

Processus de rationalisation et qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Débats nationaux, coulisses locales

Rapport final sous la direction de Florence Weber (CMH)
Nicolas Belorgey (SAGE), Solène Billaud (CMH)

DREES - Juin 2013

Note de synthèse

L'enjeu de la recherche proposée était de mettre en rapport les diverses modalités du processus de rationalisation de la production de services d'aide aux personnes âgées dépendantes à domicile (en cours depuis les années 1980), et la qualité de leur prise en charge individuelle. L'ambition était de mettre en regard des monographies de services producteurs et des trajectoires individuelles de prise en charge. La recherche prenait la suite de deux autres recherches qui se sont terminées plus tard que prévu : une recherche sur les salariés de l'aide à domicile, qui a donné lieu à l'ouvrage collectif « Le salaire de la confiance » (Trabut et Weber, 2014) ; une recherche sur les territoires de l'action publique, qui a donné lieu à un rapport sous la direction d'Agnès Gramain et Florence Weber (Gramain, Weber et al., 2012).

Nous savions qu'il était impossible de parler, d'un point de vue sociologique, de « qualité de la prise en charge » sans examiner les trajectoires individuelles de personnes suivies. L'unité d'analyse est alors la monographie de prise en charge, envisagée dans sa temporalité, comme une succession de moments de routine (à domicile ou en institution, avec une combinaison variable d'aide informelle et d'aide professionnelle) et de moments de crise (lors desquels la définition du « problème » change et avec elle, les modalités de la prise en charge, à l'occasion par exemple du décès d'un aidant informel, d'une nouvelle intervention d'aidants professionnels, d'une hospitalisation, d'une entrée en établissement d'hébergement, etc.). Reconstituer la dynamique de ces trajectoires individuelles représente un coût d'observation très important, avant de comprendre quels sont les bons indicateurs qui permettent d'analyser la stabilité d'une prise en charge et les meilleures conditions possibles pour faire face à des moments de crise. Une première étape ethnographique a été effectuée dans deux publications (Weber, 2012 ; Trabut et Weber, 2014). En l'absence de tels indicateurs pour l'instant¹, nous avons dû nous restreindre à une étude des différentes définitions de la qualité à l'œuvre dans les milieux politiques et professionnels concernés.

Les processus de rationalisation de l'offre nous ont cette fois confrontés au problème de l'échelle pertinente d'analyse. Dans la mesure où nous ne disposions pas, au moment des recherches exposées ici, des résultats de la recherche sur les territoires de l'action publique,

¹ Nicolas Belorgey mène actuellement une recherche en ce sens, en reconstituant les trajectoires sanitaires et sociales de personnes âgées.

nous n'avions pas une vision claire de l'échelle à laquelle ces rationalisations étaient décidées d'une part, mises en œuvre d'autre part. C'est pourquoi nous avons choisi d'explorer deux échelles complémentaires à notre recherche précédente, qui s'était d'emblée placée à l'échelle départementale : l'échelle nationale, l'échelle locale, auxquelles sont consacrées respectivement la première partie et la deuxième partie de ce rapport.

I. Batailles autour de la qualité dans les débats nationaux. Un état des lieux en 2012

La première partie, « Batailles autour de la qualité : un état des lieux en 2012 », rédigée par Nicolas Belorgey, est consacrée à l'analyse des débats nationaux sur la qualité. La notion se laisse difficilement cerner. Autant elle fait l'objet d'usages nombreux et variés, autant il est difficile d'en trouver une définition précise et consensuelle. Dans la littérature, la qualité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie est souvent décrite comme multidimensionnelle. Ce flou conceptuel favorise des appropriations variées de la notion de qualité par différents acteurs nationaux. Elle constitue pour eux un enjeu de lutte. Ces acteurs ont été approchés à partir de sources publiques : articles de journaux consultés par mots-clés grâce à la base de données Factiva, sites web des institutions concernées, autres informations disponibles sur Internet. Par conséquent, les prises de position qui leur sont prêtées sont celles de leurs dirigeants. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de tous leurs agents. Par exemple, en ce qui concerne les associations ou entreprises nationales, il s'agit en général de leurs présidents ou porte-paroles autorisés (ou de ceux de leurs branches locales), non des salariés des structures concernées. Passons en revue les différents acteurs.

1) Les personnes âgées et leurs familles : l'autonomisation inachevée d'un groupe d'intérêt

Aux États-Unis, les personnes âgées constitueraient l'un des premiers groupes de pression du pays, parfois surnommé le « pouvoir gris » (Frinault 2009, p. 52). Il en va différemment en France où, par exemple, les associations représentant les personnes âgées et leurs familles sont beaucoup moins dynamiques que celles épousant la cause des personnes handicapées (Weber 2011, p. 37, 51). La représentation des personnes âgées s'est d'abord faite à travers les unions confédérales de retraités des grandes centrales syndicales (CGT, CFDT), signe possible de la plus grande influence des syndicats dans la vie politique en France qu'aux États-Unis. Les unions nées des grandes centrales syndicales ont d'abord centré leurs revendications sur le pouvoir d'achat des retraites, sans accorder d'importance spécifique à l'enjeu de la perte d'autonomie. Cette préoccupation première pour les retraites est illustrée par le « R » du « CNRPA », le Comité national des retraités et des personnes âgées, créé en 1982.

Lors de la consultation gouvernementale engagée en 2011 sur la question de la dépendance, le CNRPA se prononce en faveur d'un financement public de ce risque, ainsi que de la fusion des politiques à destination des personnes âgées et des personnes

handicapées, celles-ci étant initialement plus favorables à leurs destinataires du moins lorsqu'ils acceptent d'entrer dans des institutions spécialisées.

Après les personnes âgées proprement dites, les destinataires de la politique d'aide à l'autonomie sont leurs familles. Le mouvement familial apparaît particulièrement représenté par l'Union nationale des associations familiales (Unaf). Celle-ci a adopté une position plutôt dure en matière de politique de la dépendance, par rapport aux compromis qu'elle avait passé avec les gouvernements dans les années 1970 sur d'autres questions. Une question ouverte demeure de savoir si cette fermeté perdurera ou si elle jouera à nouveau le jeu de la légitimation croisée permettant un relatif contournement des syndicats.

2) Les offreurs de soins et de service : un secteur de plus en plus concurrentiel

Schématiquement, les intervenants auprès des personnes âgées dépendantes se répartissent, en-dehors des aidants familiaux, selon le type de prise en charge qu'ils effectuent, conformément au tableau suivant :

Tableau 1 : personnes intervenant auprès des personnes âgées dépendantes

Lieu de l'intervention	Type d'intervention	Types d'intervenants
Domicile	Aide	Intervenants à domicile (rémunérés ou non, si oui déclarés ou non, si oui employés en gré à gré, par des prestataires ou par des mandataires)
	Soins	IDE ² , AS ³ , autres paramédicaux, employés en SSIAD ou en libéral, kinésithérapeutes. Ponctuellement : paramédicaux de l'HAD, pompiers, SAMU, autres médecins (généraliste...)
Établissement	Hébergement	AS et ASH employés en EHPAD
	Soins	IDE, AS, autres paramédicaux, médecins, employés en EHPAD

NB : La partition des interventions à domicile entre aide et soin correspond à la situation actuelle et peut évoluer.

² Infirmière diplômée d'État.

³ Aide-soignante.

L'imbrication des tâches et des situations au sein des établissements permet de simplifier cette topographie quand on passe des personnes aux institutions, qui constituent le cadre où s'observent les pratiques de prise en charge (cf. tableau 2 : on passe de quatre à trois lignes et une institution peut employer différents types d'intervenants).

Tableau 2 : institutions impliquées dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Lieu de l'intervention	Type de prestation	Secteur institutionnel		
		Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Domicile	Aide	Ex : services dépendant de CCAS	Ex : association	Ex : enseigne nationale
	Soins	Ex : SSIAD	Ex : SSIAD ⁴	Ex : cabinet d'infirmières libérales
Établissement	Hébergement et soins	EHPAD	EHPAD	EHPAD

Peuplons à présent ce tableau en mettant, derrière ces catégories, des acteurs réels. On obtient à présent le tableau ci-dessous (cf. tableau 3).

⁴ Les 2/3 des SSIAD sont gérés par des organismes privés à but non lucratif (Bressé 2004).

Tableau 3 : Offreurs de soins et de service

Lieu de l'intervention	Type de prestation	Secteur institutionnel			
		Public	Privé non lucratif		Privé lucratif
Domicile	Aide	- CCAS - UNCCAS	- Associations, ex : ADMR, ADAPA, ADESSA, UNA	Représentation auprès des pouvoirs publics : Unioyss	- Sociétés de services à la personne : Adhap... - Assisteurs : IMA, Mondial Assistance SAP,... - Représentants : SESP, ANSP, AESP, fédérations nationales d'entreprises privées (FESP et FEDESAP) - Lien fréquent avec des mutuelles ou des assurances
	Soins	Ex : SSIAD	Ex : SSIAD		Ex : cabinet d'infirmières libérales
Établissement	Hébergement, aide et soins	- Services d'accueil des urgences (SAU), Unités de gériatrie aigue (UGA), Services de soin et de réadaptation (SSR), Unités de soins de longue durée (USLD), Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). - Représentant : FHF	- EHPAD - Représentants : FEHAP, Synerpa		- Cliniques, EHPAD, qui peuvent être gérés par : - Groupes internationaux : Korian, Orpéa, Medica - Petits établissements libéraux - Représentants : FHP, Synerpa

a. Le secteur privé non lucratif

Les acteurs de l'aide à domicile qui relèvent d'un statut de droit privé, à but non lucratif, se répartissent aujourd'hui en quatre grandes associations : UNA, ADMR, Adessa à domicile, FNAAFP/CSF. Ces associations sont relativement anciennes. Elles font état ces dernières années, au niveau local, de difficultés financières croissantes, assorties parfois de dépôts de bilan, dont la presse locale voire nationale se fait l'écho. Au-delà du simple constat comptable, un effet de ciseaux semble à l'œuvre, entre des dépenses qui croissent et des recettes qui ne le font pas autant. La croissance des dépenses est alimentée par une volonté politique, qui se manifeste de manière intermittente, de professionnaliser l'aide à domicile pour en accroître la qualité. Du côté des recettes en revanche, les responsables associatifs font état d'une raréfaction des financements publics, se traduisant par la fixation d'un prix de l'heure qui ne serait pas au niveau du coût de revient. Dans l'arbitrage entre promotion de la qualité et maîtrise des coûts, cette volonté antagoniste de la première insisterait plutôt sur le second terme.

Le secteur privé non lucratif est représenté au niveau national, outre les regroupements d'associations d'aide à domicile dont on a déjà parlé, par deux grands organismes : pour les établissements, par la Fédération des Etablissements Hospitaliers d'Aide à la Personne privés non lucratifs (Fehap), et en général par l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux (Uniopss), auxquels il faut joindre des mouvements plus ponctuels.

Les prises de position de la Fehap sont largement informées par sa situation d'employeur. De leur côté, celles de l'Uniopss vont toutes dans le sens, depuis 2003, d'une protestation contre le manque de crédits publics pour assurer le fonctionnement du secteur associatif, que ce soit en général ou plus particulièrement dans le domaine des personnes âgées, même si ces prises de position sont parfois assorties d'un *satisfecit* donné à un gouvernement qui irait dans le bon sens, mais pas assez loin.

b. Le secteur privé lucratif

A domicile, autant les structures privées à but non lucratif sont dans une position défensive, autant les structures lucratives sont dans une situation de conquête de marché. Mais que les premières n'aillent globalement pas bien ne signifie pas que les secondes se portent comme un charme.

Leur essor est surtout permis par la loi du 26 juillet 2005, initiée par Jean-Louis Borloo. Cette loi met aussi en place la procédure de l'agrément, qui représente un fonctionnement de marché, par opposition à celle préexistante de l'autorisation, qui répond à une logique de planification selon les besoins.

Les structures lucratives forment un ensemble en pleine évolution. Le nombre total d'organismes aurait presque triplé depuis 2006 puisqu'il s'établirait aujourd'hui à 28 600 environ. Ces prestataires sont regroupés en quelques grandes enseignes. Trois d'entre elles se distingueraient aujourd'hui par leur taille, chacune spécialisée sur un secteur : Acadomia pour le soutien scolaire, Adhap Services pour l'aide aux personnes « dépendantes », quel que soit leur âge, O2 pour l'entretien du domicile. La qualité des prestations apparaît comme un enjeu central du secteur, car celui-ci ne pourrait espérer se développer que si les destinataires ont confiance en lui.

On peut à ce stade formuler plusieurs hypothèses de travail, qui devront probablement être modifiées par la suite. La première est que l'arrivée des enseignes de SAP dans le secteur, relativement récente, résulte d'une volonté politique, cristallisée dans le plan Borloo, de passer d'un référentiel de planification et de financement public à un autre, de marché et de financement privé (ce qui n'empêche pas certaines catégories de la population de continuer à bénéficier d'aides publiques). La deuxième hypothèse est que, dans le secteur de l'aide à l'autonomie comme dans celui de la santé, les entreprises privées peuvent déployer des stratégies de conquête de marchés en se concentrant sur les segments les plus rentables de la population et en laissant les autres au secteur public. La troisième hypothèse concerne la qualité des prestations fournies. Il s'agit d'une variable difficilement observable, mais qui a une influence déterminante sur les coûts de production. Des services de qualité, par exemple en maintenant les mêmes intervenants au domicile d'une personne donnée plutôt qu'en en changeant en fonction du *turn over* d'une main d'œuvre mal payée, ou encore en assurant un niveau de formation élevé, coûtent nécessairement plus cher, voire beaucoup plus cher. Dès lors, dans un système de concurrence par les prix, comme il est possible qu'il existe en ces temps de reste à charge élevé pour les particuliers et de vaches maigres pour les budgets publics, il est tentant pour un producteur de fournir des prestations de basse qualité et à coût réduit, à condition bien sûr qu'on ne puisse lui en faire le reproche et donc observer cette faible qualité. C'est peut-être une des raisons de l'importance prise par les référentiels « qualité » dans le secteur, dont ils seraient un ultime garde-fou.

En établissement, le secteur semble en voie de restructuration plus avancée ; il constitue un marché profitable.

3) Les syndicats et les patronats

Les prises de position des différentes organisations peuvent être résumées dans le tableau 4 (cf. ci-dessous).

Tableau 4 : prises de position des syndicats et des patronats

	CGT	FO	CFDT	CFTC	Medef	Fepem
Gravité de la situation actuelle	Non	Non	Oui et non		Oui	
Décloisonnement des politiques du handicap et de la vieillesse	Oui		Oui	Oui		
Organisation du système						
Création d'une nouvelle branche de Sécurité sociale	Non (gestion par l'AM)	Non, (mais gestion d'un nouveau risque par l'AM)		Non (gestion par la CNSA)	Non (gestion par la CNSA)	
« Harmonisation » de l'évaluation de la dépendance		Un peu		Oui	Oui	
Dénonciation des acteurs privés	Oui	Oui		Oui		
Mesures ciblées						
Aide aux aidants		Oui		Oui	Déclarative	
Renforcement de l'APA		Oui			Non, au contraire	
Importance accordée aux questions de prévention		Oui	Oui		Oui	
Mode de financement						
Ajustement des financements publics en général	Hausse	Hausse	Hausse		Baisse	
Hausse de la CSG (hausse du taux)	Non		Oui	Oui	Oui, si on ne peut l'éviter	
Hausse de la CSG (alignement taux retraités sur actifs)	Non	Non	Oui		Oui, si on ne peut l'éviter	
Hausse de la CSG (élargissement d'assiette)				Oui		
Hausse des cotisations d'AM	Oui	Oui			Non	
2ème journée de solidarité		Non		Non	Non	
Hausse d'impôts généraux		Oui		Oui		Non
Prélèvements sur successions et donations			Oui			
Recours aux assurances privées	Non	Non	Oui, à la marge	Oui, en complément	Oui, essentiellement	Oui

Ce tableau permet de faire quelques prévisions sur les évolutions à venir. Selon toute vraisemblance, si ces positions demeurent stables, il n'y aura pas création d'une nouvelle branche de Sécurité sociale, chaque organisation la refusant, même si c'est pour des raisons différentes : la CGT et FO car ils lui préfèrent l'assurance maladie, la CFTC et le Medef car ils trouvent que la CNSA remplit ce rôle. De même, l'éventualité d'une nouvelle « journée de solidarité » est repoussée, aussi bien par le Medef que par les syndicats, même si c'est pour des raisons antagonistes. Par ailleurs, les partenaires sociaux demeurent essentiellement clivés sans qu'on puisse en supputer une issue sur : la gravité de la situation, la modulation à faire dans les financements publics, la façon dont se servir de la CSG, le recours aux

assurances privées, le sort à réserver à l'APA. Cependant, une alliance se dessine entre le Medef, la CFDT et la CFTC, cette fois à propos d'une hausse de la CSG et du recours aux assurances privées, qui rend ces éléments vraisemblables dans le futur. On peut également déduire des affirmations explicites des uns et des autres ou de leur absence d'opposition que des compromis devraient pouvoir émerger au sujet de : un renforcement de la prévention (qui permet de faire des économies et améliore la situation des personnes), des hausses d'impôts généraux (qui sont du ressort de l'État et que seule la Fepem semble rejeter clairement), une meilleure prise en compte de la situation des aidants (même s'ils divergent sur les façons de le faire), enfin une harmonisation nationale de l'évaluation des situations de dépendance (à ce sujet, l'opposition vient toutefois des départements).

4) Les partis politiques : un clivage intermittent

On ne peut pas trouver de clivage net entre le parti socialiste d'une part, les centres et l'UMP d'autre part, sur ces questions. Selon la période, le premier s'oppose aux autres ou marche dans leurs traces.

5) Les départements : conserver la maîtrise du dispositif, de ses ressources, de ses dépenses

Par rapport aux personnes âgées en perte d'autonomie, les départements font face à une double contrainte. D'un côté, ils n'ont pas intérêt à voir se développer des dépenses d'aide sociale, qui grèvent leur budget et sont conçus par une partie de leur électorat comme des dépenses superflues. De l'autre côté, alors que leur existence en tant que collectivité locale est périodiquement remise en cause, ils trouvent dans la gestion de proximité de cette politique une nouvelle raison d'être, et souhaitent donc la conserver. Logiquement, l'idéal pour eux serait que cette politique leur soit attribuée plutôt qu'à des organismes nationaux comme des caisses de Sécurité sociale, et qu'ils disposent à la fois de ressources importantes pour couvrir les dépenses et d'une liberté la plus complète possible pour effectuer celles-ci.

Les questions que nous venons d'aborder sont très politisées, non au sens où elles feraient l'objet de clivages clairs entre partis politiques, ce qui n'est pas le cas, mais au sens où les enjeux pratiques qu'elles soulèvent dessinent des lignes de clivage fortes, notamment à propos du niveau de financement public des personnes âgées en perte d'autonomie.

Afin de mettre en place une meilleure prise en charge financière des personnes âgées, des coalitions d'acteurs se sont ponctuellement formées, comme les signataires du Livre noir de la PSD. Ces coalitions regroupent des membres de divers milieux : personnes âgées, mutualité, associations d'aide... Elles ont parfois été relayées par des partis politiques, notamment le PS avec la mise en place de l'APA. Inversement, les mouvements d'opposition à l'extension de cette couverture ont aussi fédéré des acteurs variés : départements, partis de droite, entreprises d'assurance.

II. Dans les coulisses de la qualité. Une association locale d'aide à domicile (1967-2012)

Dans la deuxième partie du rapport, « Dans les coulisses locales de la qualité », Solène Billaud propose une étude des transformations, des années 1960 aux années 2010, de l'activité en direction des personnes âgées d'une association locale fédérée à l'ADMR. Elle montre comment les processus de rationalisation visant à améliorer la qualité du service ont transformé le fonctionnement associatif et les modalités de l'engagement des bénévoles dans l'aide à domicile aux personnes âgées.

La qualité est ainsi approchée par les outils mis en œuvre pour agir sur elle. Certains outils anticipent la relation et portent sur la sélection des salariés, dont on espère qu'ils auront intériorisé les normes de la « bonne » relation d'aide (critères de recrutement, diplômes, effort de normalisation par la formation...). D'autres visent plutôt à encadrer les salariés aussi bien que les clients en amont et en aval de la relation de face-à-face, en anticipant et en régulant les tensions (personnels et outils de l'encadrement organisé par la structure d'aide à domicile – cadres de terrain, bénévoles, cahiers de liaison, etc. –, appui sur les réseaux d'interconnaissance locale...). Ces outils sont portés à la fois par les services à domicile, qui les mettent en place et en pratique, et par les pouvoirs publics qui les encadrent, les normalisent et les financent en partie. Ils font aussi partie de ce qui détermine, pour les salariés de l'aide à domicile, la qualité des conditions de travail.

L'enquête a porté sur l'association locale d'une commune proche d'une ville moyenne de l'Ouest de la France, affiliée à la fédération départementale de l'ADMR. Par extension, elle a continué à deux autres échelles : au sein de cette fédération départementale, et, au niveau de l'encadrement intermédiaire, dans la « Maison des Services » (service déconcentré de la fédération sur le territoire) en charge de l'association locale étudiée. L'étude s'appuie sur des entretiens et sur des documents collectés lors de l'enquête. Elle montre comment l'association et, plus largement, la fédération étudiées sont marquées par des processus qui traversent le monde associatif (Hély, 2009) : naissance dans les années 1960 sur la base d'un bénévolat local, mise en place progressive d'outils de rationalisation comptable et gestionnaire (Marchal, 1992), diminution du pouvoir des bénévoles de terrain au profit d'un encadrement salarié et arrivée de nouveaux bénévoles « professionnels » de la gestion (Lazuech, 2006), passage d'une embauche des intervenantes par interconnaissance locale à un recrutement sur titres (Clergeau et Dussuet, 2005). Elle montre aussi comment les pouvoirs publics cherchent à faire survivre les grandes structures associatives d'aide à domicile implantées localement malgré les difficultés financières qu'elles rencontrent, accentuées depuis l'ouverture du secteur à la concurrence.

1) Processus de rationalisation...

L'association du Haut-Bourg⁵ est née d'une entraide locale entre personnes de milieux modestes, pour qui le statut associatif était avant tout un accès à la reconnaissance par les financeurs publics et parapublics (années 1960-1970). Les débuts du processus de rationalisation et de professionnalisation des salariées a été vécu sur le même mode, comme un moyen de percevoir certaines aides et d'avoir accès à certains fonds spécifiques (années 1980). Les bénévoles, très largement issus de professions d'exécution, étaient demandeurs de formations aux compétences techniques qu'ils ne possédaient pas, s'investissant dans l'apprentissage du maniement des outils de gestion tels que l'établissement de fiches de paie ou la tenue d'une comptabilité (années 1980-1990). La première vague de rationalisation passait donc par la formation des bénévoles comme relais d'encadrement multifonctions sur le terrain.

La seconde vague de rationalisation a été un temps de centralisation de la gestion, et de délégation des tâches techniques à des professionnels salariés, armés des diplômes correspondants (années 1990). A l'association du Haut-Bourg, cela s'est traduit par le retrait de certaines missions, comme la tenue d'une comptabilité par exemple (et, plus largement, tout ce qui relevait de la « fonction employeur »), ce qui a conduit à vider de sa substance, en premier, le poste de trésorier, remplacé par des comptables de profession employés par la Fédération. Il est demandé de « remonter des statistiques ». Les tâches et le temps de travail des aides à domicile sont de plus en plus cadrés et limités.

La troisième vague de rationalisation (années 2000) a poussé plus loin la technicisation des tâches de gestion et leur délégation à des salariés diplômés employés de manière centralisée. Le passage au tout-informatique au début des années 2000, puis la création d'une structure intermédiaire salariée entre la fédération et les associations pour faire face aux exigences d'efficacité gestionnaire liées à l'ouverture du secteur à la concurrence par la loi Borloo de 2005 (les Maisons des Services sont créées en 2007) ont fait décrocher les derniers bénévoles de l'« ancienne génération », majoritairement des retraités. Ces derniers, décrits comme des restes d'un ancien système associatif dépassé, peinent à recruter des successeurs. Ceux qui reprennent le flambeau, moins nombreux, répondent à un nouveau profil : jeunes retraités dotés de diplômes, ayant souvent occupé des fonctions d'encadrement ou de représentation durant leur vie professionnelle, ils transposent sur la scène associative des compétences en gestion qu'ils ont déjà pratiquées. Au contraire des anciens bénévoles, leur profil se rapproche plus de celui des salariés de la Fédération que de celui des clients de l'association. Les formations en direction des bénévoles portent alors sur des questions moins techniques que théoriques et généralistes, concernant la gestion des relations (par exemple, répondre aux familles), l'éthique (par exemple, l'accompagnement de la fin de vie), le droit (par exemple, les tutelles), la diffusion des connaissances médicales généralistes (par exemple, la maladie d'Alzheimer) ou la mise en place de projets « pilotes » ou jugés

⁵ Dans cette partie, tous les noms de personnes, de structures et de lieux ont été modifiés pour respecter l'anonymat des enquêtés.

novateurs (par exemple, l'aide aux aidants). Cette fois, l'établissement des plannings et des dossiers, ainsi que la réception centralisée des appels téléphoniques dans les Maisons des Services (qui se faisaient jusque-là dans les associations locales) contribue à vider de leur substance les charges de secrétaire, de chargés des plannings et de chargé des dossiers. Alors que la professionnalisation de la comptabilité avait été vécue par les bénévoles comme un soulagement face à des contraintes légales et administratives devenues trop complexes, ce changement a été perçu comme une dépossession injustifiée et contreproductive, un désaveu du travail et des compétences des bénévoles, puisqu'ils estiment que ces tâches ne nécessitent ni diplôme ni compétences techniques spécifiques. Au final, seul le rôle de président semble encore garder une grande partie de ses attributions.

2) ... mission de service public...

Même si certaines associations s'en sortent bien financièrement, comme celle du Haut-Bourg dans la fédération ADMR de l'Ouest, ou encore leurs concurrents directs de l'ACAD⁶, nombreuses sont celles qui frôlent la faillite. L'AIS⁷ a, par exemple, fait l'objet d'un coup de pouce du Conseil Général à la fin des années 2000, et semble avoir réussi à éviter la catastrophe en se positionnant sur le secteur du handicap et non plus principalement de l'aide aux familles. Quant à la fédération ADMR de l'Ouest, la convention de redressement financier qu'elle a signé récemment avec le Conseil Général et l'ARS pose la question de sa survie à court terme, alors même qu'elle est la seconde structure du département en termes de nombre d'heures effectuées. L'ouverture du secteur à la concurrence en 2005 a amené les associations à renforcer et à professionnaliser leurs structures d'encadrement intermédiaires, et celles qui fonctionnaient sur le bénévolat (ADMR, AIS) ont eu plus de mal à s'adapter aux nouvelles conditions du marché que celles qui fonctionnaient déjà sur un mode hiérarchique et reposaient fortement sur des salariés (ACAD). L'investissement dans la création de l'encadrement intermédiaire salarié a lourdement pesé sur les budgets des associations, et a accentué les difficultés financières qu'elles subissent. Elles ont par ailleurs le sentiment d'avoir perdu des heures d'intervention au profit de structures concurrentes. Dans le département de l'Ouest, cela se conjugue avec une nette réduction des plans d'aide attribués au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie par le Conseil général depuis la fin des années 2010, ce qui diminue les heures solvabilisées et influence la demande.

Cependant, si les pouvoirs publics territoriaux (Conseil général) et déconcentrés (Agence Régionale de Santé) tentent de sauver ce secteur associatif mis à mal par l'ouverture

⁶ ACAD : Association Concurrente d'Aide à Domicile. Cette association effectue le plus grand nombre d'heures d'intervention dans le département de l'Ouest et y est la principale concurrente de l'ADMR.

⁷ AIS : Association Issue de la Scission. Cette association concurrente est née en même temps que l'ADMR du Haut-Bourg, à la fin des années 1970, lors de la sortie du mouvement des AFR. Elle s'est spécialisée dans un premier temps sur l'aide aux familles, alors que l'ADMR du Haut-Bourg s'est d'abord spécialisée sur l'aide aux personnes âgées.

au marché, c'est qu'il remplit, sans que ce soit officiel⁸, une mission de service public dans certains domaines. En particulier, il assure les parts peu rentables du marché, comme l'intervention en milieu rural. Cette dernière implique des remboursements de frais de déplacement aux salariés plus importants qu'en milieu urbain ou périurbain, une spécificité peu prise en compte dans le tarif administré par le Conseil général. On comprend que les élus locaux, en particulier des communes rurales, sont également préoccupés par les difficultés financières que rencontre le secteur associatif. Dans un contexte de fermeture de services d'aide à domicile communaux (attachés aux Centres Communaux d'Action Sociale) et de report des heures vers les associations, ils ont intérêt à ce que ces dernières se voient confortées dans la mission d'assurer la continuité des services dans le temps et sur l'ensemble du territoire départemental.

3) ... *qualité de l'aide à domicile* ?

Peut-être est-ce là l'un des critères de la « qualité » de la prestation qui est spécifiquement porté sur les associations historiques, celui de prendre en charge les prestations non rentables du secteur. Pour le reste, elles sont soumises aux mêmes injonctions que les entreprises privées en matière de standardisation des tâches, de définition des frontières de compétences de chaque métier, de recherche de l'efficacité maximale du temps de prestation. Le modèle industriel étend son emprise sur l'aide à domicile. La définition de la qualité de la prestation qui s'est imposée met l'accent sur les compétences techniques et relationnelles des aides à domicile, dans les limites des tâches qui leur sont demandées. Les enquêtés considèrent au contraire que la qualité a baissé au cours des deux dernières décennies (et en particulier depuis les années 2000), puisque leurs critères pour la définir sont autres : ils prennent notamment le parti d'une prise en charge des personnes plus globale, où les salariés seraient capables d'étendre leur temps consacré au suivi et de faire quelques entorses aux limites de compétences pour « s'adapter à chaque situation ». Par ailleurs, ils regrettent l'accompagnement des bénévoles basé sur la proximité villageoise et le contrôle des salariés d'intervention par l'interconnaissance locale.

De même, malgré toutes les formalisations de la prestation, les tentatives de coordination entre les intervenants (cahier de liaison...), le contrôle des salariés sur le terrain (cadres de secteur, télépointage), l'encadrement de la relation d'aide sont décrits comme beaucoup plus difficiles que dans le passé. Les bénévoles comme encadrants de proximité, perçus par les clients sur le mode des pairs et des alliés, et par les salariées comme un accompagnement paternaliste bienveillant, ont cédé la place à de nouveaux modes d'encadrement de la relation. Les bénévoles associatifs, là où ils existent encore, restent de fait des interlocuteurs privilégiés vers qui les clients se tournent en cas d'urgence ou de réclamation. Les Maisons de Service de la fédération, prévues pour les remplacer dans ce rôle mais situées à une échelle intermédiaire, sont peu utilisées par les clients et sont perçues sur

⁸ En effet, l'ADMR de l'Ouest n'est pas reconnue d'utilité publique.

le mode de l'administration lointaine et impersonnelle. Si les bénévoles se montrent assez désabusés face aux transformations de la place qui leur est donnée dans la Fédération, les Maisons des Services sont également en difficulté, ayant du mal à travailler de concert avec les bénévoles et se faire reconnaître comme interlocuteur par les clients. En plus de la crise financière qui touche la Fédération de l'Ouest, c'est également une crise de l'encadrement, à tous ses niveaux, qui la met en difficulté. Le processus de rationalisation est, dans cette optique, décrit par les enquêtés comme peu efficace pour le contrôle de la relation d'aide.

Enfin, en termes de qualité de l'emploi, le discours des enquêtés est double. En comparant avec d'autres secteurs d'emploi et en prenant comme référence un travail salarié à plein temps, les conditions de travail des aides à domicile peuvent apparaître médiocres : salaires faibles, temps partiels imposés, temps de déplacements mal remboursés (Trabut, 2011). Cependant, ce n'est pas le principal discours que tiennent nos enquêtés. Leur point de vue, en retraçant en entretien l'évolution depuis les années 1980, est surtout celui d'une amélioration des conditions de travail : formations diplômantes, contrats de plus longue durée, annualisation du temps de travail et salaire fixe chaque mois malgré les fluctuations des heures, protection sociale des salariés, réduction des erreurs et fraudes par l'informatisation... Le processus de rationalisation est décrit comme ayant participé de l'officialisation de ces emplois, qui sont passés d'emplois d'appoint sans revendication d'un statut à une véritable profession. Le métier d'aide à domicile est alors présenté comme offrant des conditions plutôt meilleures que les autres emplois disponibles dans l'espace local pour les femmes de milieux modestes, en particulier la grande distribution et le secteur agricole.

En conclusion de cette partie, si les conditions de travail des salariés d'intervention se sont améliorées, les modalités de la prise en charge et du suivi des clients se sont radicalement modifiées : plus standardisées, de plus en plus confiées à des salariées, elles excluent peu à peu les bénévoles des responsabilités qu'ils occupaient. Face aux exigences croissantes des financeurs publics et parapublics et à l'ouverture à la concurrence du secteur de l'aide à la personne, la recherche de la qualité et de son affichage semble ne pouvoir se faire qu'au détriment de ce qui constituait historiquement le socle éthique et pratique de la qualité associative.

III. Conclusion

Ce rapport est donc consacré à l'exploration de deux échelles dont nous avons découvert l'importance relative au cours l'enquête sur les territoires de l'action publique que nous avons menée précédemment. Si l'échelle nationale est particulièrement visible dans le débat public, force est de constater que les acteurs nationaux ne maîtrisent pas dans leur diversité les situations locales qu'ils sont censés représenter. En revanche, et ce résultat conforte les conclusions de notre précédent rapport, il semble bien que les choses se jouent à la fois au niveau municipal (associations, Centres Communaux d'Action Sociale, élus) et au

niveau des relations entre acteurs locaux et départementaux (fédérations, conseils généraux), et peut-être à l'échelle régionale (notamment par le biais de l'Agence Régionale de Santé).

Pour se faire entendre, les acteurs de terrain doivent désormais disposer de relais à l'échelle nationale, dans la mesure où les conditions de la prise en charge des personnes âgées dépendantes sont discutées au Parlement et préparées dans les ministères et à la CNSA. Or l'échelle municipale, qui semble pourtant déterminante du fait de l'impératif de la continuité du service, envisagée principalement sur le plan spatial, ne dispose qu'exceptionnellement de relais nationaux. Si la remontée des informations et des besoins peut toujours s'effectuer par le biais des confédérations nationales, celles-ci, après avoir été soutenues par leur appartenance à ce qu'on a appelé la « société civile » à partir des années 1980, peuvent se trouver discréditées depuis les années 2000 au nom de nouvelles normes éthiques. A l'éthique sociale, soutenue à l'origine par des convictions religieuses ou politiques, tend à se substituer une éthique formalisée et plus généraliste, notamment à travers la diffusion du concept de « conflit d'intérêts », calqué sur la relation entre pouvoir de décision (politique), expertise (scientifique) et intérêts économiques. C'est pourquoi les acteurs locaux que nous avons rencontrés, notamment associatifs, ont cherché l'appui de sociologues qu'ils pensaient susceptibles d'être entendus à l'échelle nationale. L'absence de syndicats actifs des salariées, lié à leur faible dignité politique mais aussi à leurs caractéristiques sociales (des femmes plutôt âgées, plutôt issues de milieux modestes), le rôle difficile d'employeur militant, la mise en concurrence non seulement des associations avec les entreprises privées mais aussi des associations entre elles, ne contribuent pas à faire entendre la voix des professionnelles de l'aide à domicile. L'apparition d'un lobby de l'économie sociale et solidaire, quant à elle, a tendance à noyer la question des personnes âgées dans la question plus large du traitement de la « question sociale » où, cette fois, c'est la faible dignité politique des bénéficiaires (des personnes âgées éventuellement riches), au regard des autres « personnes vulnérables » (notamment les pauvres), qui joue en défaveur d'un secteur spécifique, largement rural et féminin.

Il est tout à fait surprenant que le secteur de l'aide à domicile n'ait pas bénéficié politiquement de l'émoi suscité par les 20 000 décès supplémentaires de la canicule de 2003. Le débat s'est alors focalisé sur deux acteurs : le secteur médical des urgences d'une part, les familles soupçonnées d'indignité morale d'autre part. Tout se passe comme si les transformations familiales, pourtant particulièrement visibles politiquement lorsqu'il s'agit de filiation et de sexualité, étaient restées ignorées dès lors qu'il s'agit de personnes dépendantes très âgées et d'aidants familiaux eux-mêmes âgés. Les femmes retraitées n'intéressent ni les acteurs économiques (contrairement à la « ménagère » de moins de 50 ans, elles ne sont pas de grandes consommatrices), ni les acteurs politiques, ni les syndicats. Ce sont elles dont la charge familiale est allégée par l'existence d'une aide professionnelle, mais elles n'ont pas la parole, contrairement aux personnes âgées dépendantes elles-mêmes, dont le désir de rester à leur domicile est périodiquement mis en scène dans les médias. L'arrivée d'un « pouvoir gris », lié aux évolutions démographiques prévisibles (vieillesse des *baby-boomers*) a des

chances de se faire sans les femmes, sauf si la voix des salariées de l'aide à domicile réussit à se faire entendre à l'échelle internationale.

Bibliographie

Bressé, S., 2004. « Les services de soins infirmiers à domicile et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 », *Etudes et Résultats*, n°350, Drees.

Clergeau, C., Dussuet, A., 2005. « La professionnalisation dans les services à domicile aux personnes âgées : l'enjeu du diplôme », *Formation Emploi*, n°90, p. 65-78.

Frinault, T., 2009. *La dépendance : un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, PUR.

Gramain, A., Weber, F., Bourreau-Dubois, C., Billaud, S., Lim, H., Xing, J., 2012. *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les dimensions territoriales de l'action publique*, rapport final, MiRe/DREES, BETA (univ. Lorraine), CMH (ENS/EHESS/CNRS).

Hély, M., 2009. *Les métamorphoses du monde associatif*, Paris, PUF.

Lazuech, G., 2006. « Les cadres et dirigeants de l'économie sociale et solidaire : un nouvel entreprenariat ? », *Formation Emploi*, n°95, p. 59-74.

Marchal, E., 1992. « L'entreprise associative entre calcul économique et désintéressement », *Revue française de sociologie*, n°33-34, p. 365-390.

Trabut, L., 2011. *Nouveaux salariés, nouveaux modèles : le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes*, thèse de doctorat de sociologie, Paris, EHESS.

Trabut, L., Weber, F., (dir.), 2014. *Le salaire de la confiance*, Paris, éditions Rue d'Ulm (à paraître)

Weber, F., 2011. *Handicap et dépendance : Drames humains, enjeux politiques*, Paris, éditions Rue d'Ulm.

Weber, F., 2012. « Être pris en charge sans dépossession de soi ? », *Alter*, vol. 6, n° 4, p. 326-339.