuis que la famille est informée, c'est la belle-fille qui accompagne Monsieur à ses rendez-vous médicaux et prépare les médicaments en alternance avec l'aide à domicile. Monsieur serait, d'après le médecin de la consultation, à un stade débutant de la maladie, mais il commence à avoir des difficultés à se déplacer, symptôme lié à l'évolution de la maladie d'Alzheimer.

Monsieur vit avec son épouse, qui bien que lucide semble elle-même avoir des problèmes de santé sur le plan physique. Elle ne sort plus du domicile car elle a des difficultés à se déplacer. Le couple a deux femmes de ménage qui interviennent alternativement cinq jours par semaine (deux jours pour l'une et trois jours pour

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

l'autre) de neuf heures à midi. Depuis que l'épouse à des problèmes pour se déplacer (opération des hanches), ce sont les femmes de ménage qui l'aident à faire sa toilette et préparent les repas.

Une visite à domicile est organisée sur demande de la belle-fille, avec l'accord du couple, pour évaluer les besoins en aide de Monsieur B, dont la maladie commence à avoir des répercussions sur son quotidien.

Le couple qui bénéficie de l'intervention de ces deux femmes ménage augmente donc la durée des passages de manière à avoir une présence de 9h à 14h. Par ailleurs, un infirmier diplômé d'état libéral passe tous les jours pour les traitements. En complément, le couple a également un kinésithérapeute pour l'entretien de la marche. Monsieur et Madame ne souhaitent toujours pas qu'une auxiliaire de vie intervienne en complément de l'aide ménagère « *car les choses se passent très bien avec ces dernière* » (compte-rendu d'une assistante sociale en charge du dossier). Par contre, ils émettent le souhait d'une aide pour les questions administratives. Cependant, ils ne souhaitent pas que ce soit des bénévoles proposés par une association, sous prétexte d'amateurisme, mais préféreraient un étudiant en droit.

Quelques mois plus tard, une nouvelle visite à domicile est organisée par le CLIC à la demande de l'épouse et de « *la personne qui les a aidés cet été* » (*Ibid.*). Cette personne, Sandra, travaille à la clinique H. à temps plein et a aidé le couple pendant ses vacances. C'est le kinésithérapeute du couple qui se serait adressé à Sandra pour savoir si elle voulait bien les accompagner et les aider pendant un mois, dans la maison de campagne du couple. Depuis, Sandra a du mal à laisser le couple sans aide et s'investirait gratuitement.

Parallèlement, la situation familiale se dégrade. En effet, Sandra vient compenser l'activité de la belle-fille et d'une des deux femmes de ménage car il n'y a plus de dialogue entre le fils, la belle-fille et les parents. « *Madame pense que son fils doit voir un psy et elle en demande également pour elle* ». Le couple semble beaucoup souffrir de ce conflit. il reçoit toujours l'aide d'une des deux femmes de ménage deux fois par semaine, et « *ils attendent que leur aide à domicile revienne du Maroc* ». Sandra continue à venir de temps en temps. On note qu'en plus d'une substitution des aides à domicile l'une par rapport l'autre, le terme d'« aide à domicile » apparaît à la place de celui de « femme de ménage ». Cette modification est révélatrice de la place qu'occupe la salariée dans le maintien de l'aide. Finalement, après le retour de l'aide à domicile, six matinées sur sept sont couvertes.

Une nouvelle visite est réalisée par une travailleuse sociale et le médecin du CLIC. L'époux se déplace toujours avec difficulté mais participe activement à la conversation et parvient à exprimer son vécu de la maladie lors des entretiens, tandis que son épouse évoque sa situation. L'équipe du CLIC insiste sur la nécessité

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

de reprendre les séances de kinésithérapeute car c'est Sandra qui accompagne l'épouse dans ses déplacements et la fait marcher à la place du kinésithérapeute.

Les aides n'ont pas changé : deux emplois directs. Néanmoins les besoins augmentent car un passage supplémentaire le soir devient de plus en plus nécessaire. Le CLIC propose au couple de réduire le nombre d'heures du matin pour éviter les frais supplémentaires, mais l'épouse ne le souhaite pas. En effet, lors de la visite, les travailleurs sociaux constatent une dégradation de l'état de santé du couple avec des difficultés à se déplacer. La situation au niveau des aides reste inchangée.

> ***« M. semble avoir davantage de difficultés à se déplacer, Mme également. L'organisation des aides n'a pas changé : aides à domicile en emploi direct, personne qui gère les papiers, IDE, kiné et orthophonie (pour M.). La situation familiale est toujours assez complexe avec le fils. Mme ne nous demande pas d'intervenir pour augmenter ou modifier les aides. Elle souhaite avant tout pouvoir échanger sur son vécu et avoir un interlocuteur qui s'intéresse essentiellement à elle. Elle regrette que tout le monde ne s'intéresse qu'à la maladie de son mari ».***
>
> ***(Compte-rendu d'une visite à domicile d'une travailleuse sociale).***

Le retour du kinésithérapeute dans la prise en charge modifie cependant l'activité des aides à domicile anciennement femmes de ménage. Les exercices de marche sont réalisés par le kinésithérapeute.

Nouvelle visite à domicile en compagnie du couple : la situation s'est encore dégradée, essentiellement au niveau des déplacements à l'intérieur du domicile. Le couple a augmenté les aides ; la personne qui venait de 9h à 14h vient désormais de 9h à 13h puis de 17h à 21h pour préparer le diner car ils ne pouvaient plus gérer seul les repas du soir.

La prise en charge par le CLIC étant en cours, le suivi prend fin à ce moment là. Ce cas montre bien que la place des aides à domicile est mouvante, aussi bien au niveau des horaires que des activités. On constate donc l'effectivité de l'aide à domicile comme maillon ajustable autant à la famille qu'à certains professionnels. La situation très particulière de la commune et de la population étudiée (Chapitre 5) limite d'une certaine manière les transferts de tâches entre les différents professionnels en raison d'un nombre important d'acteurs professionnels et d'un recours plus systématique au corps médical chaque fois que le besoin émerge. On peut donc faire l'hypothèse que tout comme sa définition théorique, la pratique de

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

l'aide à domicile s'arrête aux limites de la prise en charge médicale effectivement réalisée. Ce constat d'un transfert avec professionnels serait donc variable en fonction de la présence disponible des personnels médicaux.

2.1.1 De l'aide à domicile à l'infirmière

Lors de l'enquête menée sur le terrain de l'agglomération de 1V, nous avons questionné les intervenantes sur la question des limites de l'activité, telle que définie dans les conventions collectives (Un métier p. 131). Conscients des frontières de leur activité, les salariés travaillant en modes intermédiés sur le territoire 1V, viennent, eux aussi, compenser les lacunes d'une prise en charge sanitaire défaillante par manque de moyen et ce, de manière encore plus visible que sur le territoire 2N.

Bien qu'en premier lieu, la réponse à la question « *Faites-vous des soins ?* » soit : « *On n'a pas le droit !* », relativement peu d'insistance permet de faire évoluer la réponse vers : « *On en fait, on en fait, faut pas mentir* ». Cette pratique du soin médical par les aides à domicile est décrite comme un substitut, un remplacement d'un autre intervenant, en l'occurrence, médical.

> ***« Quand y a l'infirmière qui passe pas ou qu'elle passe à midi et que vous vous avez fait la toilette à neuf heures, un pansement, bon ça, faut pas que ce soit trop grave bien sûr [...] On peut clamper la perfusion le temps que l'infirmière elle repasse, parce que admettons qu'elle passe à 8h et qu'elle repasse pas avant 11h, bon ben y a de l'air qui rentre, bon ben si la perfusion elle est finie, ben on clampe, elle nous le montre et puis on le fait, normalement on a pas le droit... On clampe la perfusion et puis elle quand elle arrive elle a qu'à changer la bouteille quoi. Pour éviter qu'y ait l'air qui rentre sinon le sang il remonte. Sinon des soins... oui quand ils mettent des protections on est obligée si ce qu'on met beaucoup c'est les crèmes, les crèmes aux jambes, masser si ils ont des rhumatismes vous voyez, tout ça... moi ce que je ne fais pas c'est couper les ongles, surtout aux diabétiques... Normalement c'est interdit mais, ça non, je leur dit, non, je le fais pas. [...]***
>
> ***Et vous donnez les traitements ? (Loïc)***
>
> ***Les médicaments on n'a pas le droit mais on les donne hein.***
>
> ***Quand y en a plus c'est vous qui passez à la pharmacie avec l'ordonnance ? (Loïc)***
>
> ***Non, ça c'est les enfants qui le font.***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Oui mais pour ceux qui n'ont pas d'enfants ? (Loïc)

Ça arrive ».

(Aide à domicile diplômée du DEAVS)

Cette aide non formalisée correspond à une certaine logique. Cette logique qui privilégie aussi dans ce cas le modèle domestique place l'intérêt de la personne âgée au-dessus des découpages légaux des différentes tâches. Une autre aide à domicile nous précise que lorsqu'elle change la protection d'une personne, et lorsque qu'elle a une escarre dans le bas du dos ou sur les fesses, ce qui est courant chez les personnes alitées, elle change le pansement souillé, ce qui dans la division légale du travail n'est pas possible puisque cela correspond à un acte médical. Dans certaines circonstances ces pratiques informelles peuvent parfois être plus formalisées.

« Mais les personnes qui voient plus d'trop ou qui peuvent pas préparer, dans ce cas-là nous on fait faire une ordonnance par le médecin et y a le fils ou la fille qui signe comme quoi il nous donne l'autorisation de préparer les médicaments dans les petites boîtes et c'est bien inscrit sur les boîtes si c'est le matin, l'après-midi ou le soir, mais, on a une autorisation.

Parce que la famille elle demande souvent à ce que vous fassiez ça ou ça mais elle ne signe pas obligatoirement d'autorisation écrite ? (Loïc)

Voilà, mais nous non, enfin moi, je fonctionne comme ça si faut préparer un médicament ou des dosages dans les boîtes ben je demande une ordonnance. Ouais parce que on sait jamais. Même des bas de contention, faut pas croire hein. Si sont mal mis et que vous avez une veine qui craque ou une varice ? Ca se reporte sur qui ? Normalement c'est une infirmière qui doit passer, mais elles ne veulent pas hein !

Pourquoi elles ne veulent pas ? (Loïc)

Parce qu'elles disent que ce n'est pas leur rôle elles disent que c'est une aide-soignante ou une auxiliaire de vie, mais non, nous on n'a pas appris ça hein… ».

(Aide à domicile diplômée du DEAVS)

Cette substitution et cette prise de risque des aides à domicile qui réalisent des tâches pour lesquelles elles ne sont pas formées ou pas couvertes par une hiérarchie médicale est permise par deux éléments : d'une part un flou dans les définitions qui facilite les substitutions aux frontières des métiers, d'autre part par un désinvestissement du corps médical qui délègue certaines tâches à du personnel non

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

médical. Sabina, une autre aide à domicile, travaille elle pour un client directement sous l'autorité médicale du fils. Lui demandant de décrire son activité auprès de chaque client, elle raconte :

> ***« Heureusement qu'il a cette machine là (lève-malade), vous le suspendez, vous le laissez aller, vous mettez la machine en route, bon, et vous avez l'équivalent de deux, trois heures de repas, à midi on retourne, donc je lui donne ses médicaments plus ses deux grands verres d'eau. Je lui donne ça aussi, je le mets couché. A 14h je retourne pour le change plus la mise au fauteuil, tout ça avec un lève-malade. Et je retourne à 19h, pour une heure, alors y'a la toilette, plus le changement du pansement de la sonde. Donc ça c'est à faire tous les jours, tous les jours, tous les jours. Là c'est pareil, le fils est médecin, donc ça devrait être fait par la famille ou un infirmier, mais bon, y a rien de méchant. Le fils, il m'a dit si y a un souci, vous m'appelez, j'arrive, donc bon… Quand y a des escarres c'est pareil, on essaye de faire ce qu'on peut, c'est pareil. »***
>
> ***(Sabina)***

Aussi bien dans un jeu dynamique que sur un déficit structurel de soins médicaux, on observe le rôle des aides à domicile comme aide ajustable à la famille et aux autres professionnels du maintien à domicile. On note déjà que ce travail d'ajustement, caractéristique de la norme domestique qui considère le bien-être de la personne âgée dépendante en premier lieu, tend à mettre l'aide à domicile dans des situations de risque. La « *crainte de l'incompétence* » qui résulte du décalage existant entre organisation prescrite et organisation réelle du travail représente une contradiction importante, comme l'analyse Christophe Dejours (DEJOURS, 1998) : c'est justement le respect scrupuleux des prescriptions, des consignes et des procédures qui empêche d'accomplir la tâche, le maintien à domicile.

L'emploi direct permet d'atténuer d'une certaine manière les écarts entre travail prescrit et travail réel puisque le travail n'est pas prescrit depuis l'extérieur mais coproduit dans le cadre de la relation de services (GADREY, 1994) « libre » de prescription externe, mais en dehors des limites du modèle sanitaire.

2.2 Autonomie décisionnelle : emploi direct versus APA et modes intermédiés

Ce rôle d'ajustement et de compensation des lacunes du maintien à domicile peut aussi être observé en lien avec la perte de contrôle qu'entraîne la mise en place d'un modèle industriel et médical de prise en charge. Le cas d'Alice B., 96 ans vivant seule sans enfants et sans conjoint est particulièrement parlant pour comprendre les enjeux sous-jacents à la mise en place de différentes aides et de leur organisation. Il

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

permet d'observer le phénomène de coproduction du service au regard de la tutelle d'autres formes d'aide.

La situation est prise en charge à partir du signalement du médecin de Alice B qui, bien que malvoyante n'a aucune pathologie grave et reste lucide. Le médecin saisit le CLIC dans un courrier décrivant la situation d'Alice B. A ce moment, Alice B n'a aucune aide, elle a eu recours à une femme de ménage avec laquelle la relation se serait mal terminée. Il y a un gardien dans l'immeuble de son appartement loué (50-70 m2). « *Elle est fâchée avec son gardien* » (compte-rendu d'une assistante sociale en charge du dossier) pour des raisons pécuniaires.

Lors de la première visite du CLIC, elle accepte le principe d'un service d'aide ainsi que la livraison des repas, alors que les besoins définis par le CLIC correspondent à de l'aide pour la toilette, le ménage, et les courses. Lors d'une deuxième visite où sont présents le CLIC et le service d'aide, il est décidé que le service interviendra deux fois deux heures par semaine, complété par un service de livraison de repas à partir de la semaine suivante. Le CLIC propose de prendre contact avec une infirmière libérale de son choix afin de préparer le pilulier une fois par semaine.

Début octobre, soit moins d'une semaine après la mise en place de l'aide (livraison de repas et service d'aide), Alice B contacte le service d'aide afin d'arrêter les aides. Elle explique son choix à l'assistante sociale par ces mots : *« ce qu'on lui a proposé ne lui convient pas : l'aide à domicile ne faisait pas ce qu'il fallait (insistait trop sur l'aide à la toilette et pas assez sur le ménage) et les repas de [service de livraison] ne sont pas bon »* (*Ibid.*). On voit ici les contraintes apportées par la prescription extérieure du modèle industriel, l'aide apportée n'est pas définie selon les intérêts et envie de la personne âgée mais selon un modèle qui définit ce que doit être l'aide à domicile. De la même manière, les repas confectionnés par les services de livraison de repas ne sont pas construits en fonction des envies mais selon des critères extérieurs à la personne âgée prenant en compte les recommandations médicales (sans sodium, sans cholestérol, sans sucre, etc.) et des critères diététiques.

Parallèlement, les tentatives de contacts avec l'infirmière n'étant pas fructueuses, l'assistante sociale propose de mettre en place le SSIAD afin de préparer le pilulier. A ce stade la configuration d'aide est donc passée de néant, avant l'intervention du CLIC, à la livraison de repas ainsi qu'aide pour la toilette et le ménage sans financements publics, puisque Alice B ne souhaite pas demander l'APA, en raison d'une inadaptation des services aux besoins exprimés

La mise en place de l'APA est relativement rare sur la commune. Le revenu des habitants pourrait permettre d'expliquer une partie de ces refus, la participation demandée étant de 90% pour les revenus supérieurs à 2 669,55€ en décembre 2007. Toutefois, on constate que ce sont majoritairement les personnes aisées de la

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

commune qui touchent l'APA (52% des bénéficiaires ont un revenu supérieur à 2001€ en 2007 leur faisant un ticket modérateur (une participation) de 70% au minimum pour un plan d'aide maximum de GIR 2) (Tableau 24).

Tableau 24 : Stock de bénéficiaires APA à domicile sur la commune de 2N par tranche de ressources au 31/12/2007

Tranche de ressources	Stock de bénéficiaires Apa à domicile
De 0 € à 600 €	35
De 601 € à 1000 €	39
De 1001 € à 1500 €	54
De1501 € à 2000 €	28
Au dela de 2001 €	169
TOTAL	325

Sources : Conseil général
Lecture : au 31 décembre 2007, 54 personnes touchant l'APA avaient des ressources entre 1001 et 1500 euros mensuelles

Contrairement au reste de la population française, la demande d'APA de la commune ne semble pas s'appuyer sur un besoin financier. En effet, l'APA ne s'adresse que très peu aux personnes peu dépendantes pourtant majoritaires au niveau national. Le tableau 25 montre que les personnes les moins dépendantes touchant l'APA sur la commune (GIR 3 & 4) sont 47% alors qu'elles représentent 79% (Debout, 2010) pour la France entière. Par contre, les personnes parmi les plus dépendantes sont surreprésentées au niveau de la commune 2N avec 53% des effectifs des allocataires. L'hypothèse qui émerge est que l'APA fonctionne comme une tutelle en contrôlant et en définissant les aides qui contribuent au maintien à domicile.

Tableau 25 : Stock de bénéficiaires APA à domicile sur la commune de 2N et France entière ayant un GIR 1, 2, 3, 4 au 31/12/2007

GIR	Stock de Bénéficiaires Apa à 2N (en %)	Stock de Bénéficiaires Apa France entière (en %)
1	9%	2%
2	44%	19%
3	22%	22%
4	25%	57%
TOTAL	100%	100%

Sources : Conseil général et Données individuelles APA 2006-2007- DREES
Lecture : au 31 décembre 2007, 44% des bénéficiaires de l'APA sur la commune de 2N étaient classés en GIR 2, alors qu'ils étaient 19% sur la France entière.

Cette hypothèse est d'ailleurs confirmée si l'on s'intéresse cette fois-ci à la structure familiale des allocataires. En contrôlant la structure des foyers des personnes allocataires de l'APA, on constate que les personnes vivant seules représentent

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

75,7% du stock de bénéficiaires et que cette catégorie est particulièrement représentée au regard de la structure familiale des plus de 65 ans de la commune, vivant seul dans uniquement 43,3% des cas.

Tableau 26 : Bénéficiaires APA à domicile sur la commune de 2N au 31/12/2007

Situation familiale	Stock de Bénéficiaires Apa à domicile		Répartition de la structure des ménages chez les plus de 65 ans de la commune 2N
Célibataire	40	75,7%	43,3%%
Séparé(e)	4		
Divorcé(e)	33		
Veuf (ou veuve)	169		
Vie maritale	2	22,8%	54,4%
Marié(e)	72		
Non renseigné/Autre	5	1,5%	2,3%
TOTAL	325		

Sources : Conseil général et Recensement de la population 2008
Lecture : au 31 décembre 2007, 22,8% des bénéficiaires de l'APA sur la commune de 2N étaient en couple, alors que parmi l'ensemble de la population de 2N de plus de 65 ans, 54,4% étaient en couple.

Ce rapide regard sur les bénéficiaires confirme le sentiment émis par les personnes âgées lors de leurs refus. L'APA tout comme les structures intermédiaires contribuent à imposer une aide sur un mode industriel, normatif, définie depuis l'extérieur. Le recours à l'emploi direct apparaît alors comme une solution d'allègement face à cette définition externe du besoin.

Alice B. rejette donc l'ensemble des aides qui lui ont été proposées jusqu'alors et choisit d'avoir recours à une ancienne femme de ménage en emploi direct. On observe donc un transfert de l'activité de l'« aide à domicile » de la structure vers l'ancienne femme de ménage.

Alors qu'une organisation multi-acteurs est planifiée, seule la mise en place de l'aide à domicile en emploi direct est effectuée. On observe ici que c'est de manière informelle l'aide à domicile en emploi direct qui s'occupe de l'approvisionnement en médicaments à la pharmacie, remplaçant par la même occasion le SSIAD. En effet, la mise en place des aides médicales est plus compliquée puisque la mise en place du SSIAD auprès de Madame Alice B. nécessite un référent familial sans lequel le SSIAD refuse d'intervenir[152]. La situation décrite ici montre que malgré une position

[152] Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

subalterne de la femme de ménage comme personnel de maison, elle est plus importante que l'aide à domicile de la structure intermédiaire, ses activités couvrent en définitive un nombre plus important de tâches dont celles qui étaient dévolues au SSIAD. Le refus de l'aide d'une structure peut, comme on l'a montré, être apparenté à une volonté de garder le contrôle sur l'organisation du maintien de son « autonomie ».

Par la suite, Alice B est hospitalisée dans un hôpital du département à cause d'une luxation de l'épaule suite à une chute, et d'une bronchite. Le CLIC, sur demande de la filleule de Mme Alice B, est chargé de coordonner le retour à domicile en lien avec l'assistante sociale de l'hôpital. La sortie est proposée sous condition d'acceptation de l'intervention d'une femme de ménage tous les matins ainsi que de l'intervention du SSIAD. Dans le cas de l'absence du SSIAD, Alice B ira dans un établissement de soins de suite et réadaptation (SSR)[153]. La sortie telle que proposée par le CLIC sera effective et les aides seront organisées. La montée en charge de l'aide et son coût provoque la mise en place de l'APA. On voit ici dans quelles circonstances Alice B. perd le contrôle sur son maintien à domicile et comment le modèle sanitaire[154] et social[155] prend le dessus, imposant un mode d'organisation hybride entre les trois modèles.

Cette configuration regroupant trois acteurs n'aura pourtant pas lieu puisqu'au moment de sa mise en place « le médecin qui est passé le matin souhaite qu'il y ait des aides 24h/24 : il a donné à la nièce le nom d'une personne qu'il connaît. Cette personne s'appelle Daniela et est venue se présenter à domicile pour faire connaissance. Elle n'est pas diplômée mais aurait travaillé en tant qu'"auxiliaire de vie" chez une personne âgée pendant 15 ans » (compte-rendu de suivi du cas par une travailleuse sociale). Cette tentative de mise en place des modèles sanitaire et social est contrecarrée par l'intervention du médecin qui modifie la nature des intervenants pour proposer une autre hybridation sanitaire et domestique.

On observe donc la mise en place d'aide 23h/24 avec les interventions constantes de la femme de ménage, de deux aides à domicile en emploi direct et le SSIAD. En dépit

[153] Les SSR s'inscrivent au centre de la filière de soins. En amont se situent les secteurs d'activité de court séjour et en aval, le secteur sanitaire (passage en service de soins de longue durée pour la gériatrie par exemple), ou la prise en charge en libéral lors du retour à domicile.

[154] Pour la définition, se référer à l'Introduction p. 12.

155 Ibid.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

de cette organisation, la situation d'Alice B. se dégrade. Cinq mois plus tard, Alice B. entrera en Maison de retraite.

Ce cas est un exemple de complémentarité, d'hybridation des aides et de glissement entre les aidants professionnels. Cette place bien que définie, en théorie, selon différentes activités est en définitive relativement mouvante en fonction des besoins qu'il faut combler. Le rôle de l'emploi direct intervient dans une certaine mesure pour combler le vide laissé par les autres acteurs de la prise en charge. Ainsi, comme nous l'avons vu avec la présence de nombreux acteurs, l'emploi direct demeure souvent une « femme de ménage ». Les situations qui font apparaître moins d'intervenants montrent que la femme de ménage occupe des rôles différents et devient aide à domicile. On explique ce mécanisme par une définition moins stricte des tâches à accomplir par la salariée en emploi direct bien que, comme nous l'avons vu, dans le cadre d'associations intermédiaires, une redéfinition est aussi possible. Toutefois, le salarié en emploi direct est apprécié pour sa flexibilité et il officie sous l'autorité de son employeur qui décide directement et au coup par coup de ce dont il a besoin. Le recours au SSIAD, quant à lui, intervient avec une certaine autorité sur la personne dépendante. Le SSIAD en s'inscrivant dans la hiérarchie médicale devient une forme de tutelle, ce que nous développerons dans le chapitre 7.

2.3 Absence de famille : quand l'emploi direct devient coordinateur

Nous avons pu constater que l'aide à domicile peut endosser bien des rôles et parmi ceux-ci, un rôle apparenté à celui de la famille dans sa fonction de coordination.

Le cas de Madame Paille est l'exemple même du travail de coordination de l'aide à domicile en emploi direct. En même temps que la salariée partage la coordination, on observe que son statut évolue.

Mme Paille est une femme de 90 ans veuve au moment où elle est adressée au CLIC. Sa situation d'isolement au moment du recensement organisé par la mairie dans le cadre de son plan canicule est signalée au CLIC qui prend alors contact avec elle. Elle touche 1840 euros de ressources mensuelles auxquels s'ajoute une aide de l'APA pour financer des aides de 384 euros. Le plan d'aide qui lui a été proposé par l'APA correspond à deux fois deux heures par semaine du financement de sa femme de ménage, présente avant le diagnostic de dépendance, ainsi que trois heures par semaine d'un service prestataire. Elle est évaluée en GIR 3, sa participation est de 15% sur son plan d'aide APA. Son revenu relativement confortable est amputé de 1340 euros de loyer mensuel. Elle réalise sa toilette seule et la femme de ménage qui est en réalité la seule à intervenir deux fois par semaine fait les courses et prépare les repas pour les jours à venir. Madame Paille bien que touchant une partie de l'APA pour un service d'aide intermédié ne dépense pas cette partie et l'adjoint à son revenu. Mme Paille est dépressive et demande régulièrement au médecin *« de lui*

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

faire une piqûre ». Sa situation est suivie par le CLIC depuis juillet 2008 jusqu'au moins le moment de l'enquête où elle est encore suivie (2010). Cette perspective temporelle longue nous permet de faire ressortir la place de la salariée femme de ménage dans le maintien à domicile et le rôle de coordinateur.

Le premier recours à la femme de ménage est relativement rapide puisque lors de la première visite des travailleurs sociaux, Mme Paille a oublié les codes de la porte. Les travailleurs sociaux s'adressent alors à la femme de ménage qui leur transmet les codes et les informations médicales relatives à la dernière visite du médecin, comme l'aurait fait un membre de la famille. Le compte rendu de cette visite nous apprend un besoin de pédicure, ainsi que d'aides supplémentaires. Malheureusement Mme Paille refuse toute aide supplémentaire en raison du coût mais accepte cependant le venue d'une pédicure qui sera prise en charge par l'APA.

Suite à un problème de santé, Madame Paille est hospitalisée d'urgence à l'automne 2008. Les comptes rendus qui font état de la situation montrent une fois de plus que la « femme de ménage » du mois de juillet s'appelle à présent « auxiliaire de vie ». L'auxiliaire de vie prévient le CLIC de l'hospitalisation de Madame faite à son initiative. Elle s'adresse au CLIC afin de récupérer les coordonnées du service APA du Conseil général pour les transmettre aux pompiers qui les transmettront à leur tour aux urgences et à l'hôpital en prévision de la fin d'hospitalisation. L'hôpital, ayant besoin de papiers administratifs relatifs à l'hospitalisation de Mme Paille, il prend contact avec le CLIC. Celui-ci transmet alors les coordonnées de la salariée pour qu'elle aille chercher les documents administratifs voulus. Alors que ses besoins semblent s'être accrus avec l'hospitalisation, le CLIC et le service APA se coordonnent pour tenter d'« *améliorer la situation* ». Bien que le plan d'aide ne soit pas à son maximum, la solution de l'accroissement des heures financées par l'APA est écartée puisque le budget de Madame est trop limité pour supporter une augmentation de sa participation sur les nouvelles heures. Après une hospitalisation, suivie d'un séjour de convalescence de deux mois, elle sort début janvier 2009 avec l'aide effective de sa « femme de ménage auxiliaire de vie » et après la mise en place du SSIAD[156] afin d'accroître la prise en charge sans accroître les frais. La présence du SSIAD est mal acceptée. Les aides soignantes sont obligées de forcer la porte pour rentrer en se faisant aider de la salariée aide à domicile en emploi direct :

> ***« L'IDE a dû rentrer presque de force dans l'appart, grâce à l'auxiliaire de vie. Mme est opposante à toute intervention. Elle reste prostrée dans sa chambre, disant qu'elle veut***

[156] Le SSIAD, pris en charge par l'assurance maladie, est gratuit.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

mourir chez elle, mais refuse toute aide. Gros problème d'hygiène (elle ne se serait pas lavée les cheveux depuis 2 ans). Ses médicaments pour le cœur ne sont pas pris et les autres sont mal pris. L'IDE nous dit que Mme n'est pas en sécurité. Elle aurait des troubles. L'aide ménagère n'est là que 2x2h par semaine pour courses, ménage. Mme jette les aliments achetés par l'aide ménagère et ne mange qu'une fois par jour. Selon l'IDE, le placement est inévitable et elle souhaite savoir si nous pourrons faire une demande de HDT car Mme refuse les aides/soins nécessaires au maintien à domicile et refuse de mourir à l'hôpital. »

(Compte rendu du contact avec le SSIAD)

Madame refusant l'hospitalisation, et les interventions du SSIAD étant très difficiles, le SSIAD décide d'arrêter les interventions. Le CLIC tente plus tard de rentrer en contact avec Madame qui ne répond pas. Il décide alors de contacter la salariée aide à domicile qui transmet une fois de plus les informations. Une semaine plus tard, la salariée prend contact avec le CLIC pour demander une visite à domicile à la fois au CLIC et au médecin avec lequel elle organise un rendez-vous en raison de la dégradation de la santé de Madame. On assiste dans ce cas à une substitution du rôle de coordinateur régulièrement pris en charge par la famille. Nous observons ici une gestion quotidienne de l'aide par la salariée qui transmet les informations importantes et prend les rendez-vous avec les intervenants tout en définissant une partie des besoins.

Tout en s'appuyant sur le CLIC pour la recherche d'une IDE prescrite dans le cadre de la visite médicale qu'elle a organisée, l'aide à domicile accepte que ses coordonnées soient transmises aux IDE susceptibles d'intervenir pour organiser les interventions, la salariée joue un rôle vital pour le maintien à domicile, voir la survie de Mme Paille. Les interventions ont donc lieu tous les jours en fin de journée. Le but de ces visites semble être principalement de la surveillance. « *L'infirmier lui permet d'avoir de la visite tous les jours et parallèlement, lui, pourra nous prévenir si sa santé se dégrade* ». Par ailleurs, l'aide à domicile et l'infirmier se sont conjointement occupés de régler les factures impayées. D'autres intervenants (pédicure, coiffeur, bénévole pour la lecture) sont coordonnés à la fois par le CLIC, par l'aide à domicile et l'infirmier.

Le CLIC tente aussi de mettre en place une toilette par l'intermédiaire du SSIAD, celui-ci abandonne une deuxième fois en trois jours. La configuration reprend donc avec l'infirmier et l'aide à domicile. Leurs activités permettent un maintien optimum de Madame à domicile, puisque toutes les autres configurations ont échoué.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Cette situation montre le rôle que peut jouer la salariée en emploi direct dans le maintien à domicile de la personne fragile. Il montre aussi la responsabilité et la précarité des situations où la famille est absente. La possibilité du maintien à domicile et la volonté de ce maintien montrent ainsi des limites. Cette salariée n'est pas isolée dans ce type de situation et la substitution que l'on observe dans la flexibilité de la relation est déterminante pour le maintien à domicile. *A contrario*, le recours à un intervenant d'une structure intermédiaire proche du modèle industriel, plus rigide, ne permettrait pas cette adaptation caractéristique du modèle domestique hybridé, dans ce cas précis, avec des intervenants médicaux en plus du CLIC.

Ces différents éléments marquent autant de moments où il faut repenser le maintien à domicile, ou du moins l'ajuster. La question des choix est alors déterminante autant pour la famille que pour la personne aidée. La configuration familiale est un élément déterminant de l'organisation de l'aide tout comme la disponibilité des différents protagonistes de l'aide. En effet, nous avons vu l'importance de la coproduction du maintien à domicile passant au minimum par une coordination des différents segments qui, en présence d'aidant familiaux, leur est assignée. L'absence ou la démission de la famille conduit donc à un placement en institution. Toutefois, comme nous venons de le voir, l'aide à domicile peut jouer en partie le rôle de chef d'orchestre quand cela est possible et que les différents intervenants sont présents. Une fois de plus en cas d'absence d'intervenant, l'aide à domicile peut prendre des formes qui peuvent palier à l'absence d'autres aides professionnelles et familiales.

Le rôle des configurations familiales et la disponibilité des intervenants ont une influence sur le rôle de l'aide à domicile. Cette place variable dépend donc des configurations externes de l'aide. Toutefois, à partir de carrières de couples salariés/personnes âgées on peut observer que nonobstant cette première adaptation, l'aide à domicile, sur des temps longs, peut accompagner la personne âgée dans le développement de ses besoins, ces situations les faisant bien souvent passer de « femme de ménage » à « aide à domicile ».

3. Définition de l'aide : construction dans la durée

Les situations décrites jusqu'ici, le sont du point de vue de la personne âgée à partir du point de contact avec le CLIC et l'on ne perçoit qu'une partie de l'histoire des configurations d'aide avec l'activité de la salariée en emploi direct. En effet, seules les informations utiles à la gestion conjointe du cas sont présentées, ce qui ne permet pas de voir entièrement les activités du salarié. C'est pourquoi à partir de trois portraits de salariés, on présentera leurs activités et leur évolution en nous intéressant à leur changement de statut.

Lors des entretiens menés avec des salariés en emploi direct réalisant une activité auprès d'une personne dépendante, nous avons constaté que trois salariées

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

interrogées relataient, à travers des positions, des origines et des ambitions sociales différentes, le même apprentissage de leur activité d'aidant professionnel à travers le développement de la dépendance de leurs employeurs.

3.1 L'aide à domicile : sa place dans le temps

L'aidant professionnel et son activité dépendent du « moment » de la description de son activité. Ici, nous souhaitons nous intéresser à son activité auprès d'une personne non dépendante qui le devient, afin de présenter la construction d'une relation d'aide à partir d'une relation de service. Puis, nous aborderons la question de l'évolution de la dépendance à partir de trois cas de salariés qui décrivent leurs activités et l'évolution de celle-ci à travers l'évolution de la dépendance des personnes dont elles sont l'aidant professionnel.

Les données récoltées sur l'organisation des prises en charge nous permettent de constater une présence des salariés en emploi direct en amont de ce que l'on appelle la formalisation de la dépendance. Par formalisation, on entend que, bien que la dépendance soit un processus progressif et souvent lent, l'étiquette de « dépendant » apparaît lorsque l'on accepte l'aide d'un tiers, non pas dans la réalisation d'une quelconque activité (bien que cela ait malgré tout de l'importance), mais dans l'organisation et la coordination de l'activité. Le refus de l'aide que nous avons décrit plus haut correspond, dans la majorité des cas, à un refus de la dépendance. Dans ce que l'on présente ici, la formalisation de la dépendance, c'est-à-dire, s'en remettre à ses enfants, au CLIC, etc. provoque très souvent pour le salarié un changement de statut. Il passe de femme de ménage à « aide à domicile ».

Nos données nous permettent de repérer 27 cas de femmes de ménage présentes avant ce mécanisme de formalisation. Parmi ces 27 femmes de ménage, on peut observer que 15 d'entre elles changent de statut. Les statuts de femme de ménage ou d'aide à domicile ne correspondent pas à des statuts légaux. Ce changement de statut intervient dans la description qu'en font les travailleurs sociaux dans leur compte-rendu et révèle ainsi, non pas la modification de leur activité, puisque nous constaterons que les mêmes activités sont partagées par ces mêmes statuts, mais une modification de la place qui leur est donnée par le CLIC. Ainsi un plan d'aide ne s'appuiera pas sur une femme de ménage, alors qu'un salarié aide à domicile pourra être le support de l'aide et donc partager une partie du travail de coordination.

La position temporelle de l'emploi direct joue un rôle fondamental dans l'évolution des prises en charge et dans son rôle au sein de celle-ci. On s'attachera à définir la situation mettant en scène l'emploi direct en amont du diagnostic de dépendance, « l'emploi direct et l'arrivée de la dépendance » : comment s'intègre ses différents rôles dans l'évolution des différentes configurations. Les données dont nous

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

disposons concernent 86 cas, bien renseignés, de prise en charge. 49[157] cas présentant un emploi direct avant la prise en charge par le CLIC et 28 pour lesquels l'emploi direct apparaît postérieurement à la prise en charge du CLIC (9 cas où l'on ne peut pas déterminer la temporalité de l'arrivée de l'emploi direct). Sur ces 49 cas, où la présence du salarié est signalée en amont, 30 sont nommés comme femme de ménage (au moins dans un premier temps), alors que 19 sont nommés aide à domicile. Sur ces 30 cas, on observe que pour 15 d'entre eux, la femme de ménage subit une transformation de femme de ménage à salariée « aide à domicile » avec une diversification de son activité.

Une « aide à domicile » est une « aide à domicile » uniquement si son employeur se considère ou est considéré comme dépendant. Même si à travers les cas que nous avons étudiés, certaines situations présentaient des aides à domicile, ils s'agissaient de diagnostics réalisés en amont de la prise en charge par le CLIC.

On a déjà noté, une arrivée plus tardive des cas avec emploi direct dans la base de données. A partir des travaux sur le premier département, on a pu observer que l'activité la plus prise en charge dans les plans d'aide, et souvent la première, correspondait à l'entretien du logement. Dans ces conditions, considère-t-on une personne âgée ayant une femme de ménage comme une personne dépendante ?

L'analyse comparée de la présence de femme de ménage et du besoin d'aide constaté pour l'entretien du logement, nous permet d'observer pour 36 cas (Tableau 27) où l'on constate la présence d'une femme de ménage, que seul 17 cas sont dans une situation pour laquelle le travailleur social définit un besoin d'aide au logement. A l'opposé, sur les 40 cas nécessitant une femme de ménage, 23 cas en sont dépourvus.

Tableau 27 : Confrontation du besoin d'aide pour l'entretien du logement & présence d'une « femme de ménage ».

Besoins aide logement	Recours à une femme de ménage		
	non	oui	Total
Non	46	19	65
Oui	23	17	40
Total	69	36	105

Source : base de données CLIC recodée pour 105 cas en emploi direct, 2010
Lecture : Parmi les 40 personnes pour lesquelles on relève un besoin pour l'entretien du logement, 17 ont recours à une femme de ménage.

[157] Les données que nous utilisons ici proviennent d'un codage réalisé à partir des différents compte rendus de suivi qui nous a permis de construire une base de données sur ces cas. Nous remercions ici David Jeannet pour son aide dans le codage de cette base de données.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Ce tableau (Tableau 27) montre que 69 personnes n'ont pas de femme de ménage. En observant ces 69 cas et le recours à une ou plusieurs « aides à domicile » (Tableau 28), on constate comme pour la femme de ménage, que les aides à domicile sont plus concentrées du côté de ceux qui n'ont pas besoin d'aide pour l'entretien du logement. Toutefois, on observe parmi les 23 cas présentés comme ayant besoin d'une aide pour l'entretien du logement et n'ayant pas de femme de ménage, que 19 ont recours à une aide à domicile.

Tableau 28 : Confrontation du besoin d'aide pour l'entretien du logement & présence d'une « aide à domicile ».

Besoin aide logement	Recours à une aide à domicile			
	non	Oui, 1	Oui, 2/plus	Total
Non	13	20	13	46
Oui	4	15	4	23
Total	17	35	13	69

Source : base de données CLIC recodée pour 105 cas en emploi direct, 2010, échantillons de ceux n'ayant pas recours à une femme de ménage.
Lecture : Parmi les 23 personnes pour lesquelles on relève un besoin pour l'entretien du logement non pris en charge par une femme de ménage, 15 ont recours à une aide à domicile.

Ainsi un même besoin peut être rempli par différents salariés, ou bien un même salarié sous différentes appellations.

L'absence d'aide à domicile ne correspond toutefois pas à l'absence d'aide propre à l'« aide à domicile ». Les cas présentés à travers les parcours de salariés montrent la construction de certaines relations sur la durée.

Ces salariés comme nous l'avons montré, changent de statut et deviennent des aides à domicile. Si l'on sélectionne 2 groupes parmi les individus présentant un besoin d'aide pour l'entretien du logement, d'une part, ceux ayant une femme de ménage (17 cas), d'autre part ceux n'en ayant pas mais ayant un salarié « aide à domicile » (19), on constate que sur la liste des handicaps que nous avons définis[158], le groupe de ceux ayant une femme de ménage a 3,59 de ces handicaps contre 3,47 pour celui ayant des aides à domicile. Si en revanche, on s'intéresse au nombre d'aides présentes dans le maintien à domicile parmi les aides que l'on a pu repérer[159], on remarque la présence d'en moyenne 4,94 aidants extérieurs au foyer pour les cas

[158] Handicap pour la toilette, handicap pour les déplacements, handicap pour préparer les repas, handicap pour s'habiller, handicap pour l'entretien du logement, handicap dans la gestion administrative.

[159] Aide informel d'un proche ; aide d'une association spécialisée ; aide d'une structure d'aide à domicile, implication d'un médecin ; aide administrative, livraison ou repas à l'extérieur, kiné, femme de ménage, aide à domicile, Infirmière libérale, SSIAD.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

avec femme de ménage contre 3,89 aidants pour les cas sans femme de ménage mais avec salarié « aide à domicile ».

Ces données autorisent plusieurs constats. A nombre de besoins approximativement constant, la présence d'une femme de ménage semble s'additionner à celle d'autres aidants. Les aides à domiciles (toutes en emploi direct) semblent donc prendre en charge une part plus importante de l'aide et c'est donc ce qui les caractériserait. Sans être un état de fait qui différencierait dans l'absolu ces deux « métiers », il s'agirait plutôt d'un apprentissage pour chaque binôme salarié/personne âgée qui permettrait ou pas, selon les configurations d'aide la transformation de « femme de ménage » en « aide à domicile », ou l'adjonction d'autres aides à la « femme de ménage ».

Ce passage de simple femme de ménage à aide à domicile –et même parfois, aide soignante – n'est pas un élément statique, mais plutôt une évolution des relations négociés entre employé et employeur au cours du temps, ce même temps qui voit évoluer la dépendance. Cette analyse statistique bien que constatant dans de nombreux cas, l'évolution de salariés « femme de ménage » à aide à domicile n'offre malheureusement pas de détails sur les modalités de ces transformations. Bien que chaque histoire soit différente, nous avons choisi d'en présenter trois qui bien que prenant leur origine dans des situations différentes très marquées se rejoignent dans la transformation des relations et de l'emploi.

3.2 Travail d'appoint et investissement

Mlle Dessy dont la mère est institutrice et le père était technicien dans une entreprise en faillite (Bulgarie) a fait quatre années d'études en littérature, lettres françaises et bulgares (en Bulgarie). Elle a fait, en arrivant en France une validation des acquis et a donc intégré une maitrise française langue étrangère. Elle est arrivée en tant que fille au pair il y a 9 ans. A la fin de son séjour, elle a été recrutée par cette famille afin de rester en France. Elle est devenue garde d'enfant d'abord au noir puis déclarée en parallèle de sa reprise d'études en France. Elle était toujours hébergée dans une chambre de bonne à proximité de l'appartement de la famille qui l'employait. Les horaires de travail étaient très flexibles (mais subis). La famille l'emmenait en vacances avec elle (pendant ses vacances), où elle gardait en réalité les enfants. Elle parle d'un sentiment de solitude important particulièrement lorsqu'elle se retrouvait avec toute la famille en vacances. Elle a quitté ce travail et a travaillé pendant un an dans un restaurant, ce qu'elle a préféré à la garde d'enfant. Elle a ensuite été recrutée en temps que surveillante dans un lycée. Une amie polonaise (rencontrée dans un cours de Français langue étrangère) lui a ensuite parlé de la surveillance qu'elle effectuait chez une personne. Finissant ses études et ayant trouvé un emploi dans le cadre de ses études, elle propose à Dessy de la remplacer puisque c'était bien payé. Elle les a donc mis en contact (l'employeur est

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

directrice d'une école de danse, veuve). Elle a passé un petit entretien d'embauche. L'entretien a évoqué la question de la religion. Religion importante, même dans son travail puisque même les clients de l'école de danse sont semble-t-il très pratiquants. Elle a parlé de son école de danse. La définition de son emploi était de s'occuper de la « paperasse » :

> ***« C'est le suivi intégral de son courrier postal et de son mail, parce qu'elle ne sait pas se servir d'un ordinateur. À l'époque, elle avait déjà une relation avec un homme, avec qui elle est toujours, après le décès de son mari, donc qui I'a équipée de plusieurs ordinateurs... de plein de choses, mais dont elle ne sait pas se servir et comme... je pense qu'à l'époque ou je suis arrivée c'était vraiment... elle n'avait pas de site Internet pour l'école, les gens contactaient aussi l'école pour des inscriptions par mail, donc voilà. Courrier, les factures, je prépare les chèques, elle ne fait que signer, voilà c'est... en fait elle veut... elle s'est complètement déchargée de la gestion de l'école sur moi. »***

Au cours des années de travail, l'employeur a vieilli et le travail de DG s'est modifié : elle s'est progressivement occupée de faire des courses et elle a parfois fait le ménage. Elle travaille dans un bureau de l'appartement. Cela fait 3 ans qu'elle travaille chez cette dame. Elle a un contrat de travail qu'elle a rédigé elle-même.

Son employeur ne fait jamais à manger. Et ne veut jamais être seule. Tous les repas sont commandés chez le traiteur. Au départ, c'était aussi Dessy qui allait chercher les repas et une fois par semaine, « Françoise » passait régler la facture. Dessy s'occupe aussi de la gestion relationnelle de son employeur avec son « ami » qui d'après elle est « à la limite de l'abus de confiance » (il est un peu profiteur). Il s'agit d'un homme plus jeune 63 ans (Madame a 73 ans), médecin retraité qui vit dans le même domicile. Étant donné qu'il vit sur place et se fait entretenir par Madame, Dessy a proposé que ce soit lui qui aille chercher les repas. Les problèmes de santé s'aggravant empêchant Madame de sortir, c'est lui aussi qui règle les repas et fait une partie des commissions avec la carte bleue de Madame. Dessy, s'occupant de la gestion bancaire, a constaté des irrégularités sur les relevés bancaires ce qui l'a conduite à convoquer une réunion entre son employeur, son ami et elle-même afin de clarifier la situation réglée depuis. Cela a été l'occasion pour elle de signifier à l'« ami » qu'elle n'était pas dupe de la situation. Dessy a aussi insisté pour que le compagnon qui se fait entretenir réalise aussi une partie des tâches ménagères. La majorité de l'activité d'entretien est réalisée entre les trois protagonistes (majoritairement Dessy et l'« ami »). Auparavant, plusieurs personnes d'« origine maghrébine » intervenaient pour le ménage, mais les relations se sont mal passées, officiellement pour incompatibilité de caractère mais d'après Dessy, elle serait un peu raciste. A travers ce cas, on voit l'évolution de l'activité par rapport à la

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

définition contractuelle, comment Dessy, à partir d'une gestion administrative, accompagne son employeur dans « la livraison des repas », le ménage, la gestion administrative personnelle et jusqu'à une gestion de type tutelle sur l'organisation de la relation avec son conjoint.

Ce portrait ou double portrait – employeur employé – permet de mettre en lumière que bien qu'activité d'appoint, le métier d'aide à domicile peut se transformer. Cette situation montre une salariée qui ne souhaite pas poursuivre une carrière dans l'aide à domicile, ne cherche pas de nouveaux clients et qui pour autant n'hésite pas à plus s'investir dans la relation qui se construit. Ce binôme demeure cependant en dehors des formes de tutelle « molle », puisque la personne âgées ne touche pas l'APA.

3.3 Ambiguïté relationnelle et investissement

Bien que touchant l'APA, d'abord dans le cadre d'un service prestataire puis en emploi direct, ce couple illustre le passage d'une aide de type informel, voire familial , vers une aide plus formalisée à travers une rémunération. Ces portraits offrent aussi l'occasion de constater certains défauts du mode emploi direct, lié à la difficulté de rémunérer directement un salarié. On observe aussi le rôle du CLIC dans la régularisation de la procédure. On apprend en s'intéressant à ce cas comment la formalisation permet par l'intermédiaire de l'APA et de son financement le blanchiment d'une relation de travail au noir tout en donnant un statut à une aide jusque là informelle.

Mme Faitout habite depuis 11 ans dans les logements sociaux du complexe qui longe l'avenue Charles de Gaule à 2N. Elle est originaire du Congo, elle a séjourné d'abord en Italie puis elle a habité Boulogne avant de s'installer ici avec ses 4 enfants. Le dernier de ses enfants a 13 ans et l'aîné 22, ils sont tous scolarisés. Depuis qu'ils habitent cet immeuble, ils connaissent « papy ». Papy habite au rez-de-chaussée coté cours des logements, il y habite seul depuis plus de 11 ans. Depuis que ses enfants sont petits, c'est-à-dire depuis leur arrivée, ils passent dire bonjour. A chaque fois qu'ils sortent pour aller au supermarché, ils tapent à la fenêtre pour savoir si Monsieur Gregory a besoin de quelque chose. Depuis 10 ans déjà elle l'aide, mais officieusement sans contrepartie financière : des petits services, courses, aide pour faire à manger. Ils ont fêté les 76 ans de papy l'année dernière tous ensemble, lui, elle et ses enfants à Versailles (c'est comme cela qu'elle appelle l'appartement de « papy »). En plus de son aide « gratuite », il a eu recours à un service d'aide, deux fois 1h30 par semaine qui venait pour le ménage, un service mis en place par le CLIC et financé par l'APA. Toutefois, cela ne dispensait pas Madame Faitout de passer, le volume horaire étant insuffisant. Monsieur Gregory est en fauteuil roulant, il a progressivement été amputé de ses orteils sur chaque pied et de la moitié du pied droit, son diabète a aussi sérieusement dégradé sa vue, il ne peut plus lire sans une

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

loupe grossissante qu'il ajoute à ses lunettes. C'est un cadeau de sa sœur qui vit dans le sud. Avant que sa situation ne se dégrade, il allait la voir de temps en temps, mais depuis 1 an, il ne sort quasiment plus de chez lui. Elle était la seule famille qu'il voyait. Il a pourtant deux enfants. D'après l'assistante sociale, l'une vie à Paris et l'autre en région parisienne. Elle ne les a jamais vus. Lorsque le sujet est abordé avec Gregory. il dit que ses enfants résident trop loin pour prendre soin de lui. Quoi qu'il en soit, il ne les voit jamais. Son revenu est de 1200 euros environ, son loyer de 316 euros, ce qui ne lui donne pas accès à l'aide au logement de la CAF. L'APA prend en charge, avec le nouveau recours à l'emploi direct depuis janvier, 13 heures d'aide par semaine (entièrement réalisées par Mme Faitout) pour un montant de 672 euros, sur lequel il reste à sa charge 170 euros qu'il dit avoir du mal à payer. Toutefois, Mme Faitout n'est pas la seule à intervenir. Monsieur Gregory subit 2 fois par semaine une dialyse pour son diabète à la clinique où elle l'accompagne. Il est aussi bénéficiaire de l'hospitalisation à domicile et reçoit donc la visite régulière d'une infirmière (dite « la panthère »). Se rajoute en plus, le mardi et jeudi, la visite du kinésithérapeute. De manière moins systématique, il parle de la visite de l'opticien qui se déplace à domicile pour ses nouvelles lunettes, ainsi que de la société qui prend en charge et loue les fauteuils.

Mme Faitout réalise, pendant ses 13 heures rémunérées, l'accompagnement à la dialyse, les courses, les repas, le ménage et lui tient compagnie. La toilette est comme pour un grand nombre de personnes réalisée par l'infirmière. Le ménage est relativement rapide puisque le logement occupé par Monsieur Gregory ne doit pas dépasser 25m2. Il est relativement encombré et se compose d'une salle de bain dans l'entrée, d'une cuisine et d'une salle à manger/chambre, le tout formant « Versailles ». Monsieur Gregory rencontre toutefois des problèmes pour verser le salaire. En effet depuis environs 6 mois, il doit payer Mme Faitout. Il ne déclare pas à l'URSSAF ses versements et ne verse que la part du Conseil général qui est virée directement sur son compte. Un bénévole avait pourtant été missionné pour l'aider à gérer la partie administrative et économique de ses affaires. Toutefois, le bénévole n'a pas jugé bon de revenir régulièrement laissant s'accumuler des arriérés avec la salariée et les impôts. En accord avec la salariée qui a d'elle-même saisi le CLIC, l'assistante sociale et Monsieur Gregory, ils ont tous trois décidé de régulariser auprès de l'URSSAF, les 3 derniers mois de salaire, la salariée ayant besoin de justifier les 3 derniers mois de salaire et M Gregory n'ayant pas les moyens de régulariser les charges sociales sur 6 mois. C'est l'assistante sociale du CLIC qui s'occupe de la partie administrative avec l'URSSAF, elle a reçu les chèques emploi-service et va les faire signer à Monsieur pour les 3 derniers mois. Mme Faitout n'a pas toujours travaillé dans le secteur de l'aide à domicile, c'est d'ailleurs très récent. Elle a d'abord fait de nombreux stages dans l'hôtellerie et la restauration avant d'y travailler principalement en Italie. Elle a ensuite travaillé pour la mairie, poste dont elle a démissionné pour des « problèmes relationnels ». La relation de travail entre

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

la salariée et l'employeur est bien antérieure au diagnostic de dépendance. De manière informelle, la salariée réalise depuis plus de 5 ans des petits services propres au travail d'une aide à domicile. Le diagnostic de dépendance et la mise en place de l'APA arrive sur une relation professionnelle déjà en fonctionnement. L'APA vient ici régulariser une relation non déclarée.

Ces deux portraits montrent la formalisation d'une relation d'aide au travers de la mise en place de l'APA. Bien que constatant une évolution de la place de la salariée, on observe une adjonction d'autres aides. L'évolution de ces deux couples, ayant une relation employé/employeur nous permet d'observer la modification de la demande d'aide et sa répercussion sur la salariée. Le suivi de la carrière individuelle, comme c'est le cas du prochain portrait, montrera également l'évolution de la position dans l'aide.

3.4 L'expertise de la prise en charge

L'originalité de Filomena tient dans le fait que, bien que diplômée en tant qu'aide soignante, elle décide de prendre une activité moins valorisée et pour laquelle elle est en apparence, ou tout du moins au début, surqualifiée. Presque systématiquement recrutée comme femme de ménage ou employée de maison,[160] elle réutilise presque invariablement ses qualifications d'aide soignante avec le vieillissement de ses clients. Au départ, elle se présente comme aide-soignante/auxiliaire de vie. Elle a 49 ans et a commencé à travailler en tant qu'aide soignante dans une maison de retraite de Versailles. Son mari, aujourd'hui déménageur à CETELEM, était routier à cette période (de 1979 à 1981) puis chauffeur. De 1981 à 1985, sur les recommandations d'une amie, elle aussi portugaise, elle entre en contact avec « le prince » qui cherche une personne afin d'entretenir son logement et préparer ses repas. Elle prétend que ce travail était plus confortable pour elle, le salaire d'aide soignante en payant son logement à Versailles étant moins confortable que celui d'employée de maison (3500 francs/ mois) avec logement de fonction et nourriture qu'elle occupe avec son mari (lorsqu'il rentre à la maison) à une adresse prestigieuse. Travail déclaré, embauchée à temps complet, au début elle passe une partie de son temps à nettoyer un appartement inhabité. Son employeur, résident suisse est très peu présent. Elle s'occupe en grande partie d'activités ménagères : l'entretien du logement et la préparation des repas lorsqu' il est à Paris. Vieillissant et tombant malade, il revient s'installer à Paris. Elle diversifie alors progressivement son aide et réutilise sa formation d'aide soignante. Toutefois elle est toujours employée de maison.

[160] Terme issu de la convention collective du particulier employeur désignant à la fois une femme de ménage et une aide à domicile.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

« C'était quoi votre fonction ? Parce qu'employée de maison, c'est assez vague.

Ben, c'était entretenir l'appartement et puis faire la cuisine. Moi quand j'ai commencé chez lui, c'était en tant qu'employée de maison, après quand il est tombé malade, j'ai changé de fonction... en plus c'était... au début où j'ai commencé, c'était un Monsieur qui résidait en Suisse, qui était très peu de temps en France, à Paris, mais même quand il n'était pas là bon moi je m'occupais de la maison. Je... voilà. Mais j'avais été embauchée en tant que... donc mes fiches de paye que j'ai sont en tant qu'employée de maison. Mon patron. Quand j'ai été embauchée, il n'était pas malade et après il tombé malade d'un cancer de la gorge et je m'en suis occupée en tant qu'aide soignante, jusqu'à son décès.

Et c'était quoi vos activités ?

Ben c'était les toilettes, c'était les soins, euh... les pansements, la tension le matin, la température... Y'avait une infirmière qui venait, pour les prescriptions et tout ça... parce que ça changeait régulièrement, quand y'avait un pansement... et les toilettes, voilà ».

Le cas du « prince » n'est pas isolé dans sa carrière puisqu'au cours de son parcours, elle aura l'occasion de s'occuper progressivement de plusieurs cas du même acabit. Monsieur Friche est un exemple de transformation du besoin et donc de l'activité de la salarié qui dans ce cas transforme son activité et abandonne celle de ménage à une nouvelle salariée pour se concentrer sur les activités à forte valeur relationnelle ajoutée. La salariée a commencé en tant que femme de ménage pour finalement abandonner cette activité à une autre salariée et se concentrer sur la toilette, les courses, la gestion administrative. ..

« Ben au début c'est lui qui a demandé à mon mari, parce qu'il connaissait plus mon mari, parce que mon mari qui était son employé à l'époque et à l'époque, il habitait rue de I'U il avait une femme de ménage et quand il est venu habiter Avenue... Place du C. dans le 8ème, sa femme de ménage ne l'a pas suivi et il a demandé à mon mari si je pouvais y aller et puis bon ben j'ai accepté. À l'époque j'y allais pas aux mêmes horaires, parce que j'avais quelqu'un d'autre à 2N et euh... en tant que femme de ménage et euh... et puis après ben j'ai changé mes horaires, parce que plus les années ont passé et plus il avait besoin de quelqu'un, bon il avait besoin d'une femme de ménage aussi et il a une aide ménagère qui vient depuis, alors que là actuellement... à part pour la toilette, comme je vous disais tout à l'heure, y'a une certaine pudeur, ils veulent pas changer... mais bon, pour le ménage il a

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

quelqu'un qui vient tous les jours, donc euh... Mais bon, il faut que je sois là... mais c'est... comment vous dire...

Monsieur Friche, ça fait 23 ans que j'y vais. Et lui par contre, je lui fais ses courses là malheureusement il a atteint 87 ans, je l'aide un petit peu à la toilette et je lui fais son déjeuner. Il y a 23 ans, il m'a demandé, Maria, est-ce que vous pouvez venir me faire le ménage ? Et puis j'ai commencé et puis malheureusement, ben les années passent lui il prend de l'âge maintenant il a une femme de ménage et moi j'y vais que pour faire le courrier, courses, toilette et déjeuner ».

On remarque qu'avec la progression de sa carrière, les clients vieillissent et qu'elle diversifie ou modifie ses activités. Par ailleurs, son début de carrière était principalement organisé autour d'activités de ménage, les derniers contrats sont organisés autour de l'« aide à domicile ». Reprenons sa carrière à partir de 1985, date à laquelle elle débute comme concierge à 2N, mais aussi chez Monsieur Friche. Elle prend la charge de concierge ainsi que la loge en décembre 1985. Elle travaille à temps partiel de 8h à 10h le matin, ce qui lui permet de travailler à l'extérieur. Au début, elle rendait des services aux locataires parce qu'il y avait beaucoup de personnes âgées. Elle leur faisait des courses, les repas et pour cela, elle n'était pas déclarée. Elle effectuait aussi de la surveillance. « Comme toutes les gardiennes » elle vérifiait que le courrier était récupéré. Elle en a « trouvé des mortes ». Maintenant c'est de plus en plus des jeunes qui habitent.

Son activité d'aide à domicile proprement dite a débuté parce qu'« une autre gardienne de la rue B l'a appelé pour savoir si elle ne connaissait pas une personne pour s'occuper le matin et le soir d'une personne atteinte de la maladie Alzheimer». Elle y est allée et s'en est occupée pendant 12 ans de 1993 à 2004, pour des toilettes et du ménage auprès de ce couple dont la femme était atteinte de Parkinson. Elle arrête en 2004, puisque, la maladie se développant, la famille était à la recherche d'une personne 24h/24h. En fait, deux personnes se relaient. De 1993 à 1997 chez Madame Fripon-Dodu, rue commandant P, elle a réalisé les toilettes, les courses et les dîners et petits déjeuner ainsi que le coucher. Après cela, elle a demandé à une autre gardienne si elle ne connaissait pas quelqu'un qui recherchait de l'aide. C'est comme ça qu'elle a commencé chez les Poirier.

Elle va chez Madame Poirier de 6h30 à 7h afin de l'aider à prendre un traitement et le petit déjeuner, puis de 10h30 à 11h30 pour le médicament et l'aide à la toilette et enfin de 16h30 à 18h30 pour préparer le dîner et donner le traitement tout en laissant un peu de temps à Monsieur Poirier. Elle ne fait pas le ménage puisqu'ils ont une femme de ménage. Elle travaille 74h/mois à leur domicile (déclarée fiche de paie à l'appui, 12 euros de l'heure net congé payé à part). Ils ont 2 enfants qui

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

l'appellent pour prendre des nouvelles de leurs parents, elle sert de contact, de personne ressource.

De midi et demi à 14h, Mme Crépon (72 ans), « c'est surtout dame de compagnie », je lui fais le déjeuner et le dîner, depuis le 6 novembre 2009, elle aussi a une femme de ménage, c'est une amie de Monsieur Friche. Son fils appelle l'aide à domicile tous les jours pour prendre des nouvelles de sa mère.

Ce cas nous permet à la fois d'observer l'évolution de la place de la salariée mais aussi de percevoir la situation de référent de cette salariée tout comme nous l'avons constaté avec le cas de madame Paille.

Toutefois, ses activités ne se limitent pas à de l'aide à domicile. Elle travaille dans l'immeuble à temps partiel de 8h à 10h le matin pour 393 euros net ce qui lui permet de travailler à l'extérieur le reste du temps. Plus loin dans l'entretien, elle précisera que 2h c'est beaucoup trop pour l'immeuble et elle cherche donc d'autres contrats pendant cette plage horaire. Au début, elle rendait des services aux locataires parce qu'il y avait beaucoup de personnes âgées. Maintenant ce sont des jeunes. Elle leur faisait des courses, les repas et pour cela elle n'était pas déclarée. Elle effectuait aussi de la surveillance. « Comme toutes les gardiennes » elle vérifiait que le courrier était récupéré. Elle a trouvé des personnes mortes dans leur appartement. Maintenant ce sont de plus en plus des jeunes qui habitent dans l'immeuble. Même si quand elle parle d'aide à domicile, elle ne le mentionne pas (elle fait une distinction net entre aide à domicile et activités ménagères), elle précisera en fin d'entretien 2 activités liées à l'immeuble. D'une elle repasse les chemises, d'un des habitants (12-15 chemises de l'heure pour 15 euros). De deux, elle fait le ménage dans le cabinet dentaire situé au 2ème étage soit le soir après manger (elle précise que c'est son mari qui fait à manger) en rentrant soit le matin avant 6h30. Pour cela, elle est rémunérée 274 euros par mois pour une heure hebdomadaire, mais précise que cela prend souvent moins d'une heure puisque ça ne se salit pas en une journée.

Deux situations sont observables ici. D'une part, on peut observer un accroissement de l'activité ainsi qu'une diversification des tâches. D'autre part, on peut observer une modification de l'activité et le remplacement du salarié pour les tâches délaissées.

Cette situation apparaît exceptionnelle, en effet pour conserver des interventions, elle s'inscrit dans un réseau très important lui permettant de garantir un renouvellement des personnes âgées pour lesquelles elle travaille. Elle appuie par ailleurs son travail sur un réseau de proximité, voire communautaire : « vous savez en tant que gardienne, on se connaît pratiquement toutes, on se connaît toutes…. Déjà on est pratiquement toutes portugaises (avec un grand sourire) » (sa belle-fille est d'ailleurs portugaise et concierge deux rues plus loin) mais elle précise que ces

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

collègues et amies se concentrent principalement sur des activités de ménage ce qui ne l'intéresse pas. Avec sa formation d'aide soignante, elle a dès l'origine et ses premiers emplois préféré travailler en maison de retraite. Elle dit préférer le travail avec les personnes âgées plus enrichissant « je ne peux pas dire qu'on est comme leur fille… on est des ami.e.s ». Peu de ses collègues sont donc aide à domicile. Néanmoins, elle utilise ce réseau pour trouver d'autres contrats. Elle a par ailleurs recours à sa fille, cadre infirmier à la clinique Framboise. Beaucoup de gens demanderaient aux infirmières les coordonnées d'aides à domicile. Celle-ci conseillerait souvent sa mère. Sa situation, à l'emploi du temps chargé, est facilitée par le fait qu'elle réside dans un grand centre urbain offrant une concentration importante de population particulièrement vieille sur un petit territoire, comme nous l'avons constaté (Chapitre 5). Dans sa nouvelle recherche de personne elle s'appuie principalement sur le corps médical et passe donc par sa pharmacie « si jamais il pouvait me trouver des personnes âgées… « Mais Mme. Filomena sans aucun problème » » lui dit-il lors de sa demande au pharmacien. Elle s'appuie aussi sur son médecin et la secrétaire de celui-ci qui transmettent ses coordonnées. Elle précise que c'est d'ailleurs comme cela qu'elle avait (que son médecin lui avait) trouvé quelqu'un (Mme Dorothy). Malheureusement les problèmes de santé de la personne âgée l'ont conduite à entrer en maison de retraite.

Cette situation exceptionnelle l'est aussi par le revenu qu'elle engendre, loin des considérations misérabilistes de la domesticité. En effet, un rapide calcul nous permet de déduire qu'avant la perte de revenu liée au récent départ en maison de retraite de Mme Dorothy, son revenu était de 3066 euros mensuel dont 990 était non déclaré. Au moment de l'enquête, c'est-à-dire à son retour de vacances à la mi aout, elle touchait 2076 euros mensuellement dans l'attente de retrouver un client. En tant que concierge, elle bénéficie d'une loge lui évitant de payer un loyer.

Tableau 29 : Sources et montants du revenu mensuel de Filomena

Sources du revenu	Montants
Poirier	880 mensuellement
Crépon	78/semaine = 320 mensuellement
Friche	50/s = 205 mensuellement
Dentiste	274 mensuellement
salaire concierge	397 mensuellement
(Jusqu'en mars) Dorothy	990 (au noir) mensuellement
Total	3066 euros par mois

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Bien que dans une posture précaire vis-à-vis de la sécurité de l'emploi d'aide à domicile, la salariée présente dans ce contexte les caractéristiques du courant des carrières nomades habituellement attribuées aux personnes les plus qualifiés (TREMPLAY, 2008). Avec sa situation de concierge, elle garantie son logement ainsi qu'un revenu minimum lui permettant de sécuriser les transitions entres les contrats d'aide à domicile et ainsi développer une mobilité horizontale.

4. Conclusion

Les différents rôles et la polyvalence de l'aide à domicile dépendent aussi bien de la situation familiale, de l'environnement professionnel disponible, que du moment de l'intervention de l'aide à domicile. En fonction de ces éléments, l'aide à domicile est tantôt une femme de ménage, tantôt une infirmière coordinatrice.

La transformation de cette relation d'une aide - parfois informelle, souvent commerciale - vers de l'action sociale, suggère une poly-activité importante des aides à domicile en emploi direct, comme l'exemple du cas Bertin où l'aide à domicile remplace le kinésithérapeute et l'infirmière.

La famille tient une position déterminante dans le maintien à domicile. Hormis certaines configurations familiales particulières comme le cas des parents piégés où bien que la famille soit présente, la configuration conduit à un placement en institution, cette présence n'est pas constante et demande donc un ajustement régulier de la configuration d'aide.

Cet ajustement fait intervenir différents protagonistes parmi lesquels on trouve le CLIC, les aides à domicile, mais aussi du personnel médical. L'aide médicale, tout comme celle des autres protagonistes, n'est pas indépendante d'une certaine temporalité. Ainsi, le SSIAD par exemple intervient dans 50% des cas lors d'un retour d'hospitalisation (BRESSE, 2004).

Une fois de plus, tout comme avec la famille, on constate que les salariés de l'aide à domicile s'adaptent et se substituent à la présence/absence plus ou moins importante des personnels médicaux. Toutefois, loin d'être uniquement anecdotique, la place des salariés peut elle aussi apparaître déterminante dans le maintien à domicile. Ce rôle ou cette place, tenu par le salarié dépend de la place qui lui est laissée, de la temporalité de sa présence et de sa volonté de prendre en charge plus ou moins de responsabilités. Dans ce chapitre, nous avons montré que certains salariés - en particulier ceux en emploi direct - lorsqu'ils acceptent la modification de leurs tâches et de leurs statuts, accompagnent la montée en charge du travail liée à l'accroissement de la dépendance de la personne aidée grâce à une co-construction avec celle-ci. Bien que ces cas soient apparus relativement souvent dans l'étude spécifique que nous avons menée sur les situations ayant recours à un emploi direct, nos données nous permettent de repérer 27 cas de femmes de ménages présentes

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

avant le mécanisme de formalisation de la dépendance, parmi lesquels 15 changent de statut, ce mécanisme étant révélateur de l'évolution de leur activité.

Cependant, les caractéristiques des salariés de l'aide à domicile ne permettent pas systématiquement cette évolution/adaptation aux besoins. C'est justement ces situations que nous souhaitons aborder dans le Chapitre 7 : Les modèles mixtes de prise en charge : l'emploi direct et le médico-social.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Chapitre 7 : Les modèles hybrides de prise en charge : l'emploi direct et le médico-social

En théorie, deux définitions du médico-social coexistent. Une première définition correspond à des activités relatives à la médecine sociale (Le petit Robert, 2001) ; une seconde présente l'action sociale et médico-sociale comme s'inscrivant dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale (Article L311-1, code de l'action sociale et des familles). L'une fait référence au médical et l'autre non.

Dans le cadre du maintien à domicile, le modèle de prise en charge intermédiée correspond à l'intervention de structures « médico-sociales »[161] censées prendre en charge une partie des tâches du maintien à domicile, quel que soit le niveau de dépendance de la personne âgée, mais particulièrement lorsque la personne âgée est très dépendante puisque « dans les cas de perte d'autonomie les plus importants […] l'allocation personnalisée d'autonomie est, sauf refus exprès du bénéficiaire, affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé » (Article L232-6, op. cit.). Suivant la seconde définition, cette prise en charge médico-sociale ne comporte aucun personnel médical, ni aucun financement de l'assurance maladie.

Pourtant, à domicile, il existe de nombreux intervenants médicaux et paramédicaux en plus de l'aide à domicile. Comme on l'a déjà observé au travers des rôles de contrepoids du salarié de l'aide à domicile (Chapitre 6), mais aussi dans la description des différents intervenants (Chapitre 5), ces acteurs interviennent en se complétant les uns les autres ou en se substituant les uns aux autres.

Contrairement aux structures intermédiées, les aides à domicile travaillant sous le mode emploi direct peuvent offrir un service selon leurs compétences, variables. Les structures quant à elles offrent des services en théorie plus larges – autant que le permettent les conventions collectives - puisque dans l'obligation de pouvoir fournir un personnel formé[162]afin de répondre à toutes les demandes. L'emploi direct comme nous avons pu le constater peut prendre des formes variables et s'adapter aux situations complexes, toutefois, dans un grand nombre de cas, les salariés en

[161] Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du code de l'action sociale et des familles, les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (Article L312-1, code de l'action sociale et des familles).

[162] Le niveau de diplôme le plus élevé du secteur de l''aide à domicile correspond au Diplôme d'Auxiliaire de vie sociale, de niveau V.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

emploi direct « femme de ménage[163] » ne deviennent pas « aide à domicile ». C'est alors dans ces situations où les besoins s'accroissent et que le salarié ne peut ou ne veut en réaliser davantage que l'on observe des hybridations d'aide différentes de celles observées dans les cas de substitution. On note deux formes d'hybridation:

- soit une structure intermédiée fournira un salarié mieux à même de réaliser des tâches plus techniques ou intimes,
- soit une aide médicale interviendra pour prendre en charge ces mêmes activités, souvent un aide-soignant par l'intermédiaire d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Afin de mieux comprendre ces mécanismes il convient de mieux analyser les situations en emploi direct et les besoins particuliers qui y apparaissent (1). Les difficultés du maintien à domicile dans les cas complexes ou lourds sont des situations qui font parfois intervenir le médico-social, mais cette fois-ci dans sa définition de médecine sociale. Ce besoin de médecine sociale se pose en termes d'alternatives entre l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante (EHPAD) et l'intervention du SSIAD, tous deux représentatifs d'une forme de modèle sanitaire (2). C'est finalement sur les conditions de recours au SSIAD en complément de l'aide à domicile que nous reviendrons (3).

1. Accroissement de l'aide : l'emploi direct, un besoin précis

L'emploi direct semble arriver plus tardivement dans le giron du coordinateur public sur le terrain de 2N. Comme nous venons de le constater (chapitre 6), les aides à domicile sont présentes bien souvent en amont de la prise en charge par le CLIC. Cette présence pourrait être à l'origine de l'entrée tardive des bénéficiaires dans les instances de coordination. Toutefois, une fois entrées dans la base CLIC, les personnes âgées ayant recours à l'emploi direct sont suivies plus longtemps.

Si l'on observe la situation des dossiers présents dans la base de 1470 cas (111 faisant mention de l'emploi direct) on constate que les cas utilisant l'emploi direct sont presque majoritairement encore en cours de traitement. En effet, la prise en charge des cas avec emploi direct est de 9,32 mois en moyenne[164] alors que celle des cas sans mention de l'emploi direct est en moyenne de 4,65 mois. Ces différences sont donc à l'origine de la surreprésentation de l'emploi direct dans les dossiers « en cours ». Ils représentent ainsi 43,34% des cas pris en charge alors qu'ils ne

[163] On utilise le terme « femme de ménage » en référence au terme utilisé par les travailleurs sociaux ainsi que les salariées rencontrées.

[164] On calcule le temps de prise en charge entre le premier contact et le dernier contact réalisé. Certains cas ne sont pas « clôturés » mais leur temps de prise en charge est calculé jusqu'au dernier contact.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

représentent que 7,55% de l'ensemble des 1470 s'étant adressés au CLIC comme on le constate sur le Tableau 30.

Tableau 30 : Situation des dossiers au regard de la présence ou non d'emploi direct.

	orientation, information, arrêt du suivi	décès	refus, déménagement, sans suite	Dossier Dormant	Institution	en cours	Total
absence d'emploi direct	52.69%	10.08%	5.15%	9.64%	4.12%	18.32%	100%
présence d'emploi direct	27.03%	9.91%	1.80%	16.22%	2.70%	42.34%	100 %

Source : ensemble des cas de la base CLIC selon qu'il y ait mention d'emploi direct dans le suivi ou non.
Lecture : les cas ou l'on ne constate pas d'emploi direct représentent 52,69% des situations pour lesquelles les travailleurs sociaux ont réalisé une « orientation, information et un arrêt de suivi », 10% des cas décédés, 5,15% des cas ayant connu un » refus, déménagement ou sans suite », etc.

A l'origine, la plus grande part des demandes sont des demandes d'information et d'orientation. Or, ces demandes sont rapidement traitées et ne permettent de collecter que très peu d'information sur les cas (le dossier de demande d'informations ne comprend que très peu de données relatives à l'organisation du maintien à domicile). Si l'on observe les demandes (Tableau 31) selon la durée de suivi, on remarque que 612 dossiers, soit 71,75% des demandes d'information et d'orientation, sont réglées en un mois tout au plus alors que les demandes d'évaluation sans prise en charge sont uniquement 27,86% à être traitées rapidement. Les demandes de prise en charge quant à elles sont 12,34% à être traitées rapidement.

Tableau 31 : Impact du type de demande d'origine sur le temps de prise en charge par le CLIC.

Demande	Ensemble		Prise en charge <= 1 mois		Prise en charge> 1mois	
	Fréquences	%	Fréquences	%	Fréquences	%
d'information, orientation	853	58.03%	612	80.53%	241	33.94%
d'évaluation sans prise en charge	463	31.50%	129	16.97%	334	47.04%
de prise en charge	154	10.48%	19	2.5%	135	19.01%
Total	1470	100.00%	760	100%	710	100%

Source : ensemble des cas de la base CLIC selon qu'il y ait mention d'emploi direct dans le suivi ou non.
Lecture : les demandes « d'informations et d'orientations » représentent 58,03 de l'ensemble des demandes adressées au CLIC. 80,53% des demandes nécessitant un suivi de moins d'un mois et 33,94% des demandes de plus d'un mois.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

La surreprésentation de l'emploi direct dans les cas et les motifs de cette prise en charge plus longue sont dus à un travail de coordination plus important.

L'emploi direct est :

- souvent présent dans les cas avant la prise en charge ;
- soulève des besoins qui apparaissent dans nos premiers résultats différents.

1.1 L'emploi direct en préventif

De nombreux auteurs s'accordent pour définir la compétitivité du coût de l'emploi direct comme un déterminant à son recours dans le cadre de l'activité d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes (LEFEBVRE, 2009 ; DERCHEF, 2006; ENNUYER, 2009). Sans remettre en question ces résultats, les données dont nous disposons permettent d'analyser le recours à l'emploi direct dans une perspective plus longue.

La présence d'emploi direct auprès des personnes âgées dépendantes n'est pas spécifique aux foyers possédant un niveau de revenus particulier. Toutefois, il apparaît que ce statut d'emploi se développe dans un environnement géographique plus aisé que la moyenne, et c'est le cas du territoire que nous étudions ici. Les différentes observations que nous avons pu mener dans différents territoires tendent vers cette conclusion.

Au travers de la régression logistique présentée (Tableau 32), on observe que la probabilité d'avoir recours à l'emploi direct augmente avec l'âge. Deux explications peuvent convenir à ces résultats. Les personnes ayant recours à l'emploi direct apparaissent plus âgées dans notre base de données. L'usage de l'emploi direct apparaît plus tardivement dans l'aide.

Tableau 32 : Régression logistique sur le recours à l'emploi direct selon l'âge d'entrée dans la base CLIC.

Présence d'emploi direct	coefficient	répartition
Référence : moins de 70 ans		8.54%
70 à 75 ans	0.050	5.95%
75 à 80 ans	0.047	11.31%
80 à 85 ans	0.042	20.27%
85 à 90 ans	0.088**	29.40%
90 à 95 ans	0.136***	15.41%
Plus de 95 ans	0.116**	9.13%
Nombre d'observation=	1194	100%

champs : ensemble des cas de la base CLIC, 1470 observations. ** Significatif à 5% ; *** significatif à 1%,
Lecture : plus la classe d'âge est élevée, plus le coefficient est important - et significatif de 85 à 95 ans et plus - montrant une présence de plus en plus importante de l'emploi direct avec l'âge.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

La plus grande partie des situations comportant la présence d'un emploi direct sont des situations où celui-ci était présent en amont de la prise en charge. Ce résultat vient alors confirmer la première hypothèse. L'emploi direct reculerait donc l'âge du recours au CLIC. Néanmoins il n'y a pas de lien de cause à effet évident. Comme précisé précédemment, les cas ayant recours à l'emploi direct sont principalement plus à l'aise financièrement. On ne peut donc pas faire abstraction des états de santé différents dus à des conditions de vie pouvant influencer l'âge de demande d'aide (NAULT, ROBERGE & BERTHELOT, 1996 ; JUSOT, 2003).

1.2 Des besoins matériels plus ciblés.

Par ailleurs, la probabilité d'avoir une demande liée à un soutien moral ou à une modification d'hébergement est sensiblement la même en absence ou en présence d'emploi direct alors que la probabilité s'accroît pour les demandes d'ordre matériel[165] et financier en présence d'emploi direct (Tableau 33). Ces résultats laissent penser que le développement de la dépendance et donc le besoin d'autres services est l'élément le plus problématique dans les cas où l'emploi direct intervient. L'hypothèse que l'on avance est que l'accroissement du besoin de prise en charge est devenu trop important pour l'organisation mise en place au moment du contact avec le CLIC. Cette accroissement de besoins se traduit soit par une demande financière plus élevée que pour le groupe ne mentionnant pas d'emploi direct, soit par une demande « matérielle, aide en nature »,

[165]Demande Soutien Moral et administratif (S) : accompagnement fin de vie ; accueil de jour ; aide aux aidants ; aide aux démarches juridictionnelles ; aide aux démarches administratives ; consultation mémoire ; info / inscription canicule ; information décès ; information maladie d'Alzheimer ; information sur le clic ; signalement situation

Demande Soutien financier (F) : aide au relogement ; aide sociale à l'hébergement ; aide sociale conseil ; aides financières ; aides financières 13 ; aides financières légales ; assistante sociale ; retraite

Demande soutien matériel, aides en nature (M) : adaptation du logement ; aide a la toilette ; aides techniques ; APA ; bricolage jardinage ; esthétique ; évaluation clic ; garde de nuit ; hygiène du logement ; ide ; kinésithérapeute ; loisirs ; médecin/spécialiste ; pédicure ; portage de repas ; soins 1 ; télé assistance ; transport

Demande lié à une modification de l'hébergement (H) : convalescence soins de suite et de réadaptation ; foyer logement ; hébergement permanent ; hébergement temporaire ; hospitalisation

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Tableau 33 : Type de demande initiale au regard de la présence ou non d'emploi direct.

	Demande « matérielle, aide en nature »		Demande « Financière »		Demande « Soutien moral et administratif »		Demande « hébergement »	
	%	Fréquences	%	Fréquences	%	Fréquences	%	Fréquences
absence d'emploi direct	52,4%	708	17,7%	232	20,75%	282	18,10%	246
présence d'emploi direct	75,68%	84	22,52%	25	18,92%	21	18,02	20

Champs : ensemble des cas de la base CLIC (1470)
Lecture : on observe 75,68% de demande « matérielle », 22,52% de demande « Financière », etc. en présence d'emploi direct

La catégorie soutien « matériel, aide en nature » telle que nous l'avons construite, c'est-à-dire : « adaptation du logement » ; « aide à la toilette » ; « aides techniques » ; « APA » ; « bricolage-jardinage » ; « esthétique » ; « évaluation CLIC » ; « garde de nuit » ; « hygiène du logement » ; « Infirmier Diplômé d'Etat » ; « kinésithérapeute » ; « loisirs » ; « médecin/spécialiste » ; « pédicure » ; « portage de repas » ; « soins » ; « télé assistance » ; « transport », correspond à une demande d'aide précise, à un besoin particulier, sur le plan matériel. La demande est alors mieux ciblée et déterminée.

Sur le tableau suivant (Tableau 34) nous avons représenté les types de demande représentant plus de 2% pour au moins l'un des deux groupes (avec ou sans emploi direct). La construction de ces indicateurs est la suivante : pour l'ensemble des cas, les travailleurs sociaux peuvent entrer quatre demandes que nous avons recodées selon quatre groupes : Demande Soutien Moral et administratif (S) ; Demande Soutien financier (F) ; Demande soutien matériel, Aides en nature (M) ; Demande liée à une modification de l'hébergement (H). Nous avons retenu pour chaque cas le type de demande majoritaire. Ainsi H correspond à une demande majoritairement centrée sur une modification de l'hébergement ; HM sur une demande centrée autant sur une modification de l'hébergement que du soutien matériel et des aides en nature.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Tableau 34 : Principaux types de demande selon la présence ou non d'emploi direct.

Type majoritaire de demande de soutien.	Sans emploi direct	Avec emploi direct
Financière/Matérielle	21	4
	1.67%	2.47%
Financière/Matérielle/Hébergement	81	10
	6.44%	6.17%
Hébergement	96	7
	7.64%	4.32%
Hébergement/Matérielle	46	4
	3.66%	2.47%
Matérielle	797	123
	63.40%	75.93%
Moral/Matérielle	29	7
	2.31%	4.32%
Moral/Matérielle/Hébergement	143	5
	11.38%	3.09%
Total	1,257	162
	100%	100%

Champs : ensemble des cas de la base CLIC (1470)
Lecture : les demandes des cas sans emploi direct sont 1,67% à être autant financières que matérielles et 7,64% à être principalement matérielles.

Les résultats observés dans le tableau 34 montrent que les cas avec la présence d'un emploi direct sont des cas particulièrement centrés sur la demande matérielle (75,93% majoritairement sur M), soit sur un besoin plus précis. Dans le cas des demandes mixtes, celles comprenant des besoins d'aide « matérielle » sont majoritairement plus présentes dans les cas mentionnant un emploi direct – à l'exception des demandes matérielles couplées avec des demandes d'hébergement -. Alors que les demandes relatives à l'hébergement et au soutien moral sont plus concentrées chez les cas sans emploi direct. On remarque aussi sur ce tableau que les demandes combinant 3 types représentent 17,82% des cas sans emploi direct, alors que celles mentionnant un emploi direct ne sont que 9,28%. L'ensemble de ces données confirment donc que les besoins exprimés autour des cas avec emploi direct sont plus précis et mieux ciblés. *A contrario*, les cas sans emploi direct plus présents dans les situations de demande de soutien moral ou d'hébergement correspondent à des situations plus précaires avec des besoins moins formalisés.

On peut affirmer que la présence d'emploi direct souvent en amont semble éloigner de l'entrée dans un dispositif de suivi dans les « premiers pas » de la dépendance puisque les cas apparaissent plus tardivement dans l'aide. En effet, on peut émettre l'hypothèse que les premières tâches déléguées correspondent à des tâches ménagères parfois prises en charge par de « simples » femmes de ménages. C'est

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

donc au moment de l'apparition de besoins plus complexes que le premier contact avec le CLIC est provoqué afin de répondre à ce nouveau besoin mieux défini que dans les cas sans emploi direct. Cette prise en charge plus tardive est néanmoins plus longue puisque comme nous l'avons constaté dans le chapitre 5, le CLIC joue souvent un rôle de coordinateur sous la forme d'intermédiaire. Toutefois cette définition mieux ciblée peut-elle être liée à une situation familiale particulière ?

1.3 Situations familiales

La situation de parents piégés, décrite dans le chapitre 6 est relativement rare. En effet, la démission familiale, ou l'absence de famille, même si elles existent, ne sont pas chose courante. Les personnes ayant recours à l'emploi direct sont d'ailleurs plus souvent soutenues par leur famille.

Le travail sur le codage précis des compositions familiales n'a pu être fait uniquement pour les situations en emploi direct, cependant les données de la base permettent de connaître le type de personne à l'origine de la demande adressée au CLIC. Pour les deux groupes, cas avec emploi direct et cas sans emploi direct, la famille est la source la plus importante de la demande On note 64,21% des cas mentionnant un emploi direct sont signalés par la famille et sont aussi ceux pour lesquels la personne âgée participe plus à la coordination dont elle fait l'objet (64,87%). Les cas sans emploi direct bien que signalés eux aussi majoritairement par la famille (51,14%), le sont aussi moins souvent qu'en présence de l'emploi direct. Toutefois, ils sont plus souvent signalés par la personne âgée elle-même (21,87%), un professionnel (16,47%), ou l'entourage non familial (9,70%) que dans les cas avec emploi direct.

Tableau 35 : Type de personne à l'origine de la demande au CLIC selon la présence ou non d'emploi direct.

	Personne à l'origine de la demande au CLIC					Le CLIC prend contact avec la Personne âgée
	l'entourage	la famille	La personne âgée	Un médecin	Un professionnel	
absence d'emploi direct	106	559	239	9	180	702
	9.70%	51.14%	21.87%	0.82%	16.47%	51,66%
Présence d'emploi direct	4	61	17	1	12	72
	4.21%	64.21%	17.89%	1.05%	12.63%	64,87%

Source : ensemble des cas de la base CLIC dont nous possédons les données.
Lecture : dans les cas où il est fait mention de l'emploi direct, les personnes étant à l'origine de la demande sont dans 4,21% l'entourage, 64,21% la famille, 17,89% la personne âgée elle-même, etc. Par ailleurs, la personne âgée fait partie des interlocuteurs directs dans 64,87% des cas.

Ces résultats confirment le rôle central de la famille dans l'organisation de la prise en charge. Ils montrent aussi que la personne âgée est rarement à l'origine de la

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

demande, ce qui fait de son environnement familial, amical et professionnel une sécurité.

Ces résultats sont toutefois à nuancer. Les conditions du recours à l'emploi direct seraient donc globalement liées à une présence familiale plus importante, le conjoint lorsqu'il est valide, ou les enfants.

Partant de l'hypothèse qu'il ne suffit pas d'avoir une famille pour qu'elle s'implique dans la prise en charge, on peut cette fois-ci observer les personnes ayant été ou s'étant désignées comme personne à prévenir, le référent. On considère que le fait d'être désigné comme référent pour le CLIC correspond à un investissement dans l'aide, au moins comme coordinateur. On fait ici l'hypothèse que si ce rôle n'est pas occupé par un membre de la famille, c'est que celle-ci ne s'implique pas dans la prise en charge ou uniquement dans la coordination à distance.

On a construit quatre groupes de personnes désignées comme premier référent signalées pour chaque cas à partir de leur désignation dans la base CLIC. Les groupes sont ainsi constitués et distribués :

- Conjoint/conjointe ;
- Enfant, gendre/belle-fille ;
- Frère/sœur, beau-frère/belle-sœur, cousin/cousine, petits-enfants, nièce/neveu ;
- ami/amie, tuteur/tutrice, voisin/voisine, gardien/gardienne, aide extérieure, autres.

Tableau 36 : Personne « référent » selon la présence ou non d'emploi direct.

	conjoint	Enfant, beau-enfant, parents	Frère/sœur, beau-frère/belle-sœur, cousin/cousine, petits-enfants, neveu/nièce	ami/amie ; tuteur/tutrice ; voisin/voisine ; gardienne/gardienne ; aide extérieure ; autres.	Total
absence d'emploi direct	98	446	104	170	818
	11.98%	54.52%	12.71%	20.78%	100.00%
Présence d'emploi direct	15	45	7	19	86
	17.44%	52.33%	8.14%	22.09%	100.00%

Source : ensemble des cas de la base CLIC dont nous possédons les données.
Lecture : dans les cas où il est fait mention de l'emploi direct, 17,44% des personnes désignées comme « référents » sont les conjoints, etc.

Les résultats obtenus ne montrent pas de différences fondamentales entre les cas avec et sans emploi direct. Les premiers sont effectivement un peu plus nombreux (69,77% contre 66,50%) à avoir pour référent un membre de la famille « proche »

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

(conjoint, enfants ou beaux-enfants). Par ailleurs, sur les deux autres groupes, on observe que les cas en emploi direct sont particulièrement concentrés sur des situations où le référent est extérieur à la famille (22,09% des cas). Ces résultats montrent une concentration de l'aide à domicile en emploi direct sur deux groupes, ceux vivant avec un conjoint et ceux dont la famille proche n'apparait pas comme référent. Les cas où la famille n'est pas référent sont caractérisés par 10,47% de référents professionnels (aide à domicile et gardien d'immeuble).

Une autre caractéristique de l'emploi direct qui émerge et vient conforter le partage de rôle de coordinateur de certaines aides à domicile est la distance de la personne référent. En effet, en éliminant les conjoints considérés comme cohabitants, bien que cela ne soit pas tout à fait systématique, on constate qu'une part importante (25%) des personnes référents réside en dehors du département ou des communes limitrophes[166].

Tableau 37 : Lieu de résidence de la personne « référent » selon la présence ou non d'emploi direct

	Réside dans un autre département	Réside dans le même département ou une commune limitrophe	Total
absence d'emploi direct	105	326	431
	24.36%	75.64%	100%
Présence d'emploi direct	13	28	41
	31.71%	68.29%	100%
Total	118	354	472
	25%	75%	100%

Source : ensemble des cas de la base CLIC dont nous possédons les données.
Lecture : dans les cas où il n'est pas fait mention d'emploi direct, 24,36% des personnes « référents » résident dans un autres département.

On constate pour les cas mentionnant un emploi direct, que 31,71% des personnes référents ne résident pas à proximité de la commune de 2N contre 24,36% pour les cas ne mentionnant pas d'emploi direct (Tableau 37).

Une meilleure définition des tâches ne semble pas liée à une présence plus importante d'aidants informels par contre une plus longue prise en charge par le CLIC, peut être due à une présence légèrement moins importante de ces mêmes aidants. Cette définition mieux ciblée des besoins pour le maintien à domicile apparaît liée à une prise en charge progressive et longue. Cette prise en charge progressive rencontre toutefois la limite imposée par l'émergence de besoins spécifiques à certains moments, les moments de prise en charge par le CLIC.

[166] La commune de 2N est en bordure de département, d'où le choix d'exclure une partie du département limitrophe.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

1.4 Quel intervenant supplémentaire ?

Les données que nous avons recueillies nous permettent à la fois de reconstruire la situation avant la prise en charge par le Clic – au travers des comptes-rendus des travailleurs sociaux- et aussi de suivre la prise en charge des cas. A partir de ces situations caractéristiques à l'entrée dans la base CLIC et donc de la demande initiale, nous avons travaillé sur le suivi des cas en emploi direct en nous focalisant cette fois-ci sur les intervenants qui apparaissent. Le recours à l'emploi direct est présent sous deux appellations caractéristiques de deux formes d'aide : d'une part celle ayant recours à une femme de ménage et d'autre part celle ayant recours à un aide à domicile. Toutefois certains cas, très peu nombreux, ont recours aux deux. Afin de construire deux groupes pour notre étude, nous avons choisi de rattacher celle ayant les deux appellations d'intervenant aux cas avec femme de ménage (Tableau 38).

On note que le fait d'être en présence d'une femme de ménage ou d'aide à domicile exclusivement modifie le nombre d'acteurs intervenant sur le cas. Ainsi 2.14 types d'intervenants ou d'interventions sont en moyenne repérables dans les cas « aide à domicile uniquement », alors que 3,39 types d'intervenants ou d'interventions sont présents avec la présence de femmes de ménage[167]. On confirme donc ici aussi l'hypothèse que l' « aide à domicile » prend en charge une partie de ce que d'autres intervenants réalisent lorsqu'ils restent « femme de ménage ».

Tableau 38 : Intervenants présents au cours du suivi des cas en emploi direct selon la présence ou non de femme de ménage.

	IDE	informelle	Aide à domicile en mode intermédié	médecin	administratif	repas	kiné	SSIAD	téléalarme
Avec femme de ménage	35.3%	35.3%	58.8%	47.1%	58.8%	23.5%	5.9%	29.4%	5.9%
aide à domicile uniquement	15.8%	57.9%	26.3%	31.6%	15.8%	10.5%	5.3%	5.3%	21.1%

Source : ensemble des cas de la base recodés (105)
Lecture : les cas présentant une femme de ménage ont dans 35,3% des cas recours à une Infirmière Diplômé d'Etat, 35,3% recours à de l'aide informelle, 58,8% recours à une aide à domicile travaillant en mode intermédié, etc.

Plus précisément, on constate d'abord que le corps médical, représenté par les aides-soignants, infirmiers libéraux, les médecins et le SSIAD interviennent de manière beaucoup plus importante dans les cas où il y a une femme de ménage. Le SSIAD intervient particulièrement soit 5,6 fois plus chez ces individus suivi par l'aide administrative (3,72 fois plus), les structures, les infirmiers libéraux et les repas pour 2,2 fois plus.

[167] Femme de ménage comprise

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

L'analyse de ces résultats montre que dans les cas où l'emploi direct est, ou reste une femme de ménage, on assiste à une prise en charge plus importante par les autres acteurs en particulier du secteur de l'aide à domicile intermédiée, mais aussi du secteur médical. Les cas avec aide à domicile répondent à leurs besoins d'aide par un nombre plus important de salariés aide à domicile en emploi direct puisque ces derniers ont 1,36 intervenants aide à domicile en emploi direct en moyenne contre 0,55 pour les cas avec femme de ménage.

Ce partage de coordination entre CLIC, famille et intervenants professionnels peut advenir dans des situations différentes. On observe un partage de coordination entre la famille et le CLIC dans l'organisation des intervenants. On montre ici que les besoins matériels révélés par les cas d'aide à domicile ne souhaitant ou ne pouvant pas s'investir davantage sont caractérisés par une demande de plus d'« aide » à domicile et d'une aide particulière. Il s'agirait d'un renforcement de prise en charge, des besoins mettant en scène des acteurs médicaux par ailleurs moins présents dans les cas sans emploi direct. En effet les aides à domicile, lorsqu'elles sont formées ou lorsqu'elles acceptent de réaliser un panel de tâches plus important, sont sensiblement proches des aides-soignants et représentent une alternative au médical. Ainsi les aides à domicile formés seraient une alternative au médical, justifiant ainsi l'appellation « médico-social ». Pourtant, d'autre forme de prise en charge médico-sociale cohabite dans la prise en charge de la dépendance, comme on le voit avec certains cas en emploi direct où femme de ménage et aides-soignants participent conjointement au maintien à domicile.

2. L'emploi direct et le médico-social

Cette construction médicale et sociale au domicile semble intervenir dans des cas où la dépendance s'accroît et demande une coordination suivie puisque les cas ayant eu recours au SSIAD sont aussi ceux pour lesquels on observe un suivi plus long. La durée moyenne de suivi pour les cas ayant recours au SSIAD étant de 8,54 mois[168] contre 4,68 mois pour les cas sans SSIAD. Par ailleurs, le nombre d'intervenants dans le cadre de la présence du SSIAD (17 cas en emploi direct) est de 4.59[169] intervenants contre 2,36 pour les cas sans SSIAD. Ces éléments interrogent donc sur les alternatives à la présence du SSIAD :

- La première déjà abordée correspond à la substitution du SSIAD par des aides à domicile comme nous avons pu l'observer sur le terrain où le SSIAD

[168] Les données relatives aux temps de prise en charge sont calculées à partir de la base entière.

[169] Les données relatives au nombre et à la nature des différents intervenants sont calculées sur les cas approfondis faisant mention d'emploi direct (111)

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

était le plus démuni, mais aussi au travers des nombreux comptes rendus faisant état de substitutions.

- La seconde correspond à l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EPHAD) qui comme nous l'avons vu est une alternative quand les besoins sont trop lourds

L'accroissement de la demande d'aide, comme nous l'avons constaté, est relatif à des besoins médicaux, médico-sociaux dans sa définition de médecine sociale.

2.1 Un travail de maintien à domicile médico-sociale est-il uniquement pris en charge par des aides à domicile ?

Toutefois, loin de faire intervenir systématiquement le corps médical, on constate le recours à l'aide médico-sociale à domicile qui trouve un écho avec la constitution d'équipes médico-sociales (EMS) chargées d'effectuer systématiquement une évaluation « médico-sociale » à domicile auprès de chaque demandeur qui n'aboutit jamais à la mise en place d'aide médicale dans les deux départements étudiés[170]. On s'accorde pourtant avec Thomas Frinault qui au travers de la PSD aborde la question de l'évaluation, sur « *cette nécessité de l'approche pluridisciplinaire [qui] résulte de la pluralité des aspects à prendre en considération* » (FRINAULT, 2005, p. 38). Bien qu'en théorie, ce soit « les médecins qui évaluent les aptitudes fonctionnelles et physiques propres à chaque personne sur la base d'AGGIR » (Ibid.) et les travailleurs sociaux qui« *s'attachent à la prise en compte parallèle du bien-être affectif et du comportement social de l'usager, de son environnement et de ses ressources, du soutien que lui apportent ses proches, du degré de stress ou autres facteurs susceptibles d'influencer les rapports sociaux* » (Ibid., p. 38), c'est en réalité souvent, dans le processus de l'APA uniquement des travailleurs sociaux. Le personnel médical est absent dans les cas d'équipes médico-sociales observées dans 3 départements. En effet, le processus de prise en charge commence par une évaluation médico-sociale réalisée par l'équipe du même nom en raison de sa composition légale : « La demande d'allocation personnalisée d'autonomie est instruite par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social » (Article R232-7, Code de l'action sociale et des familles). Cette évaluation définit en plus d'un niveau de financement, un certain nombre de tâches qui seront financées dans le cadre de l'allocation.« Au cours de la visite à domicile effectuée par l'un au moins des membres de l'équipe médico-sociale, l'intéressé, et le cas échéant, son tuteur ou ses proches reçoivent tous conseils et informations en rapport avec le besoin d'aide du postulant à l'allocation personnalisée d'autonomie » (Ibid.). En réalité, les besoins

[170] Les actes médicaux ne pouvant être prescrits uniquement que par un médecin, absent des équipes médico-sociales.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

définis par cette équipe, rarement pluridisciplinaire et souvent constituée d'un unique travailleur social, ne prennent pas en compte l'aide possible de la CPAM au travers du SSIAD, mais uniquement l'aide réalisée par des aides à domiciles (pour ce qui est des aides humaines) dans le cadre de l'APA.

A contrario, dans les maisons de retraite, alternative « médico-sociale » au maintien à domicile par les structures du même nom, on voit la mise en place effective d'une réelle prise en charge collaborative médicale et sociale.

2.2 EHPAD comme environnement médico-social

2.2.1 Retour sur l'historique des maisons de retraite

L'histoire de la maison de retraite commence avec la naissance de l'institution Sainte-Périne à Paris. Cette institution fut le projet d'un certain Monsieur Du Chailli. Vers 1800, il lançait l'idée d'une 'tontine' ayant « *pour but d'inciter à épargner, à partir de dix ans, pour pouvoir à 70 ans, passer le reste de sa vie dans une maison de retraite* ». (THUILLIER, 1997, p.1) La réponse à la dépendance a été historiquement pensée comme une assurance assortie d'une limite d'âge : il fallait avoir également au moins 70 ans « *ou être privé de l'usage de ses membres ou attaqué de maladies* » (Ibid, p. 2).

Cette première véritable maison de retraite se distingue de l'ancien hospice par le fait que la plupart des pensionnaires ont dû eux-mêmes reverser annuellement une somme pour contribuer au fonctionnement de l'institution de Sainte-Périne. Il faut noter la spécificité de ce premier établissement qui est de s'occuper des vieillards indépendamment de leur état de santé. Il s'agit de les prendre en charge au moment où leur travail ne peut plus subvenir à leurs besoins. La spécialisation de l'institution pour des personnes dépassant un certain âge –souvent absente dans les anciens hospices, surtout avant la Révolution française- se développe quasi en même temps à Sainte-Périne et au sein du Conseil général des hospices. Chaptal, ministre de l'Intérieur, organisait en 1802 la répartition des hospices/hôpitaux parisiens en trois groupes spécifiques. Toutefois, l'idée des maisons de retraites payantes ne se généralisera qu'en 1845.

Avec Guillemard le traitement des personnes âgées évolue vers un modèle qualifié d'activiste et adultocentrique : « i*l s'agit de prolonger la « vie normale », c'est-à-dire « le modèle adulte »*» (PLANSON, 2000, p. 77) et donc déjà de maintenir une forme d'autonomie de la personne âgée. Bien que ce modèle s'applique en premier lieu aux retraités du troisième âge, ceux qui sont encore indépendants, cette vision a fondamentalement influencé la façon dont on essaie de traiter les personnes âgées dépendantes, qualifiées de quatrième âge. La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (Fondation Nationale de Gérontologie, 2007), témoigne de cette évolution : « *La vieillesse [...] est une étape de l'existence pendant laquelle*

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement. […] Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits et leurs libertés de citoyens. […] Toute personne dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société. » (Fondation Nationale de Gérontologie *in* PLANSON, 2000, p. 78). Bien que la mise en application de ces idées ne soit pas toujours réalisée dans toutes les maisons de retraites, elle caractérise la vision contemporaine idéale du traitement des personnes âgées dépendantes. Nadège Planson montre comment les maisons de retraite vont chercher à trouver un compromis entre cette option « personne âgée active » et d'autres réalités qui peuvent exister au sein d'une maison de retraite (Ibid.)

Afin de réaliser cet idéal de maintien de l'autonomie, les maisons de retraite font intervenir différents protagonistes dans l'aide selon les besoins des résidents. Nous concentrons donc notre analyse sur la situation des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EPHAD) en faisant abstraction des foyers logement, des maisons de retraite non médicalisées.

En effet, il existe différents types d'établissements pour accueillir les personnes âgées, certains sont publics, d'autres gérés par des associations privées avec ou sans but lucratif:

- les Unités de Soins Longue Durée dépendent des services hospitaliers et concernent les personnes ayant besoin d'une surveillance médicale continue.
- les foyers logement assurent l'hébergement et une permanence nocturne avec des services collectifs facultatifs tels que restauration, ménage et entretien du linge.
- Les maisons de retraite plus ou moins médicalisées et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes fournissent les mêmes prestations que les foyers logement avec une assistance médicale.

Le terme « maison de retraite » désigne en général ces deux derniers types d'établissement. On en dénombrait 6240 en 2000. Le niveau de médicalisation plus important distingue les EHPAD, cette appellation leur est donnée après signature d'une convention tripartite (Maison de retraite, DDASS, Conseil général) qui leur confère un statut médico-social et leur permet de bénéficier de subventions selon trois tarifs.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2.2.2 Tarifs et financements

Les réformes les plus récentes[171] imposent aux maisons de retraites de facturer les prestations offertes à leurs résidents sur la base de trois tarifs.

Le tarif Hébergement : « *il inclut les frais inhérents à l'accueil hôtelier, à la restauration, l'entretien, et plus généralement aux loisirs et animations proposés. Il est à la charge de la personne hébergée avec des possibilités d'aides sous condition de ressources et en particulier de l'ASH (aide sociale à l'hébergement)* » (SAYN, JULLIOT-BERNARD & DE JONG, 2007, p. 59) qui oblige les descendants qui en ont les moyens à venir en aide à leurs parents dans le besoin selon l'article 205 du Code Civil. La législation fait donc appel à une solidarité familiale ou dans les cas de non solvabilité des descendants à l'aide sociale récupérable sur succession. On note que cette forme de solidarité n'est pas sollicitée dans les mêmes conditions dans les cas de maintien à domicile. Dans le cas de l'EHPAD, l'ensemble des services proposés par la maison de retraite intervient comme un tout défini ex-nihilo. On l'entend, au sens ou une grande majorité des services, tel que la restauration, l'entretien, les loisirs et animations proposés ne sont pas définis, la plupart du temps, à partir des caractéristiques et de la volonté de la personne dépendante ou de son entourage, mais bien indépendamment de celles-ci. « *Ainsi les familles qui rendent visite à leur parent doivent apprendre les rythmes de l'institution, préférer des heures qui ne risquent pas d'interrompre une activité chère au résident* » (DUPRE-LEVEQUE cité par MONJARET, 2005, p. 171).Dans les situations de maintien à domicile, ces services sont co-construits dans une négociation intrafamiliale et prennent en compte en premier lieu les revenus de la personne âgée et des enfants. L'entretien du cadre de vie et la restauration peuvent être pris en compte dans l'allocation personnalisée à l'autonomie. Ils sont donc co-construits et financés.

Le tarif Soins : les soins sont pris en charge par la Sécurité Sociale, à l'exception : des frais dentaires, des honoraires et prescriptions des médecins spécialistes libéraux, des examens avec des équipements matériels lourds et des transports sanitaires. Le budget soins recouvre deux entités distinctes :

- Les "soins de base" (ou de "nursing") : ils regroupent les prestations paramédicales relatives aux soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de la vie ;

[171] Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui concerne d'abord les établissements capables d'accueillir plus de 85 personnes, puis une mise en conformité pour les autres établissement avant fin 2006.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

- Les "soins techniques" : ils comprennent l'ensemble des prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents.

Le tarif Dépendance : il comprend tous les frais liés à l'assistance nécessaire à la vie quotidienne de la personne dépendante, ainsi qu'aux animations spécifiques proposées. Il dépend du GIR de la personne et peut donner droit à l'APA et également à une réduction d'impôt (cf. Annexe 2).

Ces trois tarifs permettent ainsi de prendre en charge globalement la personne âgée dépendante selon son niveau de dépendance. Outre le personnel administratif, on retrouve dans les acteurs de la prise en charge des infirmiers, aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des agents de service etc. Alors que certains personnels sont rémunérés uniquement par le tarif soins ou hébergement, d'autres sont financés à cheval sur deux tarifs :

- Les aides-soignants et aides médico-psychologiques (AMP), répartis à hauteur de 30 % sur la section tarifaire dépendance et à hauteur de 70 % sur celle des soins ;
- Les agents de service, répartis à hauteur de 30 % sur la section tarifaire dépendance et à hauteur de 70 % sur celle de l'hébergement.

Cette construction financière est aussi caractéristique des problèmes de définition du rôle de chacun.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadré 18 : Une population plus dépendante en maison de retraite

En 1998, les maisons de retraite ou les unités de soins de longue durée hébergeaient 480000 personnes de 60 ans et plus, soit 4% de cette classe d'âge. Cette proportion augmente progressivement avec l'âge : 1% des 60 à 64 ans, 44% pour les plus de 95 ans (Dufour-Kippelen & Mesrine, 2003). Les maisons de retraite concentrent la plus grande part de l'hébergement avec 407000 personnes (Ibid.). L'âge moyen est 83 ans, 9 résidents sur 10 sont seuls, 6% vivent en couple, 4 % sont encore mariés mais vivent séparés (Dupré-Levêque, 2001)

En général, 67% des résidents entrent en maison de retraite pour raison de santé (Enguerran & al., 2008), qu'ils soient dépendants ou non. Ce choix de finir sa vie dans une maison de retraite est souvent dû au plus fort désir d'indépendance des jeunes parallèlement à celui des anciens qui ne souhaitent pas partager le même toit que leurs enfants (Gaymu, 1993). 50% des personnes âgées rentrent avec des problèmes de dépendance lourde, 50% rentrent sans handicap (Ibid.). En moyenne, le recours à l'institution est quasiment deux fois moins fréquent que la cohabitation avec un proche (10,5% contre 18,7%). Ce taux varie de manière importante selon les régions, dans les départements du centre-ouest l'institution arrive en tête alors que dans le sud-ouest les personnes âgées sont trois fois plus souvent hébergées par leur famille que dans un établissement (Ibid.).

L'arrivée dans la vie en maison de retraite est, comme nous l'avons précisé, rythmée par un processus d'installation et d'acclimatation à la structure défini en dehors d'une concertation avec l'individu.

- La visite d'admission en EHPAD permet d'évaluer la capacité de la personne à quitter son logement et à intégrer cette nouvelle structure.
- L'accueil : à son arrivée la personne est souvent accompagnée d'un membre de la famille. Ils sont accueillis par un infirmier ou une « maîtresse de maison », qui sont chargés de faire visiter les lieux, d'expliquer le fonctionnement de l'établissement (les heures des repas, les soins, les activités) et de présenter le personnel. Le moment d'échange est important et permet à l'arrivant de se présenter en racontant son histoire, ses problèmes de santé, ses passions...La personne doit se sentir écoutée. Cette étape est essentielle pour rassurer la personne et son accompagnateur et permettre une bonne intégration.
- L'installation dans la chambre
- Le réveil : pour les personnes dépendantes, il est assuré par un aide-soignant ou un infirmier accompagné d'un agent de service, il est important qu'ils prennent le soin de frapper avant d'entrer. C'est aussi une marque de respect élémentaire, de ne pas obliger la personne à se lever si elle ne le souhaite pas. C'est le moment de la prise de médicaments et du petit déjeuner qui peut être pris dans la chambre ou en salle de restaurant. C'est un moment privilégié d'échange. La prise de médicaments est souvent

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

entourée d'un rituel qui peut faire l'objet de négociations se déroulant différemment selon l'endroit où elle a lieu.
- La toilette et l'habillage ont lieu après le petit déjeuner. Selon leur degré d'autonomie, les personnes se font aider pour se laver ou s'habiller, par un aide-soignant ou un agent de service, c'est un moment d'intimité qui doit être empreint de tendresse, de douceur et de complicité, en veillant toutefois à ne pas trop se substituer à elles, pour encourager leur autonomie et préserver la confiance en elles.
- L'entretien de la chambre est l'occasion de nouer une relation avec l'agent de service, les objets personnels sont souvent l'évocation de souvenirs qu'ils peuvent partager, et l'agent peut à son tour parler de lui et de sa famille.
- Les repas : ils peuvent se prendre dans la chambre ou en salle à manger, c'est pour certaines personnes le seul moment de la journée où elles sont en contact avec d'autres résidents. Des invités extérieurs peuvent y manger, afin de favoriser les contacts et la convivialité.
- Les activités de loisir sont variables selon les établissements.

Ce que définit Delphine Dupré-Lévêque dans « Une ethnologue en maison de retraite. Le guide de la qualité de vie », c'est l'omniprésence du personnel médical. « *Accueilli par du personnel soignant, l'entrant est dès son arrivée stigmatisé comme malade* » (DUPRE-LEVEQUE cité par MONJARET, 2005, p. 171) et du rythme défini par le modèle sanitaire ou industriel de prise en charge.

Dans le cas des EHPAD, un médecin assurera la coordination avec les autres prestataires externes à l'établissement (médecin, infirmier,...), il contribuera à la formation gérontologique du personnel concerné, il veillera à ce que chaque résident ait un dossier médical, il participera à l'élaboration du projet de l'établissement et notamment du projet de soin (Arrêté du 26 avril 1999).

La situation des EPHAD présente une articulation de différents financements et de différents personnels autour des personnes âgées dépendantes. Cette organisation de la prise en charge de la dépendance est réalisée sur un modèle sanitaire qui définit *ex nihilo* les besoins et les bonnes pratiques autour de la personne dépendante allant jusqu'à imposer des dépenses aux familles pour garantir le bien-être de la personne âgée. Dans ces organisations, l'ensemble des personnels est sous l'autorité médicale du médecin gérontologue qui délègue souvent le travail à l'infirmier. Cette organisation transfère en réalité l'ensemble des acteurs de la prise en charge de la dépendance, financés ou non par le tarif soins, sous l'autorité médicale de l'infirmier ou du médecin.

Contrairement à la situation à domicile où il existe une séparation claire entre aide à domicile et aide-soignant en termes de financements, la situation en maison de retraite et son financement tendent à montrer que les deux protagonistes réalisent des tâches communes tout en montrant la possibilité d'articuler les financements.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2.3 Le médico-social à domicile

A la différence des EHPAD, la situation du domicile fait intervenir deux segments de l'aide : à la fois les aides à domicile et les SSIAD. Ils sont financés, si l'on veut reprendre les termes de l'institution, uniquement par le tarif dépendance pour les aides à domicile et uniquement par le tarif soins pour le SSIAD. Cette dichotomie dans l'aide se retrouve au niveau de son financement entre un financement versé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et l'allocation personnalisée à l'autonomie versée par la Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie (CNSA) et les conseils généraux.

En maison de retraite, EPHAD et unité de soins de longue durée, le personnel en 2004 pour l'Île-de-France était estimé à 21 600 personnes parmi lesquelles on notait 10 000 (46,3%) personnels soignants (SALEMBIER, 2009). Pour le maintien à domicile, 29 900 emplois étaient nécessaires parmi lesquels 7000 personnels soignants[172] soit 23,4% (Ibid.). Si l'investissement sanitaire à domicile semble moins important, c'est en partie en raison de la présence de personnes globalement moins dépendantes à domicile qu'en institution, mais c'est aussi d'après nous dû à une délégation de tâches encore plus importante à domicile qu'en institution sur les aides à domicile.

Ces résultats pourraient laisser entendre que les SSIAD gratuits se concentrent sur les pauvres, les plus dépendants, or bien qu'un grand nombre de personnes parmi les plus dépendantes soient prises en charge par les SSIAD, plus de 50% des bénéficiaires sont aussi parmi les GIR les moins dépendants (GIR 3 à 6). Par exemple, les GIR 3 à 6 pour les personnes âgées de 80 à 95 ans représentent plus de 60% du nombre de personnes prises en charge sur une semaine type (BRESSE, 2004).

2.3.1 Qu'est-ce qu'un SSIAD ?

Depuis les années 1800, un médecin réalise les soins au domicile des patients. Dans les années 1950, la santé à domicile prend une plus grande ampleur en France, influencée par le concept américain « home care ». Elle va alors mobiliser différents acteurs. Aujourd'hui, plusieurs types d'intervention composent la santé à domicile : l'Hospitalisation à domicile (HAD), les soins à domicile (SAD) et le maintien à domicile (MAD).

Les SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) ont été créés dans les années 1970 mais se sont surtout développés dans les années 1980 avec la mise en place de la politique d'aide au maintien à domicile des personnes âgées.

[172]Kinésithérapeutes, Aides-soignants, Infirmiers, service de soins infirmiers

Un SSIAD est une structure médico-sociale, publique ou privée, à but lucratif ou non, assurant sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels. Il agit auprès de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes, de personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap et de personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques. Selon l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles, il s'occupe des activités qui participent au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. Les soins infirmiers d'hygiène sont assurés par les aides-soignants sous le contrôle des infirmiers. Il s'agit, plus précisément, des soins de nursing prépondérants et surtout assurés par les aides-soignants (toilette, shampooing, bain de pieds, ...), de la prévention des risques (escarres, chutes, ...), des conseils (alimentation, autonomie, ...), de la surveillance (poids, pouls, hydratation, etc.).

Certains soins (injections, pansements, perfusions, ...) sont réalisés uniquement par les infirmiers libéraux ou les infirmiers du service (Le SSIAD peut en effet s'associer avec des infirmiers libéraux en plus des infirmiers officiels.). Ces soins sont inclus dans le prix de journée. Les SSIAD interviennent au domicile des patients ou dans les établissements non médicalisés. Ils couvrent chacun de 3 à 14 interventions par personnes par semaine, selon la pathologie ou la dépendance, et selon les possibilités du service. Le service peut cesser à tout moment ses interventions si l'état de santé s'améliore. Toute personne prise en charge peut demander l'arrêt des interventions.

Les SSIAD ont été créés dans le but d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées, de faciliter le retour au domicile à la suite d'une hospitalisation et de prévenir ou retarder un placement en institution. La prise en charge de l'usager est assurée à 100% par la sécurité sociale. Chaque usager pris en charge représentait en 2007 un coût total annuel de 10525€. On comptait, en France 2 300 SSIAD pour 90 500 places disponibles en 2007. Ils sont constitués d'au moins un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins, d'aides-soignants qui assurent sous la responsabilité des infirmiers les soins de base et relationnels et l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, d'aides médico-psychologiques, ainsi que d'autres auxiliaires médicaux selon les besoins (pédicures podologues, ergothérapeutes...).

L'infirmier coordinateur, responsable d'un service de soins infirmiers à domicile est un infirmier diplômé d'état. Il exerce sous l'autorité d'un directeur d'établissement (pour les SSIAD publics) ou d'un président d'association (pour les SSIAD privés). Le développement des soins à domicile concerne principalement en France, les personnes âgées dépendantes. L'augmentation de l'espérance de vie influence donc

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

fortement l'avenir des soins à domicile et entre autres des SSIAD. On comptera dans les dix prochaines années en France le double d'octogénaires soit 4 millions en 2020. De plus, le vieillissement de la population s'accompagne d'une diminution des aidants naturels potentiels (la famille, l'entourage…), puisque d'après les projections démographiques de l'Insee, le nombre de personnes de 50 à 79 ans, aujourd'hui constituant la majorité des aidants, devrait augmenter de seulement 10 % environ entre 2000 et 2040 alors que le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes devrait s'accroître de 50% (DUEE & REBILLARD, 2006). Cette évolution structurelle tend vers la mise en place de structures coordonnées pour une prise en charge plus suivie.

Depuis 1980 jusqu'à 2002, le nombre de places financées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a été multiplié par 20, passant de 3 500 à près de 71 000 places. Plus des deux tiers de leurs usagers sont âgés de 80 ans et plus, et ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage. Uniquement un quart est confiné au lit ou au fauteuil. Pour près d'un nouveau patient sur deux, le SSIAD est intervenu à la suite d'une sortie d'hospitalisation (BRESSE, 2004).

2.4 Modèle sanitaire versus modèle social : antagonistes ?

Le SSIAD joue sur cette commune 2N un double rôle. Pour ceux qui n'ont pas l'APA ou ne la veulent pas, il joue le rôle de tutelle. Ainsi déjà avec l'APA l'aide publique intervient contre l'acceptation d'un suivi social et parfois budgétaire (LAFORE & NOGUES, 1994). Par ailleurs il intervient comme acteur à part entière de la prise en charge.

Le rôle de l'emploi direct est celui d'un emploi qui vient dans une certaine mesure combler le vide laissé par les autres acteurs de la prise en charge. Ainsi comme nous l'avons vu avec la présence de nombreux acteurs, l'emploi direct demeure souvent « femme de ménage ». Dans les situations qui font apparaître moins d'intervenants, la femme de ménage occupe des rôles différents et devient aide à domicile. On explique ce mécanisme plus visible en emploi direct par une définition moins stricte des tâches à accomplir par le salarié. Le salarié en emploi direct est aussi apprécié pour la flexibilité et il officie sous l'autorité de son employeur qui décide directement et au coup par coup de ce dont il a besoin. Le recours au SSIAD permet une certaine autorité sur la personne dépendante.

Si l'on compare le recours à l'APA versus le recours au SSIAD (Tableau 39) on note que ces deux formes d'organisation tutélaire font intervenir des protagonistes différents. Bien que l'on note un effet positif significatif du recours à l'une ou l'autre des institutions publiques (APA/SSIAD) vérifiant le fait que ces deux modes d'organisations s'adressent tout deux aux mêmes types de cas, on constate un effet plus ou moins important selon les différents intervenants.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Le recours à l'APA est logiquement corrélé au recours à une association intermédiaire de type prestataire ou mandataire et négativement corrélé avec la présence de médecin. Dans les cas de recours au SSIAD, on note un effet significatif inverse sur le recours à une association intermédiaire et un effet positif significatif sur le recours à une aide administrative extérieure.

Tableau 39 : Régression linéaire expliquant le recours à l'APA ou au SSIAD selon le recours à d'autres formes d'aide

	Coefficient	
Bénéficier	de l'APA	Du SSIAD
Association intermédiaire	0,287**	-0,184**
Médecin	-0,269**	0,056
Aide administrative	-0,185	0,561***
Livraison ou restaurant	0,024	0,113
Kinésithérapeute	0,389	-0,388**
Femme de ménage en emploi direct	-0,105	-0,033
Aides à domicile en emploi direct	0,107	-0,013
SSIAD	0,591***	
APA		0,190***
téléalarme	0,141	-0,122

Nombre d'observation : 105 ; **Significatif à 5% ; ***significatif à 1%
Lecture : avoir recours à une association intermédiée à un effet significatif positif sur le fait de bénéficier de l'APA et un effet significatif négatif sur le fait d'avoir recours au SSIAD.

A partir de la structuration actuelle de la prise en charge de personnes âgées à domicile, on observe que bien qu'ayant un effet additif, les deux formes de subvention ont tendance à être caractéristiques de deux modèles d'aide au maintien à domicile. D'un côté l'intervention de l'APA accentue le recours à des aides à domicile en mode intermédié tout en ayant un effet significativement négatif sur les contacts avec le médecin, et de l'autre le recours au SSIAD montre une baisse du recours à des aides à domicile intermédiées et une augmentation de l'aide administrative extérieure.

On observe que le recours à l'APA accentue de manière importante la présence de deux acteurs non sans importance. Comme nous l'avons montré pour le SSIAD, les structures intermédiées sont des acteurs ayant elles aussi leur propre autonomie

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

dans l'organisation du maintien à domicile. Le recours à l'APA entraîne un accroissement de la présence des structures intermédiées et du SSIAD. Ainsi la définition des besoins se retrouve :

- issue du Conseil général sur le modèle social – pouvant se retrouver dans le modèle industriel au niveau de la mise en place de l'aide par une structure intermédiée – ;
- et issue du SSIAD sur le modèle sanitaire, définie par prescription médicale.

Ces deux définitions du besoin s'apparentent à une forme de mise sous tutelle informelle d'autant plus importante dans les cas ou l'aide est dispensée par une structure intermédiée.

Cette hypothèse de mise sous tutelle semble par ailleurs probable si l'on s'intéresse aux caractéristiques des individus ayant recours à l'APA. En effet, le recours à l'APA est principalement concentré sur les personnes veuves. 75,7% des personnes ayant demandé l'APA sur la commune étudiée sont dans un ménage unipersonnel, renforçant ainsi l'idée de tutelle (Tableau 26).

Le cas de Paulette G. pour laquelle il sera mis en place le SSIAD est aussi caractéristique d'une volonté de contrôle des autorités publiques (APA) et du CLIC.

> ***« Madame G. est en GIR 3. Intervention d'une aide à domicile non déclarée : ne peut donc pas passer en APA. Aide à domicile intervient 4h/semaine (lundi et jeudi). Ce serait la nièce du concierge. Mme B. [Equipe médico-sociale de l'APA] a mis des fournitures d'hygiène (pour garder un œil sur cette situation). Le couple n'est pas en demande. Voir qui était à l'origine de la demande d'APA? Ils auraient mis des associations et le SSIAD dehors (car selon eux = trop de passage) »***
>
> ***(Compte rendu du travailleur social)***

Afin de conserver un « œil sur la situation » (Ibid.), le Conseil général met en place des fournitures d'hygiène dont le prix n'est pas élevé, et permet de ne pas verser le montant du plan d'aide trop faible, le dossier reste ouvert sans que les allocataires n'aient d'obligation. Cette situation permettra par ailleurs de mettre des aides en place plus rapidement le jour où le couple en fera la demande.

Le cas de Rolande B refusant des aides payantes est un cas où l'on observe le recours au SSIAD comme substitut à une aide à la toilette payante, mais aussi pour permettre un contrôle public sur l'organisation de l'aide, puisque Rolande B. refuse les structures intermédiaires d'aide. En effet, le compte-rendu de la prise en charge de Rolande B précise que *« Madame ne relève pas forcément du SSIAD » (Ibid.)*

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Lors d'une visite à domicile suite au signalement de l'agent canicule, le CLIC rencontre Mme Rolande B. âgée de 92 ans, vivant seule une partie de l'année, en dehors de la présence d'étudiantes. Madame B. habite au 4ème étage avec ascenseur. Elle est propriétaire de son appartement. Sur le plan familial, elle a une fille qui habite à A. (plus de 500km), elle n'est donc pas présente au quotidien, et une nièce à proximité mais celle-ci est âgée.

> ***« Actuellement, Madame B. a une étudiante chinoise mais elle n'aide pas particulièrement au quotidien, à part un peu pour la préparation des repas. Madame B. a également une aide à domicile brésilienne, qu'elle emploie en gré à gré et qu'elle déclare. Sur le plan de la santé, elle a des problèmes de vue importants et une tension élevée. Elle ne veut pas d'IDE pour les traitements et la prise de tension car elle a un tensiomètre. Pour la toilette, elle prend des bains une fois par semaine et se lave au lavabo le reste du temps. Elle souhaiterait qu'une IDE l'aide pour la toilette mais nous lui disons qu'elle ne trouvera pas. Ayant bientôt besoin d'injections, elle va essayer de demander à une IDE qu'elle connait si elle veut bien lui faire et l'aider à l'installer dans le bain une fois par semaine. »***
>
> ***(Compte-rendu du travailleur social)***

Rolande B. refuse en effet de dépenser plus d'argent, alors qu'elle envisage de prendre une aide-ménagère le samedi pendant 2 à 3 heures. Les travailleurs sociaux de l'APA et du CLIC lui proposent des services prestataires. Mais :

> ***« Madame B ne veut pas entendre parler de S. ni même d'A (deux services prestataire) car elle trouve que c'est trop cher et qu'elle aime gérer directement son personnel. Elle a donc contacté des personnes ayant passé une annonce dans le journal local, et attend une réponse ».***
>
> ***(Compte-rendu du travailleur social)***

Plus tard, lors d'une deuxième visite, le CLIC découvre à son domicile un dossier du SSIAD : « prise en charge demandée par le médecin traitant ». La responsable a fait sa visite d'évaluation et les interventions démarreront dès la semaine suivante. Madame B. ne relève pas nécessairement d'un SSIAD pour l'aide à la toilette d'après les travailleurs sociaux, *« mais les traitements seront certainement mieux gérés » (Ibid.)*.

Le SSIAD intervient sous différentes modalités. On a remarqué une utilisation dans le cadre d'une surveillance mais on observe aussi son recours dans la volonté

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

d'alléger les montants des plans d'aide en substituant les aides à domicile associative ou non par les aides-soignants du SSIAD.

3. Auxiliaire de soins & Aide de vie : les raisons d'une substitution

3.1 Similitude des pratiques et compétences

Dans cette partie, nous nous appuierons à la fois sur les définitions légales de ce que sont les auxiliaires de vie et sur les aides-soignants à travers les textes légaux de la formation, mais aussi à travers la pratique de l'emploi et les tâches réalisées en s'appuyant sur l'enquête MEDIPS.

Le sens commun veut que ces deux emplois soient différents or si l'on s'attarde à comparer les qualifications nécessaires à la validation d'acquis d'expérience par exemple, on constate une étrange similitude. Ainsi l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant se définit comme suit :

> ***« L'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.***
>
> ***Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extra hospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences, et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité »***
>
> ***(Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant).***

De la même manière, le décret 2002-410 du 26 mars 2002 et l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'auxiliaire de vie définissent la profession comme suit :

> ***« Stimule les activités intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de vie quotidienne Aide à la mobilisation, aux déplacements et à l'installation de la personne. Aide à***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

l'habillage et au déshabillage, à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale. Aide une personne dépendante (par exemple confinée dans un lit ou dans un fauteuil) à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide-soignant, selon l'évaluation de la situation par un infirmier, le plus souvent à un moment différent de la journée. Aide, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et non à des actes de soins :

- à l'alimentation ;

- à la prise de médicaments

Aide à la réalisation ou réalise des achats alimentaires. Participe à l'élaboration des menus, aide à la réalisation ou réalise des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits. Aide aux activités d'entretien de l'habitat (linge, surfaces…)

Participe au développement et/ou au rétablissement et et/ou au maintien de l'équilibre psychologique. Stimule les relations sociales. Accompagne dans les activités de loisirs et de la vie sociale. Aide à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives. Observe et participe à l'analyse de la situation sur le terrain. Fait preuve en permanence de vigilance et signale à l'encadrant et aux personnels soignants, tout état inhabituel de la personne aidée. Organise et ajuste son intervention, en collaboration avec la personne aidée et l'encadrant, en fonction du plan d'aide initialement déterminé, des souhaits de la personne aidée et des évolutions constatées au quotidien.

Travaille en équipe. Rend compte de son intervention auprès des responsables du service, fait part de ses observations, questions et difficultés avec la personne aidée.

Repère ses limites de compétences et identifie les autres partenaires intervenants à domicile à solliciter. Intervient en coordination avec les autres intervenants au domicile »

(décret 2002-410 du 26 mars 2002 et l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'auxiliaire de vie).

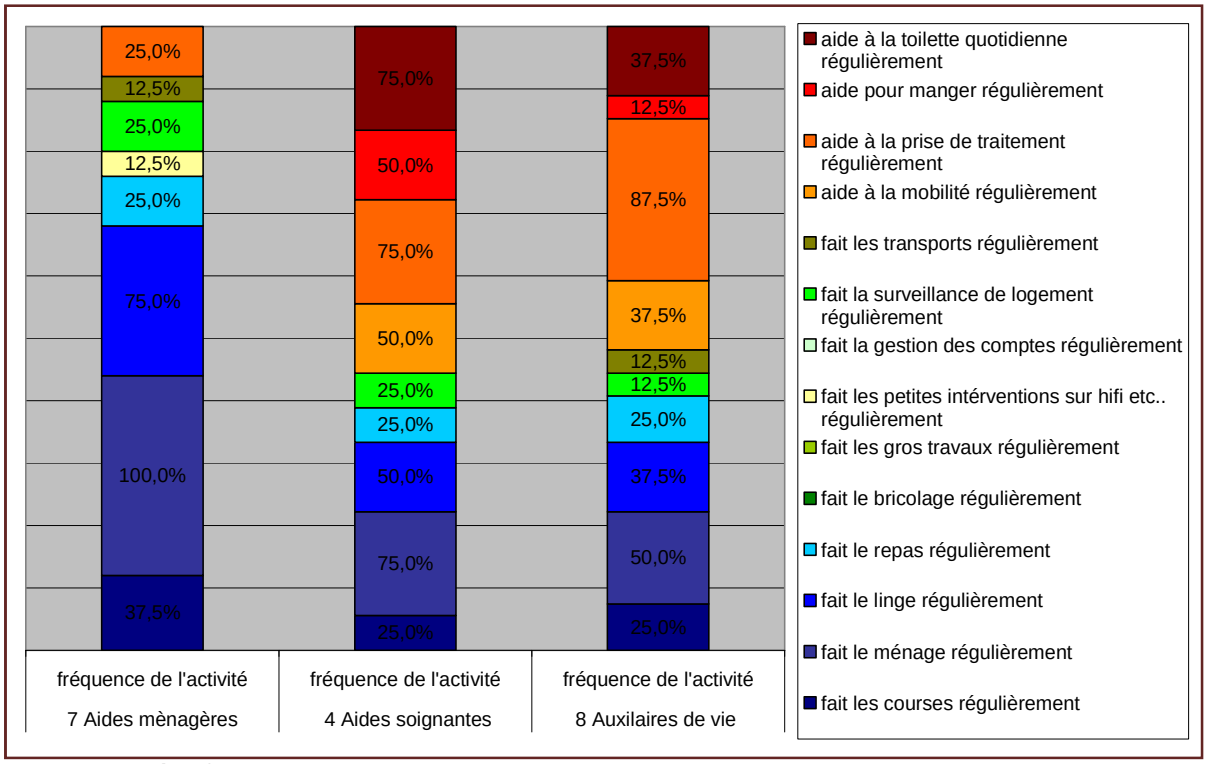
Ce qui surprend ici, c'est l'importante similitude constatée entre les deux textes sur les activités réalisées dans les deux emplois. Toutefois, le texte définissant l'auxiliaire de vie mentionne l'activité d'aide-soignant en plaçant les auxiliaires de vie sous l'autorité de celle-ci. En réalité dans l'organisation au domicile, il s'agit de

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

deux segments parallèles d'aide qui la plupart du temps ne se rencontrent même pas. Deuxième élément de différenciation, le lieu. Contrairement à l'aide-soignant qui réalise ses activités à la fois en hôpital, en maison de retraite ou au domicile du « patient », l'auxiliaire de vie ne peut exercer son activité qu'exclusivement au domicile du « client ». Dans le cas où il choisit de travailler en EPHAD, il sera Agent de Service Hospitalier (ASH).

Si nous n'étions pas convaincus de la proximité des deux activités, l'enquête MEDIPS nous permet, via l'analyse de la fréquence de participation aux différentes tâches, d'observer une similitude frappante entre les deux emplois.

Figure 16 : Fréquence de réalisation des tâches selon le statut de l'employé



Sources : données MEDIPS.
Lecture : 25% des aides ménagères réalisent de l'aide à la mobilité, alors que 75% des aides-soignantes et 87,5% des auxiliaires de vie le font. De plus, on constate que les activités réalisées en priorité par les aides ménagères sont le ménage et le linge.

En comparant les activités des différents protagonistes du domicile, on constate que deux éléments diffèrent de manière importante entre les trois groupes professionnels. Une approche par le biais de l'activité opposerait « aide à domicile et aide-soignant » à « aides ménagères ». Alors qu'une approche en termes de financement oppose « aide-ménagère et auxiliaire de vie » à « aide-soignant ». Le financement est l'élément objectivable, toutefois, c'est la hiérarchie médicale et son image qui vient en appui à l'aide-soignant. Par ailleurs, l'une est prise en charge par

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

l'assurance maladie alors que l'autre est financée selon différentes modalités, allant d'un financement personnel à une prise en charge limitée en temps mais prise en charge à 100% pour les plus pauvres.

La question que nous pouvons nous poser découle de l'observation précédente. En effet, étant donné notre observation sur la similitude des deux emplois dans une même situation, c'est-à-dire au domicile du particulier, nous pouvons nous interroger sur ce qui les différencie et les modalités de leur utilisation ? Ce qui différencie fondamentalement les deux emplois est leur inscription, pour l'un dans une hiérarchie médicale valorisée, et pour l'autre dans le secteur de l'emploi domestique peu valorisé.

Les aides-soignants appartiennent à un corps, corps que définit l'ethos d'un métier et le rattache légalement à une branche, la santé. Le corps comprend les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture qui exercent les fonctions correspondant aux qualifications conférées par leur diplôme et qui collaborent notamment à la distribution des soins infirmiers dans les conditions définies à l'article R.4311-4 du code de la santé publique (cf. codification du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier).

En s'insérant dans le milieu médical, les aides-soignants bénéficient de l'aura importante du corps médical, ce qui valorise d'une certaine manière leur emploi. Cette appartenance comme nous l'avons vu précédemment, permet d'envisager une évolution de carrière vers les métiers de la santé (infirmier) de manière plus logique, bien que les passerelles existent aussi pour les auxiliaire de vie.

3.2 Complémentarité du SSIAD et de l'aide-ménagère : des séquences d'interventions

L'évolution des situations montre deux choses, lorsque le salarié en emploi direct devient, ou est recruté, comme « aide à domicile », il accepte plus de responsabilité. S'il est recruté en tant que femme de ménage et le reste, alors la présence des personnels médicaux sera de plus en plus importante.

Le travail de recodage[173] mené à partir de la base CLIC permet, dans les cas où il est fait mention de l'emploi direct, de connaître l'ordre séquentiel d'intervention. Le codage permet d'observer l'arrivée progressive des différents intervenants. Néanmoins, bien que pour certaines situations nous ayons récolté des données relatives à la fin des interventions, elles sont beaucoup moins bien renseignées.

[173] Travail réalisé par David Jeannet et l'auteur.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Les résultats nous confirment que plus il y a d'intervenants impliqués, plus les aides financées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie sont importantes. Par intervenants financés par la CNAM, on comprend ici aussi bien les intervenants paramédicaux comme les kinésithérapeutes et les orthophonistes que le personnel médical : médecin, infirmier libéral, SSIAD. Toutefois, le SSIAD représente de loin l'acteur le plus important en raison d'une présence plus importante mais surtout plus régulière. Les interventions observées pour le SSIAD correspondent à des interventions quotidiennes.

On remarque que les salariés intervenant en emploi direct sont majoritairement présents au début de la prise en charge avec 65% des premiers intervenants. On notera ici que leur présence, comme nous l'avons déjà observé, peut se situer en amont de la prise en charge du CLIC.

Tableau 40 : Statut des intervenants selon les séquences d'intervention

ordre séquentiel d'intervention	**Intervention 1**		**Intervention 2**		**Intervenant 3**		**Intervenant 4**	
Intervenants	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent	Freq.	Percent
aides à domicile, des femmes de ménages ou des gardes de nuiten emploi direct ou non déclaré	61	65%	38	52%	17	40%	6	26%
Familier	5	5%	5	7%	2	5%	3	13%
Famille autre que conjoint	1	1%	5	7%	4	9%	3	13%
Médical ou paramédical	17	18%	15	21%	13	30%	8	35%
Structure d'aide intermédiée + association bénévole	10	11%	10	14%	7	16%	3	13%
Total	94	100%	73	100%	43	100%	23	100%

Sources : ensemble des cas CLIC en emploi direct recodés (105) et les différents intervenants.
Lecture : 65% des premiers intervenants dans la prise en charge des cas sont des aides à domicile, des femmes de ménages ou des gardes de nuit en emploi direct ou non déclaré. 21% des intervenants arrivant en second temps dans la prise en charge sont des intervenants médicaux ou paramédicaux.

Il n'y a pas ici une substitution formelle du salarié « aide à domicile » par le médical. Le passage de la séquence 1 à la séquence 2 n'impliquant pas forcement le retrait de l'intervenant de la séquence antérieure. En effet, on observe deux formes de cas : soit les aides s'accumulent autour de la personne aidée, soit les aides se substituent.

Ces situations représentent les cas à domicile. On observe aussi après des séjours en institution des prolongements de l'institution à domicile par exemple avec des interventions du SSIAD. Ces situations sont parmi les plus courantes puisque pour près d'un nouveau patient sur deux, le SSIAD intervient dans le cadre d'un retour à domicile à la suite d'une sortie d'hospitalisation (BRESSE, 2004). Toutefois, les cas où le SSIAD s'intègre de manière permanente dans le plan d'aide ne sont pas rares,

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

puisque « *environ 30 % des bénéficiaires des SSIAD âgés de 60 ans ou plus étaient pris en charge par le service depuis plus d'un an* » (*Ibid., p. 4*).

L'observation ethnographique des cas montre un recours au SSIAD (17 cas) selon différentes modalités :

- Uniquement 4 interventions temporaires dans le cadre de retour à domicile après hospitalisation
- Pour les 16 autres cas, le SSIAD s'intègre dans le plan d'aide selon deux modalités:
  - À l'origine du plan d'aide afin de compenser les défaillances de l'aide de l'APA (reste à charge trop important).
  - Avec l'accroissement de la dépendance (le refus de dépenser plus, la saturation des plans d'aide)

Le SSIAD n'intervient toutefois pas hors d'une situation relativement lourde. Il est en effet présent dans les situations où le besoin d'aide pour la toilette se fait ressentir. Toutefois, il est aussi particulièrement présent dans les situations où une aide administrative est présente. En réalité, le SSIAD intervient majoritairement dans les cas lourds en nombre d'aide puisqu'en moyenne 4,59 aides sont présentes dans ces cas. Les handicaps recensés sur ces cas sont eux aussi plus importants avec 3,06 handicaps en moyenne pour les cas ayant recours au SSIAD contre 1,84 pour les autres.

4. Conclusion

Lorsque l'intervention d'aide à domicile est effectuée en mode emploi direct, on observe une volonté de contrôle et de surveillance beaucoup plus importante que pour les modes intermédiés. Cette volonté de contrôle se fait dans la plupart des cas par l'adjonction d'un autre intervenant d'autant plus souvent que le salarié en emploi direct ne peut ou ne veut réaliser les nouvelles tâches qui découlent *in fine* du développement de la dépendance. Ce contrôle, forme de tutelle informelle s'observe sous deux formes, l'APA ou le SSIAD selon les situations :

- Dans les situations de refus de l'APA on observe l'intervention du SSIAD qui caractérise une tutelle « molle » médicale.
- Avec la mise en place de l'APA, c'est la structure d'aide intermédiaire prenant en charge les toilettes, qui correspond à cette tutelle « molle » ou informelle en partage avec l'EMS du département.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

On observe alors dans certains cas un phénomène de complémentarité qui n'est pas sans rappeler les établissements d'accueil, où personnels médicaux et de nettoyage travaillent en collaboration. Alors qu'en établissement, l'organisation des soins est coordonnée de manière centrale par un coordinateur que les soins soient médicaux ou non, et quelque soit le tarif acquitté par le pensionnaire. Ce fonctionnement en parallèle crée des inégalités à domicile entre ceux pris en charge par le SSIAD et ceux pris en charge par une structure intermédiaire d'aide à domicile. Deux inégalités émergent :

- Une inégalité en termes de financement : le SSIAD est gratuit.
- Une inégalité en termes de prise en charge puisque nous avons constaté qu'une organisation tournée uniquement vers le « médico-social » dans sa définition du code de l'action sociale et des familles, tend à éloigner le cas du milieu médical, posant ainsi une nouvelle question sur les inégalités de santé (BERTHOD-WURMSER, 2000)

Bien que ces résultats nécessitent d'être vérifiés à plus grande échelle, il semblerait que les deux modèles mixtes soient concurrents.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Conclusion

L'objectif de cette thèse est de mieux comprendre la place de l'aide à domicile dans le maintien à domicile de la personne âgée. Aide observée, tantôt dans l'organisation productive de l'aide à domicile, tantôt dans la réalité de la coproduction du service avec les différents protagonistes. Ces deux volets d'analyse, l'organisation de la production et la réalité de sa coproduction nous ont offert deux points de vue et permis d'étudier les modèles concurrents d'aide au maintien à domicile. Ces modèles, loin d'être monolithiques, se caractérisent par des hybridations entre quatre modèles : industriel, domestique, médical et social.

L'activité d'aide à domicile est majoritairement réalisée par des salariés couverts par trois conventions collectives différentes. Elles sont chacune signées par une organisation employeur, celle du particulier employeur[174] ainsi que deux conventions collectives relatives au milieu associatif, celle de l'ADMR[175] et celle de l'Union Nationale de l'Aide à domicile[176]. Ces conventions collectives oscillent, à l'origine, entre deux modèles d'aide, le modèle social et le modèle domestique. L'aide à domicile ainsi définie recouvre trois modes de travail, le mode prestataire, le mode mandataire et l'emploi direct. Sur le terrain, l'association du territoire 1V est caractérisée par une évolution du modèle social vers le modèle industriel observée à partir des modes d'emploi intermédiés- prestataire et mandataire -. Le CLIC de 2N permet d'observer le modèle domestique et ses recompositions, hybridation entre le

[174] (2111)Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999. Etendue par arrêté du 2 mars 2000 (JO du 11 mars 2000).

[175] (562)Convention collective nationale des aides familiales rurales et personnels de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) du 6 mai 1970.

[176] (1258)Convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983. Agréée par arrêté du 18 mai 1983 JONC 10 juin 1983.

mode d'emploi direct et l'ensemble des autres acteurs caractéristiques des modèles médical, social et industriel.

Nous avons examiné l'influence des politiques de financement et de formation sur la structuration de ce marché en pleine expansion. L'APA accordée après évaluation des besoins par une Equipe Médico-Sociale (EMS) sous l'autorité du Conseil général et la récente mise en place du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) en sont les principaux outils. On observe par ailleurs le rôle du tissu d'acteurs spécifiques ou non à la dépendance, découlant aussi indirectement des politiques publiques.

Comme signalé dans le chapitre 5, on souhaite nuancer les résultats que nous énonçons ici en raison des caractéristiques de nos terrains. D'abord, les territoires sur lesquels les deux recherches ont été effectuées sont particulièrement contrastés et sont caractéristiques d'extrêmes sur le territoire français. D'un côté le territoire 1V, plutôt représentatif d'un étalement urbain, une population défavorisée, des collectivités locales aux prises avec des difficultés économiques et sociales. De l'autre côté, le territoire 2N, parmi les territoires les plus favorisés économiquement en France, d'une densité de population très élevée, avec très peu de mixité sociale. Ces deux territoires révèlent des préoccupations très contrastées. Ainsi leurs spécificités, aussi bien des politiques publiques que des populations, limitent en partie une possible généralisation de nos résultats. Toutefois, nous pensons que ces deux territoires nous ont permis d'observer les extrêmes de l'éventail des possibilités d'organisation à domicile.

L'observation de la qualité du service rendu – du travail - autant que de la qualité de l'emploi a été au cœur de notre préoccupation lors de l'examen des rôles de tous les intervenants présents dans la chaîne de l'évaluation des besoins à leur satisfaction. La question de la qualité du travail bien que présente dans sa dimension économique en tant que qualité marchande – liée à la qualité des salariés, mieux formés fournissant un service mieux contrôlé – , nous semble avoir été négligé par les politiques publiques dans la dimension humaine des conditions de travail et d'emploi (Zimmerman, 2011). Cette situation oblige donc certains salariés à pallier, selon différentes modalités, aux carences d'une organisation défaillante. Evolution du modèle prestataire vers un modèle industriel

Les avantages et inconvénients

L'utopie d'un modèle industriel parfait capable de fournir un service standard conforme aux attentes des bénéficiaires de l'APA, tel que décrit par l'Association National du Patronat Français en 1994 (ANPF, 1994, p.9) en amont de sa tentative de mise en place ne peut aboutir. En effet, la mise en place d'une nouvelle organisation du travail, industrielle, de nouveaux diplômes ne suffit pas à contrebalancer les caractéristiques du maintien à domicile, service co-construit (JEANTET, 2003 ; GADREY, 1994 ; CERF & FALZON, 2005) et de sa norme de disponibilité

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

temporelle (DEVETTER, 2006 ; BOULIN, LALLEMENT & VOLKOFF 2006 BOUFFARTIGUE & BOUTEILLER 2002).

Suite à la mise en place de certaines prestations et en tenant compte des disparités territoriales, certaines associations se sont rapprochées du modèle industriel qui a eu pour effet de dégrader, pour l'usager la qualité du maintien à domicile et pour le salarié la qualité de l'emploi. Parallèlement à ce développement du modèle industriel, les modèles de production du maintien à domicile se sont diversifiés autour de l'autre modèle d'aide, en articulant modèles domestique, sanitaire et social.

Cette forme de délégation du service public aux associations ne permet pas d'améliorer la qualité de l'emploi, mais uniquement de réduire les coûts et d'améliorer la flexibilité du service rendu. Malgré une appartenance à l'économie sociale, l'association étudiée se montre dans une position de mauvais employeur. On observe son incapacité à développer des services préservant à la fois qualité du service rendu et la qualité de l'emploi des prestataires. La description qu'on en propose offre une réalité quotidienne peu compréhensive au regard de la situation sociale souvent précaire des salariés. Loin de vouloir accabler l'association, on montre que l'organisation politique de la dépendance limite les marges de manœuvre de celle-ci, la poussant à reporter les aléas directement liés à la demande sur le salarié. En effet, ce ne sont pas forcément les intentions de l'association vis-à-vis de ses salariés qui sont à mettre en cause, mais plutôt les contraintes extérieures à l'association.

Cela pousse à s'interroger sur l'orientation prise par la politique de la dépendance et les structures d'économie sociale du secteur qui ne semble pas contrebalancer l'industrialisation du secteur, mais dans le cas de l'association étudiée, l'accompagner. Sur la question de l'économie sociale, l'association ne semble plus jouer le rôle de passerelle d'intégration et d'insertion pour, en majorité, les femmes non qualifiées qu'elle jouait encore au début des années 2000 et qui permettait à des femmes inactives, sans formation, souvent exclues du système productif, de trouver ou retrouver une reconnaissance et une utilité sociale dans le cadre d'une organisation plus souple caractéristique de l'économie sociale et solidaire. Le public salarié a aujourd'hui changé et l'association d'économie sociale est devenue productrice d'inégalités. Les conditions de travail apparaissent aussi dures que celles de l'économie capitaliste. Au niveau des relations avec les personnes âgées pourtant spécifiques de ces emplois, les nouvelles stratégies s'inscrivent souvent dans un modèle industriel qui tend à réduire l'espace réellement reconnu à la relation de service (UGHETTO & alii, 2002). Cette situation s'est créée à leurs dépens : en effet cette dégradation des conditions de travail, conjuguée à l'évolution des profils des salariés, tend à dégrader la qualité du service et à déstabiliser les salariés les mieux formés qui quittent le secteur de l'aide à domicile.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

L'influence des politiques publiques : financement, formation

Pourtant les politiques publiques ont atteint une partie de leurs objectifs :

- Une part importante des nouvelles demandes s'oriente vers le statut prestataire ;
- De plus en plus de salariés valident des formations d'auxiliaires de vie sociale et se forment, même si certaines études constatent une baisse des inscriptions (JULLIARD & LEROY, à paraître).

A travers notre recherche, nous avons pu constater une modification des profils recrutés, depuis des salariés sans expérience professionnelle jusqu'à des salariés diplômés et expérimentés. Cette modification n'a toutefois pas été suivie d'une amélioration significative de la contractualisation et des conditions de travail.

Bien que les conditions d'entrée dans le métier d'aide à domicile ne se soient pas améliorées, voire même qu'elles se soient dégradées, la place de l'activité d'aide à domicile, et le revenu qu'elle entraîne, semblent avoir pris de l'importance pour ces nouveaux salariés.

A la vue de cette situation, nous nous sommes interrogés sur ces nouveaux salariés : pourquoi s'orientent-ils vers ce secteur ? La formation du DEAVS est-elle une opportunité de formation ou un moyen d'accès à l'emploi ? En observant la situation de ces salariés et leurs carrières professionnelles, nous pouvons confirmer que les DEAVS sont les formations du secteur médico-social qui correspondent à un second choix, une réorientation en cours de carrière. La moitié des salariés ayant validé le DEAVS dans la structure était déjà en possession d'un diplôme de niveau équivalent ou supérieur dans un autre domaine. De plus, on observe pour un nombre important d'entre eux un phénomène de déclassement social (FORGEOT *et* GAUTIE, 1997 ; FONDEUR, 1999 ; GIRET, NAUZE-FICHET, TOMASINI, 2006) en raison des barrières à l'emploi de certaines professions ou aux difficultés de retour à l'emploi après un congé. Ces mécanismes transfèrent la main d'œuvre dans le secteur de l'aide à domicile qui encore une fois évacue à son tour les anciens profils pour lesquels les conditions d'emploi ne pourraient plus être soutenables.

On observe que les critères de recrutement récents donnent plus d'importance au diplôme et à l'expérience. Cependant il ne semble pas que l'on voit une mise à distance de la norme flexible hétéronome.

Même si la formation d'auxiliaire de vie sociale pouvait tendre à rendre autonomes ces emplois en leur prodiguant un statut et une définition globale, on a pu constater que la politique publique dans son rôle de prescripteur réduit cette autonomie. L'application de la politique publique par le département tend à diviser en deux groupes hiérarchisés les activités d'aide nécessaires à la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile, nécessitant diplôme ou pas. Cette

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

dualisation aussi bien construite par l'organisation proprement dite de la politique publique de l'APA que de la politique de formation est un phénomène classique que l'on observe dans de nombreux cas de professionnalisation. Toutefois, on a pu montrer que les conditions particulières d'une pratique professionnelle aux domiciles des bénéficiaires sont des éléments déterminants. Ils nous semblent ne pas avoir été pris en compte dans l'organisation du secteur.

Plutôt que de venir contrecarrer cette norme de disponibilité temporelle, les politiques publiques ont solvabilisé une demande sans penser à l'organisation du travail. Dans un besoin de rationalisation, on a observé plutôt un accompagnement de cette dispersion des besoins. La formation au DEAVS, tout en segmentant les salariés selon deux groupes, n'a pas amélioré la question du temps de travail au sein de la structure. Afin de construire néanmoins un emploi du temps plus proche d'un emploi moyen, on remarque que les salariés ont opté dans cette structure pour le cumul des différents modes qui semblent se compléter plus que se substituer les uns aux autres puisque le cumul de ces derniers accroît le volume total de travail.

Issue de l'organisation de l'offre, la norme flexible hétéronome ne disparaît pas quelque soit le mode d'emploi. La montée de l'organisation intermédiée qui devait atténuer les variations d'activités et structurer au mieux l'organisation du travail ne parvient pas à endiguer la demande en raison du développement de la concurrence entre les acteurs de l'aide à domicile.

Un espoir a été suscité avec le diplôme, alors que les conditions de travail semblent se détériorer. Ces politiques ont réussi à augmenter la « qualité » des services aux personnes âgées par l'augmentation du niveau de formation, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de services d'aide et le nombre de salariés. Toutefois, ces politiques négligent l'amélioration de la qualité de ces emplois en ne donnant que très peu de levier permettant de structurer la demande.

Organisation de l'offre versus organisation de la demande

Le problème ne trouve son origine ni dans la place de ces emplois, ni dans la trajectoire, ni dans l'inflexion que l'allocation peut créer vers le secteur de l'aide à domicile. Le problème réside dans la « norme flexible hétéronome » (BOUFFARTIGUES & Bouteiller, 2002 & 2003) de ces emplois. Cette norme qui s'oppose à celle des modèles de « l'expert » ou de « l'urgentiste » se traduit par des emplois à temps partiel, fractionnés, peu visibles, et qui ne sont reconnus ni matériellement, ni symboliquement. Le processus de modernisation de l'aide à domicile est progressivement en train de s'éloigner de cette norme malgré que l'organisation du travail se tourne de plus en plus vers le prestataire, censé améliorer les conditions de travail (vers une forme d'industrialisation de l'offre de service). Des contraintes propres à l'organisation de la demande provoquent un maintien de la norme flexible hétéronome, caractéristique du modèle domestique que cette nouvelle organisation

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

des services était censée supprimer en développant un modèle industriel d'aide avec la gestion de la main du travail et de l'emploi.

Tout en remarquant un pic de demande d'aide dans la demi-journée avant midi, on constate aussi qu'il existe une possibilité de redéployer l'activité globale des salariés l'après-midi. Toutefois, cette possibilité peut être envisageable uniquement dans le cas où le service prestataire reprend la main sur la gestion de ses emplois du temps et sort de la position de simple fournisseur de service. Cette vision qui peut paraître autoritaire n'est pourtant pas loin des soins infirmiers dispensés par les SSIAD où ces derniers imposent une organisation du travail. Après avoir constaté la variabilité des besoins aussi bien sur un temps long qu'au cours d'une journée, on a pu conclure à l'utilité d'une absence de définition en termes de tâches dans la configuration actuelle de production d'aide. La spécialisation des salariés telle que l'on pourrait la concevoir dans un modèle industriel parfait ne permettrait pas d'accroître le temps de travail, bien au contraire. Néanmoins, le traitement administratif qui a été fait de ces questions de variabilité des besoins est arrivé à mettre les fournisseurs de services dans une situation les obligeant à diviser leurs activités selon différents salariés en plus de la division temporelle de l'aide relative à ces différents besoins.

Ainsi on peut conclure que :

- la non segmentation selon les tâches à réaliser ainsi que des plages de présence plus importantes semblent être l'unique solution pour concilier qualité de la prise en charge et amélioration des conditions de travail ;
- la situation actuelle ne permet pas une organisation optimale des services d'aide et de ce fait diminue les volumes horaires de travail des salariés tout en accroissant l'amplitude horaire de leur emploi du temps ;
- cette organisation du marché de la dépendance oblige donc les salariés à faire le grand écart entre différents modes de travail et différentes activités répartis tout au long de la journée afin de construire une activité qui tend, selon leur disponibilité et leur flexibilité temporelle, vers un travail à temps complet ;
- malgré les efforts en termes de professionnalisation, d'organisation du travail, d'augmentation de la qualité des services, la question de l'organisation de l'offre reste insoluble en raison du « libre choix » mis en place par la politique de prise en charge APA et le maintien par les usagers d'une vision selon la norme temporelle domestique de l'aide à domicile ;
- le modèle productif est directement soumis aux caractéristiques de l'activité ;

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

- l'APA et la formation ont en réalité plutôt développé et accentué des problématiques déjà présentes.

L'Aide à domicile dans le modèle domestique recomposé

Le modèle domestique recomposé : CLIC et aide à domicile en emploi direct

Bien qu'une promotion importante du modèle industriel de prise en charge ait particulièrement été à l'œuvre au cours des quinze dernières années, on remarque l'émergence ou la persistance de modèles de production du maintien à domicile concurrents, impliquant plus d'acteurs et des acteurs différents.

Puisque le modèle industriel pour les organisations ne semble pas améliorer la qualité du service et du travail, d'autres protagonistes porteurs d'autres modèles sanitaire et social sont apparus. L'analyse de ces différentes configurations a été l'occasion de mieux comprendre le rôle dévalorisé mais primordial des « aides à domicile ».

Dans le cadre de la nouvelle forme d'organisation (CLIC) et depuis celle-ci, la distinction théorique de l'emploi direct avec les autres modes de recours à l'aide à domicile semble moins contrastée puisque le CLIC prend en charge une partie de l'activité des structures intermédiaires. Le point de vue adopté, bien que relativisant la place de l'aide à domicile à première vue, permet de décrire les caractéristiques de l'emploi direct et de s'interroger sur les conditions non plus d'une production autonome d'un service venant comme un segment, mais d'une production d'aide en lien avec un environnement qui évolue en termes de caractéristiques temporelles et spatiales.

En effet, les caractéristiques et compétences des salariés de l'aide à domicile en emploi direct ne permettent pas systématiquement cette évolution/adaptation aux besoins alors que l'organisation intermédiée a du personnel formé et trouvera théoriquement à s'adapter. La volonté de faire intervenir un observateur public est particulièrement présente lors de l'intervention de salarié en emploi direct. L'adjonction d'autres intervenants est par ailleurs plus courante dans les cas où le salarié en emploi direct ne peut ou ne veut réaliser les nouvelles tâches qui découlent *in fine* du développement de la dépendance. Dans ces situations, deux formes de tutelle informelle émergent : l'APA ou le SSIAD. Dans les situations de refus de l'APA ou bien en complément, on observe l'intervention du SSIAD. En effet, si l'APA est en place avec une structure d'aide intermédiaire prenant en charge les toilettes, alors nul besoin de faire intervenir le SSIAD. Lorsqu'une femme de ménage en emploi direct est financée et que cette dernière ne se transforme pas en aide à domicile, alors le SSIAD viendra en complément (avec ou sans le financement APA). Ce dernier phénomène de complémentarité n'est pas sans rappeler la prise en charge en institution où personnels médicaux et personnels de nettoyage travaillent en collaboration dans le cadre de la prise en charge de la dépendance.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Ce phénomène de coproduction est alors partiellement reproduit au domicile à la différence que les deux segments, plutôt que d'être dans une même hiérarchie (médicale), se côtoient en parallèle. Ce fonctionnement en parallèle crée des inégalités entre ceux pris en charge par le SSIAD et ceux pris en charge par une structure intermédiaire d'aide à domicile souvent prescrite par l'APA. Outre les inégalités en termes de financement[177], on trouve des inégalités en termes d'accès au milieu médical, les structures d'aide à domicile intermédiées tendent à maintenir éloigné du milieu « médical » les cas pris en charge.

Aide à domicile : la véritable clé de voute du maintien à domicile

Si l'aide à domicile apparaît dominante dans le maintien des personnes âgées à domicile, c'est en raison de la « liberté » du « choix » qui est offerte par le dispositif. En réalité, l'aide à domicile correspond à l'unique élément « ajustable » du maintien à domicile.

Que ce soit dans le cadre de la structure prestataire ou dans le cadre du CLIC, c'est en définitive le salarié de l'aide à domicile qui joue le rôle de tampon et qui s'adapte, aussi bien en emploi direct - dans le cadre d'une relation de travail moins définie - que pour les salariés en structures, mais dans ce cas en dehors de la définition contractuelle de leur activité.

Les différents rôles et contrepoids de l'aide à domicile dépendent aussi bien de la situation familiale, de l'environnement professionnel disponible, que du moment de son intervention. En fonction de ces éléments, l'aide à domicile est tantôt une femme de ménage, tantôt une infirmière coordinatrice.

La transformation de cette relation d'une aide - parfois informelle, souvent commerciale - vers de l'action sociale parfois médicale, suggère une poly-activité importante des aides à domicile étudiées en emploi direct, comme l'exemple du cas Bertin où l'aide à domicile remplace le kinésithérapeute et l'infirmière.

Une fois de plus, tout comme avec la famille, on constate que les salariés de l'aide à domicile s'adaptent et se substituent à la présence/absence plus ou moins importante des personnels médicaux. Ces situations sont loin d'être uniquement anecdotiques, la place des salariés apparaît elle aussi déterminante dans le maintien à domicile. Ce rôle tenu par le salarié dépend de la place qui lui est laissée, de la temporalité de sa présence et de sa volonté de prendre en charge plus ou moins de responsabilités. Nous avons montré que certains salariés - en particulier ceux en emploi direct - lorsqu'ils acceptent la modification de leurs tâches et de leurs statuts,

[177] L'APA dans son fonctionnement laisse une partie du coût à la charge de la personne âgée dépendante, alors que le recours au SSIAD est pris en charge entièrement par l'assurance maladie.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

accompagnent la montée en charge du travail liée à l'accroissement de la dépendance de la personne aidée grâce à une co-construction avec celle-ci. Ces cas sont apparus relativement souvent dans l'étude spécifique que nous avons menée sur les situations ayant recours à un emploi direct, nos données nous permettent de repérer 27 cas de femmes de ménages présentes avant le mécanisme de formalisation de la dépendance, parmi lesquelles 15 changent de statut, devenant « aide à domicile », ce mécanisme étant révélateur de l'évolution de leur activité.

La famille tient une position déterminante dans le maintien à domicile. Hormis certaines configurations familiales particulières comme le cas des parents piégés, où, bien que la famille soit présente, la configuration conduit à un placement en institution, cette présence n'est pas constante et demande donc un ajustement régulier de la configuration d'aide faisant intervenir différents protagonistes parmi lesquels on trouve le CLIC, les aides à domicile, mais aussi du personnel médical. L'aide médicale, tout comme celle des autres protagonistes, n'est pas indépendante d'une certaine temporalité. Ainsi, le SSIAD par exemple intervient dans 50% des cas lors d'un retour d'hospitalisation (BRESSE, 2004). Par ailleurs, le phénomène de formalisation de la dépendance est aussi un élément temporel amenant à une redéfinition des rôles de chacun.

Pistes d'amélioration

Nous avons constaté la coexistence des deux modèles « perfectibles » pour répondre efficacement à la problématique du maintien à domicile d'une personne âgée. Le modèle industriel ne semble pas répondre aux attentes du maintien à domicile. Le modèle domestique lui non plus ne parvient pas dans toutes les situations à garantir la « qualité » du maintien à domicile ou au moins sa pérennité. Le manque d'intégration d'un modèle plus tourné vers l'industriel et les modes intermédiés conduit à l'éloignement des acteurs médicaux qui pourtant sont nécessaires à un stade ou un autre du développement de la dépendance. L'emploi direct, dans un modèle purement domestique, ne peut à lui seul garantir la continuité de l'aide aussi bien dans le temps que *de facto* dans le développement de la dépendance.

Le travail mené nous permet d'observer que dans le cadre d'un emploi direct, mieux encadré par exemple par le CLIC de 2N, les situations *a priori* plus fragiles en présence d'intervenants en emploi direct permettent une implication plus importante des autres acteurs qui à défaut s'en remettent à une structure intermédiée. Dans les cas où le salarié en emploi direct ne semble pas vouloir jouer le jeu de l'accroissement d'activité ou de la diversification des tâches nous observons une mise en place de l'aide réellement médicale et sociale. Toutefois, dans les cas où le salarié accepte plus d'activité, on remarque aussi une mise en place de tutelle informelle et l'accroissement de l'attention portée à ces cas.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Si des efforts ont été réalisés afin d'améliorer la qualité de l'aide et des emplois, nous n'avons pas constaté d'effets importants sur les conditions de travail et il ne semble pas que l'organisation mise en place soit optimale pour garantir les besoins des usagers. La dépendance nous apparaît comme un continuum, lequel évolue progressivement vers une prise en charge de plus en plus technique et médicalisée.

Bien que nous ayons mis en avant la capacité de certains aides à domicile de prendre en charge et d'accompagner des personnes dans le processus de dépendance au travers d'actes de plus en plus techniques, il apparaît que ces salariés ne sont pas protégés par un cadre légal plus important, tel qu'il existe pour le corps médical qui protège à la fois le patient et le professionnel. Cette réalité des aides à domicile et plus largement de la prise en charge fait émerger de fortes disparités. Elles sont d'abord territoriales avec une présence plus ou moins importante des intervenants médicaux, ensuite contextuelles selon les configurations familiales et les caractéristiques propres aux salariés aides à domicile. Bien que le médical ne soit pas primordial dans les premiers temps, il révèle, dans les cas où on l'observe, que le modèle sanitaire correspond à une forme d'autorité sur l'usager que l'on nomme « tutelle informelle ». Cette construction entre personnels médicaux et agents d'entretien n'est pas sans rappeler l'institution d'hébergement, au sein de laquelle personnels médicaux et personnels non médicaux se coordonnent et sont financés de manière différente.

Outre l'organisation de la demande, que les fournisseurs de l'aide devraient mieux contrôler, on peut imaginer un système permettant à chaque binôme salarié/personne âgée de redéfinir l'activité sur un modèle domestique tout en s'insérant dans une structure hiérarchique médicale mais non sans diminuer alors le libre choix et l'autonomie des allocataires. Ce type de structure pourrait combiner la reprise en main des agendas par une forme de tutelle « molle » ou informelle et la coproduction du service entre salarié et personne dépendante. Reconnaître et affirmer une certaine polyvalence des salariés allant jusqu'au médical semble être l'unique solution pour les amener du coté du modèle de l' « expert ».

Des pistes de recherche future

L'aboutissement de cette thèse soulève néanmoins de nombreuses questions qu'il faudrait examiner plus en profondeur.

Les modèles de configuration mixte nous offrent la possibilité de voir se mettre en place une forme de contrôle que nous avons qualifié de tutelle informelle ou « molle ». Nous avons noté que deux formes de tutelles se développent au niveau professionnel autour de la personne aidée : une tutelle médicale, par l'intervention du SSIAD ou des représentants du corps médical, et une tutelle sociale caractérisée moins par le CLIC que par l'APA et les structures intermédiées. Ces deux formes de tutelles se différencient par des caractéristiques aussi bien culturelles (la

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

domination du diagnostic médical sur le diagnostic social) que temporelles (l'intervention souvent ponctuelle du corps médical et l'intervention sur des temps plus longs des acteurs « médico-sociaux »). Les questions du rôle tutélaire des différents intervenants nous apparaissent comme primordiales à étudier lorsque l'on veut parler de « qualité ».

Evidemment, les questions territoriales dans la production du maintien à domicile sont apparues de manière saisissante à travers ces deux territoires particulièrement différents. La décentralisation des politiques et le caractère personnalisé de ces nouvelles prestations sont des éléments essentiels à prendre en compte dans l'analyse et l'évaluation des différentes questions relatives au maintien à domicile. L'étude de ces problématiques est indispensable si on veut parler « d'équité » pour l'allocataire. En effet, le maintien à domicile est apparu comme une organisation complexe nécessitant la coordination d'acteurs extérieurs au champ *stricto sensu* de l'aide à domicile. Ces différents acteurs médicaux et sociaux, outre le besoin d'être coordonnés au travers d'une organisation qui s'extrait des intérêts de chacun, ont tendance à s'exclure les uns les autres. Effectivement, la présence de structures prestataires d'aide à domicile souvent concomitantes à la mise en place de l'APA éloigne les personnes âgées du milieu médical pourtant nécessaire - soit de manière ponctuelle, soit de manière permanente - dans l'évolution de la dépendance. Néanmoins, la présence médicale souvent intermittente nécessite une présence sociale afin de garantir la continuité du maintien à domicile.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Bibliographie Générale

Littérature

ALVAREZ S., 2010, « Le secteur de l'aide à domicile en France : entre l'imaginaire domestique et l'invisibilité du travail de « care » professionnel », Communication pour le colloque : *La dimension relationnelle des métiers de service : Cache-sexe ou révélateur du genre ?*, Université de Lausanne, septembre.

AMYOT J-J., 2010, « Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers », *Vie Sociale*, n°1.

ANACT, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, 2002, *Freins à l'embauche et conditions de travail dans l'aide à domicile*, Rapport.

ANGELOFF T., 1999, « Des miettes d'emploi : temps partiel et pauvreté », *Travail Genre et Société*, vol. Avril, n°1.

ARAUJO GUIMARÃES N., SUMIKO HIRATA H. & SUGITA K., *"care" et "care work": Le travail du "care" au Brésil, en France, au Japon*, Texto para discussão, n°012/2011, centro de estudos da metrópole, 26 p.

ARBORIO A.-M., 1995, « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. », *Sciences sociales et santé*. vol. 13, n°3, pp. 93-126.

ARGOUD D., 2009, « Les politiques du libre choix : vers la fin du politique ? », *Gérontologie et société,* vol. 4, n° 131.

AUSLANDER L., 1995, « Susan PEDERSEN, Family, Dependance, and the Origins of the Welfare State : Britain and France, 1914-1945, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, 478 p. » Note de lecture, *Clio, Résistances et Libérations France 1940-1945*, n°1,

AVRIL C., 2003, « Les compétences féminines des aides à domicile », in Florence WEBER, Séverine GOJARD, Agnès GRAMAIN, (Dir),*Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, La Découverte, « Enquêtes de terrain », pp. 187-207

AVRIL C., 2006, « Aide à domicile pour personnes âgées : un emploi-refuge », in. FLAHAULT E., (Dir), *L'insertion professionnelle des femmes. Entre contraintes et stratégies d'adaptation*, Presses Universitaires de Rennes, "Des Sociétés", p. 207-217.

AVRIL C., 2008, « Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude. », *Retraite et société*, n°53-1, pp. 49-65.

BAGUELIN O., GRAMAIN A., 2008, « Aides professionnelles et mobilisation familiale. La prise en charge des personnes démentes », *Retraite et société*, n°53, p. 114-145.

BECKER G. S., 1981, *A Treatise on the Family, Cambridge*, Harvard University Press, Massachusetts.

BEDIER F., 2009, « Coup de pouce à l'aide à domicile », *Travail Et Changement*, vol. mars/avril, n°324

BELLANGER M., LE BIHAN-YOUINOU B., 2003, « La mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie », *Études et Résultats*, vol. octobre, n° 264, Drees.

BENELLI N. et MODAK M., 2010, « Analyser un objet invisible : le travail de care », *Revue française de sociologie*, vol. 1, n° 51, p. 39-60.

BERNARD-HOHM M-C., 2011, « L'ambivalence des élus face à la politique de vieillissement », *Gérontologie et société,* vol. 1, n°136, p. 221-227.

BERTHOD-WURMSER M., 2000, « 4. Programmes de recherche et débat public sur les inégalités de santé : la France est-elle en retrait ? », in FASSIN D., (Dir.), *Les inégalités sociales de santé,* La Découverte « Recherches », p. 69-80.

BESUCCO N., TALLARD M., TERTRE (du) C., UGHETTO P., 2002, « La relation de service : une tension vers un nouveau modèle de travail ? », *Revue de l'IRES*, vol. 2, n° 39

BIDET E., 2003, « L'insoutenable grand écart de l'économie sociale Isomorphisme institutionnel et économie solidaire », *Revue du MAUSS*, vol. 1, n°21.

BLANCHARD N, 2004, « Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial ? », *Retraite et société,* vol. 3, no 43, p. 165-186.

BODE I., 2005, « Dépendance et marché : une perspective internationale sur l'aide à domicile et ses secteurs en mutation », document de travail, Université de Duisburg, Mars.

BOETSCH G., CHAPUIS-LUCCIANI N., CHEVE D. & MACIA E., 2008, « Entrer et résider en maison de retraite: des relations de pouvoir autour du corps », *Revue Française des Affaires sociales*, vol. 1, n° 1, p. 191-204.

BOISARD P. & LETABLIER M.T., 1987, « Le camembert : normand ou norme. Deux modèles de production dans l'industrie fromagère », *Cahier du Centre d'Etudes de l'Emploi, Entreprises et produits*, n° 30, p. 1-29.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

BONTOUT O., COLIN C. & KERJOSSE R., 2002, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *Etudes Et Résultats*, vol. février, n° 160.

BORREL C., 1999, « La prestation spécifique dépendance Premier bilan au 31 décembre 1998 », *Etudes et Résultats*, vol. avril, n° 13.

BOUFFARTIGUE P. & BOUTEILLER J., 2002, « L'érosion de la norme de temps de travail », *Travail et emploi*, vol. octobre, n°92, p. 44.

BOUFFARTIGUE P. & BOUTEILLER J., 2003, « A propos des normes du temps de travail. De l'érosion de la norme fordienne aux normes émergentes », *Revue de l'IRES,* n°2.

BOUFFARTIGUE P., 2005, « La division sexuée du travail professionnel et domestique : quelques remarques pour une perspective temporelle », *Lien social et Politiques*, n° 54, p. 13-23.

BOUFFARTIGUE P., 2005, « Division sexuée du travail professionnel et domestique quelques remarques pour une perspective temporelle », in *acte du coloque "Tiempo, Actividades, Sujetos. Una mirada desde la perspectiva de género*", Universidad Complutense de Madrid, Escuela de Relaciones Laborales, Madrid, 18 février.

BOULIN J.-Y., LALLEMENT M. & VOLKOFF S., 2006, « Introduction – Flexibilité, disponibilité et nouveaux cadres spatio-temporels de la vie quotidienne », *Temporalités*, n° 4

BRESSE S., 2003 « L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées » , *Retraite et société*, vol. 2, n° 39, p. 119-143

BRESSE S., 2004, « Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 », *Études et résultats*, DREES, vol. novembre, n°350.

BRUN A.-S., 2003, *Contribution à la découverte d'un droit commun patrimonial du couple*, Thèse de droit, Université Pierre Mendès France - Grenoble II, le 29 avril.

BRUTEL C. & OMALEK L., 2003, « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050) », *Insee Résultats, Société,* vol. Juillet n° 16

BRUTEL C., 2002, « La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable », *économie et statistiques,* n° 355-356.

BUSSIERE C., 2002, « Les centres locaux d'information et de coordination (clic) », *Gérontologie et société,* vol. 1, n° 100, p. 75-81.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

CARDON P. & GOJARD S., « Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement », *Retraite et société*, 2008/4 n° 56, p. 169-193.

CARLIER H., GERLIER C., GROSSET-JANIN J–P., GARCON E. & PERRIN J., 2008, *Aide à domicile, Etude sur les troubles musculo squelettiques,* Sante au travail, Annecy

CERC, 2007, *Les Services À La Personne*, Rapport n° 8 du Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale, 147 p.

CERF M. & FAZON P., 2005, « Une typologie des situations de service », in CERF M. & FAZON P., (Dir), 2005, *Situations de service : travailler dans l'interaction, Le travail humain*, Puf, 250 p.

CHARDON O. & ESTRADE M.-A., 2007, *Les métiers en 2015*, Rapport DARES/ CAS , janvier.

CHARDON O., 2005, « La spécialité de formation joue un rôle secondaire pour accéder à la plupart des métiers », *Economie et Statistiques,* n°388-389.

CHAUCHARD J.-P. & LE CROM J.-P., 2005, « Les services entre droit civil et droit du travail », *Le Mouvement Social,* vol. 2, n° 211, p. 51-65.

CHERONNET H. & GADEA C., 2010, « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics », in DEMAZIERE D. & GADEA C., (Dir.), *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte « Recherches », p. 73-83.

CHEVREUL K., 2009, *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, étude réalisée par l'URC Eco IdF pour le Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Paris.

CHOL A., 2007, « Les Services À La Personne En 2005 : Poussée Des Entreprises Privées », *Premières Informations Et Premières Synthèses*, vol. Mai, n° 20.1, Dares

CHOL A., 2008, « Les services à la personne en 2006 : une croissance continue », *Premières Synthèses*, vol. novembre, n°48.2, 8 p.

COLVEZ A., 2010, « Genèse et évolution des CLICs : expérience des centres locaux d'information et de coordination depuis le bureau d'information gérontologique de Lunel », *Gérontologie et société,* vol.1, n° 132, p. 135-144.

CORIF, COLLECTIF REGIONAL POUR L'INFORMATION ET LA FORMATION DES FEMMES, 2007, *Vieillir au travail le cas des femmes aides à domicile,* Rapport à la Direction de la Formation Permanente, Région Nord Pas de Calais, Mai.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

COUR DES COMPTES, 2005, *Les Personnes Agées Dépendantes*, Rapport Au Président De La République Suivi Des Réponses Des Administrations Et Des Organismes Intéressés, Novembre.

COUTURIER G., 1997, *Droit du travail - Les relations individuelles du travail (tome 1), Les relations collectives du travail (tome 2)*, Paris, PUF.

CRES DES PAYS DE LA LOIRE, 2009, « La branche d'aide à domicile enquête 2007 », *les publications de l'observatoire de l'économie sociale et solidaire*, vol. Mai, n° 4.

CROFF B. & MAUDUIT M., 2003, « Travailler auprès de personnes âgées » Une chance pour repartir dans la bonne direction, *Gérontologie et société*, vol. 1, n° 104, p. 231-247.

CROFF B., 1996, « Les emplois familiaux : le travail domestique réhabilité ? », *Les Cahiers du Mage*, n°4, pp. 77-88.

DEBONNEUIL M., 2008, *Les services à la personne : bilan et perspectives,* Rapport Inspection générale des Finances, septembre.

DEBOUT C., 2010, « Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007 », *Études et Résultats*, DREES, vol. juin, n° 730.

DEBOUT C., LO S-H., 2009, « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009 », *Études et résultats*, vol. novembre, n°710.

DEJOURS C., 1998, *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale,* L'histoire immédiate, Seuil, Paris.

DEMANGE-WISNIEWSKI E., 2007, *les réformes conduisant au DPAS : un levier managérial pour les Directeur des soins*, Mémoire de l'école Nationale de santé publique pour l'obtention du grade de directeur des soins.

DEMOUSTIER D., 2002, « Le bénévolat, du militantisme au volontariat », *Revue Française des Affaires sociales*, vol. 4, n° 4, p. 97-116.

DERCHEF F., 2006, « Les métiers de l'aide à domicile : comment ont-ils évolué face aux nouvelles exigences d'organisation des services ? », *Gérontologie et société,* Vol. 3, n° 118, p. 131-140.

DEVETTER F.-X. & ROUSSEAU S., 2011, *Du balai. Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*, Raisons d'agir.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

DEVETTER F.-X., 2006, « La disponibilité temporelle au travail des femmes : une disponibilité sans contrepartie ? », *Temporalités*, n° 4.

DEVETTER F.-X., JANY-CATRICE F. & RIBAULT T, 2009, *Les services à la personne*, Edition La Découverte, Coll. Repères, janvier, 128 p.

DEVETTER F.-X., JANY-CATRICE F., FRAISSE L., GARDIN L., GOUNOUF M.-F. & RIBAULT T., 2008, *L'aide à domicile face aux services à la personne : mutations, confusions, paradoxes*, Rapport pour la DIIESES, 300 p.

DEVETTER F.-X., LEFEBVRE M. & PUECH I., 2011, « Employer une femme de ménage à domicile, Pratiques et représentations sociales », *Document de travail CEE,* n°137, Janvier.

DEVETTER F-X., 2002, « La régulation des temps de travail atypiques : entre allocation hiérarchique et transaction », *Travail et Emploi*, vol. Octobre, n° 92.

DEVETTER, F.-X., 2001, *L'économie de la disponibilité temporelle : la convention fordiste et ses remises en cause*, thèse de sciences économique, université de Lille 1.

DHERBEY B. & JURDAN C., 2002, « Les dispositifs locaux de coordination », *Gérontologie et société*, vol. 1, n° 100, p. 65-74.

Dinh Q. C., 1991,« Le vieillissement de la population sera plus important que prévu », *Economie et statistique*, vol. Mai, n°243, p. 53-60.

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE, 2011, *les chiffres clefs de la sécurité sociale 2010*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, édition

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, 2007, *La validation des acquis de l'expérience en vue de l'obtention des diplômes délivrés par les ministères charges des affaires sociales et de la sante : réalisations 2006 et prévisions 2007*, Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement Ministère de la Santé et des Solidarités, mai.

DONIOL-SHAW G., 2005, *La qualification des emplois de l'aide à domicile au regard de l'analyse de la Validation des Acquis de l'Expérience dans le métier d'Assistante de Vie,* Rapport final, LATTS-ENPC.

DONIOL-SHAW G., LADA E. & DUSSUET A., 2007, *Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne : leviers et freins à la qualification et à la promotion*, Rapport de recherche du LATTS, novembre.

DONIOL-SHAW G., LE DOUARIN L., 2003, *Les freins à l'accès des femmes aux postes d'encadrement supérieur*. Rapport LATTS et Ministère de l'équipement, des transports, du logement, du tourisme et de la mer.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

DUBUISSON F., 2001, « Repères sur la coordination gérontologique », *Soins gérontologie, n°27.*

DUEE M. & REBILLARD C., 2006, « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », *Données sociales, La société française*, INSEE.

DUFOUR-KIPPELEN S. & MESRINE A., 2003, « Les personnes âgées en institution », *Revue Française des Affaires sociales*, vol. 1, n° 1-2, p. 123-148.

DUPRE-LEVEQUE D., 2001, *Une ethnologue en maison de retraite. Le guide de la qualité de vie,* Édition des archives contemporaines, coll. « Une pensée d'avance », 121 p.

DUSSUET A. & LOISEAU J., 2007, « Les services aux familles offerts par les associations : un modèle de service "entre" formel et informel », *in* DUSSUET A. et LAUZANAS J.-M., (Dir), *L'économie sociale entre informel et formel : paradoxes et innovations,* Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007, p.95-128

DUSSUET A., 2002, « Le genre de l'emploi de proximité », *Lien social et politiques / RIAC, Le genre des politiques publiques : des constats et des actions,* vol. printemps, n 47, p. 143-154.

DUSSUET A., 2005, *Travaux de femmes - Enquêtes sur les services à domicile*. Paris : L'Harmattan.

DUSSUET A., 2006, « Femmes dans les services à domicile : insertion professionnelle ou retour de la domesticité ? », in FLAHAULT E.,(Dir.), *L'insertion professionnelle des femmes*, Presses Universitaires de Rennes, p.195 - 206.

EICHLER, M. & ALBANESE, P., 2007, "What is Household Work? A Critique of Assumptions Underlying Empirical Studies of Housework and an Alternative Approach", *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, vol. 3, n° 2, p. 227-258.

ENGLAND P. & FOLBRE N., 2005, « Gender and economic sociology », *in* SMELSER N.J., SWEDBERG R., (dir.), *The Handbook of Economic Sociology*, New York, Russell Sage Foundation, pp.627-649

ENJOLRAS B., 2010, « Gouvernance verticale, gouvernance horizontale et économie sociale et solidaire : le cas des services à la personne », *Géographie, économie, société*, vol.1, n° 12, p. 15-30.

ENNUYER B., 2001, « Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal ! », *Gérontologie et société,* vol. 4, n° 99, p. 219-232.

ENNUYER B., 2002, « Les clic : un nouvel enfermement des personnes vieillissantes ? », *Gérontologie et société*, vol. 1, n° 100, p. 83-94.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

ENNUYER B., 2009, « Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile ? », *Gérontologie et société,* vol. 4, n° 131, p. 63-79.

ESPAGNOL P., 2008*,* « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2007 *», Etudes et résultats, Drees*, vol. mai, n° 637.

EYMARD-DUVERNAY F.. 1993 « La négociation de la qualité », *Économie rurale*, *La qualité dans l'agro-alimentaire,* n°217, pp. 12-17.

FAVROT-LAURENS G., 1996, « Soins familiaux ou soins professionnels? La construction des catégories dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes » *in* KAUFMANN J.-C., (dir.), *Faire ou faire-faire? Famille et services,* Rennes, PUR, pp.231-252

FEDERATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE LA SANTE, 1997, « La santé observée dans les régions de France », *La population âgée,* Première édition, FNORS.

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, 2007, « Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance», consulté le 2 septembre 2011 [http://www.fng.fr/html/droit_liberte/charte_integral.htm].

FONDEUR Y., MINNI C., 1999, « Emploi des jeunes et conjoncture », *Premières informations et premières synthèses,* Vol. 1, n° 51, 10 p.

FORGEOT G. et GAUTIE J., 1997, « Insertion professionnelle des jeunes et processus de déclassement », *Économie et Statistique*, n° 304-305, p. 53-74, Insee.

FOURTANE P-H., 2002, « Le clic de Châlus », *Gérontologie et société,* vol.1, n° 100, p. 95-110.

Fraisse G., *Services ou servitude. Essai sur les femmes toutes mains* [1979], Paris, Le Bord de l'Eau, 2009.

FRINAULT T., 2003, « L'hypothèse du 5e risque », in MARTIN C., (Dir), 2003, p. 69-92 ; 2009, *La dépendance. Un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

FRINAULT T., 2005, « Des procédures automatiques aux nouveaux modes de gestion individualisée : les recompositions de l'action gérontologique départementale », *Revue Française des Affaires sociales,* vol. 3, n° 3, p. 33-54.

FRINAULT T., 2005, « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix,* vol. 4, n° 72, p. 11-31.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

FRINAULT T., 2009, *La dépendance. Un nouveau défi pour l'action publique*, PUR, Rennes.

GADREY J., 1994, « Les relations de service et l'analyse du travail des agents », *Sociologie du travail*, vol. 3, n° 36, pp. 381-389.

GADREY J., 1994, « Les relations de service dans le secteur marchand », in BRANDT J. & GADREY J., (Dir.). *Relations de service, marchés de service*. Edition du CNRS, Paris, p. 23-41.

GADREY J., 1996, *L'économie des services*. Paris: La Découverte.

GADREY N., JANY-CATRICE F. & PERNOD LE MATTRE M., 2004 « La division sexuée du travail professionnel et domestique : quelques remarques pour une perspective temporelle *», Les conditions de travail comparées des ouvriers et des employés : une question de temps.* conférence du Séminaire international sur le temps de travail, Paris, 26-28 février.

GALLOIS F., 2009, « Politiques sociales à destination des personnes âgées et emploi dans les services à la personne : une analyse en termes de complémentarité institutionnelle », in BARNAY T., LEGENDRE F., (Dir), *Emploi et politiques sociales. Trajectoires d'emploi et rémunération Tome II*, Paris, L'Harmattan.

GALLOIS F., 2010, « le mandataire dans l'aide à domicile : émergence, diffusion et appropriation par l'état », *in* : DEGRAVE F., (Dir), *Transformation et innovation économique et sociales en Europe : quelles sorties de crise ? Regards interdisciplinaires, XXXèmes journées de l'association économie sociale*, Presses Universitaires de Louvain, Septembre.

GARNIER P., 2010, *Coéduquer à l'école maternelle : une pluralité de significations Parents-professionnels : la coéducation en questions*, Edition érès.

GAYMU J., 1993, « Avoir 60 ans ou plus en France en 1990 *», Population*, *n° 6*, pp. 1871-1910.

GILAIN B., 1999, « Le rôle des associations dans l'innovation sociale : clés d'analyse pour une exploration dans le secteur de l'aide à domicile », in GAZIER B., OUTIN J.-L., AUDIER F., (Dir), *L'économie sociale. Formes d'organisation et institutions. XIXe Journées de l'A.E.S, Tome I,* Paris, L'Harmattan.

GILLIGAN C., 1982, *In a Different Voice*, Harvard University Press, Massachusetts.

GIRET J.-F., NAUZE-FICHET E. & TOMASINI M., 2006, « Le déclassement des jeunes sur le marché du travail », *Données Sociales, La Société Française*, Insee.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

GISSEROT H. & GRASS E., 2007, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*, Rapport du Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, La documentation Française,

GOJARD S., Gramain A. & Weber F., 2003, *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte « Textes à l'appui / Enquêtes de terrain », 420 pages.

Gollac M. & Volkoff S., *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte, Repères (coll.) 2000

GOMEL B., 2004, *L'emploi salarié dans le travail des associations : un dilemme entre la qualité de l'emploi et la réponse aux besoins ?,* Rapport de synthèse «Système d'emploi» réalisé dans le cadre d'une convention CEE-DIES pour le programme «L'économie sociale et solidaire en région» octobre 2003-janvier 2004

GOMEL B., 2006, *L'emploi salarié dans le travail des associations, dans, Les dynamiques de l'économie sociale et solidaire*, La Découverte.

GOUTTENOIRE-CORNUT A., 1999, « Collaboration familiale et enrichissement sans cause », *Droit de la famille*, vol.6, n°11, p.25

GUILLAT G., 2004, « L'économie sociale échappe-t-elle à l'économie ? », in BOSSERELLE E., DELAPLACE M. & RASSELET G., (Dir), *L'économie sociale en perspective*, Reims, Presses Universitaires de Reims.

GUIMIOT A & ADJERAD S, 2003, « Le titre emploi service : en mal de succès », *Premières synthèses*, vol. 1, n° 39, septembre, Dares.

GUIRAL P. & THUILLIER G. 1978, « les sources de l'histoire régionale des domestiques au XIXe siècle *», Revue Historique*, vol. 2, n° CCLIX

HADDAD P., 2003, *La régulation des services de proximité : marchés, institutions, organisations*, Thèse de doctorat en économie, Université de Paris XIII, sous la direction de TADDEI D.

HELY M., 2004, « Les différentes formes d'entreprises associatives », *Sociologies Pratiques*, n°9.

HELY M., 2008, « À travail égal, salaire inégal : ce que travailler dans le secteur associatif veut dire », *Sociétés contemporaines,* vol. 1, n° 69, p. 125-147.

HENRARD J.-C., 2002, *Les défis du vieillissement*, Paris, La Découverte.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

HENRARD J-C., 2006, « Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées », *Numéro Thématique, Bultin épidémiologique hebdomadaire La santé des personnes âgées*, n° 5-6.

HJALMARSSON M., 2009, « New Technology in Home Help Services — A Tool for Support or an Instrument of Subordination? », *Gender, Work & Organization*, vol. 3, n°16.

HOCHSCHILD A., 1983, *The managed heart : commercialization of human feeling*, Berkeley (CA), University of California Press.

HOUSSAYE J.., 1991, « Valeurs : les choix de l'école. », *Revue française de pédagogie*, vol. 97. pp. 31-51.

HUGHES E.C., 1951, "Work and self", in ROHRER J.H., MUZAFER S., (Dir.), *Social psychology at the crossroads*, Harper and Row, New- York, p. 313-323.

HUNTZINGER F., MOYSAN-LOUAZEL A., 1999, « Apports et limites des théories contractualistes appliquées à la carrière des dirigeants de coopératives », *Revue Internationale des PME*, U. Québec-Trois Rivières, vol. 4, n°12.

JAENTET T., 2006, *Économie sociale, la solidarité au défi de l'efficacité,* Les études de la documentation française, La documentation française, Paris.

JANY-CATRICE F. & LEFEBVRE M., 2009, « La création du « secteur » des services à la personne : une banalisation programmée ? », Communication pour le colloque : *IXèmes Rencontres internationales du Réseau Inter-Universitaire de l'Économie Sociale et Solidaire Entreprendre en économie sociale et solidaire : une question politique ?*, Université Jean Monnet, IUT de Roanne, France, Les 18 et 19 juin.

JANY-CATRICE F., 2010, « La construction sociale du « secteur » des services à la personne: une banalisation programmée ? », *Sociologie du Travail*, vol. 52 Octobre-Décembre, n° 4, Pages 521-537

JANY-CATRICE F., PUISSANT E., 2009 « L'aide à domicile face aux services à la personne : des tensions à la charge de l'encadrement intermédiaire » in *Emploi et protection sociale, actes des XXIXème journées de l'Association* d'*Economie Sociale*, L'Harmattan, Septembre.

JEANTET A., 2003, « A votre service! La relation de service comme rapport social », *Sociologie du travail*, n° 45, 191- 209.

JOBERT B., 1993, « Une non décision exemplaire : les pouvoirs publics faces aux problèmes des personnes âgées dépendantes », in KUTY O., LEGRAND M., (Dir.), *politiques de santé et vieillissement,* Liège, Ecole de santé publique/Université de Liège, p.41-51.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

JOURDAIN A. & MARTIN C., 1998, « La politique en faveur des personnes âgées dépendantes », in Haut comité de la santé publique, *La Santé en France 1994- 1998*, Paris, La documentation française, p. 267-280.

JOURDAIN A. & MARTIN C., 1998**,** « La prestation spécifique dépendance à la lumière des leçons de l'expérimentation », *Gérontologie et société, n° 84.*

JOURDAIN A., 2001, « L'usage sélectif des évaluations des PED et PSD par le décideur : soutien aux innovations institutionnelles, réticence à payer le prix de la dépendance », *Gérontologie et société,* vol. 4, n° 99, p. 255-270.

JOURDAIN A., MARTIN C., MOHAER F. & SCHWEYER F.X., 1996**,** *La prestation expérimentale dépendance en Ille et Vilaine,* Editions de l'ENSP*.*

JULIENNE K., 2004, « Aide et action sociales des collectivités locales : évolution des bénéficiaires et des dépenses depuis vingt ans », *Revue Française des Affaires sociales,* vol. 4, n° 4, p. 35-60.

JULLIARD É. & LEROY A., à paraitre, Apprendre un métier du bas de l'échelle : Les formations initiales et continues au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, in Weber Florence*,* (Dir), *Les métiers de la dépendance à domicile.*

JUSOT F., 2003, *Revenu et Mortalité : Analyse Economique des Inégalités Sociales de Santé en France* Thèse de sciences économiques, l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, le 12 décembre.

KERGUERIS J., 2010, *Services à la personne : bilan et prospective*, Rapport d'information n°589 (2009-2010) fait au nom de la Délégation à la prospective, déposé le 30 juin 2010

KERJOSSE R., 2001,« La prestation spécifique dépendance au 30 juin 2001 »,*Études et résultats*, vol. Novembre, n°143.

KERJOSSE R., 2002, « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2002 », *Études et résultats*, vol. décembre, n°205.

KERJOSSE R., 2002, « L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2002 », *Etudes et Résultats*, vol. septembre, n° 191.

KERJOSSE R., 2003, « Personnes âgées dépendantes : dénombrement, projection et prise en charge », *Retraite et société,* vol.2, n° 39, p. 11-35.

LABRUYERE C., 1996, « Professionnaliser les emplois familiaux, Un objectif affirmé, mais un processus encore à construire », *Bref, Céreq*, vol. novembre, n°125,

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

LABRUYERE C., 2006, « La VAE, quels candidats pour quels diplômes », *Bref Céreq,* n° 230.

LAFORE R. & NOGUES H., 1994, *Inégalités et exclusion: les pouvoirs locaux à l'épreuve du social, Rapport de synthèse*, Institut de la Décentralisation, Boulogne.

LALLEMENT M., 1996, « Emploi familial et démocratie : de quelques difficultés à faire bon ménage », *Les Cahiers du Mage*, n°4, pp. 89-107.

LANGLET M. & LEFEBVRE C., 2009, « Familles, Le Droit Au Repit », *Lien Social*, vol. décembre, n°952, pp.10-16.

LAUGIER S. & PAPERMAN P., 2006, *Le souci des autres, Éthique et politique du Care,* Raisons pratiques, Edition de l'école des hautes études en sciences sociales, Paris

LAVILLE J.L & SAINSAULIEU R., 1997, *La sociologie de l'association*, Desclée de Brouwer.

LAVILLE J.L., 1993, *Les services de proximité en Europe*, (Ten) Syros.

LAVILLE J.L., 1996. *La construction sociale d'un champ d'activités économiques*, Crida, Paris.

LAVILLE J-L., 2000, *Services de proximité. La construction sociale d'un champ d'activités économiques*, CRIDA-LSCI, Paris.

LE BIHAN-YOUINOU B., 2010, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France », *Informations sociales, vol.* 1, n° 157, p. 124-133.

LEFEBVRE M., 2009, « Politiques sociales et politiques d'emploi dans le champ des services à la personne : tensions et impacts sur la qualité de l'emploi », *in* BARNAY T. & LEGENDRE F., (Dir.), *Emploi et politiques sociales. Trajectoires d'emploi et rémunérations*, Tome 2, L'Harmattan, Paris.

LHUILLIER D., 1999, « Le sale boulot », *Travailler,* n°14, p. 73-98.

LOONES A., 2005, « Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile », *Cahier De Recherche Credoc*, vol. décembre, n° 221.

LOONES A., DAVID-ALBEROLA E. & EUGENE S., 2005, « Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile », *cahier de recherche, CREDOC*, vol. Décembre, n°221.

LUNDSGAARD J., 2002, « Ouverture a la concurrence et efficacité des services a financement public », *Revue économique de l'OCDE*, vol. 2, n°35, p. 83-143.

MANTOVANI J., 2003, « Politiques « globales » de la vieillesse et décentralisation ? », *Empan,* vol. 4, no52, p. 33-40.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

MARBOT C., 2008, « Travailler pour des particuliers : souvent une activité d'appoint », *Les salaires en France*, INSEE, édition.

MARQUIER R., 2008, « Préparer le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale par la validation des acquis de l'expérience », *Etudes et Résultats*, n° 658, septembre.

MARQUIER R., 2010, « Les intervenantes au domicile des personnes, fragilisées en 2008 », *Etudes et Résultats*, vol. juin, n° 728.

MARTIN C. (dir.), 2003, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Rennes, Presses universitaires de Rennes/Éditions de l'ENSP.

MARTIN C., 2001, « Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes », *Travail, genre et sociétés,* n° 6, p. 83-103 ;

MARTIN-FUGIER A., PERROT M. & REBERIOUX M., 1978, « sur le travail des femmes », *Le mouvement social*, n°105.

MARTIN-FUGIER A.-M., 1979, *La place des bonnes. La domesticité féminine à Paris en 1900*, Paris, Grasset.

MARUANI M., 2011, *Travail et emploi des femmes*, Repère, Edition la découverte, n°287,

MEDA D., 1999, *Qu'est-ce que la richesse?*, Aubier, Paris.

MESSAOUDI D., 2009, *Le fonctionnement du marché de l'aide à domicile en situation d'incertitude sur la qualité. Approche théorique et empirique. Le cas des services de l'aide aux personnes âgées*, Thèse de Sciences Économiques, Université Lille 1, le 03 avril, 489 p.

METTE C., 2004, *«* Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide », Etudes Et Résultats, vol. Février, n° 293, DREES.

MÖBUS M., BESUCCO N., LOCHET J-F., MONCEL N., 2004, « Devenir ouvrier non qualifié dans une grande entreprise, choix des jeunes et contexte locaux », *Bref Céreq*, vol. Janvier, n°204, 4 p.

MONJARET A., 2005, « Delphine DUPRE-LEVEQUE, Une ethnologue en maison de retraite. Le guide de la qualité de vie,Éd. des archives contemporaines, coll. « Une pensée d'avance », 2001, 121 pages. », note de lecture, *Ethnologie française*, vol. 1 n°XXXV.

MONTCHATRE S., « Des carrières aux parcours », *Sociologie du travail*, n°4, décembre 2007, p. 514-530.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

MOREAU S., 2003, « Du CAFAD au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale », *Gérontologie et Société*, nº104, pp. 149-160.

Mulet P., à paraître, « L'évaluation de la dépendance à domicile: une enquête ethnographique » in Weber Florence, (Dir), *Les métiers de la dépendance à domicile.*

MUZARD-SALCI C., 2004 « La pensée de l'exclusion ou l'impossible altérité », *Figures de la psychanalyse,* vol. 2, nº10, p. 115-152.

NASSAUT S., NYSSENS, M. & VERMER M-C., 2008, « Les effets d'une coexistence de différents modes de régulation, suite à la création d'un quasi-marché dans le secteur de l'aide à domicile belge. Le cas des services d'aide aux familles et aux personnes âgées », *Economies et Sociétés*, Série «Economie et gestion des services», EGS, vol. 2, n°9, p. 265-292

NAULT F., ROBERGE R. & BERTHELOT J-M., 1996, « Espérance de vie et espérance de vie en santé selon le sexe, l'état matrimonial et le statut socio-économique au Canada », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 25, n° 2, p. 241-259.

OMS, 1998, « Le vieillissement de la population : un problème majeur pour la sante publique **»,** *Aide-Mémoire,* vol. Septembre, n°135

PEDERSEN S., *Family, Dependance, and the Origins of the Welfare State : Britain and France, 1914-1945*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, 478 p.,

PELISSE J., 2011, « La mise en œuvre des 35 heures : d'une managérialisation du droit à une internalisation de la fonction de justice », *Droit et société,* vol. 1, n° 77, p. 39-65.

PENNEC S., 2002, « La politique envers les personnes âgées dites dépendantes : Providence des femmes et assignation à domicile », *Lien Social et Politique / RIAC*, Le genre des politiques publiques : des constats et des actions, vol. Printemps, n° 47.

Petit Robert (le), Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, 2001, rédaction dirigée par Alain REY & Josette REY-DEBOVE, Dictionnaires Le Robert, Paris, 1993.

PETITE S., WEBER A., 2006, « Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », *Études et Résultats*, vol. janvier, n° 459, Drees.

PETRELLA F. & RICHEZ-BATTESTI N., 2009, « Diversité des formes de gouvernance territoriale des politiques sociales et place des organisations d'ESS : regards croisés sur les systèmes de «care» en Europe », *Pôle Sud*, vol.2, n°31, pp. 25-40.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

PETRELLA F. & RICHEZ-BATTESTI N., 2010, « Régulation de la qualité dans les services à la personne en France : l'Economie sociale et solidaire entre innovation et isomorphisme ? », *Management & Avenir*, vol. 5, n° 35, p. 273-292.

PETRELLA F., 2010, « Lien social et solidarité », *journées, Quels enjeux dans le cas des services de proximité en France ?*, Grenoble, 22 novembre.

PFAU-EFFINGER B. & GEISSLER B. (Dir.), 2005, *Care and social integration in European societies*, Policy Press, Bristol.

PLANSON N., 2000, « La définition normative des résidents en maison de retraite et le travail de leurs personnels. », *Sociétés contemporaines,* n°40, pp. 77-97.

POLE EMPLOI, 2011, « les métiers en tension », document internet consulté le 25 juillet 2011 :

http://www.etoile.regioncentre.fr/webdav/site/etoile/shared/Upload/DocumentV3/Metiers_en_tension_2009.pdf.

PUECH I, 2004, « Le temps du remue-ménage. Conditions d'emploi et de travail de femmes de chambre », *Sociologie du travail*, vol. 46, n° 2, p. 150-167.

RAYMOND M., ROUSSILLE B. & STROHL H., 2009, *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour personnes âgées*, Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, juillet

RECOTILLET I. & WERQUIN P., 2008, « Parcours de VAE, un visa pour l'emploi ? », in CART B., GIRET J-F., GRELET Y. & WERQUIN P., (Dir.), *Derrière les diplômes et certifications, les parcours de formation et leurs effets sur les parcours d'emploi*, XVes journées d'étude sur les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail, Échanges du Céreq, RELIEF 24, Mai.

REGUER D. & CHARPENTIER M., 2007/2008, « Regard critique sur les politiques de maintien a domicile des personnes âgées en France et au Québec, *Canadian Review of Social Policy/Revue canadienne de politique sociale*, n° 60161.

RIBAULT T., 2008, « Aide à domicile : de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 2, n° 2, p. 99-117.

RIVARD T., 2006, « Les services d'*aide à domicile* dans le contexte de l'Allocation personnalisée d'autonomie », *Études et Résultats*, vol. janvier, n° 460, Drees.

SALEMBIER L., 2010, « D'ici 2020, au moins 37 000 emplois supplémentaires à créer pour répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes », *Insee Ile-de-France 2009 Regards sur... la dépendance des personnes âgées en Ile-de-France,* INSEE

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

SAVRY M., 2004, « « D'une approche spécifique du handicap et de la dépendance » A une approche globale de la prise en charge de la perte d'autonomie : vers des réponses souples, transversales et de proximité », *Gérontologie et société*, vol. 3, n° 110, p. 263-271.

SAYN I., JULLIOT-BERNARD S. & DE JONG N., 2007, *Les recours des tiers payeurs contre les débiteurs alimentaires des personnes âgées. Analyse des décisions des juges aux affaires familiales et de leur rôle dans la détermination de la contribution des débiteurs alimentaires*, Rapport de l'Université de Saint-Etienne pour le Ministère de la Justice, Saint-Etienne.

SERVERIN E., 2007, « La transmission patrimoniale au risque de la subsidiarité » *in* REBOURG M. & LE BORGNE F., (Dir), *Le recours aux solidarités familiales: régulations publiques et pratiques sociales*, Paris, LGDJ.

SEXTANT, 2004, *« Domesticité », Revue du Groupe interdisciplinaire d'Étude sur les Femmes, n° 15-16, 2001 Notes de lecture*, in *Travailler,* vol. 1, n° 11, p. 179-187.

SIPOS I., 2009, « Comment le directeur arrive à concilier libre choix des résidents et contraintes institutionnelles *», Gérontologie et société*, vol. 4, n° 131.

SOULLIER N., 2011, « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Etudes Et Résultats*, vol. Août, n° 771, DREES.

STREICHER F., 2008, « Les services aux personnes à domicile dans le bassin de Longwy », Communication pour le colloque : *Economie sociale et solidaire : nouvelles pratiques et dynamiques territoriales*, Nantes, septembre.

THUILLIER G., 1997, *Aux origines des maisons de retraite : Sainte-Périne de Chaillot (1800-1836),* La documentation Française, 520p.

TRABUT L. & WEBER F., 2009, "How Make Care-Work Visible? The Case of Dependence Policies in France"*, in* BANDELJ N., (Dir.), *Economic Sociology of Work, Research in the Sociology of Work,* vol. 19, pp. 343-368.

TRAUTMANN J., 2009, *Vers quelle qualité d'emploi dans les associations ? Une enquête en Alsace et Lorraine*, Étude pour la délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'Économie sociale, Strasbourg, BETA Céreq Pôle européen d'Économie et de Gestion.

TREMBLAY D-G., 2008, « Les nouveaux habits de l'instabilité et de l'insécurité sur le marché du travail », *in* TREMBLAY D-G., (Dir.), *Flexibilité, sécurité d'emploi et flexicurité. Les enjeux et défis,* PUQ, 358 p.

TRONTO J. C., 1993, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

TRONTO J. C., 2009, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, traduction HervéMaury, La Découverte, 240 p.,

UGHETTO P, BESUCCO N., TALLARD M., DU TERTRE C., 2002, « La relation de service : une tension vers un nouveau modèle de travail ? », *Revue de l'IRES,* vol. 2, n° 39.

ULRICH V & ZILBERMAN S, 2007, « De plus en plus d'emplois à temps partiel au cours des vingt-cinq dernières années » *Premières synthèses*, vol. septembre, n° 39.3, Dares.

UNA, 2011, « Les modes d'intervention : Prestataire, mandataire, gré à gré : de quoi parle-t-on ? Avantages et inconvénients Responsabilités », fiche technique disponible sur internet, consulté le 25 juillet 2011 : http://www.una.fr/adherents/downloadfichier?id=7926.

VASSELIN K, 2002, « Faire le ménage, de la condition domestique à la revendication d'une professionnalité » *in* Piotet F., (Dir), *La révolution des métiers*, Paris, PUF, Le Lien Social (coll.),

VERCHERE D., 2003, *La lise en place de la validation des acquis de l'expérience pour le DEAVS : enjeux et limites (Exemple de la DRASS de Bougogne)*, mémoire de l'école Nationale de santé publique pour l'obtention du grade d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

VEROLLET Y., 2007, *Le développement des services à la personne*, Avis et rapports du Conseil économique et social, Paris, La Documentation française.

VIAL A. & PERRIER H., 2001, « Les services d'aide à domicile en auvergne », *Photostat*, DRASS-Auvergne, vol. Janvier, n°1249-4097.

VIDAL D., 2007, « Sortir de la dépendance : les syndicats d'employées domestiques au Brésil », *La Vie des idées*, 21 décembre.

VILLE S., à paraitre, « La qualification des auxiliaires de vie sociale, entre histoire institutionnelle et histoire personnelle », in Weber Florence, (Dir), *Les métiers de la dépendance à domicile.*

VIÑAS J. M., 1998, « Réseaux de santé et gestion du risque », *ADSP actualité et dossier en santé publique*, vol. septembre, n° 24

WEBER A., 2006, « Regards sur l'APA trois ans après sa création », *in Santé et protection sociale, Données sociales* - La société française édition 2006

WEBER F., 2006, « Viviana ZELIZER, « l'argent social » » Entretien avec Florence WEBER, *Genèses*, vol. 4, n° 65, p. 126-137.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

ZELIZER V., 2005, « Intimité et économie », *Terrain*, n°45, p. 13-28.

ZELIZER V., 2008, « L'Économie du care », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 2, n° 2, p. 13-25.

ZIELINSKI A., Le libre choix. *De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités,* Gérontologie et Société - n° 131 - décembre *2009* page 11.

ZIMMERMANN B., 2011, *Ce que travailler veut dire. Une sociologie des capacités et des parcours professionnels,* Col. Etudes Sociologiques, Economica, 233 p.

Sources quantitatives principales

Enquête Intervenants A domicile (IAD), DREES

Enquête MEDIPS, Département de Sciences Sociales, ENS

Enquête réalisé par courrier au sein de trois structures d'aide à domicile du territoire 1V.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Table des matières

Remerciements 3

Résumé en Français 5

Short abstract in English 7

Unité de recherche 9

Sommaire 11

Introduction 15

Contextualisation 15

Données aux prises avec des enjeux politiques 17

Problématique et délimitation du sujet 22

Modes d'emploi intermédiés & mode d'emploi direct 22

Les modèles professionnels de l'aide 24

Développement 27

Les spécificités des terrains d'enquête 27

Le plan 28

Chapitre 1 : Une politique de la dépendance ? 35

1. Aide à domicile : le métier de la dépendance 35

1.1 L'aide à domicile : enjeux qualitatifs et quantitatifs 37

1.2 La non définition d'un métier : les conventions collectives 40

1.3 Politique de formation : Amélioration de la formation 44

1.3.1 Du CAFAD au DEAVS 45

2. Développer des services à la personne ou aux personnes fragiles ? 49

2.1 Politique de l'emploi : une réponse au chômage 50

2.2 Stimuler l'arrivée de nouveaux acteurs pour résorber le chômage 52

3. Une politique de la dépendance : De l'ACTP à la PSD, en passant par la PED solvabilisation d'une demande 53

3.1 La construction progressive d'un dispositif 55

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

3.2 Mise en place de l'APA 60

4. Politique de régulation : promouvoir des structures afin de garantir un meilleur service et de meilleurs emplois 63

4.1 Les modes d'accès au marché : facilitation d'accès et allègement des contraintes 64

4.1.1 L'autorisation 65

4.1.2 Les procédures d'agrément 66

4.2 Les départements, chef de file de l'action sociale et des dépenses 67

Partie 1 : l'organisation industrielle 71

Chapitre 2 : Profil et emploi du salarié dans le mode intermédié 73

1. Mandataire et prestataire : quelles différences ? 73

1.1 Une même gestion pour l'association 74

1.2 Priorité au travail, peu importe le mode 79

1.2.1 L'expérience familiale 80

1.2.2 Le diplôme 84

1.2.3 Le bénévolat et l'expérience pour accéder à l'association 89

2. Evolution des profils, évolution du recrutement 93

2.1 De l'emploi refuge à l'emploi spécialisé. Une évolution de la sélection 93

2.1.1 Toujours un emploi refuge 93

2.1.2 Bassin d'emploi et chômage important 95

2.1.3 Politique d'attractivité vers les emplois de l'aide à domicile 96

2.2 Spécialisation des salariés 97

2.2.1 Des salariés de plus en plus expérimentés 98

2.2.2 Salariés hors secteur, le diplôme en plus de l'expérience. 100

2.3 Que signifie être diplômé du DEAVS ? 103

2.3.1 En interne, le salarié méritant 103

2.3.2 En externe : les experts 105

2.4 Evolution globale 105

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2.5 Des salariés de plus en plus performants : expérience et diplôme _____ 106

2.5.1 Expérience ou diplôme, seulement de la présélection _____ 106

2.5.2 Définition par la maison de l'emploi _____ 109

3. La construction de l'activité _____ 111

3.1 Précarisation : une lecture de l'évolution contractuelle _____ 111

3.1.1 Premier contrat _____ 111

3.1.2 Entrée dans l'emploi et évolution du type de contrat _____ 113

3.1.3 Un premier contrat qui est souvent le dernier… _____ 115

3.1.4 Un long parcours _____ 116

3.1.5 Le danger des absences _____ 119

4. Maintien des caractéristiques du modèle « domestique » ? _____ 121

Chapitre 3 : Organisation du travail et persistance de la norme hétérogène _____ 125

1. Un métier, un besoin _____ 126

1.1 Les besoins des personnes âgées _____ 126

1.1.1 Une approche statistique _____ 127

1.1.2 L'éthographie pour comprendre le besoin d'aide _____ 129

1.2 Un métier _____ 131

1.2.1 La non définition d'un métier : les conventions collectives _____ 132

1.2.2 Politique d'attractivité : Un diplôme ciblé sur des populations _____ 134

2. Contrôle de l'argent public _____ 137

2.1 L'APA, outil de définition ? _____ 138

2.2 Rationalisation des dépenses _____ 141

3. Entre tâche de prestige et corvée : le casse-tête du temps de travail _____ 143

3.1 Hiérarchie des tâches _____ 143

3.2 L'activité en miettes _____ 145

3.2.1 Un diplôme qui segmente _____ 145

3.2.2 Le Libre choix et les besoins physiologiques épars _____ 145

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

3.3 La solution du cumul de statuts 150

Chapitre 4 : industrialisation du domestique 155

1. Les salariés comme variable d'ajustement 155

1.1 Gérer au jour le jour les emplois du temps 155

1.2 L'avenant ou comment reporter les variations d'activité sur l'année 157

1.3 Les jours de congé pour lisser l'activité 159

2. Évolution des relations de travail : la double subordination 161

2.1 Pointer et surveiller…le modèle industriel 161

2.2 Négocier et conserver son emploi 162

3. Entre théorie et pratiques dans l'aide à domicile intermédiée 164

3.1 Economie sociale ? 164

3.2 Montée en charge et mise en concurrence 165

3.3 Evolution du public type des salariés 166

De l'économie sociale au modèle industriel 169

Partie 2 : L'aide à domicile dans la co-production du maintien à domicile 171

Chapitre 5 : L'aide à domicile un chaînon du maintien 173

1. Deux départements, deux situations 173

1.1 1V : un territoire préoccupé par l'emploi 174

1.2 2N : Un territoire préoccupé par ses électeurs 176

1.3 Politiques extra-légales : révélateur des inégalités territoriales 178

2. Quelle coordination ? 185

2.1 Théorie et histoire 186

2.2 Le CLIC de 2N, un investissement 187

2.3 L'organisation du travail d'accompagnement 193

3. La place de l'aide à domicile 194

3.1 L'aide à domicile comme segment à coordonner ? 194

3.2 Aide à domicile : association prestataire ou emploi direct, un seul et même segment ? 197

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

3.3 Coordonner l'emploi direct depuis le CLIC ? 202

4. Conclusion 204

Chapitre 6 : Les différentes configurations et les rôles de contrepoids de l'aide à domicile 207

1. L'aide à domicile et la famille : la coordination du maintien à domicile 209

1.1 Le cas des parents piégés et le recours massif à l'aide extérieure ou la cohabitation 210

1.1.1 MEDIPS et SHARE : coproduction et configuration familiale 210

1.1.2 Quand l'accès à l'aide n'est plus un problème, c'est la coordination qui devient problématique. 212

2. L'aide à domicile : contrepoids des autres acteurs du maintien 219

2.1 Aléas du maintien à domicile et adaptation du salarié 219

2.1.1 De l'aide à domicile à l'infirmière 222

2.2 Autonomie décisionnelle : emploi direct versus APA et modes intermédiés 224

2.3 Absence de famille : quand l'emploi direct devient coordinateur 229

3. Définition de l'aide : construction dans la durée 232

3.1 L'aide à domicile : sa place dans le temps 233

3.2 Travail d'appoint et investissement 236

3.3 Ambiguïté relationnelle et investissement 238

3.4 L'expertise de la prise en charge 240

4. Conclusion 245

Chapitre 7 : Les modèles hybrides de prise en charge : l'emploi direct et le médico-social 247

1. Accroissement de l'aide : l'emploi direct, un besoin précis 248

1.1 L'emploi direct en préventif 250

1.2 Des besoins matériels plus ciblés. 251

1.3 Situations familiales 254

1.4 Quel intervenant supplémentaire ? 257

2. L'emploi direct et le médico-social 258

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

2.1 Un travail de maintien à domicile médico-sociale est-il uniquement pris en charge par des aides à domicile ? 259

2.2 EHPAD comme environnement médico-social 260

2.2.1 Retour sur l'historique des maisons de retraite 260

2.2.2 Tarifs et financements 262

2.3 Le médico-social à domicile 266

2.3.1 Qu'est-ce qu'un SSIAD ? 266

2.4 Modèle sanitaire versus modèle social : antagonistes ? 268

3. Auxiliaire de soins & Aide de vie : les raisons d'une substitution 272

3.1 Similitude des pratiques et compétences 272

3.2 Complémentarité du SSIAD et de l'aide-ménagère : des séquences d'interventions 275

4. Conclusion 277

***Conclusion* 279**

Les avantages et inconvénients 280

L'influence des politiques publiques : financement, formation 282

Organisation de l'offre versus organisation de la demande 283

L'Aide à domicile dans le modèle domestique recomposé 285

Le modèle domestique recomposé : CLIC et aide à domicile en emploi direct 285

Aide à domicile : la véritable clé de voute du maintien à domicile 286

Pistes d'amélioration 287

Des pistes de recherche future 288

***Bibliographie Générale* 291**

Littérature 291

Sources quantitatives principales 309

***Table des matières* 311**

***Table des illustrations* 319**

Tableaux 319

Figures 320

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Encadrés _____ **321**

Annexe _____ **321**

Notes aux lecteurs _____ ***323***

Glossaire _____ ***325***

Annexes _____ ***329***

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Table des illustrations

Tableaux

TABLEAU 1 : EVOLUTION DE LA TARIFICATION HORAIRE SELON LE STATUT D'EMPLOI DEFINIT PAR LES CONSEILS GENERAUX. 73
TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES DES MODES MANDATAIRE ET PRESTATAIRE 74
TABLEAU 3 : REPARTITION DES ALLOCATAIRES DE L'APA SELON LE MODE D'EMPLOI ET LE NIVEAU DE DEPENDANCE. 76
TABLEAU 4 : LE COUT DE 40 HEURES D'AIDE SELON LE MODE D'INTERVENTION (2003) 77
TABLEAU 5 : CARACTERISTIQUES DES HEURES VENDUES ET DES CLIENTS DE L'ASSOCIATION ENQUETEE. 78
TABLEAU 6 : NOMBRE MOYEN D'HEURE D'AIDE A DOMICILE FOURNIES PAR L'ENTOURAGE ET LES PROFESSIONNELS 82
TABLEAU 7 : PLACE DE LA FORMATION D'AIDE A DOMICILE DANS LA CARRIERE DES SALARIES TRAVAILLANT EN MODE PRESTATAIRE DANS L'ENQUETE IAD 86
TABLEAU 8 : EVOLUTION DU DERNIER DIPLOME DE LA FORMATION INITIALE 102
TABLEAU 9 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DIPLOMES DE CATEGORIE B ET C SUR L'ENSEMBLE DES SALARIES RECRUTES. 103
TABLEAU 10 : EVOLUTION DE LA SITUATION DES SALARIES AU REGARD DE L'EMPLOI ET DU COUPLE 105
TABLEAU 11 : POURCENTAGE DE SALARIES CELIBATAIRES DANS L'ENQUETE SUR LES DEUX STRUCTURES COMPLEMENTAIRES 106
TABLEAU 12 : FLEXIBILITE DANS LES PUBLICS ET PERMIS DE CONDUIRE 108
TABLEAU 13 : EVOLUTION DU PREMIER CONTRAT 113
TABLEAU 14 : ENCHAINEMENT DES CONTRATS D'UNE SALARIEE. 120
TABLEAU 15 : REGRESSIONS LINEAIRES ET LIENS ENTRE TACHES 128
TABLEAU 16 : SITUATION DES PLANS D'AIDE PRESTATAIRES CALCULES SUR LA SITUATION DE FEVRIER 2009 131
TABLEAU 17 : VARIABLES AGGIR VERSUS VARIABLES DES PLANS D'AIDE. 140
TABLEAU 18 : MODALITE D'ACCROISSEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL 151
TABLEAU 19 : TEMPS DE TRAVAIL MOYEN SELON LE NOMBRE DE « MODE » D'EMPLOI (PRESTATAIRE, MANDATAIRE, DIRECT) 151
TABLEAU 20 : POPULATIONS COMPAREES DES DEUX TERRAINS D'ENQUETE 174
TABLEAU 21 : CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE COUVERT PAR LE CLIC (COMMUNE). 177
TABLEAU 22 : ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SELON LES MODES DE COHABITATION DANS LES ENQUETES SHARE ET MEDIPS. 211
TABLEAU 23 : REGRESSION LOGISTIQUE SUR LE RECOURS AU PLACEMENT EN INSTITUTION, A L'AIDE EN NATURE ET L'AIDE FINANCIERE, AVEC COMME VARIABLE EXPLICATIVE LE SEXE ET LES DEUX SITUATIONS DE PARENT PIEGE 212
TABLEAU 24 : STOCK DE BENEFICIAIRES APA A DOMICILE SUR LA COMMUNE DE 2N PAR TRANCHE DE RESSOURCES AU 31/12/2007 226

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

TABLEAU 25 : STOCK DE BENEFICIAIRES APA A DOMICILE SUR LA COMMUNE DE 2N ET FRANCE ENTIERE AYANT UN GIR 1, 2, 3, 4 AU 31/12/2007 ____ 226
TABLEAU 26 : BENEFICIAIRES APA A DOMICILE SUR LA COMMUNE DE 2N AU 31/12/2007 ____ 227
TABLEAU 27 : CONFRONTATION DU BESOIN D'AIDE POUR L'ENTRETIEN DU LOGEMENT & PRESENCE D'UNE « FEMME DE MENAGE ». ____ 234
TABLEAU 28 : CONFRONTATION DU BESOIN D'AIDE POUR L'ENTRETIEN DU LOGEMENT & PRESENCE D'UNE « AIDE A DOMICILE ». ____ 235
TABLEAU 29 : SOURCES ET MONTANTS DU REVENU MENSUEL DE FILOMENA ____ 244
TABLEAU 30 : SITUATION DES DOSSIERS AU REGARD DE LA PRESENCE OU NON D'EMPLOI DIRECT. ____ 249
TABLEAU 31 : IMPACT DU TYPE DE DEMANDE D'ORIGINE SUR LE TEMPS DE PRISE EN CHARGE PAR LE CLIC. ____ 249
TABLEAU 32 : REGRESSION LOGISTIQUE SUR LE RECOURS A L'EMPLOI DIRECT SELON L'AGE D'ENTREE DANS LA BASE CLIC. ____ 250
TABLEAU 33 : TYPE DE DEMANDE INITIALE AU REGARD DE LA PRESENCE OU NON D'EMPLOI DIRECT. ____ 252
TABLEAU 34 : PRINCIPAUX TYPES DE DEMANDE SELON LA PRESENCE OU NON D'EMPLOI DIRECT. ____ 253
TABLEAU 35 : TYPE DE PERSONNE A L'ORIGINE DE LA DEMANDE AU CLIC SELON LA PRESENCE OU NON D'EMPLOI DIRECT. ____ 254
TABLEAU 36 : PERSONNE « REFERENT » SELON LA PRESENCE OU NON D'EMPLOI DIRECT. ____ 255
TABLEAU 37 : LIEU DE RESIDENCE DE LA PERSONNE « REFERENT » SELON LA PRESENCE OU NON D'EMPLOI DIRECT ____ 256
TABLEAU 38 : INTERVENANTS PRESENTS AU COURS DU SUIVI DES CAS EN EMPLOI DIRECT SELON LA PRESENCE OU NON DE FEMME DE MENAGE. ____ 257
TABLEAU 39 : REGRESSION LINEAIRE EXPLIQUANT LE RECOURS A L'APA OU AU SSIAD SELON LE RECOURS A D'AUTRES FORMES D'AIDE ____ 269
TABLEAU 40 : STATUT DES INTERVENANTS SELON LES SEQUENCES D'INTERVENTION ____ 276
TABLEAU 41 : REPARTITION DES STATUTS D'EMPLOI SELON LE NIVEAU DE DEPENDANCE ____ 354
TABLEAU 42 : REPARTITION DES HEURES D'AIDE A DOMICILE POUR LES PLUS DE 70 ANS SELON LE MODE D'EMPLOI ____ 354

Figures

FIGURE 1 : EXTRAIT DE CV ____ 99
FIGURE 2 : ACCES STANDARD AU CDI EN STATUT PRESTATAIRE. ____ 116
FIGURE 3 : ENCHAINEMENT DES CONTRATS D'UN SALARIE DE STATUT MANDATAIRE A PRESTATAIRE ____ 118
FIGURE 4 : ORGANISATION ET TARIFICATION DE L'AIDE A DOMICILE DANS DEUX DEPARTEMENTS ____ 141
FIGURE 5 : MODELISATION D'UNE JOURNEE DE L'ACTIVITE DES SALARIES DE L'ASSOCIATION SUR 14 JOURS ____ 148
FIGURE 6 : NOMBRE DE PASSAGE OBSERVE PAR CAS SELON LE NIVEAU DE DEPENDANCE ____ 149
FIGURE 7 : VARIATION DES HEURES COMPLEMENTAIRES PAR RAPPORT A L'INTRODUCTION D'AVENANTS POUR UNE SALARIEE. ____ 159

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

FIGURE 8 : EVOLUTION DU NOMBRE D'ENTREPRISES PRIVEES AGREEES ACTIVES EN FIN DE MOIS DANS LA REGION CONCERNEE PAR L'ENQUETE. 166
FIGURE 9 : ORIGINE DES DEMANDES 2009 190
FIGURE 10 : ORIGINE DES DEMANDES PROFESSIONNELLES 191
FIGURE 11 : DETAIL DE L'ENTOURAGE A L'ORIGINE DES DEMANDES 2009 192
FIGURE 12 : CATEGORIE DES INFORMATIONS ET AIDES RETENUES PAR LE SERVICE 193
FIGURE 13 : CATEGORIE DE PROFESSIONNELS PRESENTS AUX REUNIONS DE COORDINATION 2009 195
FIGURE 14 : PANORAMA GENERAL DES PARTICIPANTS AUX CONTACTS 196
FIGURE 15 : PANORAMA DETAILLE DES PROFESSIONNELS PARTICIPANT AUX ENTRETIENS 197
FIGURE 16 : FREQUENCE DE REALISATION DES TACHES SELON LE STATUT DE L'EMPLOYE 274
FIGURE 17 : LES ACTEURS DE L'AIDE A DOMICILE 353

Encadrés

ENCADRE 1 : LES MODES D'EMPLOI DE L'AIDE A DOMICILE 19
ENCADRE 2 : PRESENTATION DE LA MONOGRAPHIE ASSOCIATIVE 32
ENCADRE 3 : PRESENTATION DE LA MONOGRAPHIE DU CLIC 33
ENCADRE 4 : STAGES DE TERRAIN ETHNOGRAPHIQUE 34
ENCADRE 5 : DEFINITION DU CHAMP DES SERVICES A LA PERSONNE 38
ENCADRE 6 : QU'EST CE QUE L'ACTP ? 55
ENCADRE 7 : LES BENEFICIAIRES DE L'APA 61
ENCADRE 8 : ETAT DES LIEUX ENTRE AUTORISATION ET AGREMENT 63
ENCADRE 9 : ENQUETE INTERVENANTS A DOMICILE (IAD) 87
ENCADRE 10 : PLUS OU MOINS DE DONNEES SUR LE SALARIE SELON SON MODE DE RECRUTEMENT 90
ENCADRE 11 : DONNEES SOCIALES ET EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DES SALARIES 92
ENCADRE 12 : PRESENTATION DE L'ECHANTILLON ASSOCIATIF 94
ENCADRE 13 : UN BASSIN D'EMPLOI PAUVRE, UN SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE EN PLEINE CROISSANCE 95
ENCADRE 14 : EXCEPTION DES SALARIES TRAVAILLANT POUR LEUR PARENT 97
ENCADRE 15 : APPRENDRE UN METIER DU « BAS DE L'ECHELLE » (JULLIARD & LEROY, A PARAITRE) 100
ENCADRE 16 : ENCADRE METHODOLOGIQUE MEDIPS 127
ENCADRE 17 : PRESENTATION DES INDIVIDUS DE LA BASE CLIC 189
ENCADRE 18 : UNE POPULATION PLUS DEPENDANTE EN MAISON DE RETRAITE 264

Annexe

ANNEXE 1 : LES « SERVICES A LA PERSONNE » UNE DEFINITION FISCALE 329
ANNEXE 2 : LES MODALITES DE L'APA 337
ANNEXE 3 : LES CONVENTIONS COLLECTIVES ET MODES D'EMPLOI 351

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Notes aux lecteurs

- care -

Parce que cette notion ne connait pas de traduction exacte en Français, nous avons choisi de l'utiliser le moins possible. Vous noterez son utilisation dans l'introduction, puis le terme ne sera pas réutilisé au cours de la démonstration et ce pour différentes raisons. D'une, cette thèse est rédigée en Français et le terme « care » bien que pratique est un anglicisme auquel l'auteur est particulièrement attentif[178]. Par ailleurs, il nous semble que ce terme, pratique à certains égards en raison de sa définition plus englobante, peut par un usage trop intensif dans certains cas, se transformer en mot valise. Nous avons ainsi souhaité définir ce que nous considérions comme « care » par d'autres termes tout au long de la démonstration.

- Féminin ou masculin -

Comme de nombreuses recherches le prouvent, une grande majorité des soins et de la prise en charge associée au maintien de la vie d'enfants ou de personnes âgées est effectuée par des femmes. De nombreux auteurs ont choisi de ce fait d'avoir recours au féminin pour décrire les groupes dans leurs travaux. Nous avons choisi quant à nous d'utiliser le masculin chaque fois que l'échantillon comprenait au moins un homme. Le féminin est utilisé à chaque fois que l'échantillon est entièrement féminin. Nos travaux ont bien sûr constaté que les femmes étaient dominantes dans l'aide à domicile, toutefois, nous avons aussi noté la présence d'hommes. Soutenant le fait qu'une meilleure répartition des tâches en termes de genre est indispensable au meilleur fonctionnement de notre société, nous avons choisi de ne pas féminiser les termes afin de ne pas insister sur la féminisation du secteur, recherchant davantage un argument pour un investissement plus important des hommes.

[178] L'auteur est de double nationalité française et canadienne, de la province francophone : le Québec.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Glossaire

ACTP Allocation Compensatrice Tierce Personne

ADMR Association d'aide à Domicile en Milieu Rural

ADV Assistante de vie

AGGIR Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

AMP Auxiliaire Médico-Psychologique

ANDASS Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé

ANPE Agence Nationale Pour l'Emploi

ANSP Agence Nationale des Services à la Personne

APA Allocation personnalisé d'autonomie

AS Aide soignante

ASH Agents de service Hospitalier

AVS Auxiliaire de vie sociale

BEP Brevet d'Etudes Professionnelles

CAFAD Certificat d'Aptitude Aux Fonctions d'Aide à Domicile

CAP Certificat d'Aptitude Professionnelle

CAS : Centre d'Analyse Stratégique

CCAS Centre communal d'action sociale

CDD ontrat à durée déterminée

CDI Contrat à durée indéterminée

CERC Conseil Emploi Revenus Cohésion sociale

CHU Centre Universitaire Hospitalier

CLIC Centre Local d'information et de coordination

CNAV Caisse nationale d'assurance vieillesse

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

CNPF Conseil National du Patronat Français

CNSA : Caisse national de solidarité pour l'autonomie

CRAM Caisse Régionale d'assurance vieillesse

CREDOC Centre de Recherches pour l'Etudes et l'Observation des Conditions de vie

DARES Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

DEAVS Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

DGAS Direction Générale des Affaires Sociale

DGEFP Direction Générale de l'Economie et des Finances Publiques

DRASS Direction des Administrations Sanitaires et Sociales

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EMS Equipe médico-sociale

ETP Equivalents Temps Plein

FEPEM Fédération du particulier employeur

FMAD Fond de modernisation de l'aide à domicile

GIR Groupe Iso Ressource

HAD Hospitalisation A Domicile

IDE Infirmière Diplômée d'état

INSEE Institut national de la statistique et des études économiques

IRCEM Institut de retraite complémentaire des employé de maison

MAD Maintien A Domicile

OPCA Organisme Paritaire Collecteur Agréé

PED Prestation expérimentale dépendance

PME Petites et Moyennes Entreprises

PMI Petites et Moyennes Industrie

PMI Protection Maternelle et Infantile

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

PS Partis Socialiste

PSD Prestation spécifique dépendance

RPR Rassemblement Pour la République

SSIAD Service de Soins Infirmiers A Domicile

TES Titre Emploi Service

UMP Union pour la Majorité Populaire

UNA Union national des associations d'aide à domicile

UNIOPSS Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

URSSAF Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

VAE Validation d'Acquis d'Expérience

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Annexes

Annexe 1 : Les « services à la personne » une définition fiscale

Services à la personne : les exonérations

Textes de référence :
Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale
Décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 codifié à l'article D129-35 du code du travail (nouvel article D7231-1du code du travail)
Décret n°2006-25 du 9 janvier 2006
Lettre circulaire Acoss n°2006-055 du 29 mars 2006
Article L7231-1 et 7232-1 à 4 du code du travail
Article L 241-10- III et III bis du code de la sécurité sociale
Lettre circulaire Acoss n°2006-087 du 3 août 2006
Article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007
Décret n°2007-854 du 14 mai 2007 modifiant l'article D129-35 du code du travail
Lettre circulaire Acoss n°2007-096 du 9 juillet 2007

Observation préalable :

Fin de l'exonération services à la personne L'exonération de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales dite « exonération services à la personne » est supprimée à compter du 1er janvier 2011 (article 200 de la loi de Finances pour 2011 n°2010-1657 JO du 30/12/2010).Les entreprises et associations de services à la personne agréées peuvent cependant, sous réserve de remplir les conditions, ouvrir doit à la réduction Fillon au titre des rémunérations versées aux salariés intervenant auprès de publics non fragiles. L'exonération « aide à domicile » applicable au titre des rémunérations versées aux salariés intervenant auprès de personnes âgées ou handicapées (public fragile) n'est pas modifiée. Ce dossier sera prochainement mis à jour.

La loi du 26 juillet 2005 a créé une nouvelle exonération de cotisations patronales de sécurité sociale en faveur des entreprises et associations de services à la personne agréées.

L'exonération applicable aux organismes d'aide à domicile qui emploient des salariés intervenant auprès de personnes âgées ou handicapées demeure applicable.

Désormais les activités permettant d'ouvrir droit aux exonérations « aide à domicile » et « services à la personne »sont identiques.

Elles sont mentionnées à l'article D7231-1 du code du travail.

Aussi, dès lors que votre entreprise ou votre association exerce une activité visée à cet article, il convient, pour appliquer correctement l'une ou l'autre exonération, de prendre en considération la qualité du bénéficiaire de la prestation :

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

- le bénéficiaire de la prestation appartient à un public visé à l'article L. 241-10 I et III du code de la Sécurité sociale dans ce cas c'est l'exonération aide à domicile qui s'applique,
- le bénéficiaire de la prestation n'appartient pas à ce public, dans ce cas l'entreprise ou l'association applique l'exonération services à la personne.

L'exonération «aide à domicile» et l'exonération «services à la personne» peuvent sous certaines conditions se cumuler au titre d'un même salarié qui au cours d'un même mois civil intervient dans le cadre de l'aide à domicile auprès de personnes âgées ou handicapées et auprès d'autres publics ne bénéficiant d'aucune exonération.

Ce dossier est destiné à vous aider à faire le point sur les conditions à remplir pour bénéficier de l'exonération «services à la personne», celles à remplir pour ouvrir droit à l'exonération «aide à domicile» et à vous alerter sur les règles à respecter en cas de cumul de ces deux exonérations.

Exonération « services à la personne »

Attention : L'exonération de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales «services à la personne » est supprimée à compter du 1er janvier 2011 (article 200 de la loi de Finances pour2011 n°2010-1657 JO du 30/12/2010).

La loi du 26 juillet 2005 a instauré, à compter du 1er janvier 2006, une nouvelle exonération de cotisations patronales de Sécurité sociale en faveur des entreprises ou associations intervenant dans le champ des services à la personne fixé à l'article L7231-1 du code du travail. Cette nouvelle exonération est codifiée à l'article L 241-10-III bis du code de la Sécurité sociale. A compter du 1er janvier 2007, le champ d'application de la mesure est étendu.

Qui est concerné

Employeurs

En application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, sont concernées par l'exonération à compter du 1er janvier 2007, les personnes pouvant être agréées en application de l'article L. 7232-3 et 4 du code du travail. Jusqu'au 31 décembre 2006, les structures pouvant ouvrir droit à agrément sont :

les associations et entreprises dont l'activité porte sur la garde des enfants ou l'assistance aux personnes âgées , handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile, les centres communaux et inter communaux d'action sociale (CCAS) au titre de leur activité de garde d'enfants de moins de 3 ans à domicile.

Cet agrément est délivré au regard de critère de qualité de service à condition que l'association ou l'entreprise se consacre exclusivement aux activités mentionnées à l'article L129-1 du code du travail. Les associations intermédiaires qui ont notamment pour activité l'assistance à domicile aux personnes âgées ou

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

handicapées et les établissements publics assurant l'hébergement des personnes âgées peuvent être agrées.

Les nouvelles structures pouvant ouvrir droit à agrément à compter du 1er janvier 2007 au titre de leur activité d'aide à domicile sont :

- les communes ;
- les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;
- les établissements publics de coopération intercommunale compétents au titre des services à la personne ;
- les organismes ayant passé convention avec un organisme de Sécurité sociale ;
- les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service social et médico-social ;
- les unions et fédérations d'associations pour leurs activités qui concourent directement à coordonner et délivrer les services à la personne ;
- les établissements publics et privés de santé ainsi que les centres de santé ;
- les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service d'accueil des enfants de moins de six ans ;
- les résidences- services.

Pour les nouvelles structures entrant dans le champ de l'agrément, la condition d'activité exclusive à laquelle est conditionnée l'agrément disparaît.

Le droit à exonération

A compter du 1er janvier 2007, sont concernées par l'exonération services à la personne les personnes agréées dans les conditions fixées à l'article L7232-3 du code du travail. L'article D. 7231-1 introduit dans le code du travail par le décret n°2005-1698 du 29 décembre 2005 énumère les activités entrant dans le champ de l'exonération ; le décret n°2007-854 du 14 mai 2007 précise certaines de ces activités :

- Entretien de la maison et travaux ménagers ;
- Petits travaux de jardinage y compris les travaux de débroussaillage (le montant total de la prestation de jardinage doit être plafonné à 3000 euros au lieu de 1500 euros par an et par foyer fiscal antérieurement) ;
- Prestations de petit bricolage dites "hommes toutes mains" (Cette prestation n'est plus soumise à l'obligation d'abonnement mensuel. Cette suppression de l'exigence d'un abonnement mensuel a pour conséquence d'ouvrir le bénéfice de la réduction fiscale ou du crédit d'impôt au particulier employeur qui ne recourt pas à une structure prestataire agréée de services à la personne, mais à de l'emploi direct. Le montant total de cette prestation reste plafonné à 500 euros par an et par foyer fiscal et la durée de l'intervention à 2 heures) ;
- Garde d'enfant à domicile ;

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

- Soutien scolaire à domicile ou cours à domicile ;
- Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions ;
- Assistance aux personnes âgées ou autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux ;
- Assistance aux personnes handicapées, y compris les activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété ;
- Garde-malade, à l'exclusion des soins ;
- Assistance informatique et internet à domicile ;
- Soins et promenades d'animaux de compagnie, à l'exception des soins vétérinaires et du toilettage, pour les personnes dépendantes ;
- Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes ;
- Maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile de la résidence principale et secondaire ;
- Assistance administrative à domicile ;

Les activités qui concourent directement et exclusivement à coordonner et délivrer les services aux personnes (les plates-formes d'enseignes nationales et autres structures d'intermédiation agréées).

Peuvent également ouvrir droit à exonération les activités suivantes à condition que ces prestations soient comprises dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile :

- Livraison de repas à domicile,
- Collecte et livraison à domicile de linge repassé,
- Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives,
- Livraison de courses à domicile,
- Accompagnement des enfants dans leurs déplacements, des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile (promenades, transports, actes de la vie courante),
- Aide à la mobilité et transports de personnes ayant des difficultés de déplacement lorsque cette activité est incluse dans une offre de services d'assistance à domicile.

Ces prestations ouvrent droit à l'exonération même dans le cas où la personne bénéficiaire n'a eu recours à aucun autre service du même prestataire à la condition que l'association ou l'entreprise qui en a assuré l'exécution propose un catalogue de services comprenant, outre la prestation en cause, une ou plusieurs autres activités de services à domicile visées à l'article D 7231-1 du code du travail.

Salariés

L'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale s'applique aux rémunérations perçues par les salariés assurant des activités de services à la personne auprès de particuliers.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Le personnel administratif (comptables, secrétaires) et le personnel encadrant des associations et entreprises agréées sont réputés assurer des activités de services à la personne et ouvrent droit à exonération.

En revanche, le personnel support (personnel de nettoyage, gardiennage, ...) n'entre pas dans le champ de l'exonération services à la personne.

L'exonération

Cette exonération ne se substitue pas à l'exonération en faveur des organismes d'aide à domicile applicable aux rémunérations des salariés exerçant leurs activités auprès de personnes âgées ou handicapées (personnes visées à l'article L241-10-I et III du code de la Sécurité sociale)

Montant de l'exonération

L'exonération est limitée au montant de la rémunération n'excédant pas le produit du Smic par le nombre d'heures rémunérées au titre des activités de services à la personne dans la limite de la durée légale du travail calculée sur le mois ou si elle est inférieure dans la limite de la durée conventionnelle applicable dans l'établissement.

Les salariés intervenant au domicile des personnes ainsi que le personnel administratif et d'encadrement des associations et entreprises agréées sont réputés effectuer la totalité de leurs heures de travail au titre des services à la personne.

Les heures de réunions, de formations, déplacements sont prises en compte pour l'application de l'exonération.

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de la rémunération mensuelle brutedu salarié, le nombre d'heures rémunérées pris en compte pour le calcul de l'exonération est égal, au titre despériodes de suspension, au produit de la durée du travail que le salarié aurait effectuée s'il avait continué àtravailler par le pourcentage de la rémunération demeurée à la charge de l'employeur et soumise à cotisations.

L'exonération porte sur les cotisations patronales d'assurances sociales, d'allocations familiales. Restent dus :

- Les cotisations patronales d'assurances sociales, et d'allocations familiales pour la fraction de rémunérationexcédant la limite d'exonération,
- Les cotisations accidents du travail-maladies professionnelles (AT/MP) au titre des rémunérations versées àcompter du 1er janvier 2008,
- Les cotisations salariales de Sécurité sociale,
- La contribution solidarité autonomie,
- La CSG et la CRDS,
- Le FNAL,
- Le versement transport.

Durée de l'exonération

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

L'exonération s'applique à compter du 1er janvier 2006 et n'est pas limitée dans le temps.

Principe de non cumul

L'exonération services à la personne n'est pas cumulable au titre d'un même salarié avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations. Néanmoins, il est possible de cumuler au titre d'un même salarié et au cours du même mois l'exonération aide à domicile et l'exonération services à la personne.

En cas de cumul de ces deux exonérations le bulletin de salaire doit clairement mentionner sur des lignes distinctes :

- le nombre d'heures rémunérées ouvrant droit à l'exonération « aide à domicile » (L. 241-10 III),
- le nombre d'heures rémunérées ouvrant droit à l'exonération « services à la personne » (L. 241-10 III bis).

Les associations et entreprises concernées devront tenir à la disposition des organismes de recouvrement :

- tous les documents de nature à justifier les décomptes d'heures mentionnés sur le bulletin de salaire,
- l'agrément leur permettant d'ouvrir droit à cette exonération.

Exonération « aide à domicile »

L'article L241-10-III du code de la sécurité sociale prévoit une exonération en faveur des organismes d'aide à domicile employant des aides à domicile qui interviennent au domicile à usage privatif des de personnes âgées ou handicapées.

Champ d'application de la mesure

L'exonération est applicable :

- Aux associations et aux entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du code du travail,
- Aux centres communaux et intercommunaux d'action sociale,
- Aux organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé une convention avec un organisme de Sécurité sociale.

Définition de l'activité d'aide à domicile

Depuis 2005, la définition de l'activité d'aide à domicile a été étendue.

Ainsi l'activité d'aide à domicile ne se limite pas seulement à l'assistance des personnes âgées ou handicapées dans les actes quotidiens de la vie. Les activités permettant d'ouvrir droit à l'exonération aide à domicile sont celles listées à l'article D. 7231-1 du code du travail. A titre d'exemple, une personne âgée d'au moins 70 ans peut ouvrir droit à l'exonération aide à domicile notamment au titre de cours à domicile ou l'assistance administrative à domicile.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

L'exonération

Champ d'application

L'exonération des cotisations patronales de Sécurité sociale porte sur l'ensemble des rémunérations des aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions visées à l'article L 1242-2 du code du travail, versées en contrepartie des prestations de travail effectuées auprès des personnes relevant du I et du III de l'article L241-10 du code de la Sécurité sociale, soit :

- les personnes âgées d'au moins soixante-dix ans ;
- les personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou à la prestation de compensation dans les conditions définies au 1er de l'article L. 245-1du code de l'action sociale et des familles ;
- les personnes titulaires ;
- soit de l'élément de la prestation de compensation du handicap (article L. 245-3 1° du code de l'action sociale et des familles) ;
- soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, de la législation des accidents du travail ou d'un régime spécial de Sécurité sociale ou de l'article 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- les personnes âgées d'au moins 60 ans se trouvant dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- les personnes remplissant la condition de perte d'autonomie requise pour la perception de l'APA ;
- les personnes bénéficiaires de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les associations, les entreprises ou les organismes visées par l'exonération et un organisme de Sécurité sociale.

Montant

Les rémunérations des aides à domicile sont exonérées des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales sauf cotisation AT/MP, à l'exception des rémunérations des aides à domicile employées chez les personnes non dépendantes âgées d'au moins 70 ans qui ne sont exonérées que dans la limite de 65 fois la valeur du Smic en vigueur au 1er jour du mois concerné. Restent dus :

- les cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales pour la fraction de rémunération excédant la limite d'exonération,
- les cotisations accidents du travail-maladies professionnelles (AT/MP) au titre des rémunérations versées à compter du 1er janvier 2008,
- les cotisations salariales de Sécurité sociale,

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

- la contribution solidarité autonomie,
- la CSG et la CRDS,
- le FNAL,
- le versement transport.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Annexe 2 : Les modalités de l'APA

Fiche pratique : Les modalités d'attribution de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) mise à jour le 5 mai 2011, Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) mise à jour le 6 octobre 2010, L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile mise à jour le 5 mai 2011 publié par le ministère des solidarités et de la cohésion sociale.

Comment faire une demande d'APA ?

Pour bénéficier de l'APA, il faut en faire la demande. L'intéressé ou un membre de son entourage peut retirer un dossier de demande dans différents lieux :

- les services du département (siège du Conseil général et circonscriptions d'action sociale) ;
- les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale et les mairies ;
- les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ;
- les services d'aide à domicile agréés ;
- les organismes régis par le code de la mutualité ;
- Le cas échéant, l'établissement dans lequel la personne âgée est accueillie.

Le dossier de demande

- Le dossier de demande complet doit contenir un certain nombre de pièces :
- une photocopie, au choix, du livret de famille, de la carte nationale d'identité, d'un passeport de la Communauté Européenne, d'un extrait ou d'un acte de naissance ; si le demandeur n'est pas ressortissant d'un pays membre de l'Union Européenne, il doit remettre une photocopie de sa carte de résidence ou de son titre de séjour ;
- une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition au titre de l'impôt sur le revenu ;
- le cas échéant, une photocopie du justificatif des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties ; un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP). Ce relevé doit être celui du futur bénéficiaire de la prestation et non celui d'un parent. Par ailleurs, les rubriques du formulaire de demande doivent être clairement renseignées, notamment les éléments déclaratifs relatifs au patrimoine.

La demande d'APA doit être adressée directement par le demandeur au président du Conseil général.

L'enregistrement du dossier

Les services du département disposent de 10 jours pour accuser réception du dossier complet du demandeur ou l'informer des éventuelles pièces manquantes. Dans ce second cas de figure, et dès réception de ces justificatifs, les services ont à nouveau 10 jours pour en accuser réception et informer le demandeur que son dossier est désormais complet. Dans les deux cas, le courrier accusant réception du dossier complet doit mentionner la date d'arrivée de ce dossier complet au Conseil

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

général. Cette date servira en effet de point de départ au délai maximum de deux mois imparti au Conseil général pour l'instruction du dossier. Le dossier complet s'entend comme celui comprenant un formulaire de demande intégralement rempli et les trois pièces justificatives prévues (fiche d'état civil, justificatifs des ressources et RIB ou RIP).

La date à prendre en compte est celle de la date d'enregistrement du dossier complet au Conseil général, et non pas celle de l'envoi du courrier du président du Conseil général accusant réception du dossier. En pratique, il s'agira de la date de l'enregistrement du courrier correspondant.

En quoi consiste l'instruction du dossier

Elle comprend deux phases, menées en parallèle :

- la phase d'évaluation de la perte d'autonomie, qui s'effectue essentiellement sur la base de la grille AGGIR (faire un lien vers la fiche « Les bénéficiaires de l'APA »).
- la phase d'instruction administrative, à proprement parler.

Comment est évaluée la perte d'autonomie ?

L'évaluation de la perte d'autonomie diffère selon que le demandeur réside à domicile ou en établissement. **Lorsque le demandeur réside à son domicile**, l'évaluation du degré de dépendance du demandeur intervient dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement du dossier complet. Elle donne lieu à une visite à domicile d'au moins un des membres de l'équipe médico-sociale. L'intéressé est préalablement informé, par les services du département, de la date de cette visite. Le conjoint ou l'entourage peuvent y assister, avec l'accord exprès du demandeur. S'il le souhaite, le demandeur peut également solliciter la présence de son médecin traitant. Le degré de perte d'autonomie est évalué par le médecin ou le travailleur social de l'équipe médico-sociale sur la base de la grille nationale AGGIR. Les conditions de vie de la personne âgée sont également étudiées en vue d'élaborer un plan d'aide. Divers éléments de l'environnement matériel, social et familial du demandeur sont notamment pris en compte :

- l'entourage (personne seule ou non, présence d'un conjoint ou d'un enfant, réseaux personnels ou professionnels etc.) ;
- l'habitat (nature du logement, accessibilité, équipements, chauffage, état des sanitaires etc.) ;
- les aides techniques (déambulateur, fauteuil roulant, canne, lève malade, etc.) ;
- la situation géographique (proximité de commerces, existence de transports etc.) ;
- l'existence de réseaux médicaux (médecins, pharmaciens etc.) ;
- la présence de services d'aides à domicile ou de portage des repas.

En quoi consiste l'instruction administrative du dossier ?

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

La procédure d'instruction administrative se poursuit avec la procédure de détermination du plan d'aide (pour l'APA à domicile). À domicile, deux cas de figure sont possibles : si le demandeur relève des GIR 1 à 4, l'équipe médico-sociale lui adresse une proposition de plan d'aide, qui doit être approuvée par lui ou son représentant ; si le demandeur relève des GIR 5 et 6, son degré de perte d'autonomie ne justifie pas l'élaboration d'un plan d'aide. Un compte-rendu de visite lui est alors adressé, avec des conseils adaptés à sa situation. Il est par ailleurs orienté vers sa caisse de retraite, afin d'étudier la possibilité d'autres aides. Dans le cadre de l'instruction, les services concernés peuvent vérifier les déclarations des intéressés en demandant toutes les informations utiles aux administrations publiques, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale et organismes de retraite complémentaire. Ces derniers sont tenus de les leur transmettre. Les informations communiquées ne peuvent contenir que les renseignements strictement nécessaires à la bonne instruction ou à la révision du dossier et doivent être diffusées sous le sceau de la confidentialité.

Qui décide de l'attribution de l'APA ?

À l'issue de la phase d'instruction de la demande d'APA réalisée par l'équipe médico-sociale, la décision finale d'accorder l'allocation revient au président du Conseil général, sur la base d'une proposition présentée par la commission de l'APA. Cette instance créée dans chaque département comprend 7 membres :

- le Président du Conseil général (ou son représentant), qui préside la commission ;
- 3 représentants du département, désignés par le président du Conseil général ;
- 2 représentants des organismes de sécurité sociale conventionnés avec le département, désignés par le président du Conseil général ;
- un membre désigné au titre d'une institution ou d'un organisme public social et médico-social ayant passé une convention avec le département dans le cadre de la mise en œuvre de l'APA. À défaut, il peut s'agir d'un maire désigné sur proposition de l'assemblée départementale des maires. Sur la base de l'instruction de la demande effectuée par l'équipe médico-sociale, la commission de l'APA propose au président du Conseil général le montant de l'allocation correspondant aux besoins du demandeur.

Dans quel délai est notifiée la décision ?

La décision sur l'attribution de l'APA doit être notifiée au demandeur dans un délai de deux mois à compter de la date d'enregistrement du dossier complet. Elle lui est notifiée, par courrier, par le président du Conseil général. Elle précise le montant mensuel de l'allocation versée par le département, la participation financière laissée à la charge du bénéficiaire, le montant du premier versement et les délais de révision périodique. Si la décision sur la demande de l'APA n'est pas prise dans le délai de deux mois, le département a l'obligation de verser une somme forfaitaire égale à la moitié du montant maximum du plan d'aide prévu pour le GIR 1, soit 630,80 € (depuis le 1er avril 2011) jusqu'à ce que la décision expresse du président

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

du Conseil général soit notifiée à l'intéressé. Cette avance s'imputera sur les montants de l'APA qui seront versés après la décision sur le fond de la demande.

En cas de refus d'attribution de l'APA, la décision doit être motivée et doit mentionner les possibilités de recours ouvertes à l'intéressé. Dans ce cas, le demandeur peut, s'il souhaite contester cette décision, saisir directement la commission de l'APA.

Quelle est la date d'ouverture des droits ?

Le principe

Si le bénéficiaire réside à domicile, les droits à l'APA sont ouverts à la date à laquelle la décision d'attribution lui est notifiée par le président du Conseil général. Pour les bénéficiaires de l'APA en établissement, les droits à cette allocation sont ouverts à la date d'enregistrement du dossier complet par les services chargés d'instruire la demande.

La procédure d'urgence

Si la situation du demandeur présente un caractère d'urgence d'ordre médical ou social, le président du Conseil général attribue l'APA à titre provisoire. En l'occurrence, l'urgence médicale correspond notamment à une situation où l'absence d'une aide immédiate est de nature à compromettre le maintien à domicile du demandeur. Dans ce cas, le montant de l'APA est forfaitaire et est égal à 630,80 € (depuis le 1er avril 2011). Cette décision prend effet à la date d'enregistrement de la demande et court jusqu'à l'expiration du délai de deux mois prévu pour l'instruction de la demande. À l'issue de ce délai de deux mois, deux cas de figure sont envisageables soit le dossier a été réglé selon la procédure d'instruction ordinaire ; soit il ne l'est pas encore et, dans ce cas, la prestation forfaitaire est maintenue jusqu'à la prise de décision.

Pendant quelle durée est versée l'APA ?

L'APA est versée sans limite de durée mais elle fait l'objet d'une révision périodique. L'action du bénéficiaire pour le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie se prescrit par deux ans. Pour que son action soit recevable, le bénéficiaire doit apporter la preuve de l'effectivité de l'aide qu'il a reçue ou des frais qu'il a dû acquitter (article L. 232-25 du Code de l'action sociale et des familles). L'APA est incessible, en tant qu'elle est versée directement au bénéficiaire, et insaisissable (article L. 232-25 du Code de l'action sociale et des familles).

L'action du bénéficiaire pour le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie se prescrit par deux ans. Pour que son action soit recevable, le bénéficiaire doit apporter la preuve de l'effectivité de l'aide qu'il a reçue ou des frais qu'il a dû acquitter (article L. 232-25 du Code de l'action sociale et des familles.

L'APA est-elle cumulable avec d'autres aides ?

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Le principe

L'APA n'est pas cumulable avec plusieurs prestations ayant un objet similaire. Il s'agit :

- de la majoration pour l'aide constante d'une tierce personne, versée aux titulaires d'une pension d'invalidité du régime général de la sécurité sociale, substituée à une pension d'invalidité ou attribuée ou révisée pour inaptitude au travail, dès lors que l'intéressé a été dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans ;
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) dont peuvent bénéficier les personnes handicapées en vertu de l'article L 245-3 du Code de l'action sociale et des familles (voir ci-dessous).
- de l'allocation représentative de services ménagers ou d'une aide en nature versée par le Conseil général au titre de l'aide sociale et accordée sous forme d'heures d'aide ménagère.

L'APA est en revanche cumulable avec les aides facultatives des organismes de sécurité sociale, des conseils généraux et des communes, sous réserve de l'absence d'une délibération contraire prise par leurs instances de décision.

Passage de l'ACTP à l'APA

Toute personne ayant obtenu l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) pour la première fois avant l'âge de 60 ans peut demander à bénéficier de l'APA, dès lors qu'elle remplit les conditions d'attribution propre à cette dernière prestation. Afin d'éviter toute rupture dans la prise en charge, la possibilité de demander l'APA lui est même ouverte avant qu'elle ait atteint l'âge de 60 ans. Elle peut en effet déposer un dossier : soit deux mois avant son soixantième anniversaire ; soit deux mois avant la date d'échéance du versement. Cette dernière étant fixée dans la décision d'attribution ou lors de la dernière révision périodique.

Après l'enregistrement du dossier complet, le président du Conseil général dispose de 30 jours pour faire connaître au demandeur le montant de l'APA dont il pourra bénéficier, ainsi que celui de sa participation financière (ticket modérateur). L'intéressé doit alors faire connaître son choix dans les 8 jours. À défaut d'une réponse dans ce délai, il est supposé avoir opté pour le maintien de l'ACTP. Si la prestation servie au titre de l'APA est inférieure au montant qu'il percevait avec l'ACTP, l'intéressé bénéficie d'une allocation différentielle (article R. 232- 58 du Code de l'action sociale et des familles) garantissant le maintien du niveau de la prestation servie.

Si le bénéficiaire de l'ACTP n'a pas choisi de demander l'APA lorsqu'il atteint l'âge de 60 ans, il conserve la possibilité de le faire à chaque renouvellement de l'attribution de l'ACTP.

Comment est évaluée la perte d'autonomie ?

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

L'APA s'adresse aux personnes qui, au-delà des soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite d'être surveillé régulièrement.

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs.

À domicile, cette perte d'autonomie est appréciée par l'un des membres de l'équipe médico-sociale en charge de l'évaluation.

L'évaluation se fait sur la base de dix variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique. Seules ces dix variables, dites « discriminantes », sont utilisées pour le calcul du GIR :

- cohérence (communiquer, converser et/ou se comporter de façon sensée) ;
- orientation (se repérer dans le temps, les lieux, les moments de la journée) ;
- toilette (se laver seul) ;
- habillage (s'habiller, se déshabiller, se présenter) ;
- alimentation (manger les aliments préparés) ;
- élimination (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale) ;
- transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) ;
- déplacements à l'intérieur du domicile ou de l'établissement (mobilité spontanée, y compris avec un appareillage) ;
- déplacements à l'extérieur (se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport) ;
- communication à distance (utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme etc.) ;

Sept autres variables, dites « illustratives », n'entrent pas dans le calcul du GIR, mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide :

- gestion (gérer ses propres affaires, son budget, ses biens) ;
- cuisine (préparer ses repas et les conditionner pour être servis) ;
- ménage (effectuer l'ensemble des travaux ménagers ;
- transport (prendre et/ou commander un moyen de transport) ;
- achats (acquisition directe ou par correspondance) ;
- suivi du traitement (se conformer à l'ordonnance du médecin) ;
- activités de temps libre (pratiquer des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps).

Chacune de ces dix sept rubriques est cotée A, B ou C :

- A correspond à des actes accomplis seul spontanément, totalement et correctement ;
- B correspond à des actes partiellement effectués ;
- C correspond à des actes non réalisés. Les six groupes iso-ressources prévus par la grille AGGIR peuvent être schématiquement caractérisés de la manière suivante :

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

- **Le GIR 1** correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie ;
- **Le GIR 2** regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
  - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
  - celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer ;
- **Le GIR 3** correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
- **Le GIR 4** comprend deux catégories de personnes âgées :
  - celles n'assumant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules,
  - celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
- **Le GIR 5** comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- **Le GIR 6** se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Les quatre premiers GIR ouvrent droit à l'APA, dès lors que les conditions d'âge et de résidence sont remplies. Pour leur part, les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent éventuellement bénéficier des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

A partir de ce niveau de dépendance est évalué le montant maximum du plan d'aide financé par l'APA.

Quel peut être le contenu du plan d'aide ?

Le plan d'aide constitue une composante essentielle de l'APA à domicile. Établi par une équipe médico-sociale, dont l'un des membres au moins se déplace chez le bénéficiaire, le plan recense précisément les besoins du demandeur et les aides nécessaires à son maintien à domicile. Son contenu est adapté à sa situation et tient compte de son environnement social et familial. Ainsi, le plan dresse la liste de l'ensemble des aides nécessaires au maintien à domicile du bénéficiaire.

Le médecin chargé de l'évaluation de l'autonomie peut prendre contact avec le médecin traitant de la personne âgée, afin d'obtenir des informations complémentaires sur son état de santé. Le médecin traitant a également la

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

possibilité d'assister à l'évaluation à domicile, à la demande de la personne âgée ou de sa famille (et, dans ce dernier cas, avec l'accord exprès de l'intéressé(e)).

Pour les interventions à domicile

Il peut s'agir d'heures d'aide ou de garde à domicile (de jour comme de nuit) effectuées par une tierce personne, des frais d'accueil temporaire en établissement, d'un service de portage de repas, d'une téléalarme, de travaux d'adaptation du logement, d'un service de blanchisserie à domicile, d'un service de transport, de dépannage et de petits travaux divers.

Pour les aides techniques

Il peut s'agir d'un fauteuil roulant, de cannes, d'un déambulateur, d'un lit médicalisé, d'un lève malade, de matériel à usage unique pour incontinence (pour la part de ces dépenses non couvertes par l'assurance maladie)… En fonction des besoins du demandeur, le plan d'aide peut ne contenir que des aides techniques.

Ces listes ne sont pas exhaustives : d'autres aides ou services adaptés à la situation et à l'environnement du bénéficiaire peuvent être proposés.

Hébergement en famille d'accueil

Dans le cas d'une personne hébergée au sein d'une famille d'accueil, le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale peut prévoir le paiement d'aides et d'indemnités versées directement à la famille d'accueil ainsi que le paiement de l'intervention d'une tierce personne pour une aide apportée au bénéficiaire de l'APA.

Comment est élaboré le plan d'aide ?

Une fois la visite à domicile effectuée et à partir des échanges avec le demandeur, l'équipe médico-sociale élabore puis transmet une proposition de plan d'aide au demandeur.

Si le demandeur appartient à l'un des GIR 1 à 4

L'équipe médico-sociale lui adresse une proposition de plan d'aide indiquant le montant de sa participation, dans les 30 jours qui suivent l'enregistrement du dossier complet. L'intéressé dispose alors de 10 jours, à compter de la date de réception de la proposition, pour faire connaître par écrit ses observations ou son éventuel refus de tout ou partie du plan d'aide. Il reçoit alors une nouvelle proposition définitive dans les 8 jours par lettre recommandée avec avis de réception. Le refus exprès ou l'absence de réponse de l'intéressé dans les 10 jours sont alors considérés comme un abandon de sa demande.

Si le demandeur relève des GIR 5 et 6

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Le degré de perte d'autonomie ne rend pas le demandeur éligible à l'APA. Sa situation ne justifie donc pas l'élaboration d'un plan d'aide. Un compte-rendu de visite lui est néanmoins adressé, avec des conseils adaptés à sa situation et à ses besoins. En fonction de ses revenus, il est orienté vers sa caisse de retraite ou vers le Conseil général, afin de bénéficier d'une prestation d'aide ménagère.

Quelles sont les modalités de mise en œuvre du plan d'aide ?

Le bénéficiaire de l'APA peut choisir :

- d'employer et de rémunérer une ou plusieurs personnes intervenant à son domicile (à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité). Dans ce cas, il devient lui-même employeur, soit directement, soit par le biais d'un service mandataire. En choisissant un service mandataire, le bénéficiaire de l'APA reste l'employeur de la personne qui travaille à son domicile. Cependant, le service assure pour le compte du bénéficiaire toutes les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, établissement du bulletin de salaire, déclaration à l'URSSAF etc.). Le statut d'employeur de la personne âgée l'oblige à se conformer aux dispositions prévues par le droit du travail et la convention collective nationale des salariés du particulier employeur disponible sur le site de la Fédération nationale des particuliers employeurs (FEPEM)

Si le bénéficiaire choisit de recourir à un salarié ou à un service d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1 du code du travail, l'APA destinée à le rémunérer peut être versée sous forme de chèque emploi-service universel (CESU).

- de faire appel à des organismes prestataires agréés qui mettent à sa disposition une ou plusieurs personnes qui vont intervenir à son domicile. Ils fournissent une prestation de service qui donne lieu à une facturation que l'APA permet d'acquitter. Les personnes qui interviennent à domicile sont salariées par l'organisme, qui assure toutes les obligations et les responsabilités d'un employeur. Celui-ci garantit aussi la continuité du service et le remplacement de l'aide à domicile en cas de congés, maladie, etc.

La participation du bénéficiaire de l'APA est majorée de 10 % lorsque ce dernier fait appel soit à un service prestataire d'aide ménagère non agréé dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1 du code du travail ou non géré par un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit à une tierce personne qu'il emploie directement et qui ne justifie pas d'une expérience acquise ou d'un niveau de qualification définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées (art. R. 232- 14 du Code de l'action sociale et des familles).

Sauf refus exprès du bénéficiaire, l'APA est affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé pour :

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

- les personnes nécessitant une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial ou social ;
- les personnes classées dans les groupes 1 et 2 de la grille nationale AGGIR.

Comment est chiffré le coût du plan d'aide ?

Le montant maximum du plan d'aide attribuable est fixé par un barème arrêté au niveau national. Calculé à partir de la valeur de la majoration pour tierce personne (MTP, revalorisée en principe une fois par an, le 1er avril ; 1 060,16 € / mois au 1/4/2011), il varie selon le degré de perte d'autonomie (groupe GIR 1 à 4).

Depuis le 1er avril 2011, les plans d'aide sont plafonnés à :

- Pour le GIR 1 : 1 261,59 €/mois ;
- Pour le GIR 2 : 1 081,36 €/mois ;
- Pour le GIR 3 : 811,02 € /mois ;
- Pour le GIR 4 : 540,68 €/mois.

Quel est le montant de l'APA versée ?

Le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle laissée à sa charge (le « ticket modérateur ») et calculée en fonction de ses ressources.

La procédure d'urgence

Lorsque l'APA est attribuée à l'issue d'une procédure d'urgence, le montant perçu par le bénéficiaire correspond à une somme forfaitaire équivalente à la moitié du montant maximum du plan d'aide prévu pour le GIR 1, soit 630,80 € / mois au 1/4/2011. Cette avance est versée jusqu'à la décision sur le fond. Elle s'impute sur les montants de l'APA qui seront versées ultérieurement, une fois la situation régularisée.

La participation du bénéficiaire (paramètre « P »)

Le ticket modérateur, c'est-à-dire la participation (« P ») laissée à la charge du bénéficiaire de l'APA dépend de ses ressources. Il varie de la manière suivante (montants en vigueur depuis le 1/4/2011) :

- pour un revenu inférieur ou égal à 710,31 € par mois (0,67 fois la MTP), aucune participation n'est demandée ;
- pour un revenu compris entre 710,31 € et 2 830,63 € par mois (entre 0,67 et 2,67 fois la MTP), la participation varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide. La participation est précisément déterminée en appliquant la formule suivante : P = A x (R - (S x 0,67)) x 90 % divisé par S x 2, formule dans laquelle : « A » représente le montant du plan d'aide

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

proposé ; « R » représente le revenu mensuel du bénéficiaire ; « S » représente le montant de la majoration pour tierce personne. Pour information, le coefficient de 2, utilisé dans cette formule, est le résultat de la différence entre 2,67 et 0,67 ;

- pour un revenu supérieur à 2 830,63 € par mois, la participation du bénéficiaire est égale à 90 % du montant du plan d'aide proposé. Si l'APA est versée à l'un ou au deux membres d'un couple résidant conjointement à domicile, les ressources de l'une ou des deux personnes sont calculées en divisant le total des revenus du couple par 1,7.

Le calcul de l'allocation

L'allocation versée au bénéficiaire (notée ici APA) est égale au montant du plan d'aide (A) diminué de la participation du bénéficiaire (P) : APA = A - P. Trois cas de figure peuvent se présenter :

1er cas. Si le revenu est inférieur ou égal à 0,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne : APA = A.

2e cas. Si le revenu est compris entre 0,67 fois et 2,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne : APA = A - P, soit A x (R - [S x 0,67]) x 90 % divisé par S x 2)

3e cas. Si le revenu est supérieur à 2,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne : APA = A x 10 %

Exemples de ticket modérateur

- Marie à 83 ans. Elle vit seule à son domicile et dispose d'un revenu de 1 900 € /mois. Compte tenu de sa perte importante d'autonomie, elle relève du GIR 1. Le montant du plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale est de 1100 € /mois. Sa participation s'élèvera à 555,48 €. Dans ces conditions, son allocation mensuelle sera donc de : 1100 - 555,48 = 544,52 €.
- Louise est une veuve âgée de 74 ans. Elle vit seule à son domicile et dispose de 695 €/ de revenus par mois. Elle relève du GIR 4 et le plan d'aide qui lui a été proposé s'élève à 450 €. Compte tenu de ses revenus, aucune participation ne lui sera demandée. Dans ces conditions, le montant de son allocation mensuelle sera égal au montant du plan d'aide, soit 450 €.
- Alphonse et Madeleine sont mariés et âgés respectivement de 78 et 72 ans. Ils ont un revenu de 2 400 €/mois. Ils souffrent tous les deux d'une perte d'autonomie. Alphonse relève du GIR 2 et le montant de son plan d'aide est évalué à 760€. Madeleine est classée en GIR 4 et son plan d'aide est de 320 €. Pour déterminer le montant de leur participation, il faut d'abord calculer les ressources de chacun d'eux. Celles-ci sont égales au revenu du couple divisées par 1,7 soit : 2 400 /1,7 = 1 411,76 €. Dans ces conditions, la participation laissée à la charge d'Alphonse s'élèvera à : 226,28 €. Son allocation mensuelle sera donc de : 760 - 226,28 = 533,72 €. De son côté,

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Madeleine devra s'acquitter d'une participation de 95,28 €. Son allocation mensuelle sera donc de : 320 - 95,28 = 224,72 €.

Quelles sont les ressources prises en compte ?

Comme indiqué précédemment, lorsqu'un participation est demandée au bénéficiaire de l'APA, celle-ci est calculée en fonction de ses ressources. Certaines ressources sont prises en compte, d'autres non.

Les ressources prises en compte

- revenu déclaré figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non imposition remis lors de la demande d'APA ;
- revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125A du code général des impôts (faire le lien vers l'article). À ces revenus s'ajoutent les biens en capital qui ne sont ni exploités ni placés, censés pouvoir procurer au demandeur un revenu annuel évalué à 50 % de leur valeur locative - pour des immeubles bâtis - et à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis (ces valeurs figurent sur les documents relatifs à la taxe foncière), et à 3 % des biens en capital. Toutefois, cette disposition ne s'applique pas à la résidence principale si elle est effectivement occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin, la personne avec qui il a conclu un PACS, ou ses enfants ou petits-enfants.

Ressources du couple

Dans le cas d'un couple, les ressources du conjoint, du concubin ou de la personne avec qui le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS) sont également prises en compte. Si l'APA est versée à l'un ou aux deux membres d'un couple résidant conjointement à domicile, les ressources de l'une ou des deux personnes sont calculées en divisant le total des revenus du couple par 1,7.

Les ressources exclues

En revanche, ne sont donc pas prises en compte dans le calcul du revenu servant à déterminer la participation du bénéficiaire de l'APA diverses ressources non déclarables ou non soumises à prélèvement libératoire. Il s'agit :

- de la retraite du combattant, des pensions servies au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et des pensions attachées aux distinctions honorifiques ;
- des pensions alimentaires, des concours financiers versés par les descendants ;
- des rentes viagères, à condition qu'elles aient été constituées en faveur du demandeur par un ou plusieurs de ses enfants, ou lorsqu'elles ont été constituées par le demandeur lui même ou son conjoint, pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie ;

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

- des prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité, de l'assurance accident du travail ou des prestations en nature dues au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- des allocations de logement, de l'aide personnalisée au logement et des primes de déménagement ;
- de l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail ;
- de la prime de rééducation et du prêt d'honneur ; de la prise en charge des frais funéraires ;
- du capital décès versé par un régime de sécurité sociale.

Selon quelles modalités est versée l'APA ?

L'APA est versée mensuellement à son bénéficiaire, au plus tard le 10 du mois pour lequel elle est servie. Cependant, une partie de son montant peut être versée selon une périodicité différente. Ainsi, sur proposition de l'équipe médico-sociale effectuée à l'issue de l'évaluation de la situation du demandeur, le Conseil général peut verser, en une seule fois, plusieurs mensualités de l'APA (dans la limite de 4 mensualités au cours d'une année). Cette possibilité est notamment ouverte dans le cas où l'achat d'une aide technique ou le financement de travaux d'adaptation du logement est nécessaire.

L'APA peut également, après accord du bénéficiaire, être versée directement aux services d'aide à domicile agréés ou autorisés qu'il utilise. Le bénéficiaire peut modifier à tout moment les conditions dans lesquelles il est procédé à ce versement.

Quels sont les avantages associés à l'APA à domicile ?

Lorsque le bénéficiaire de l'APA emploie et rémunère directement à son domicile une ou plusieurs personnes pour l'aider dans les gestes ordinaires de la vie courante, il est intégralement exonéré du versement de la part patronale des cotisations de Sécurité sociale. Ceci recouvre le montant à la charge de l'employeur pour les cotisations.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Annexe 3 : les conventions collectives et modes d'emploi

Même si l'emploi direct (gré à gré) représente toujours 80% du volume d'activités du secteur des services à la personne, 5 700 associations ainsi que 3 000 centres communaux d'action sociale (CCAS) s'y maintiennent et depuis 1996[2], on a pu constater l'arrivée des entreprises présentes au nombre de 4 000 fin 2007. Ces dernières (entreprises et associations) se structurent de plus en plus sous de grandes enseignes nationales qui jouent le rôle d'intermédiaire entre client et entreprise (ou association).

Les activités du secteur sont donc dispensées par l'intermédiaire de trois grandes formes de statut d'emploi : le prestataire, le mandataire et l'emploi direct. Ces modes d'emploi fonctionnent selon trois formes : le mode prestataire où la structure rémunère le salarié et facture au client un service ; le mode mandataire où la structure réalise la gestion administrative entre le salarié et l'employeur particulier, facturant le service sur le bulletin de salaire du salarié ; l'emploi direct (de gré à gré). Les relations de travail de l'emploi direct et mandataire sont régulées par la convention collective du particulier employeur. Les structures associatives prestataires sont régulées par la convention collective des Organismes d'aide à domicile ou de maintien à domicile ainsi que la convention collective de l'aide à domicile en milieu rural. Finalement les salariés des entreprises de services à la personne ne sont couverts par aucune convention collective.

Dans le prolongement des conventions collectives se trouve le droit à la formation. Chaque convention collective reconnaît ainsi certains diplômes. Pour ce qui est de l'aide aux personnes dépendantes, les diplômes de référence sont le diplôme d'état assistante de vie sociale (DEAVS) pour la CCN Organismes d'aide à domicile ou de maintien à domicile et le certificat de qualification professionnel d'auxiliaire de vie pour la CCN Particuliers Employeurs.

L'ensemble des activités de l'aide à domicile sont incluses dans les services à la personne. L'Agence nationale des services à la personne est un établissement public administratif, créé par le décret du 14 octobre 2005, en application de la loi du 26 juillet 2005. Elle est chargée de « promouvoir le développement et la qualité du secteur des services à la personne », sous la tutelle du ministère de l'Economie, de l'industrie et de l'emploi. Son activité consiste principalement à la diffusion d'informations. L'ANSP chapeaute donc l'ensemble des activités des services à la personne tel que définit de manière fiscale (cf. annexe 2). L'ensemble de ces activités – comprenant l'aide à domicile - peut être distribué par différentes structures que l'on peut différencier selon l'organisation, c'est-à-dire, l'intervention d'un tiers entre le fournisseur du service et le client, comme par exemple avec la présence

[2] Loi Barrot, accès à l'agrément pour les entreprises.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

d'associations, Centres communaux d'action sociales, entreprises qui correspondent à des intermédiaires. En absence de tiers, la situation est donc caractéristique de l'emploi direct. Cette première division ne recoupe cependant pas exactement les conventions collectives qui elles sont caractéristiques à la fois du statut d'emploi et du statut de l'employeur. Ainsi si le statut de l'employeur est associatif et le statut d'emploi prestataire, les relations employeur/employé sont régulées par deux conventions collectives en fonction de l'association, soit la convention collective nationale des aides familiales rurales et personnel de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR) du 6 mai 1970[179], soit la convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983. Agréée par arrêté du 18 mai 1983 JONC 10 juin 1983[180]. Dans le cas où le statut d'emploi est mandataire, quelque soit le statut de l'employeur –associatif ou entrepreneurial – ou si le salarié travaille en statut emploi direct, la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999. Etendue par arrêté du 2 mars 2000 (JO du 11 mars 2000)[181].est appliquée.

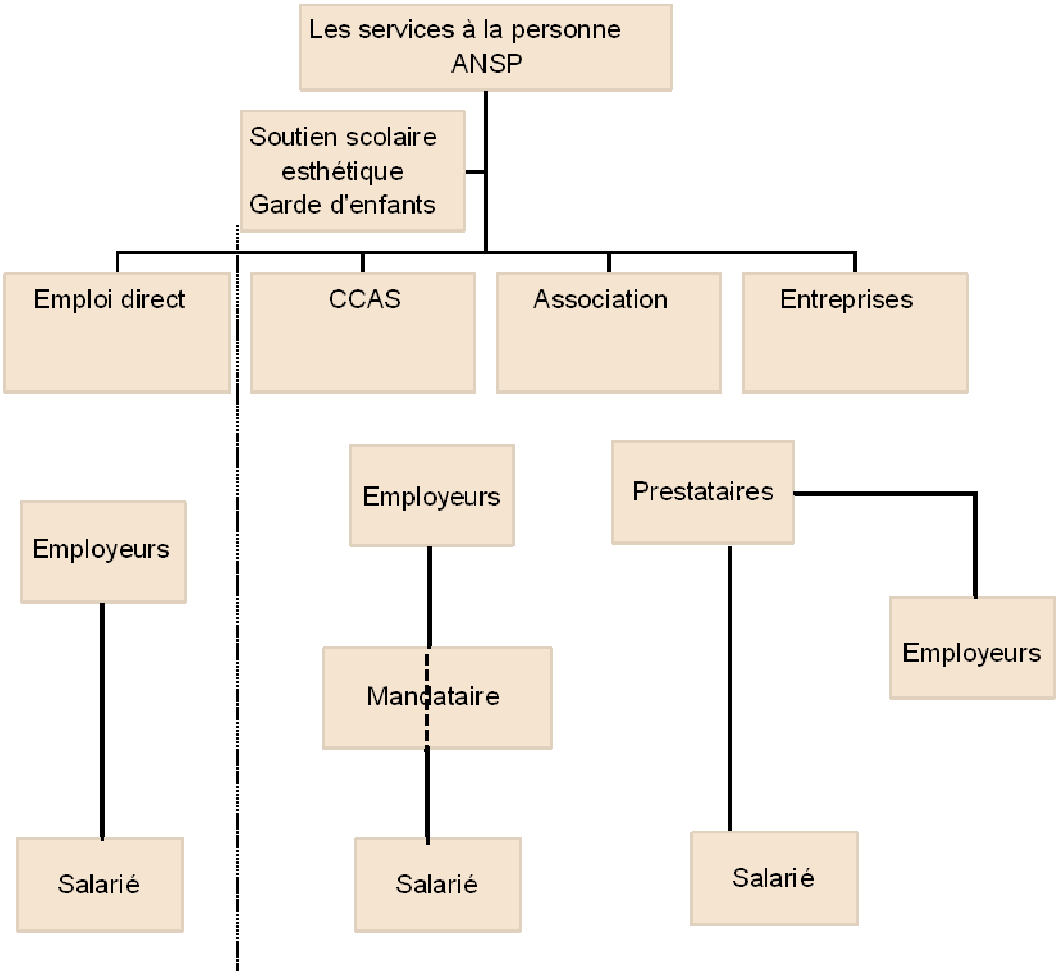
[179] L'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) est un réseau d'associations, représentée par 3000 associations locales qui emploient 52 000 salariés dont 36 700 aides à domicile et qui sont soutenues par 100 000 bénévoles.

[180] L'UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à Domicile, anciennement UNASSAD) compte 1 183 structures adhérentes dont 869 services d'aide à domicile, 224 services d'auxiliaires de vie et 215 SSIAD. 122 500 personnes y travaillent dont 80 000 dépendent du mode prestataire et 42 500 sont encadrées par les structures du réseau UNA dans le cadre mandataire.

[181] La DARES estime à environ 700 000 salariés intervenants à domicile dans le cadre des « emplois familiaux » - plus large que l'aide à domicile – le nombre de salarié travaillant au sein d'un service agréé (mandataire) ou directement recruté par la personne (gré emploi direct). Au total, la DREES évaluait donc à 500 000 le nombre d'intervenants à domicile dans le cadre du gré à gré ou dans le cadre d'un service mandataire n'ayant pas l'agrément qualité nécessaire pour intervenir auprès des personnes âgées (Credoc, 2005).

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Figure 17 : Les acteurs de l'aide à domicile



Une étude de la DREES réalisée auprès des bénéficiaires de l'APA évalue le statut d'emploi des salarié intervenant dans ce cadre (WEBER, 2006). Ainsi si on retient l'APA comme définition de la dépendance, on constate (Tableau 42) que 78% des allocataires ont recours à au moins un service sous statutintermédié, alors que 29% (au maximum) ont recours à un salarié en emploi direct. Par ailleurs, on constate que la convention collective du particulier employeur couvre entre 38 et 45% des interventions, alors que les deux conventions collectives associatives relatives au statut prestataire couvrent moins de 62% des interventions[182].

[182] Parmi les intervenants en prestataire, il faut compter les entreprises travaillant elles aussi sous ce statut.

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

Tableau 41 : Répartition des statuts d'emploi selon le niveau de dépendance

	Un service prestataire	Un service mandataire	Un emploi direct	Plusieurs services	*Total*
Gir1	44 %	13 %	29 %	14 %	***100%***
Gir 2	47 %	19 %	25 %	9 %	***100%***
Gir 3	53 %	16 %	23 %	7 %	***100%***
Gir 4	63 %	15 %	19 %	4 %	***100%***
Ensemble	***55 %***	***16 %***	***22 %***	***7 %***	***100%***

Enquête réalisée en novembre 2002
Source : enquête de la Drees auprès des bénéficiaires de l'Apa, 2003

Si on s'intéresse cette fois-ci au volume horaire, 46% des heures d'aide à domicile sont réalisées en mode prestataire, 18% en mode mandataire et 36% en emploi direct.

Tableau 42 : Répartition des heures d'aide à domicile pour les plus de 70 ans selon le mode d'emploi

Mode d'emploi	
Prestataire	**46**%
Mandataire	18%
Emploi direct	36%

Sources : Insee, Dares, Drees, Acoss, Ircem (CHARDON&ESTRADE, 2007) ; Calculs : CAS

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012

tel-00656226, version 1 - 3 Jan 2012