

Centre Maurice Halbwachs

(EHESS-ENS-CNRS)

Convention de recherche DREES

n°2011-2200361718

Processus de rationalisation et qualité de la prise
en charge des personnes âgées dépendantes.

Débats nationaux, coulisses locales

Rapport final

Juin 2013

Sous la direction de Florence Weber (CMH)

Nicolas Belorgey (SAGE)

Solène Billaud (CMH)

Sommaire

Introduction (Florence Weber, Nicolas Belorgey, Solène Billaud)	5
Bibliographie de l'introduction	8
Première partie : Batailles autour de la qualité dans les débats nationaux. Un état des lieux en 2012 (Nicolas Belorgey)	9
1. Les personnes âgées et leurs familles : l'autonomisation inachevée d'un groupe d'intérêt	10
2. Les offreurs de soins et de services : un secteur de plus en plus concurrentiel	14
a. Le secteur privé à but non lucratif	18
1) <i>A domicile</i>	18
2) <i>En établissement</i>	23
3) <i>Représentation</i>	24
b. Le secteur privé à but lucratif	27
1) <i>A domicile</i>	27
2) <i>En établissement</i>	38
3. Les syndicats : des divisions persistantes	41
a. La CGT	41
b. FO	43
c. La CFDT	46
d. La CFTC	48
4. Le patronat : réduire les coûts, marchandiser les services à la personne	50
a. Le Medef	50
b. La Fepem	55
Synthèse sur les syndicats et les patronats	57

5. Les partis politiques : un clivage intermittent	59
6. Les départements : conserver la maîtrise du dispositif, de ses ressources, de ses dépenses	62
Conclusion	64
Bibliographie de la première partie	66
Liste des sources de la première partie	67
Liste des tableaux de la première partie	68
Deuxième partie : Dans les coulisses de la qualité. Une association locale d'aide à domicile (1967-2012) (Solène Billaud)	69
Introduction	70
Qualité de la prestation, qualité de l'emploi et encadrement de la relation d'aide	71
Le temps du bénévolat et de l'aide sociale	72
Un effort de rationalisation administrative et comptable	74
1. Dans les coulisses de la qualité : enquête sur une association locale d'aide à domicile	75
a. Contexte et modalités de l'enquête	75
b. Accès au terrain et circulation de l'enquêteur	78
c. Des enquêtés qui prennent la parole dans l'enquête relativement aisément	81
2. L'association ADMR du Haut-Bourg : de l'aide familiale à l'aide aux « anciens »	83
a. Le changement d'affiliation d'une ancienne association AFR	83
b. Essor de la fédération et processus de rationalisation	85
3. Se donner les moyens de la qualité : comment avoir des professionnels compétents ?	87
a. Recruter et employer : des « filles valables » aux « perles »	87
b. Former : les injonctions paradoxales de la professionnalisation	88
4. Produire de la qualité (1) : organiser l'encadrement	92
a. Organiser l'encadrement : du bénévolat local aux Maisons des Services	93
b. Qui sont les bénévoles ?	94

c. Les Maisons des Services : un encadrement intermédiaire en difficulté	96
5. Produire de la qualité (2) : encadrer la relation d'aide	97
a. Encadrer les professionnelles : limiter les marges de manœuvre, fidéliser la main d'œuvre	98
b. Encadrer les professionnelles et les clients par la circulation d'information : le rôle central des bénévoles	99
6. Faire reconnaître sa qualité : se faire une place sur le marché de l'aide à domicile	101
a. Faire face aux concurrents dans l'espace local	102
b. Une association bien portante dans une fédération en difficulté économique	104
Conclusion	110
Processus de rationalisation...	110
... mission de service public...	111
... qualité de l'aide à domicile ?	112
Bibliographie de la deuxième partie	114
Liste des sources de la deuxième partie	116
Liste des encadrés, tableaux et figures de la deuxième partie	119
Annexes	120
Annexe 1. Sommaire du rapport « Territoires » (Gramain, Weber et al., 2012)	121
Annexe 2. Sommaire de l'ouvrage à paraître (Trabut et Weber (dir.), 2014)	125

Introduction

Florence Weber, Nicolas Belorgey, Solène Billaud

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 réalité 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 (décès d'un aidant informel, nouvelle intervention d'aidant professionnels, hospitalisation, 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 ; Xing, 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 « Territoires », 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 les deux échelles complémentaires à la recherche « Territoires », 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. Ces deux parties ont été confiées à Nicolas Belorgey et Solène Billaud.

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

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. Il faut d'abord remarquer que cette 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, ainsi que l'illustre l'exemple suivant :

« Selon la revue de la littérature, différentes notions ont été utilisées, souvent séparément, pour évaluer la qualité de soins dans les différents contextes. Elles ont été considérées comme une dimension à part entière ou comme un indicateur. Nous pouvons notamment citer: la satisfaction, l'empowerment, la qualité de vie, la santé perçue, l'état fonctionnel, le parcours de soins, l'adéquation de l'aide aux besoins. » (Ankri 2009)

De manière analogue, des études empiriques mettent en lumière un faisceau de critères qui signifient, quand on les regarde en détail, que la situation de la personne âgée peut être bien prise en compte, de son point de vue, ou bien que celui-ci est partiellement ignoré par les dispositifs collectifs dans lesquels elle doit s'insérer et qui ne lui accordent que des droits limités : par exemple, il faudrait pour assurer une prise en charge de qualité, étendre les plans de la simple aide ménagère à l'aide à la mobilité, à la préservation des liens sociaux ; il faudrait passer d'une simple catégorisation selon la grille Aggir à la détection des situations de fragilité en général, qui ne sont pas codées dans cette grille, et prévenir leur dégradation potentielle. Cependant, ces orientations dessinées pour une meilleure qualité de la prise en charge, si elles sont difficilement contestables sur le plan des principes, se heurtent généralement en pratique à une contrainte budgétaire. Par exemple, les plans d'aide peuvent fournir des aides ménagères, mais pas financer des auxiliaires de vie sociale qui passeraient du temps avec la personne ou l'aideraient en plus à aller voir ses amis habitant loin de chez elle. Ainsi, littérature comme études empiriques font émerger des descriptions du type : telle prise en charge est bonne parce que... X, cet X correspondant à la description d'un besoin de la personne auquel il a été correctement répondu ; ou encore : telle prise en charge n'est pas bonne parce que... Y, cet Y ayant comme horizon extrême les situations de maltraitance. Mais, de manière générale, il est difficile de trouver une définition solidifiée mettant en avant des critères incontestés et précisément définis de ce que serait une prise en charge de bonne ou de mauvaise qualité.

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-clé 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 aussi 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.

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 : naissance dans les années 1960 sur la base d'un bénévolat local, mise en place progressive d'outils de rationalisation comptable et gestionnaire, diminution du pouvoir des bénévoles de terrain au profit d'un encadrement salarié, arrivée de nouveaux bénévoles « professionnels » de la gestion, passage d'une embauche des intervenantes par interconnaissance locale à un recrutement sur titres. 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.

Ce rapport est donc consacré à l'exploration de deux échelles dont nous avons découvert l'importance relative au cours de l'enquête Territoires. 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 du rapport Territoires, il semble bien que les choses se jouent à la fois au niveau municipal (associations, CCAS, 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'ARS).

Bibliographie de l'introduction

Ankri, J., 2009. Evaluation de la qualité du service rendu aux personnes âgées vivant à domicile. Note méthodologique pour l'appel à projets 2009, Drees-CNSA.

Gramain Agnès, Weber Florence, Bourreau-Dubois Cécile, Billaud Solène, Lim Helen, Xing Jingyue, 2012, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les dimensions territoriales de l'action publique*, rapport final, convention MiRe/DREES, BETA (univ. Lorraine), CMH (ENS/EHESS/CNRS).

Trabut Loïc, Weber Florence (dir.), 2014, *Le salaire de la confiance*, Paris, éditions Rue d'Ulm, collection Sciences sociales (à paraître)

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

Xing Jingyue, 2014, « Les Services de Soins Infirmiers à domicile dans la décision de placement en institution », in Trabut Loïc, Weber Florence (dir.), 2014, *Le salaire de la confiance*, Paris, éditions Rue d'Ulm, collection Sciences sociales (à paraître)

Première partie

Batailles autour de la qualité dans les débats nationaux.

Un état des lieux en 2012

Nicolas Belorgey

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). Les mobilisations associatives et politiques reflètent à cet égard les mobilisations familiales : « On écoute encore moins les personnes âgées, grabataires et démentes, que les personnes handicapées ; quant à leurs proches, ils sont à la fois culpabilisés et épuisés pendant le temps relativement bref où ils sont confrontés à la dépendance ; une fois ce temps achevé par le décès de leur proche dépendant, ils cherchent à oublier. » (*Ibid*). Alors qu'en matière de handicap, l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) est un des principaux partenaires de l'État, au moins depuis la loi de 1975, il n'en va pas de même de l'organisme chargé officiellement de représenter les personnes âgées auprès des pouvoirs publics, le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA). 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. Comme le déplore en 1995 Maurice Bonnet : « Les partenaires sociaux, hormis la retraite, n'ont jamais pris en main, à la différence de l'Allemagne, les problèmes de perte d'autonomie (...). Ils ont défendu le camarade qui sortait de la boîte pour qu'il ait une bonne retraite (...). Mais on l'a laissé (...) au caritatif, à l'associatif, à l'aide sociale. »²

Cette préoccupation première pour les retraites est illustrée par le « R » de « CNRPA ». Cet organisme est créé par décret en 1982, sous la forme d'une instance administrative consultative placée auprès du ministre chargé des personnes âgées. Il comprend trois collèges, dont seul le 2^{ème} (16 titulaires) est formé de représentants des personnes âgées proprement dites. Celles-ci se retrouvent à égalité numérique avec des représentants de l'État (1^{er} collège, 8 titulaires) et des personnalités qualifiées (3^{ème} collège, 8 titulaires également). Le CNRPA est présidé de droit par le ministre des Affaires sociales, qui nommait aussi son vice-président jusqu'en 1995, date à partir de laquelle celui-ci est finalement élu. Parmi les membres du 2^{ème} collège en place en 2011, et parmi les membres du bureau, on retrouve nombre de personnes affiliés à des syndicats et siégeant en tant que telles. Le CNRPA est consulté par le ministre et peut aussi s'auto-saisir. Il anime également

² Cité par Frinault 2009 p. 55. Nous avons rencontré Maurice Bonnet dans ce texte à propos de l'UNA et de la CFDT.

le réseau des Comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA), placés auprès des conseils généraux par une loi de décentralisation en 2004.

Cette faible autonomisation des représentants des personnes âgées fait que ce sont souvent d'autres groupes qui, en priorité, se réclament de celles-ci. Un peu comme pour les patients, très mal représentés dans le système de soin, les personnes âgées apparaissent d'abord comme une justification entre les mains d'autres acteurs, même si ceux-ci peuvent effectivement agir en défense de leur cause. Par exemple, lors du deuxième gouvernement Chirac (1986-88), une conférence de presse est organisée à la Mutualité par des organisations syndicales de retraités, des fédérations nationales d'associations et des associations de personnes âgées pour réclamer la création d'un risque dépendance (Frinault 2009 p. 36). Les intérêts des offreurs de soins et ceux des personnes âgées apparaissent donc ici inextricablement liés, les premiers se faisant largement les porte-parole des seconds, en l'absence de représentation réellement autonome.

Une personnalité emblématique de cette situation est Maurice Bonnet. On a vu que sa trajectoire s'ancrait dans l'action syndicale à la CFDT et dans une fédération nationale d'associations d'aide, l'Unassad. Dès ce moment, il influence la politique nationale dans un sens favorable aux personnes âgées. Ses positions sont ainsi largement reprises dans son rapport de 1988 par Théo Braun, qui est aussi cadre à la CFDT et préside une association affiliée à l'Unassad. On peut noter les canaux détournés dans cette influence, puisque le commanditaire du rapport est Adrien Zeller, UDF et membre du gouvernement Chirac, mais alsacien comme T. Braun. M. Bonnet aurait également défendu la position, reprise par le projet Veil (1994), consistant à asseoir le financement la dépendance sur une hausse des cotisations d'assurance-maladie des retraités. Cependant, le CNRPA apparaît à cette époque divisé sur la question, au sein même de son second collègue, quant aux modalités précises du financement du 5^{ème} risque : la CFDT et la CGC souhaiteraient une hausse de la cotisation maladie sur l'ensemble de la population, tandis que la CFTC plaide pour une hausse de la CSG et que la CGT ne veut pas entendre parler de la création d'un nouveau risque. Cette division aurait contribué à l'échec du projet Veil.

M. Bonnet devient ensuite président du CNRPA (1995-2002). Il serait alors la cheville ouvrière du *Livre noir de la PSD*, ouvrage dénonçant les méfaits de celle-ci, signé par un ensemble de fédérations d'offreurs de soin publics et privés à but non lucratif (la FHF, la Croix-Rouge française, l'ADMR, l'Unassad, la Fehap, l'Uniopss,...) et d'associations représentant les personnes âgées et leurs familles (Unaf, France-Alzheimer). L'idée en aurait germé lors d'un débat avec Jacques Barrot à l'Assemblée nationale au moment du vote de la loi, où M. Bonnet aurait lancé au ministre « Je ferai un livre noir de la PSD ! », celui-ci ayant rétorqué « Faites-le gris, mais pas noir » (Frinault 2009, p. 86-7). Le livre fédérera finalement les oppositions à la loi et sera noir.

Le même type d'action semble reproduit avec le GR31, groupe de liaison entre les 31 organisations représentant les offreurs de soins et de services, les personnes âgées et les personnes handicapées qui siègent au conseil de la CNSA, et qui publie en février 2011 un « manifeste » déplorant que certaines dispositions de la loi de 2005 n'aient toujours pas été

mises en œuvre, comme la reconnaissance d'un droit universel à la compensation pour l'autonomie, quel que soit l'âge. Ce manifeste appelle également à remplacer la notion de prise en charge de la dépendance par celle d'aide à l'autonomie, à diminuer les restes à charge supportés par les familles, à renforcer les missions de la CNSA et l'influence des membres du GR31 sur celle-ci, enfin à financer le nouveau droit « sur les ressources de la protection sociale et de la solidarité », donc par des fonds publics plutôt que privés. Les « contacts presse » au bas de ce manifeste sont ceux d'Adessa à domicile, de l'ADMR, de l'UNA, de l'Uniopss, ainsi que notamment ceux de France-Alzheimer, de l'APF, du CNRPA.

En 2011, au moment du débat Bachelot sur la dépendance, le CNRPA apparaît sous un jour plus uni qu'en 1994. Il publie une note de 4 pages, en date du 21 juin 2011, qu'il affirme avoir élaborée dès 2007 et rappelée au gouvernement en mars 2011. Intitulée « compensation de la perte d'autonomie », elle se positionne d'emblée pour un décloisonnement entre les politiques du handicap et de vieillesse. Un préambule affirme que le CNRPA « s'inscrit dans le cadre d'un nouveau champ de protection sociale dédié à l'aide à l'autonomie des personnes » et « s'appuie sur la définition du handicap » de la loi de 2005, ainsi que sur un article du CASF (L.114-1-1) disposant que « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de la déficience, son *âge* [c'est nous qui soulignons] ou son mode de vie ». L'emploi du terme « champ » provient peut-être du souci de dépasser les équivoques des termes « risque » et « branche » qui donnent lieu à ce moment à controverses. La note détaille ensuite cette prise de position : d'un point de vue financier, le CNRPA demande une prise en charge « collective », « des moyens nouveaux devant être dégagés pour mettre fin aux charges importantes qui pèsent sur les personnes en perte d'autonomie et leurs familles » ; cette nouvelle prestation doit venir s'ajouter à celles fournies par l'assurance-maladie, par les assurances complémentaires individuelles et par les revenus de substitution ; cette prestation doit être financée « dans le cadre de la solidarité nationale. L'intervention des produits d'assurance collective ou individuelle peut être envisagée si elle est encadrée, labellisée et s'inscrit en complément des financements publics. » Le recours sur succession est également rejeté. La prévention devrait être améliorée. Les établissements et services à domicile d'aide et de soins devraient voir leurs moyens financiers renforcés. Il faudrait prendre en compte davantage les aidants. Les dispositifs PA et PH devraient converger. La note se conclut sur un appel à diminuer le reste à charge et à instituer un « reste à vivre décent pour la personne elle-même et son conjoint ». On peut cependant relever une ambiguïté dans cette note, au sujet des modalités pratiques d'octroi de la prestation, puisqu'il y est écrit qu'« en matière de gouvernance (...) le CNRPA est attaché à une gestion de proximité, une égalité de traitement territorial », ce qui ressemble à une motion chèvre-choux quant au rôle alloué aux départements, à mi-chemin entre leur gestion « de proximité » et les risques d'inégalités territoriale que celle-ci comporte. On peut aussi noter que le CNRPA reste flou sur ce qui divise les syndicats : faut-il augmenter la CSG, de quelle façon, etc.

Ainsi, en dépit de la faible combativité des bénéficiaires de la politique d'aide à l'autonomie des personnes âgées et de leurs familles, ainsi que de la relative dilution de leurs représentants parmi les membres du CNRPA et de quelques flous sur les mesures concrètes à

prendre, l'organisme les représentant officiellement en France prend une position très claire, et apparemment stable dans le temps, sur l'enjeu de la consultation en cours : financement essentiellement public, fusion des politiques vieillesse et handicap.

Après les personnes âgées proprement dites, les destinataires de la politique d'aide à l'autonomie sont leurs familles. En effet, les proches sont nécessairement concernés par ce qui arrive à leurs parents, qui se retrouvent plus ou moins dans le besoin, et aux besoins desquels ils doivent plus ou moins contribuer. La thématique des « aidants » s'est ainsi considérablement développée ces dernières années, soulignant le rôle des familles auprès des personnes âgées.

Le mouvement familial apparaît particulièrement représenté par l'Union nationale des associations familiales (Unaf). Créée par la loi Gounot (1942), républicanisée par ordonnance en 1945, cette association de loi 1901, reconnue d'utilité publique, est parvenue jusqu'à aujourd'hui, malgré quelques périodes difficiles, à fédérer les différentes composantes du mouvement familialiste (Minonzo & Vallat 2006, auxquels nous nous référons pour ce passage). Elle peut ainsi être analysée comme une forme de néo-corporatisme (Jobert 1988), dans le sens où elle fournit aux pouvoirs publics un interlocuteur qui participe à légitimer leur intervention dans le domaine des politiques familiales, et qu'ils participent à légitimer en le choisissant comme interlocuteur privilégié.

Le premier enjeu pour l'Unaf est la place de l'objet « famille » dans les politiques sociales. Celui-ci a longtemps bénéficié d'une conjoncture favorable. De sa naissance aux années 1980, l'Unaf repose sur une légitimité forte qui lui permet d'inspirer les pouvoirs publics et d'exercer un pouvoir de veto contre les décisions défavorables à la mouvance familialiste. La politique familiale occupe en effet une place importante à la Libération. La CNAF est alors une des principales branches de la Sécurité sociale naissante, avec 40% des prestations servies. La mouvance familiale trouve des relais importants parmi les partis politiques : non seulement au MRP qui est alors l'une des trois grandes forces politiques nationales, mais aussi à d'autres endroits comme au PCF. Enfin, vers la fin de cette période, après 1981, ces forces déclinantes sont partiellement remplacées, pour l'Unaf, par un lien privilégié avec François Mitterrand, président de la République. Ce lien lui permet de mettre son veto à l'adoption de politiques sociales qui, pour des raisons de différenciation des groupes sociaux et d'économies budgétaires, tendraient sinon à s'éloigner du principe d'universalité sur lequel est initialement assise la politique familiale. L'Unaf parvient ainsi à empêcher la remise en cause du quotient familial et la mise sous condition de ressource des allocations familiales.

La deuxième enjeu essentiel pour l'Unaf est celui de sa représentativité, face aux nouvelles formes familiales qui se développent et aux mouvements sociaux qui les accompagnent – féminisme, monoparentalité, homoparentalité, etc. Elle est ainsi contestée par ces mouvements dans les années 1970 et 1990 et perd peu à peu son pouvoir de proposition au cours des années 1980. Enfin, la configuration singulière de 1997 – majorité parlementaire de gauche et cohabitation rendant inopérante l'influence du chef de l'État sur

le gouvernement – permet aux pouvoirs publics de placer partiellement les prestations familiales sous conditions de ressources.

Le dernier élément qui permet de comprendre la position de l'Unaf est son instrumentalisation possible par les pouvoirs publics pour contourner l'opposition traditionnelle des syndicats. Cette configuration est apparue notamment dans les années 1970. Or, dans la réforme de la dépendance, l'Unaf adopte des positions très tranchées qui la rapprocheraient plutôt des syndicats et des partis politiques de gauche. Loin d'aborder les groupes de réflexion de R. Bachelot avec des propositions de compromis, comme elle le fit sous S. Veil ou afin de regagner du terrain face aux projets du gouvernement Jospin, elle reprend largement à son compte les demandes de ceux qui exigent une hausse des financements publics et font la portion congrue à ceux du privé. Elle excède en cela les positions du CNRPA.

Pourtant, N. Sarkozy semble avoir tenté de faire jouer au mouvement familialiste le rôle de cheval de Troie face aux organisations syndicales, qu'elle avait déjà endossé dans les années 1970. Ainsi, dans son discours lançant le débat au début de l'année 2011, il appelle les familles à jouer un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées. Dès lors, on peut poser deux hypothèses sur cette prise de position de l'Unaf :

- soit il s'agit d'une position reflétant une volonté de défense des intérêts familiaux, notamment ceux des aidants, relayée par nombre de ses membres ; cette position peut s'analyser comme une volonté renouvelée d'exercer un pouvoir de veto, dont l'avenir dira si elle en a les moyens politiques ;

- soit il s'agit d'une position qui sera appelée à évoluer dans le sens de son traditionnel corporatisme, c'est-à-dire à s'atténuer dans une optique de dialogue avec les pouvoirs publics permettant une légitimation croisée de chacun d'entre eux et des décisions prises ;

Ces deux positions peuvent également s'enchaîner dans le temps.

2. Les offreurs de soins et de services : 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 ³ , AS ⁴ , autres paramédicaux, employés en SSIAD ou en libéral, kinésithérapeutes. Ponctuellement : paramédicaux de l'HAD, pompiers, SAMU, autres médecins (généraliste...)
Établissement	Hébergement	AS employés en EHPA
	Soins	IDE, AS, autres paramédicaux, médecins, employés en EHPA

NB1 : La partition des interventions à domicile entre aide et soin correspond à la situation actuelle et peut évoluer.

NB2 : Il est question dans ce tableau et les suivants d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) en général et non seulement de ceux d'entre eux qui, suite à la réforme du financement de 1997, ont conclu une convention avec les autorités compétentes, devenant ainsi des Établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Depuis cette réforme, au fur et à mesure qu'ils concluent ces conventions, les EHPA deviennent peu à peu des EHPAD, appliquant désormais la tarification tripartite soins / hébergement / dépendance. En 2005 puis dans ses rapports annuels de 2009 et 2012, la Cour des comptes déplore la lenteur de la diffusion du nouveau statut tarifaire. En 2007, cependant, 88% des maisons de retraite, 74% des USLD et 16% des logements-foyers, qui constituent les trois grandes catégories d'EHPA, sont devenus des EHPAD, soit un total de 67% des établissements et de 75% des capacités d'accueil exprimées en nombre de lits.

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 4 : on passe de quatre à trois lignes et une institution peut employer différents types d'intervenants).

³ Infirmière diplômée d'État.

⁴ Aide-soignante.

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 ⁵	Ex : cabinet d'infirmières libérales
Établissement	Hébergement et soins	EHPA	EHPA	EHPA

Peuplons à présent ce tableau en mettant, derrière ces catégories, des acteurs réels. On obtient à présent le tableau ci-dessous (cf. tableau 3). Chacune de ses cases est ensuite reprise et détaillée dans le texte.

⁵ 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	<ul style="list-style-type: none"> - CCAS - UNCCAS 	<ul style="list-style-type: none"> - Associations, ex : ADMR, ADAPA, ADESSA, UNA 	Représentation auprès des pouvoirs publics : Uniopss	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - EHPAD - Représentants : FEHAP, Synerpa 	<ul style="list-style-type: none"> - Cliniques, EHPAD, qui peuvent être gérés par : - Groupes internationaux : Korian, Orpéa, Medica - Petits établissements libéraux - Représentants : FHP, Synerpa 	

a. Le secteur privé à but non lucratif

1) A domicile

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 (cf. tableau 2).

Tableau 4 : Associations d'aide à domicile

Nom	Origine	Effectifs salariés en 2005	Regroupements (1)	Regroupements (2)	Effectifs salariés en 2012
FNAID	1917	7 500	A Domicile (2005)	Adessa à domicile (2010)	40 000
UNACSS	n.d.	2 600			
ADESSA	Années 1940	20 000			
ADMR	1945	65 000			105 000
UNA	1970	80 000			145 000 (*)
FNAAFP/CSF	1942	5 000			10 000
Total		180 100			300 000

Sources : DGAS *via* Cour des Comptes (2005, not. p. 313), sites internet des associations concernées, mise en forme personnelle.

(*) : Chiffres 2008 (les plus récents disponibles)

En 2012, le secteur présente ainsi un total de 300 000 salariés, les principales fédérations étant l'UNA et l'ADMR, avec respectivement 145 000 et 105 000 salariés. Ces chiffres croissent au cours du temps, vraisemblablement avec la population aidée, comme l'indique la variation du nombre d'heures effectuées par ces deux associations pour la période 2000-2004, recensée par la DGAS, ou encore les chiffres revendiqués par les associations sur leurs sites internet.

Ces associations sont relativement anciennes. Ainsi, l'ADMR a été créée en 1945 par deux militants du mouvement familial rural. Son site internet affiche une double préoccupation pour l'aide aux familles et pour le maintien de l'emploi rural. « Dès l'origine,

l'objectif est double : aider les uns dans les tâches quotidiennes, créer des emplois de proximité pour retenir les autres » (site web). Cependant, il est vraisemblable que cette seconde préoccupation ne se soit pas affirmée avant que l'exode rural et le chômage ne deviennent conçus comme des problèmes. Le sigle officiel « ADMR » (Aide à Domicile en Milieu Rural) date de 1976, mais l'association abandonne ce déroulé en 1998 pour se positionner désormais aussi sur les interventions urbaines. L'association se nomme aujourd'hui uniquement par son sigle et précise juste qu'elle serait « la référence du service à la personne ».

De son côté, l'Union nationale des associations de Soins et de Services à Domicile (Unassad), est créée en 1970. Son changement de nom en 2005 au profit d'Union Nationale de l'Aide (UNA) tient à des motifs communicationnels. Quelques trajectoires individuelles suggèrent des liens avec la CFDT et la mutualité, comme celles de Théo Braun, de Maurice Bonnet ou d'Yves Verollet. Le premier (1920-1994), ouvrier de profession initiale, finalement dirigeant du Crédit Mutuel d'Alsace, est aussi l'auteur d'un rapport officiel sur « les personnes âgées dépendantes » (1988) puis ministre chargé des personnes âgées du gouvernement Rocard (1988-91). A son cabinet travaillent alors des personnes comme Geneviève Laroque ou Laurence Dumont. Avant, il est à la fois président de l'Association Bas-Rhinoise d'aide aux personnes âgées, affiliée à l'Unassad, et cadre de la CFDT, dirigeant de la CRAV de Strasbourg.⁶

Maurice Bonnet (1925-2012), ouvrier de profession, cadre CFTC puis CFDT, président du CNRPA (1995-2002), est à l'origine du *Livre noir de la PSD* (1997) et d'un rapport préconisant la mise en place d'une allocation Handicap-Incapacité-Dépendance. Il est aussi longtemps président de l'Unassad.

Enfin, Yves Verollet, né en 1954, diplômé de l'IEP Grenoble, cadre à la Poste, adhérent de la CFDT dans l'Isère (1985), devient chargé des questions d'assurance maladie et de financement de la protection sociale à la centrale en 1996. Membre du Conseil économique, social et environnemental (CESE) depuis 2004, il participe aux travaux de celui-ci sur la dépendance (février à juin 2011). Il est aussi membre du Haut Conseil à la Famille et de la CNSA. En février 2012, secrétaire confédéral et « le référent dépendance de la CFDT », ⁷ il devient DG de l'UNA.

L'origine de la galaxie « Adessa », ainsi nommée par référence au latin *adesse*, « être à côté de », remonterait à la première guerre mondiale : « C'est à la fin du XIXème siècle que les petites sœurs de l'Assomption "inventent" l'idée d'aide à domicile... En 1917, Madame Henriette Viollet (1872-1960) fonde l'Association des surintendantes d'usine pour veiller au bien-être moral et matériel des femmes employées dans les usines d'armement. »⁸ Elle connaît ensuite une histoire à rebondissements, toujours marquée par son origine religieuse. En 1927, différentes associations créées sur ce modèle se regroupent en une Fédération Aide

⁶ Toutes les trajectoires des personnes citées dans ce texte sont reprises en détail dans l'annexe 1.

⁷ *La Correspondance économique*, 7/2/12.

⁸ Site web Adessa Île-de-France Sud.

aux Mères, qui deviendra en 1999 la Fédération Nationale Aide et Intervention à Domicile (FNAID), recensée comme autonome par la Cour des comptes dans son rapport de 2005. De son côté, « au début des années 1940 » indique le site internet d'Adessa, des membres du Mouvement Populaire des Familles (MPF), lui-même nouveau nom de la Ligue Ouvrière Chrétienne (LOC) créée en 1934, créent des Associations Populaires de l'Aide Familiale (APAF). A la fin de la guerre, le MPF et les APAF créent une Fédération Nationale des APAF, la FNAPAF. En 1973, des membres de la FNAPAF créent des associations spécialisées sur l'aide aux personnes âgées, les Associations d'aide à Domicile Aux Retraités (ADAR), qui se regroupent en FNADAR. FNAPAF et FNADAR fusionnent en 2001 et prennent le nom d'Adessa. La FNAID, de son côté, fusionne en 2005 avec un autre des réseaux recensés par la Cour des comptes en 2005, l'Union Nationale des Associations Coordinatrices de Soins et de Santé (UNACSS)⁹ pour donner une nouvelle fédération nationale, baptisée « A domicile ». Enfin, en 2010, Adessa et A domicile fusionnent pour donner une nouvelle structure, intitulée « Adessadomicile », qui revendique comme date de naissance celle de la Fédération Aide aux Mères (1927) et comme ancêtre fondateur Henriette Viollet (dont l'action remonte à 1917).

La Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire (FNAAFP) remonte à des activités mises en place en 1942 par, comme les APAF, des militants du MPF. Elle est créée formellement en 1954, par des militants des Associations Familiales Ouvrières (AFO), « prolongement des solidarités nées au cœur de la guerre »¹⁰ et liés au MPF. Les AFO se regroupent en 1959 sous la forme d'une Confédération Syndicale des Familles (CSF), qui se définit initialement comme étant « au quartier ce que le syndicat professionnel est à l'entreprise » et aujourd'hui comme « une organisation syndicale de défense des consommateurs et des locataires », déconfessionnalisée.

Bien qu'existant depuis longtemps, ces quatre regroupements d'associations 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. Parmi d'autres, on peut citer les cas de l'Association Mosellane d'Aide aux Personnes Agées (Amapa)¹¹, placée en redressement judiciaire en juillet 2012,¹² la section de Sens de l'UNA, qui ne parvient pas à sortir du déficit depuis trois ans,¹³ l'UNA du Coutançais, en difficulté depuis 2009,¹⁴ l'ADMR 29 (Finistère), la plus grosse du réseau national, fédérant à son tour 92 associations plus petites employant au total 3 700 salariés, qui dépose son bilan en juillet 2011,¹⁵ l'ADMR Périgueux, en liquidation judiciaire en novembre 2010,¹⁶ l'UNA de Dordogne, qui semble

⁹ Sur laquelle aucune autre information n'a pu être trouvée pour le moment.

¹⁰ Site web.

¹¹ Elle semble n'être rattachée à aucune des grandes fédérations que nous venons de voir, peut-être en raison du statut particulier des associations en Alsace-Moselle, mais cette différence ne change rien au problème.

¹² *La Croix*, 10/8/12.

¹³ *La République du Centre*, 15/12/11.

¹⁴ *Ouest-France*, 1/7/11.

¹⁵ *Ouest France*, 11/2 et 23/7/11.

¹⁶ *Sud-Ouest*, 24/11/10.

avoir aussi des difficultés,¹⁷ l'ADSA, une association de l'Essonne, qui serait en redressement judiciaire depuis août 2011,¹⁸ ou encore les huit associations œuvrant en Charente, qui seraient toutes en difficultés.¹⁹ A l'origine de ces ennuis, les liquidateurs invoquent – par définition – des erreurs de gestion de la part des dirigeants associatifs, le plus souvent des bénévoles. Ils sont suivis en cela parfois par les représentants syndicaux, CGT ou CFDT, ainsi que par des salariés qui se retrouvent sans emploi, et qui s'inscrivent dans la rivalité, classique dans le monde associatif, entre salariés et bénévoles. « Les présidents de Conseil d'Administration sont bénévoles et, même s'ils sont de bonne volonté, ils n'ont pas forcément les compétences pour gérer une telle structure. »²⁰ Ces représentants formulent parfois des propositions de reprise à leur compte de l'association.

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. Au niveau de l'État central, cette volonté est portée notamment par le ministère des Affaires sociales. Au niveau des partenaires sociaux, on peut signaler dans le même sens la signature d'une nouvelle convention collective (le 21 juin 2010), qui prévoit une revalorisation des qualifications et des salaires, même si celle-ci est légère. 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. Cette insuffisance de financement serait due d'abord à une volonté politique contraire à la précédente et se manifestant de manière concurrente avec elle. Au niveau de l'État central, cette volonté serait portée par le ministère des Finances et par la rationalisation financière visible dans les autres ministères. Dans l'arbitrage entre promotion de la qualité et maîtrise des coûts, elle insisterait plutôt sur le second terme. Il en découlerait notamment un report sur les collectivités locales d'un certain nombre de dépenses auparavant assumées par le niveau central, en particulier une part croissante des dépenses sociales. Les Conseils généraux quant à eux, disposent d'un certain nombre de marges de manœuvre pour répercuter plus ou moins fortement cette contrainte financière exogène sur les structures d'aides et de soin (Gramain & Weber 2012) : dans les calculs qu'ils font des coûts des structures, ils peuvent notamment jouer sur la manière dont sont affectées les charges communes et dont sont prises en compte les charges de personnel, notamment les taux d'encadrement et de personnel qualifié, ainsi que les frais de transport, point important surtout en milieu rural. Les exécutifs départementaux peuvent aussi solvabiliser plus ou moins fortement les personnes âgées dépendantes, à l'intérieur même des cadres nationaux réglementant l'APA. Si dans certains départements, les conseils généraux arrivent à jouer de ces différents paramètres, des transferts de l'État et des impôts locaux d'une manière qui reste viable pour les structures d'aides, dans d'autres ces structures voient leur ressources diminuer en-dessous de leurs coûts et se retrouvent en faillite. C'est

¹⁷ *Sud-Ouest*, 6/12/10

¹⁸ *Le Parisien*, 26/1/12

¹⁹ *La Charente libre*, 8/2/10

²⁰ CFDT Périgueux, cité par le journal précité.

l'écho de ces faillites, ou plus simplement celui de leurs difficultés financières, que répercute la presse.

Les responsables des structures ainsi en difficulté, cités par les journaux, formulent tous le même type de constat. Dans le Finistère, 80 salariés supplémentaires auraient été recrutés entre 2005 et 2008 afin de « venir en soutien » des 3700 salariés de l'association, et ceux-ci auraient par ailleurs été mieux formés et donc mieux rémunérés.²¹ « Entre les efforts colossaux demandés aux associations pour se moderniser et les remboursements tarifaires bloqués depuis quatre ans, on est au bord de l'asphyxie. »²² « L'enveloppe du Conseil général n'est pas extensible. »²³ « Les tarifs sont fixés par le département. »²⁴ « En 1997, l'aide à domicile rencontrait déjà des difficultés financières. Cela ne s'est pas arrangé. Les pouvoirs publics ont toujours considéré le secteur d'abord comme un gisement d'emplois à exploiter, en réduisant le coût du travail. Or la professionnalisation, que nous défendons, induit une augmentation des coûts ! La confrontation de ces deux logiques nous a enfermés dans une économie de la pauvreté. La moitié des salariés de la branche sont des "travailleurs pauvres", c'est inadmissible (...). En 2010, le réseau UNA a perdu 4000 emplois et 224 associations se déclarent en difficulté. Peu de plans sociaux ont été conduits, mais c'est parce que le turnover a permis de diminuer les emplois sans licencier : en ne remplaçant pas les départs ou en diminuant la quotité de travail par salarié. »²⁵ En effet, les salariés subissent de plus en plus les variations d'activité des structures qui les emploient, devenant plutôt que celles-ci les porteurs du risque inhérent à l'activité économique (Trabut 2013). « Si on rétablissait l'impôt sur les successions par exemple, nous n'aurions aucun mal à lever les fonds nécessaires pour financer le secteur. »²⁶ « C'est le paradoxe hallucinant des pouvoirs publics, qui nous ont dit de professionnaliser nos personnels et qui maintenant disent qu'on coûte trop cher. »²⁷ « Nos métiers souffrent d'un sous-financement de la part du Conseil général et de l'État »²⁸ mais « étant donné que l'État ne compense qu'à 30% les frais de l'APA, le président du Conseil général de Moselle, Patrick Weiten, estime ne pas pouvoir l'augmenter plus que ce qui a déjà été voté et reconnaît qu'il faut en France "un vrai plan Dépendance". »²⁹

Certaines associations transfèrent aux usagers le différentiel de coût : « On facture aux usagers le différentiel entre notre prix de revient (22,14 € de l'heure) et le tarif de remboursement du CG (20,64 €), explique Nadine Michaud, la directrice de l'Aapel [une association charentaise]. La plupart ont accepté." C'est interdit. "Mais si le conseil d'administration n'avait pas pris cette décision, on n'existerait plus aujourd'hui." »³⁰ « Notre

²¹ Yves Derrien, président de l'ADMR 29.

²² Philippe Rodriguez, président de l'UNA 91.

²³ Mireille Dupré, présidente de l'UNA Sens.

²⁴ Dominique Robine, président de l'UNA du Coutançais.

²⁵ Emmanuel Verny, directeur général de l'UNA de 1997 à 2011, dans *La gazette santé social*, 5/9/11.

²⁶ Idem, *L'Humanité*, 30/8/11.

²⁷ Hughes Vidor, président de Adessa à Domicile, dans *AFP*, 18/12/10.

²⁸ Jacques Maréchal, CGT Moselle

²⁹ *La Croix*, *op. cit.*

³⁰ *La Charente libre*, *op. cit.* Cette pratique est en effet interdite aux associations autorisées par les conseils généraux assurant des prestations.

coût de revient de l'heure, que nous facturons 20,48 €, est supérieur au tarif de l'APA versée par le CG (18,60 €). Le différentiel reste à la charge des bénéficiaires, qui ont tendance à être plus attentifs, car moins solvables. »³¹ Mais cela consiste en fait à tirer les ultimes conséquences de la raréfaction des financements publics relativement à l'augmentation du nombre de bénéficiaires : augmenter le reste à charge des ménages, et donc rendre moins effective la politique d'aide à l'autonomie.

Les responsables mettent aussi parfois en cause les organismes de protection sociale, autres financeurs de l'aide sanitaire et sociale à domicile : retards de versement de la Carsat en Dordogne, qui obligerait les associations à emprunter,³² baisse des subventions de cette caisse en Rhône-Alpes.³³ Enfin, ils évoquent les autres dispositifs d'aide et de soin comme autant de concurrents qui contribueraient à leurs difficultés. Pour certains, il s'agit du CESU, des « structures commerciales » (le secteur privé à but lucratif, cf. *infra*) et des auto-entrepreneurs.³⁴ D'autres indiquent que les organismes privés lucratifs « ne sont pas régis par une convention collective, contrairement à nous. Au sein de l'UNA, le temps de travail est modulé. Si une aide à domicile effectuée, par exemple, 80 heures de travail au lieu des 100 heures initialement prévues, elle est rémunérée sur la base de son contrat, soit 100 heures. »³⁵ Ou encore, du fait du CESU, « on perd les activités de faible technicité, celles qui nous coûtent le moins cher et qui nous font vivre. »³⁶

2) En établissement

Les établissements privés à but non lucratif représentent 26% de la capacité d'accueil des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), soit environ 178 000 places sur un total de 684 000.³⁷ A la différence des structures d'aide et de soin à domicile, nous n'avons cependant pas trouvé d'information plus précise sur leur historique ou sur leur présent. Les enquêtes EHPA de la Drees recensent certes le statut (public, privé non lucratif ou lucratif) des établissements, mais ses publications se réfèrent plus volontiers aux catégories relatives à la durée du séjour et au type d'hébergement : foyers-logement, maisons de retraite, unités de soin de longue durée (USLD). Le statut n'y apparaît qu'occasionnellement, comme une sous-catégorie des précédentes. Une approximation faite à partir des mêmes données permet d'estimer à 2800 environ le nombre d'EHPA privés à but non lucratif en 2007, soit 27% du total.

³¹ Elio Melis, directeur de l'Amapa.

³² Michel Antoine, président de l'UNA 24.

³³ *Le Progrès*, 3/8/12 ; contrairement à celle des départements, l'action sociale des caisses est facultative.

³⁴ Michel Antoine, *op. cit.*

³⁵ Mireille Dupré, *op. cit.*

³⁶ Dominique Robine, *op. cit.*

³⁷ [Prévoit 2009 sur enquête EHPA 2007, calculs personnels] Sur la différence entre EHPA et EHPAD, cf. *supra*, le commentaire du tableau n°1.

3) Représentation

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.

La Fehap est créée en 1936. Elle indique aujourd'hui regrouper deux grands courants : celui des congrégations religieuses, dont l'origine en matière d'hospices remonterait à un édit royal du 17^{ème} siècle ; celui de l'avènement du courant mutualiste en Europe pendant l'entre-deux-guerres, qui « se présente comme une alternative au "tout-marché" ou au "tout-État", qu'il juge pour l'un inégalitaire, pour l'autre peu efficient. »³⁸ La Fehap représenterait aujourd'hui 15% des lits et places des établissements sanitaires et 56% de ceux des établissements sociaux et médico-sociaux. Elle est présidée depuis 2008 par Antoine Dubout, qui dirige aussi depuis 2003 la Fondation de l'Hôpital Saint-Joseph. A. Dubout, né en 1947 d'un père ingénieur, est lui-même polytechnicien, ingénieur des Ponts-et-Chaussées. Il a été scolarisé notamment chez les pères jésuites (collège Sainte-Croix au Mans), et est également président de sociétés de financement immobilier, HLM et autres (depuis 1986).

La Fehap demande la suppression des « effets d'âge », c'est-à-dire de la frontière des 60 ans entre politiques du handicap et de la dépendance, « même si cela coûtera cher ». ³⁹ En matière de financement, elle est favorable à un dispositif en trois volets : solidarité nationale, assurances privées obligatoires, assurances privées facultatives. La Fehap semble surtout chercher à améliorer la productivité à budget constant : « Plutôt que de travailler sur une réforme aujourd'hui impossible à financer, il est préférable d'améliorer le système actuel et de se donner le temps de bâtir une réforme solide. C'est une position constante de la Fehap. Cela nous semble d'autant plus pertinent que la démographie nous offre quelques années de répit avant l'arrivée de la génération du baby-boom en situation de dépendance. Celle-ci interviendra vers 2025 ». Parmi les pistes d'amélioration immédiates, la Fehap recommande de développer la prise en charge à domicile, en Ehpad ou en « structures adaptées », beaucoup moins chère que dans les structures de court séjour (services dédiés aux soins aigus). Dans le même ordre d'idées, elle déplore le reste à charge important pour les personnes âgées, au motif qu'il « induit parfois des comportements pervers qui coûtent cher à la collectivité, comme l'hospitalisation plutôt que la prise en charge en Ehpad ». Enfin, de manière plus générale, la Fehap vante son modèle institutionnel : « un excellent mode de gestion parce qu'il combine les exigences du privé, c'est-à-dire une gestion la plus efficace possible, et les valeurs collectives ». Elle rappelle à cette occasion qu'il a été qualifié de « modèle invisible » en 2005 par l'Institut Montaigne (*think tank* libéral fondé par Claude Bébear, PDG d'AXA). Il serait en effet peu identifié dans les catégories statistiques et les

³⁸ Site web.

³⁹ Antoine Dubout dans *Acteurs publics*, 2/3/12.

dispositions juridiques, alors même qu'il constituerait une bonne alternative aux dysfonctionnements actuels, et qu'il serait beaucoup plus développé dans d'autres pays qu'en France (aux Pays-Bas par exemple, il représenterait 86% des structures). La Fehap s'est également prononcée, à la suite des études sur les renoncements aux soins pour motif financier⁴⁰, en faveur de l'inscription de l'absence de dépassements d'honoraires dans la liste des missions d'intérêt général et dans les critères permettant l'accès au financement public des établissements de santé.⁴¹

Représentant d'établissements de santé, la Fehap est aussi syndicat d'employeurs. Elle est même le seul à avoir signé la convention collective de 1951 qui assure au personnel des établissements sanitaires et sociaux des conditions de travail et de rémunération supérieures aux *minima* légaux.⁴² Or, elle souhaite dénoncer cette convention, ce qui aurait pour effet de faire s'appliquer les dispositions minimales du droit du travail, et a déclenché de nombreux mouvements de grève parmi les employés du secteur. Selon la CGT, la CFDT et SUD, qui soutiennent ces mouvements, le droit du travail standard serait inadapté aux conditions de travail de ces employés (astreintes de nuit et de week-end) et leur niveau de vie aurait déjà, malgré les avantages en termes de prise en compte de l'ancienneté dans les rémunérations ou de retraite, baissé de 25% en 15 ans.⁴³

L'Uniopss, quant à elle, est créée en 1947. Elle porte aujourd'hui, indique son site internet, « auprès des pouvoirs publics la voix collective des associations sanitaires et sociales. Présente sur tout le territoire au travers de 23 structures régionales (les Uriopss), et de plus de 100 fédérations, unions et associations nationales [dont les Restos du cœur, Emmaüs, la Croix-Rouge Française, Médecins du Monde...], l'Uniopss regroupe (...) 750.000 salariés, soit 75% du total [de l'emploi du secteur] ». Elle est présidée par Dominique Balmay. Celui-ci, né en 1939, est un haut-fonctionnaire qui a fait l'essentiel de sa carrière au ministère du Travail, dans les services mais aussi aux cabinets de Joseph Fontanet (1969-71) puis de Michel Durafour (1974-75), ministres centristes des gouvernements, respectivement, Chaban-Delmas et Barre. Il est aujourd'hui conseiller d'État à titre honoraire. Le secteur des personnes âgées n'est qu'un des 13 chapitres qui retracent l'action de l'Uniopss dans son rapport d'activité pour 2011, aux côtés de l'Europe, de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, de l'environnement économique et juridique de l'action associative, de l'enfance et des familles, des personnes handicapées, etc. Son délégué aux personnes âgées, Alain Villez, est gérontologue,⁴⁴ et co-auteur de plusieurs ouvrages à destination des professionnels de l'aide aux personnes âgées, comme *Adapter les établissements pour personnes âgées* (Dunod, 2005), ou *Pratiques professionnelles en gérontologie* (Dunod, 2007, avec B. Ennuyer parmi les autres auteurs).

⁴⁰ Irdes

⁴¹ *La gazette santé social*, 7/5/12.

⁴² Cf. notamment *La voix du Nord*, 22/5/12, *Presse Océan*, 11/6/12, *Ouest-France*, 6/7/12.

⁴³ *Le Progrès*, 23/3/12, *Ouest France*, 27/3/12.

⁴⁴ *La voix du Nord*

Les prises de position de l'Uniopss et/ou d'Alain Villez 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. En 2003, l'Uniopss « renouvelle son souhait que le dispositif de l'APA soit refondé dans le cadre d'un 5^{ème} risque, en tant que prestation universelle (...) pour toute personne en situation de handicap, quel que soit son âge ». En septembre 2011, elle manifeste à nouveau sa déception du report de la réforme. Le communiqué précise « du côté des EHPAD, on observe un taux de progression des dépenses [des recettes] de soin (...) très en deçà de l'évolution des charges. Face aux difficultés rencontrées par près de 1 100 établissements concernés par la convergence tarifaire, la ministre a annoncé un gel des effets de cette convergence.⁴⁵ Nous attendons de voir ce que la mesure recouvre exactement. » Initialement critique du rôle accru joué par les départements dans la politique de la dépendance, car cela l'écarte de la prise en charge universelle par la Sécurité sociale qu'elle appelle de ses vœux, l'Uniopss effectue en 2011 un rapprochement avec l'ADF, qui déplore aussi l'insuffisance du financement par l'État central.

En effet, le secteur privé à but non lucratif est également représenté dans certains collectifs qui se créent sur des questions ponctuelles. C'est le cas par exemple du *Livre noir de la PSD*, où il s'associe aux représentants des personnes âgées (cf. infra). C'est aussi le cas d'un ensemble d'associations qui, en octobre 2010, insistent pour être reçu par Nora Berra, secrétaire d'État en charge des Aînés du gouvernement Fillon III, à propos du financement des SSIAD, dont les 2/3 environ sont gérés par des structures privées à but non lucratif.⁴⁶ D'après la lettre envoyée après la rencontre à la ministre, les associations estiment que ces services sont « tributaires d'une dotation historique manifestement insuffisante ». Elles semblent avoir appelé les SSIAD à boycotter une enquête ministérielle sur leur activité – peut-être dans l'idée de leur appliquer des mécanismes de financement de type T2A. Elles écrivent désormais : « De manière à pouvoir lever l'appel à une suspension de participation à l'enquête que nous avons communiquée aux SSIAD, nous vous demandons que soient intégrés dans l'enquête les paramètres que nous avons relevés comme déterminants. » Elles insistent également pour participer au comité de pilotage de cette enquête. Ce collectif comprend, outre les quatre grandes associations d'aide à domicile au niveau national, quelques autres fédérations du secteur sanitaire et social (APF, Familles rurales, ...), les fédérations hospitalières publique (FHF) et privée à but non lucratif (Fehap), l'UNCCAS, l'Uniopss, et la Mutualité française.

⁴⁵ Dans le cadre de la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A), les activités sont demeurées rémunérées par l'Assurance maladie à un niveau plus élevé pour les établissements publics que pour les autres, en raison des charges spécifiques qui leur incombent, comme les obligations de service public, la recherche ou l'enseignement. Immédiatement, les fédérations représentant les établissements privés ont demandé que soit mise en place une « convergence tarifaire », c'est-à-dire la suppression à terme de cette différence de rémunération. Le sujet est politiquement très controversé.

⁴⁶ Bressé 2004. Le dernier tiers est géré par le secteur public.

b. Le secteur privé à but lucratif

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.

1) A domicile

L'arrivée de ces structures dans le secteur de l'offre d'aide et de soins à domicile est relativement récente. Alors que les associations précédentes remontent à la Première guerre mondiale ou à la Libération, et que les premiers pas d'une politique de soutien au maintien à domicile des personnes âgées datent approximativement du rapport Laroque (1962), les structures lucratives semblent avoir eu une existence plutôt discrète au moins jusqu'en 1987. Par exemple, les premiers rapports publics sur le vieillissement et la dépendance, jusqu'au rapport Braun (1986), sont plutôt proches des milieux associatif et syndical, les entreprises semblant absentes du paysage (Frinault 2009 p. 35-37). En 1987 en revanche, Philippe Seguin, ministre des Affaires sociales du gouvernement Chirac, souhaitant favoriser la création d'emplois (et la déclaration du travail au noir) dans ce secteur *a priori* protégé de la concurrence internationale et un peu à l'abri des variations de la conjoncture économique, que constituent les services à la personne, met en place des exonérations fiscales et sociales favorisant l'emploi déclaré en modes direct et mandataire.

Mais le véritable essor de ces structures est permis par la loi du 26 juillet 2005, initiée par Jean-Louis Borloo, avocat d'affaires et homme politique centriste, maire de Valenciennes, ministre de l'Emploi du gouvernement Villepin (« plan Borloo »). Jusqu'alors, l'activité des structures d'aide s'inscrivait juridiquement dans le cadre de la planification départementale des services sociaux et médico-sociaux. Selon cette planification, revue peu avant par la loi du 2 janvier 2002 (« 2-2 »), les structures doivent être autorisées par le Conseil général, selon une procédure définie dans le CASF. La structure doit être compatible avec le schéma départemental, l'instruction de sa demande fait l'objet d'un débat contradictoire, le CG fixe le tarif qu'il remboursera ensuite à la structure dans le cadre de l'APA. Le plan Borloo entend « simplifier » ces éléments. En plus de la création du CESU, mesure destinée aux particuliers, ce plan renouvelle la procédure dite de l'agrément (qui remonte à 1992⁴⁷), qui permet de contourner la lourde procédure de l'autorisation. Il faut distinguer l'agrément simple, qui suffit pour les services à la personne de base (jardinage, ménage...), de l'agrément « qualité », nécessaire pour pouvoir exercer auprès des publics « fragiles » : enfants de moins de 3 ans, personnes de plus de 60 ans, personnes handicapées ou dépendantes. La loi du 26 juillet 2005 dispose que les services titulaires de l'agrément

⁴⁷ CERC 2008, p. 10.

« qualité » peuvent délivrer des services de même nature que ceux autorisés par les départements. Comme l'écrit le CERC dans son rapport,⁴⁸ très proche de ce plan, « la procédure de l'agrément qualité, simplifiée par le plan de développement des services à la personnes de 2005, est plus rapide que celle de l'autorisation délivrée par le Président du CG. Cette simplification a facilité l'entrée des entreprises dans les activités de service auprès des personnes fragiles ». En outre, l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 ouvre aux structures un droit d'option entre la procédure de l'autorisation et celle de l'agrément qualité.

Cette dualité de mode d'existence juridique reflète deux inspirations différentes. La première, celle de l'autorisation, relève comme on vient de le voir d'une logique de planification départementale de l'offre de soin, sous contrôle du CG. Plus précisément, il s'agit d'ajuster l'offre aux besoins estimés de la population, en finançant cette offre sur fonds publics et avec des règles de fonctionnement proche du secteur public, ce qui entraîne également certaines contraintes : le CG développe avec les structures un « dialogue de gestion »⁴⁹ dans le cadre de la procédure codifiée par le CASF ; celles-ci doivent lui ouvrir leurs comptes ; le CG peut leur imposer en échange de son financement des décisions, en matière salariale par exemple ; il peut en fin d'année reprendre les excédents qui seraient comptablement constatés.

A l'inverse, la procédure de l'agrément fonctionne selon une logique beaucoup plus proche du marché et se positionne au niveau national (l'agrément est accordé en pratique initialement par les DDTEFP, aujourd'hui par les Direccte, donc en lien avec les politiques nationales). Elle définit des standards pour les services proposés, laissant ensuite la concurrence réguler le secteur. Elle semble fortement inspirée de la théorie économique néoclassique, pour qui l'optimum collectif doit résulter du fonctionnement marchand à condition que soient respectées les hypothèses du modèle, notamment l'homogénéité des produits. La délivrance des agréments simple et « qualité », s'analyse dans ce cadre comme une labellisation donnée par les pouvoirs publics, une autorisation de mise sur le marché. En contrepartie de cette régulation minimale, les pouvoirs publics laissent les structures complètement libres, sans regarder leurs comptes, leur imposer des décisions de gestion interne ou, surtout, reprendre leurs excédents. Il s'agit donc pour l'administration de mettre en place les conditions sociales du fonctionnement du marché, autrement dit on est en présence d'un marché socialement construit par l'action administrative.

De ce point de vue, les structures autorisées, qui bénéficient d'un tarif potentiellement personnalisé pour chacune d'entre elles, solvabilisé par les CG, et éventuellement supérieur à celui découlant de l'agrément, bénéficieraient du point de vue de la logique de marché, d'une rente, d'une distorsion de concurrence à leur profit. « La procédure d'autorisation met donc les organismes partiellement à l'abri de la concurrence. »⁵⁰

⁴⁸ CERC 2008, p. 45.

⁴⁹ IGAS et IGF 2010

⁵⁰ CERC 2008 p. 46.

Cette opposition entre logique de planification et logique de marché, qui porte une charge politique forte, est restituée ainsi par un rapport administratif récent, qui se garde d'ailleurs de trancher entre elles : ⁵¹

« Il faut rappeler qu'à l'origine les deux procédures répondent à des logiques différentes, d'ailleurs complémentaires plutôt qu'exclusives :

- l'une, celle de l'agrément, part d'une offre de services, existante ou à venir, s'assure que cette offre est à même de répondre qualitativement aux besoins des populations concernées ; c'est la demande qui régule l'offre, dont la puissance publique s'assure simplement de la qualité ;
- l'autre s'appuie sur un diagnostic des besoins sur un territoire, détermine le cadre des réponses possibles à ce besoin et sélectionne les opérateurs qui délivreront les prestations : c'est la logique de l'autorisation / tarification, qui s'inscrit dans une démarche d'action sociale et que conforte la loi HPST. »

Cette différence d'inspiration va de pair avec des conflits importants. D'après le même rapport, les CG seraient particulièrement attachés à la procédure d'autorisation, par opposition à l'introduction d'une logique marchande dans le secteur de l'action sociale, parce qu'ils estiment mieux contrôler la qualité de l'offre en passant par l'autorisation, enfin parce qu'ils se seraient largement investis dans la mise en œuvre de la loi 2-2, que la loi de 2005 serait venue perturber au nom d'une logique différente : non plus l'aide aux personnes mais de création d'emplois. A l'inverse, les services agréés protesteraient contre ce qu'ils percevraient comme une distorsion de concurrence. Des contentieux seraient en cours devant les tribunaux. La DGCCRF aurait envoyé aux CG une circulaire (du 1^{er} décembre 2008), cosignée avec la DGAS, la CNSA et l'ANSP⁵², leur demandant d'harmoniser les tarifs entre les deux types de structures. Les deux fédérations d'entreprises privées (FESP et FEDESAP) auraient saisi l'ADF d'une demande d'audience pour évoquer les problèmes de discrimination auxquels leurs membres seraient confrontés. Différentes institutions se seraient prononcées pour la suppression d'un des deux statuts à des fins de simplification : la Cour des comptes (2005, 2010) propose de ne maintenir que l'autorisation, l'IGAS (2009) que l'agrément. Dans leur rapport joint de 2010, l'IGAS et l'IGF se positionnent comme on l'a vu en faveur du maintien de la dualité juridique.

Il est à noter que la dualité du régime de fonctionnement ne recouvre pas celle du statut des structures : parmi les structures agréées, on trouverait non seulement des entreprises, mais aussi des organismes publics et des associations (cf. tableau 3).

⁵¹ IGAS et IGF 2010, p. 35.

⁵² L'Agence Nationale des Services à la Personne Agence (ANSP) est créée également dans le cadre du plan Borloo en 2005. Elle est rattachée au ministère des Affaires sociales et chargée de promouvoir la structuration de l'offre au niveau national.

Tableau 5 : organismes agréés en 2007 et 2012

Statut	Nombre en 2007	% en 2007	Nombre en 2012	% en 2012
Organismes publics	1 271	12	n.d.	n.d.
Associations	4 893	27	6 292	22
Entreprises	2 786	48	12 870	45
Autres	1 338	13	n.d.	n.d.
Total	10 288	100	28 600	100

Sources : ANSP 2007, cité par CERC 2008, p. 47 ; *La tribune de l'assurance* 1/7/12 ; calculs personnels.

Les structures lucratives forment un ensemble en pleine évolution. Un dossier de *La tribune de l'assurance*⁵³ indique ainsi : « Réduites de moitié en six ans, les enseignes Borloo – lancées à l'initiative d'assureurs, assistants ou banquiers – encore présentes opèrent leur mue pour gagner en efficacité et tenter d'équilibrer leurs comptes. Mais aucun modèle n'est encore apparu. » En l'absence de document public de l'ANSP en la matière, le recoupement entre ce dossier et le rapport du CERC (2008) permet de mettre en lumière certaines caractéristiques du secteur.

Le nombre total d'organismes aurait presque triplé puisqu'il s'établirait désormais à 28 600, avec une proportion d'entreprises stable (45% en 2012, bien que *La tribune* présente ce pourcentage comme en hausse). « Au contraire d'un mouvement de concentration attendu, on a eu droit à un foisonnement de prestataires ». Ces prestataires foisonnants seraient cependant 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 (36 M€ de CA), Adhap Services pour l'aide aux personnes « dépendantes », quel que soit leur âge, O2 pour l'entretien du domicile.

L'Adhap Services® (le sigle originel signifiant Aide à Domicile, Hygiène et Assistance aux Personnes) est créée en 1997 à Clermont-Ferrand par Dominique Lery, comptable dans une maison de retraite, et Jean-Claude Perreau, infirmier, sous la forme d'une entreprise. D. Lery explique ainsi avoir attendu cette date pour, grâce aux modifications législatives introduites par le plan Juppé (1996), pouvoir adopter un statut entrepreneurial plutôt qu'associatif et donc ne « pas dépendre du bon (ou non) vouloir d'un conseil d'administration ».⁵⁴ Cette « militante » avec un « combat pour l'équité chevillé au corps », qui aurait « beaucoup à apporter à l'entreprise » a ensuite développé sa structure pour lui donner une taille nationale grâce à un réseau de franchises (2001). Elle se présente aujourd'hui, à la faveur du plan Borloo (2005), comme une enseigne nationale de SAP, dotée

⁵³ Dossier du 1/7/12. Il est référencé dans la suite de ce texte comme TA 2012.

⁵⁴ *La Montagne*, 18 juillet 2011.

de l'agrément qualité, sur lequel elle insiste beaucoup dans sa communication institutionnelle (site internet, plaquettes, etc.). L'Adhap se positionne aussi sur le créneau de la formation des intervenants : aux différentes techniques (travaux ménagers, manutention...), aux différents types de handicaps (moteur, psychique, etc.). Par exemple, lors d'un comité de pilotage d'Handeo, une enseigne nationale promouvant la labellisation des structures d'aide à la personne dans le domaine du handicap,⁵⁵ où sont présentés les résultats d'une étude indiquant que les intervenants ne connaissent pas suffisamment les handicaps des personnes dont elles s'occupent, l'Adhap présente comme en réponse sa propre offre de formation en la matière.⁵⁶ Enfin, l'Adhap est aujourd'hui détenu majoritairement par Axa Assistance.

En effet, à la différence des associations, non lucratives, les enseignes sont insérées dans des liens de propriété et de financement qui les rattachent à d'autres secteurs économiques, comme les assistants, les mutuelles, les banques et les assurances. Une hypothèse pour expliquer cette configuration serait que ces sociétés financières tenteraient d'opérer une intégration verticale de leur filière, ce qui leur permettrait de diversifier leur activité, tout en maîtrisant un aléa essentiel pour elles : celui des coûts de production, si jamais elles devaient fournir des prestations d'assurance-dépendance en nature plutôt qu'en espèces comme c'est le cas aujourd'hui. Nombre d'enseignes ont ainsi été lancées à l'initiative d'assureurs et de banquiers, ou sont devenues contrôlées par eux après quelques années d'existence. En-dehors du cas de l'Adhap, on peut citer par exemple ceux de ViaVita, enseigne lancée par Crédit Agricole Assurances, de Mondial Assistance services, lancée par l'assistant du même nom, de Domiserve, contrôlé par Axa et par Dexia, de Bien-être Assistance, contrôlée par Europ Assistance et par Malakoff-Médéric, etc. (cf. tableau 4). Le secteur de l'assistance aux personnes représente ainsi un marché important pour les assurances : « L'assistance devient cœur de métier pour les assureurs, souligne Christophe Boutineau (cf. *infra*). Le développement des prestations en nature est en train de prendre une dimension supplémentaire. L'idée désormais est de proposer des produits d'assurance-assistance, c'est-à-dire des produits complets qui prennent en compte tous les besoins de l'assuré. »⁵⁷

On peut noter que certains organismes privés non lucratifs (vus dans la partie précédente) semblent aussi avoir voulu « prendre le train de la modernisation » en fondant leurs propres filiales sous forme d'enseigne de SAP, comme France Domicile, filiale de la Mutualité française, de l'UNA et de l'UNCCAS, présente sur le marché en 2007 mais disparue en 2012, ou encore Personnia, fondée en 2006 et liée à l'ADMR, au Crédit Mutuel et à l'AG2R.

⁵⁵ Handeo est créé en 2007 par un regroupement d'associations d'aide aux personnes en situation de handicap : Unapei, Fegapei, APF, Fédération des APAJH...

⁵⁶ Diaporama projeté au Comité de pilotage national « Formation » d'Handeo, Paris, 6 juillet 2012.

⁵⁷ TA 2012.

Tableau 6 : Enseignes de SAP en 2012

Nom (date de création)	Actionnariat	Informations / Evolutions marquantes	« Entreprises partenaires »	Nbr prestataires en 2012	CA 2012 en M€ (var. sur 1 an)
1) Importantes en 2012 (*)					
Séréna (1990)	- Initial : Caisses d'épargne, Maif, Macif, MGEN - en 2012 : IMA (100%)	- Déficitaire de 5,8 MF en 2010 - Rachat total par IMA (filiale des mutuelles). Michel Prioux.	Macif, Maif, MACF...	4780	1,2 (-21%)
Domical (2006)	Swiss Life, Garantie Assistance (filiale de Swiss Life)	- Fil-Assistance est mentionné comme un des 6 services qui « tire son épingle du jeu » par TA 2012	Assureurs, mutuelles, entreprises	n.c.	n.c.
CNP SAP (réseau Âge d'or service) / Fil-assistance services (2006)	CNP (65%), Fil-assistance services (filiale de CNP, dirigée par Christophe Boutineau, 35%)	- CNP et Swiss Life créent en 2012 une holding, Groupe Assurance, qui regroupe leurs activités d'assistance, Fil-assistance et Garantie assistance. Présidée par Christophe Boutineau (<i>Les Echos</i> 21/6/12)	CNP, Humanis, caisses de retraites, mutuelles..		
Fourmi verte (2005)	Familles rurales, Groupama, MSA (qui avait déjà une plate-forme propre : Présence verte)		La Poste SAP (depuis abandon sa propre offre), Société générale, Groupama, Gan, Réunica	600	2,6 (+52%)
Mondial Assistance	Mondial assistance		Assureurs, IP, mutuelles santé	4500	n.c.

services (2007)					
Bien-être Assistance (2006)	- Initial : Europ Assistance, Accor Services - en 2012 : EA (51%), Malakoff-Médéric (49%)	- Accor Services prend le nom d'Edenred - Sa participation est reprise par Meurthe-et-Moselle	Assureurs, banques, mutuelles, IP, promoteurs immobiliers	8000	11,2 (+14%)
ViaVita (2009)	- Initial : Crédit Agricole Assurances - en 2012 : 100% Pacifica		Crédit Agricole, LCL, Predica, Agricola prévoyance, Pacifica	650	8,5 (+18%)
Domiserve (2006)	Axa, Dexia Crédit Local (50/50 en 2012)	- Mentionné comme un des 6 services qui « tire son épingle du jeu » - Fait aussi une partie de son CA sur le CESU - Utilise la plate-forme d'Axa Assistance	IP, mutuelles, grande distribution, « groupes affinitaires, clubs de constructeurs »	6000	5 (+20%)
A+	Acadomia, Adhap services, Domaliance, Maisoning, O2, To Do To Day Particuliers, Viadom	Maaf	Acadomia (soutien scolaire), Adhap services (handicap et dépendance), O2 (ménage), mentionnés chacun par TA 2012 comme « poids lourds » dans leur spécialité		
Adhap (1997)	- Initialement : Dominique Lery (gestionnaire) et Jean-Claude Perreau (IDE) - Aujourd'hui : Idem, Axa Assistance (majoritaire).		Mondial Assistance	157	

Personia (2006)	- Initial : ADMR, Crédit Mutuel, AG2R - En 2012 : 100% Les Domiciliennes		ADMR, Crédit Mutuel, AG2R	3500	0,6 (n.c.)
2) Disparitions notables entre 2005 et 2012					
France Domicile (2005)	Mutualité française, UNA, UNCCAS	- Entrée au capital de la Macif, de la Matmut et du Crédit coopératif - Liquidation judiciaire en 2010			
La Poste SAP		Abandonne son produit, « Genius », qui était commercialisé dans les bureaux de poste, pour rejoindre Fourmi verte			
Macif SAP	Macif	Vraisemblablement regroupées aujourd'hui dans Serena <i>via</i> IMA			
Organisation Vie Pratique	Maif				
MGEN SAP	MGEN				
3) Autres enseignes					
Cardiff Services (2008)	Mondial assistance, BNP				
La Maison du Particulier Employeur	Fepem, IRCEM Prévoyance, IFEF				
Assistéo					

Sodexo					
Groom services	LCL				
GMF SAP	GMF				
Shopi services	Carrefour				
A Domicile Services	Adessa A domicile, DomPlus				

Sources : CERC 2008, TA 2012, sites internet des entités concernées, mise en forme personnelle.

(*) D'après TA 2012

Dans ce secteur en pleine évolution, plusieurs types de stratégies se dessinent. Ainsi, les enseignes qui « tirent le mieux leur épingle du jeu » seraient aussi celles qui feraient beaucoup du « B2B » (*business to business*) plutôt que de « B2C » (*business to client*)⁵⁸ : « le modèle B to B s'est avéré le seul gagnant » ; « les enseignes, qui s'étaient positionnées à l'origine uniquement sur le modèle B to C, se sont diversifiées vers le B to B. C'est le cas de Fourmi verte [une des 6 qui s'en sortiraient le mieux], qui tire aujourd'hui ses ressources à 90% du B to B contre seulement 10% du B to C. »⁵⁹ « En fait, les consommateurs (...) ne sont pas prêts à payer plus cher un service qu'ils peuvent le plus souvent obtenir par cooptation ou par petites annonces (...). La cible (...) ne doit pas être le consommateur final, mais plutôt des opérateurs susceptibles d'acheter les prestations en gros pour les intégrer dans une offre de services plus globale (compagnies d'assurance, assistants...) (...). Si l'assurance dépendance prend vraiment son essor, dans une logique de prestation en nature, plutôt qu'indemnitaire, alors les enseignes pourraient devenir rentables. »⁶⁰

Dans cette perspective, la presse spécialisée des assurances recense en matière de réussite économique « des tops et des flops » :

« Bien que les services dits "de confort" dominant toujours le marché, l'aide et le maintien à domicile des publics fragiles gagnent du terrain. D'autres en revanche, comme le ménage ou le repassage, pâtissent de la crise économique (...). Dans la catégorie du public fragile, l'assistance aux personnes âgées ou dépendantes domine sur toutes les autres prestations. Celles qui ont trait à la promenade des animaux domestiques, les soins esthétiques à domicile ou l'assistance administrative à domicile restent marginales. A contrario, la livraison de repas à domicile et l'accompagnement véhiculé en-dehors du domicile sont très demandés. "ViaVita, dans le cadre du nouveau contrat dépendance de Prédica, va intensifier son offre sur les services permettant le maintien à domicile des personnes dépendantes", indique Olivier Néel, directeur de ViaVita. »⁶¹

« Chez Domiserve, garde d'enfant et soutien scolaire, quels que soient les revenus, apparaissent comme le duo gagnant des SAP, observe Philippe Rambaud, directeur. Jardinage et aide ménagère sont davantage réservés aux CSP +.» Chez France Domicile, la palme revient ex aequo à l'entretien de la maison et à l'aide à domicile aux personnes fragiles. Même son de cloche chez Personia. »⁶²

⁵⁸ Les expressions « B2C » et « B2B » sont issues de l'informatique, et désignent des architectures matérielles et/ou logicielles permettant de mettre l'offreur en relation respectivement avec les consommateurs finaux de manière directe, ou avec d'autres entreprises. Par extension, l'expression « B2C » désigne ce qui est connu aussi sous le nom de « marketing industriel », c'est-à-dire le marketing à destination des professionnels, par opposition au marketing à destination du grand public. En fonction des cibles, les techniques utilisées sont différentes. Au niveau mondial, le chiffre d'affaire des échanges commerciaux entre entreprises serait supérieur à celui des échanges entre entreprises et particuliers.

⁵⁹ TA 2012.

⁶⁰ Michel Collombet, associé à Eurogroup Consulting, un cabinet de conseil investi dans le secteur, dans TA 2012.

⁶¹ TA 2012

⁶² *La tribune de l'Assurance*, 11/06/07.

La distinction utilisée dans la première citation, entre services « de confort » et « publics fragiles », semble correspondre à peu près aux modalités « simple » et « de qualité » de l'agrément revu par le plan Borloo. Elle est reprise sous cet abord économique plutôt qu'administratif par l'Association des Enseignes de Services à la Personne (AESP), fondée en 2007 par certaines enseignes nées dans la foulée du plan (11 sur les 15 existantes en 2007) et présidé par Christophe Boutineau, directeur général de l'une d'entre elles, Fil-Assistance (à la fusion de celle-ci en 2012 avec une filiale de l'assureur Swiss Life, C. Boutineau devient président de la holding qui en résulte, cf. tableau 4).

Comme les associations ou la Fehap, certaines enseignes ont des ennuis avec leurs salariés et avec les syndicats. Par exemple, un conflit éclate en 2011 entre le directeur de l'Adhap de Périgueux (franchisé du réseau Adhap national) et ses salariés, soutenus par la CGT. « Les frais de transport sont facturés au client mais ne nous sont pas reversés. Les plannings changent trois fois dans la journée. On nous demande de revenir travailler sur les jours de repos (...). On s'engageait auprès des gens pour qu'ils n'aient pas plus de trois personnes différentes, je connais un Monsieur qui souffre de la maladie d'Alzheimer qui a vu 17 auxiliaires en 2 mois d'intervalle », se plaignent notamment les salariés, qui parlent plus généralement de conditions de travail « infernales » et de « flexibilité poussée à l'extrême ». La plupart de ces éléments sont démentis par la direction.⁶³

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. « Le marché des SAP décollera essentiellement si trois conditions sont réunies : la confiance, la proximité et la qualité » estime ainsi Christophe Boutineau, président de Groupe Assuristance (cf. *supra*). La plupart des grandes enseignes insistent beaucoup sur leur « exigence de qualité ». La plupart se présentent sur leur site internet comme « une référence » ou « la référence » en matière de SAP et de qualité des prestations. Elles sont aussi engagées dans des programmes de certification de leurs prestataires, qu'elles rendent très visibles. Les enseignes « contrôlent la conformité et la qualité de leurs prestations et n'hésitent pas à sortir un prestataire de leur portefeuille si la qualité n'est pas conforme aux engagements pris. Fourmi verte a déterminé pour sa part cinq critères de scoring qu'elle suit tous les mois. CNP SAP référence ses prestataires en cinq niveaux de qualité. "Nous nous séparons de ceux qui ne tiennent pas leurs engagements", avertit Christophe Boutineau, président. "Plutôt orientés vers les associations, nous avons tendance à faire croître la part des entreprises privées", poursuit-il. »⁶⁴

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

⁶³ *Sud-Ouest*, 1/4/11.

⁶⁴ *TA* 2012, p. 3.

continuer à bénéficier d'aides publiques). Les buts de cette démarche peuvent être variés : création d'emplois, accroissement d'une productivité supposée plus élevée dans le secteur privé que dans le secteur public, limitation des dépenses publiques, ouverture de nouveaux marchés pour les entreprises privées. Le secteur de l'aide à la personne connaîtrait ainsi un mouvement analogue à celui présent dans les hôpitaux, ou dans d'autres secteurs de l'action publique (cf. la LOLF, la RGPP,...). Ce mouvement caractériserait tant le sous-secteur de l'aide à domicile que celui des établissements, du fait de la mise en place progressive, depuis 1997, de la tarification tripartite, qui permet d'étendre aux EHPAD (pour les parties « soins » et « dépendance ») le mécanisme mis en place pour les soins dans les établissements de court séjour par la Tarification à l'activité (T2A, 2002), la partie « hébergement » restant à la charge des personnes.

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.

2) En établissement

Le secteur des EHPA privés à but lucratif compte environ 1760 établissements, soit 17% du total.⁶⁵ Il est très concentré : quatre groupes totalisent près d'un millier d'établissements, soit plus de la moitié du secteur.⁶⁶ Parmi eux, trois groupes émergent particulièrement (cf. tableau 5).

⁶⁵ Enquête EHPA 2007, *op. cit.*

⁶⁶ Calcul en première approximation, faute de données complètes disponibles.

Tableau 7 : Offre en établissements, secteur privé à but lucratif, groupes de cliniques

Nom (année de création)	Dirigeants	Nature de l'offre	Zone d'implantation	Taille	CA en 2011, en M€ (variation)
1) Principaux groupes					
Orpea (1989)	Jean-Claude Marian	- maisons de retraite - cliniques de moyen séjour - cliniques psychiatriques	France, Belgique, Espagne, Italie, Suisse	393 établissements, 37 000 lits	1 425 (2012) (+15,5% sur 1 an)
Medica				200 établissements, 15 000 lits	632 (+17% sur 3 ans)
Korian (2001)	Rose-Marie van Lerberghe	- maisons de retraite - cliniques moyen séjour - cliniques psychiatriques	France, Allemagne, Italie	277 établissements, 22 000 lits	923 (+8,5% sur 1 an)
2) Autres groupes					
Générale de Santé	Daniel Bour (jusqu'en 2007)	Surtout court séjour		110 établissements (2012) 173 (2007)	1 014 (2012) 1 740 (2007)
Le Noble Âge	[cité par AFP 2006, téléchargé]				
Capio (1994)			Suède, Finlande, Danemark, Norvège, Royaume-Uni, France, Allemagne		
Vedici					
Clinique Développement					

Sources : *Le Figaro*, 28/3/12, *L'Yonne Républicaine*, 28/6/12, *L'Echo Républicain*, 5/7/12, *Investir*, 21/7/12, *L'Indépendant*, 13/8/12, *Dow Jones Newswires*, 12/9/12, *Le Point* 15/3/07, mise en forme personnelle.

Le groupe Orpea propose des maisons de retraite, des cliniques de moyen séjour et des services de psychiatrie. Le capital de cette société anonyme est détenu à 23% par son dirigeant, Jean-Claude Marian, et par sa famille, le reste se répartissant entre quelques investisseurs institutionnels (dont 7,3% pour la FFP, une société d'investissement détenue par la famille Peugeot) et le public (pour 53%). Le groupe est créé en 1989, et coté en bourse depuis 2002. Le journal financier *Investir* (21/7/12) résume ainsi une interview de J-C. Marian : « Le patron du numéro un européen de la prise en charge de la dépendance précise comment le groupe allait désormais, après des années de croissance effrénée, recueillir les fruits de ses investissements en extériorisant progressivement une rentabilité plus élevée et en rémunérant ses actionnaires. Le contexte réglementaire et immobilier n'apparaît plus comme une source d'incertitude. » Le PDG précise : « Aujourd'hui, dans un contexte de pénurie – il manquera dans les 5 ans entre 20 000 et 35 000 lits en institution, tandis que 10% du parc global en France est à rénover –, seul le secteur privé a la capacité d'investir ». En revanche, il refuserait de répondre aux questions des journalistes sur sa trajectoire personnelle, son rapport aux patients ou sa réussite financière.⁶⁷ Sa richesse personnelle serait estimée à 402 millions d'euros en 2011, soit la 123e place parmi les 500 plus grandes fortunes de France.⁶⁸

Le groupe Korian est dirigé jusqu'en 2011 par Rose-Marie van Lerberghe, ancienne DG de l'APHP (2002-2006) puis fondatrice et PDG de ce groupe. Elle aurait été contrainte de démissionner de ses fonctions à la suite d'une interview sur France 5 où, "piégée" par un journaliste, elle aurait révélé que les soignants ne voulaient pas aller dans son groupe en raison des conditions de travail.⁶⁹ En 2010, Malakoff-Médéric entre au capital de Korian pour 10%.⁷⁰

D'après une analyse de l'AFP faite en 2006, le secteur serait marqué par son éclatement, beaucoup d'établissements étant gérés par une personne physique, souvent un médecin, et par le mouvement de concentration qui s'y constaterait aujourd'hui au profit des grands groupes mentionnés, dont certains ont été introduits en bourse et voient le prix de leur action augmenter considérablement. Représentant un marché stable et promis à une bonne croissance, ils intéresseraient en effet beaucoup les gros investisseurs, trouvant par là le moyen de financer leur politique de croissance. Les financiers seraient d'autant plus intéressés qu'à partir de 2009 ils bénéficient d'un régime fiscal favorable : l'extension de la réduction d'impôt « Scellier » (du nom de l'homme politique centriste qui porta l'amendement correspondant en 2008) au secteur des résidences avec services (amendement Bouvard et Censi, deux députés UMP). « Depuis, ce produit spécifique dans le paysage de l'immobilier d'investissement s'impose comme une véritable alternative pour les investisseurs. La rentabilité d'un bien en résidence services est en effet habituellement plus élevée que celle offerte par un achat locatif en résidentiel classique. »⁷¹ Ce régime fiscal

⁶⁷ *L'Yonne Républicaine*, 28/6/12.

⁶⁸ *Challenges*, cité par *L'Yonne Républicaine*, *op. cit.*

⁶⁹ *Agevillage*, 12/12/11, en ligne. Ce magazine en ligne reprend les propos de la direction qui affirme qu'il n'y a aucun rapport entre l'interview et la démission de la présidente.

⁷⁰ *L'Humanité*, 4/1/11.

⁷¹ *La Tribune*, 19/7/12.

dérogatoire devrait être modifié au 31 décembre 2012 mais sans nécessairement prendre fin. Ce mouvement de concentration est observable encore aujourd'hui. Par exemple, en Eure-et-Loire, « six cliniques privées, ouvertes parfois depuis plus de cinquante ans, sont désormais tombées toutes dans l'escarcelle de groupes de dimension européenne », en l'occurrence Korian, Orpéa, Générale de santé, Capiro, Vedici, Clinique Développement.⁷²

On peut noter également un contraste fort entre d'une part le secteur de l'aide à domicile, où les entreprises s'implantent de manière irrégulière, avec des succès et des échecs importants, et d'autre part celui des établissements, qui semblent constituer un marché profitable.

3. Les syndicats : des divisions persistantes

L'ordre dans lequel ils sont présentés ici reprend une présentation classique (Mouriaux 1994). Le cas de la CFE-CGC n'a pas encore été abordé faute de temps et sera traité dans une prochaine version de ce texte.

a. La CGT

La CGT estime que les questions de perte d'autonomie ne doivent pas sortir du périmètre de l'Assurance-maladie. En effet, selon F. Dayan, son représentant pour ce domaine, « le risque d'individualiser la prise en charge de la "dépendance" est de faire sortir du champ de l'Assurance maladie les pathologies chroniques multiples qui concourent à l'installation d'une perte d'autonomie. Quand on sait aujourd'hui que ce que la Sécurité sociale appelle (...) les "affections de longue durée" représentent 61% de ses dépenses, on imagine tout de suite les "économies" qui pourraient être réalisées en sortant une partie de cette prise en charge de son domaine et en la faisant reposer sur une assurance "dépendance" ». ⁷³ C'est aussi pourquoi « dissocier le soin de l'hébergement ne nous paraît pas pertinent ». Il faudrait donc plutôt augmenter les financements dans le cadre de la branche Maladie, qui est aussi – en principe – historiquement contrôlée par les partenaires sociaux. Se référant au Conseil d'analyse stratégique (CAS), la CGT indique qu'il suffirait d'augmenter de 1 à 1,5 points la part du PIB consacrée à l'Assurance maladie d'ici 2025 pour financer ces nouvelles dépenses. On serait donc loin des « prévisions des Cassandre qui nous expliquent que c'est impossible face au dogme de la "réduction des déficits publics" ». Quant aux modalités de financement, Bernard Thibault, à l'issue de la conférence sociale lancée par F. Hollande à l'été 2012, s'est dit opposé à un recours à la CSG, au motif que 85% de

⁷² *L'Echo Républicain*, 5/7/12.

⁷³ *La « dépendance »*, 16/5/12, en ligne sur www.cgt.fr.

l'assiette de cet impôt serait formée de revenus du travail ou dérivés (pensions, indemnités chômage).⁷⁴ La CGT serait vraisemblablement favorable à des prélèvements obligatoires mettant davantage à contribution les entreprises.

La CGT dénonce aussi les acteurs privés qui bénéficieraient de l'isolement du nouveau risque. « Quand on parle d'assurance "dépendance", on voit poindre le nez des groupes d'assurance voyant là un marché juteux qui peut s'ouvrir à eux. »⁷⁵ Les acteurs privés seraient présents tant au niveau du financement de la perte d'autonomie qu'à celui de l'offre de prise en charge. « La séparation de l'hébergement et du soin a permis l'ouverture d'un marché très lucratif que certains qualifient même d' "or gris".⁷⁶ Plusieurs groupes dominent ce marché avec des taux de croissance annuels de leur chiffre d'affaire de près de 10% et une excellente rentabilité. » Dans la foulée, la CGT dénonce « les conflits d'intérêt avec les patrons, comme ceux de Korian qui après avoir dirigé des hôpitaux publics où ils ont fermé massivement des structures hospitalières (...) de long séjour, prenant en charge justement des personnes âgées dépendantes, se sont réorientées vers le secteur privé lucratif pour développer une offre de substitution à ce qui n'existait plus dans le secteur public. » Il s'agit d'une allusion à la trajectoire de Rose-Marie van Lerberghe (cf. *supra*). La CGT dénonce aussi une forme de collusion dans le capitalisme à travers les participations financières à ces groupes.⁷⁷

Enfin, la CGT milite pour la suppression de la limite d'âge entre politiques du handicap et de la dépendance. Cette limite aurait pour but de montrer que les personnes âgées seraient une charge pour la société. « La CGT récuse le terme dépendance des personnes âgées et parle d'aide à l'autonomie ; il n'y a pas lieu de faire de distinction entre les personnes en situation de handicap – jusqu'à 60 ans – et les personnes "dépendantes" – plus de 60 ans (...). L'ambition de la société doit être de redonner leur autonomie aux personnes qui ont perdu la leur, quel que soit leur âge et autant que faire se peut. C'est pourquoi nous parlons d'aide à l'autonomie et non de dépendance. Sur la base de cette conception, la CGT propose la création d'une prestation universelle de compensation à l'autonomie quel que soit l'âge. »⁷⁸

Cette triple prise de position (maintien dans l'assurance maladie, suppression de la limite d'âge, dénonciation des profits du privé), reprend une série de critiques formulées par la centrale syndicale à l'encontre de certains événements :

⁷⁴ AFP, 10/7/12.

⁷⁵ La « dépendance », *op. cit.*

⁷⁶ Allusion possible à (Némin & Lapart 2011) respectivement journaliste d'investigation et ancienne aide-soignante, ayant publié l'ouvrage portant ce nom. Celui-ci n'est pas le premier à dénoncer la « maltraitance institutionnelle » dans les maisons de retraite pour cause de recherche de profits financiers. Depuis plusieurs années, celle-ci fait l'objet d'une dénonciation par différents journalistes et ouvrages grand public. On peut citer notamment (Fernandez et al. 2006; Escribano & Cuny 2006; Prédali & Soubeyrand 2009), ainsi que les émissions *Les infiltrés* de David Pujadas, sur France 2 (2008), et *Là-bas si j'y suis*, de Daniel Mermet, sur France Inter, avec un reportage de Charlotte Perry (2009).

⁷⁷ F. Dayan, *Quand Peugeot Frères investit dans l' « or gris »*, 27/8/12, en ligne.

⁷⁸ F. Dayan, *Autonomie plutôt que dépendance*, 24/3/11, en ligne.

- Contre les propositions du Haut-Conseil à la famille relatives à l'aménagement des congés et du temps de travail afin de mieux concilier sphères familiale et professionnelle, qui seraient « des vœux pieux sans réelle incidence sur la vie des familles et des entreprises » et qui « présentent en outre le risque d'un éloignement des femmes de l'activité professionnelle (puisqu'elle sont les principales concernées) » ;
- Contre la « gouvernance » nouvelle de la Sécurité sociale prônée par N. Sarkozy lors de son intervention devant le CESE (2011), associant partenaires sociaux, État et départements, qui signifierait une dilution du paritarisme ;
- Contre certaines modalités d'organisation, en province, du débat national officiellement inauguré par ce discours, par exemple à Toulouse où la préfecture de Haute-Garonne et l'ARS n'auraient pas fait assez de place aux syndicats, puisqu'il aurait « fallu la menace de notre rassemblement pour qu'on invite une délégation du comité régional CGT à participer » ;⁷⁹
- Contre la CARSAT de Lyon qui aurait décidé, avec l'appui « des organisations patronales et de salariés, sauf la CGT », de limiter ses dépenses d'aide sociale⁸⁰ en les retirant aux personnes en GIR 6 et en faisant passer de 13 à 2 le nombre d'heures d'aide financées pour les personnes en GIR 5. Une manifestation aurait ainsi regroupé à Lyon « plusieurs centaines de femmes », salariées d'entreprises et d'associations du secteur de l'aide aux personnes âgées, « soutenues par des usagers et des familles des bénéficiaires ».⁸¹

b. FO

On peut trouver dans un tract de l'Union confédérale des retraités de Force ouvrière (UCR-FO) un résumé du positionnement de la centrale de Jean-Claude Mailly.⁸² Après avoir défini le phénomène de la dépendance et rappelé le montant du reste à charge après APA (600 ou 700 € à domicile et 1500 à 2000 € en Ehpad) ce texte procède en trois temps.

Dans le premier (« La dignité des personnes âgées ne se marchande pas ! »), il rappelle les problèmes rencontrés aujourd'hui et énonce les revendications. « Ce qui reste à charge des personnes âgées est trop lourd : il faut une hausse des aides et la prise en compte de toutes les dépenses. Il faut que les critères d'attribution de l'APA soient les mêmes dans tous les départements et ne dépendent pas des aides du CG. Il faut plus de place dans les établissements pour personnes âgées et un renforcement du taux d'encadrement des personnes résidentes. Enfin, l'entourage des personnes dépendantes a une charge de travail trop importante en cas d'hébergement à domicile. »

⁷⁹ Roger Lemouzy, secrétaire de ce comité, en ligne.

⁸⁰ L'aide sociale se partage en aide légale ou obligatoire, servie par les départements, et aide extra-légale ou facultative, servie à leur convenance par les caisses de Sécurité sociale.

⁸¹ Rappelons que ces bénéficiaires sont ceux qui relèvent des GIR 5 et 6.

⁸² *Dépendance : la dignité des personnes âgées est en jeu*, 5/9/11, en ligne.

Dans le second temps (« Comment améliorer le système ? »), le texte formule les propositions de la centrale. « La dépendance, c'est le plus souvent lié à des problèmes de santé... Seule la sécurité sociale peut y répondre ! Pour FO, il faut :

- élargir la prise en charge par l'assurance-maladie des actes des professionnels intervenant à domicile, ce qui suppose des salariés qualifiés, formés et rémunérés comme tels;
- renforcer le financement de l'APA;
- aider l'entourage des personnes dépendantes par des aménagements d'horaires s'ils sont salariés, par la création de structures de répit et par un suivi médical et psychologique;
- mieux couvrir les frais d'hébergement par les aides au logement;
- prévenir la perte d'autonomie par des actions d'information et de formation des aidants familiaux et de coordination avec les professions de santé. »

Dans le troisième temps, le texte aborde les questions de financement. Il se déclare en faveur d'un élargissement de la cotisation d'assurance maladie, qui aurait le mérite d'être universelle ou presque. « Une faible augmentation de la cotisation assurance-maladie et, pour les revenus non salariaux, le recours à l'impôt, est la voie à suivre pour FO (...). « FO récuse les hypothèses de financement par les seuls salariés et retraités. Non à la récupération sur succession ! Non à l'assurance privée obligatoire ! Non à la hausse de la CSG des retraités (...) ! Non à une nouvelle « journée de solidarité » qui reposerait uniquement sur les salariés ! »

Ainsi, on retrouve chez les deux organisations qui se sont séparées en 1946, schématiquement entre courants à l'époque majoritairement communiste d'une part, socialiste de l'autre, des positions proches. Elles semblent donc bien partager une « communauté de sensibilité [qui] n'empêche pas leurs divergences de vues et de stratégies » (Mouriaux 2008, p. 110). Elles se sont déjà positionnées de manière analogue sur les questions de protection sociale, par exemple en 1995 du côté du mouvement social hostile au plan Juppé sur les régimes spéciaux de retraite et sur l'Assurance maladie, et en 2003 contre la réforme Fillon reculant l'âge de la retraite et alignant progressivement le régime du public sur celui du privé. Cette prise de position commune les avait alors opposées à la CFDT et à la CFE-CGC (et en 1995 à la CFTC). La CFDT aurait à cette occasion perdu « plusieurs dizaines de milliers de militants ». ⁸³ On retrouve ainsi chez FO des points déjà mentionnés pour la CGT :

- Dénonciation du catastrophisme qui entourerait le débat : « les prévisions estiment que seulement 15% d'une génération atteignant l'âge de 65 ans deviendront dépendants. Un chiffre à ne pas négliger, mais qui atténue l'idée selon laquelle la question de la dépendance est la contrepartie de l'augmentation de l'espérance de vie

⁸³ *La Tribune*, 18/9/12.

et du vieillissement de la société. »⁸⁴ Et la centrale de citer une tribune dans *Le Monde* (8/1/11) de Claudine Attias-Donfut, directrice des recherches à la CNAV, faisant état de la « diminution probable du vieillissement démographique après la disparition des générations du baby-boom ». Idem pour le chiffre de 30 milliards d'euros avancés par le ministre du Budget, qu'il faudrait ramener à 8. « L'utilisation de chiffres tronqués, le recours à l'amalgame (personnes âgées = dépendants) et l'exagération du phénomène, ne sont pas sans rappeler la façon dont a été amorcée la réforme des retraites. Elle sert à répandre dans l'opinion un sentiment de peur et d'impuissance afin de mieux présenter, dans un second temps, des mesures impopulaires. »

- Dénonciation (par une section locale), de la « ruée vers l'or gris » du secteur privé. « Ces grands groupes capitalistes poursuivent leur politique de course à la taille par des rachats d'établissements (...). La ruée vers "l'or gris" est bien en cours. »⁸⁵
- Maintien des questions de perte d'autonomie des personnes âgées dans la branche Assurance maladie de la Sécurité sociale : « L'UDR-FO considère qu'une réforme pérenne basée sur les principes de la solidarité et de l'égalité, passe par la mise en place d'un cinquième risque au sein de la Sécurité sociale, dont la gestion serait confiée à l'assurance-maladie, dans le cadre d'une mission dévolue à la CNSA. » On note au passage que FO est moins tranché que la CGT puisque, s'il s'agit bien de maintenir le risque dans le périmètre de l'assurance-maladie, il est tout de même question d'un « cinquième risque » et la CNSA est reconnue dans son existence.

Positions corollaires :

- Critique du discours de N. Sarkozy lançant le débat de 2011 : « Il exclut de taxer davantage le travail pour financer. Tabou, vous avez dit tabou ? »⁸⁶ « Il a affirmé n'avoir pas "l'intention d'utiliser la dépendance pour privatiser insidieusement l'assurance-maladie". Aussi sûr que GDF ne sera pas privatisé... »⁸⁷ En effet, la dénonciation par FO des grands groupes privés s'inscrit dans un débat plus large sur la place des secteurs public et privé dans l'économie nationale et sur les mouvements de nationalisation – privatisation qui ont lieu en France depuis au moins la Libération.
- Sur le rapport Trillard (2011), demandé par N. Sarkozy au sénateur UMP de la Loire-Atlantique, et consacré aux questions de prévention : « Toutes les analyses développées par le rapporteur ne recourent pas les positions de FO, c'est une évidence, en particulier la deuxième proposition sur la prolongation d'activité

⁸⁴ « Dépendance et perte d'autonomie », *FO Hebdo* n°2971, 19/1/11, en ligne

⁸⁵ Citée par *L'Indépendant*, 13/8/12.

⁸⁶ « Perte d'autonomie : Sarkozy dépendant du privé », *FO Hebdo*, n°2975, 13/2/11, en ligne.

⁸⁷ *Ibid.*

professionnelle ! Mais l'accent mis en général sur la prévention est intéressant et méritait d'être livré à la réflexion de nos camarades. »⁸⁸

Ainsi, bien que la seconde soit plus nuancée et fasse davantage procéder son analyse de la situation des personnes âgées elles-mêmes, la CGT et FO adoptent des positions très proches.

c. La CFDT

A la différence de la CGT où la question de la succession de Bernard Thibault n'est pas encore tranchée, à la CFDT celle de François Chérèque l'est. Le successeur pressenti est Laurent Berger. Il est présenté dans la presse comme un homme « soucieux de toute avancée sans attendre le "soir révolutionnaire" (...), un "bosseur" travaillant des dossiers techniques »⁸⁹, ou alternativement comme un « homme d'appareil » qui aurait « passé beaucoup plus de temps à son bureau qu'à la porte des usines ou dans les meetings » et symboliserait le passage de la CFDT « du syndicalisme autogestionnaire au dialogue avec le patronat ». ⁹⁰ L. Berger est né à Nantes en 1968, son père est ouvrier soudeur aux chantiers navals de Saint-Nazaire. Il passe une licence d'histoire mais abandonne la préparation au Capes. Bien que le père soit adhérent de la CFDT nouvellement déconfessionnalisée, le fils devient secrétaire général des Jeunesses ouvrières chrétiennes (JOC ; 1991-94). Il travaille ensuite dans une entreprise d'insertion et adhère à la CFDT, dont il devient permanent (1996) puis secrétaire régional pour les Pays de la Loire (2003). Il ferait partie de la tendance de Nicole Notat et de François Chérèque, négociatrice des accords avec les gouvernements et « ne retenant pas » les militants mécontents.⁹¹ Après les dernières grèves à la SNCF, « une bonne partie des cheminots des Pays de la Loire rejoint la CGT ». ⁹² En 2009, L. Berger fait partie des neuf membres de la Commission exécutive de la CFDT. Il aurait travaillé en « étroite collaboration » avec F. Chérèque pour la préparation du sommet social de N. Sarkozy en janvier 2012 puis de la conférence sociale de F. Hollande en juillet.

A la CFDT, sur les questions de perte d'autonomie des personnes âgées, on trouve également Yves Verollet, qui devient en février 2012 DG de l'UNA (cf. *supra*).

Depuis plusieurs années⁹³, les positions de la CFDT sont relativement stables. Elles sont résumées par Véronique Descacq, secrétaire nationale à la protection sociale.⁹⁴ La centrale souhaiterait avant tout « diminuer sensiblement voire supprimer le reste à charge financier des familles ». A cette fin, elle réclame un financement « majoritairement » public de la perte d'autonomie.

⁸⁸ « La réforme de la dépendance est ajournée, mais les pistes de réflexion de prévention continuent », *La lettre de l'UCR*, n°77, septembre 2011, en ligne.

⁸⁹ Not. *Le Point*, 18/9/12.

⁹⁰ *Le Canard enchaîné*, 3/10/12.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² *Ibid.*

⁹³ Depuis 2008 au moins, date des documents disponibles sur son site internet.

⁹⁴ Interview sur France-Inter, 3/10/12.

Sa position sur l'ampleur du besoin de financement est intermédiaire entre celle de la CGT et de FO et celle qui domine dans la presse. D'un côté, comme ces deux syndicats, elle relativise son poids, bien moindre que celui des retraites : en 2009, 22 milliards d'euros, contre 261 pour les retraites⁹⁵ ; « c'est pas si cher que ça (...). 30 milliards d'euros c'est 15 fois moins que la retraite plus la santé. Donc c'est un risque qui est tout à fait assurable, et tout à fait mutualisable par la solidarité nationale ».⁹⁶ De l'autre côté, elle traite davantage de ce coût et de son financement : « Bien entendu, le coût de la dépendance sera le point névralgique du débat qui s'ouvre (...). A long terme, le véritable coût de la dépendance se révèle très délicat à estimer. Beaucoup d'incertitudes pèsent sur l'évolution du nombre d'individus concernés ».⁹⁷ En matière de financement, la CFDT propose que la part publique de celui-ci « repose sur l'ensemble des revenus, y compris ceux de l'entreprise ». Elle accepte l'idée d'une hausse de la CSG, estimant que celle-ci doit prendre en charge davantage ce qui relève de la solidarité nationale : famille, assurance-maladie, dépendance notamment. Elle ne formule pas les critiques de la CGT sur l'assiette de cet impôt. A l'issue de la conférence de juillet, F. Chérèque déclare que la hausse de son taux serait « une piste parmi d'autres. »⁹⁸ Les autres pistes pointées par la centrale sont un alignement du taux de prélèvement des retraités sur celui des actifs (« à même niveau de revenu l'imposition doit être égale » dit V. Descacq ; ces taux sont aujourd'hui respectivement de 6,6% et 7,5%) et une taxe sur les héritages et successions. Enfin, elle n'exclut pas le recours aux assurances privées, à condition qu'elles soient obligatoires et que leur part reste « marginale » dans l'ensemble du dispositif.

La CFDT plaide aussi de manière générale pour « la création d'un droit universel par la mise en place d'une prestation de compensation de la perte d'autonomie afin de faire tomber les barrières d'âge, sources d'inégalités ».⁹⁹ Elle insiste aussi sur la prévention.

En matière institutionnelle, elle tient également une ligne médiane : entre l'État et la CNSA d'une part, qui devraient assurer la pérennité des ressources nationales et la « diffusion des bonnes pratiques » (la centrale est favorable au renforcement des prérogatives de la caisse), et les départements d'autre part, puisque « la CFDT ne remet pas en question la gestion de proximité de la prise en charge de la dépendance ».¹⁰⁰

Ainsi, par rapport à la CGT, qui insiste surtout sur les positions respectives des secteurs public et privé lucratif, la CFDT, au delà d'une position identique sur le refus de la distinction entre politique du handicap et de la dépendance et sur le rejet du discours de dramatisation des déficits sociaux, rentre davantage dans le détail des modes de financement et d'administration du système, et accepte de mettre davantage à contribution les ménages, par un poids renforcé de la CSG, des taxes sur les successions et donations.

⁹⁵ *Dépendance et perte d'autonomie, les enjeux de la future réforme*, 6/12/10, en ligne.

⁹⁶ V. Descacq, interview sur France Inter, *op. cit.*

⁹⁷ *Dépendance et perte d'autonomie, les enjeux de la future réforme*, *op. cit.*

⁹⁸ *La Correspondance économique*, 11/7/12.

⁹⁹ *Relever le défi de la dépendance*, 3/4/8, en ligne.

¹⁰⁰ *Ibid.*

d. La CFTC

La position du syndicat chrétien peut être résumée par un document de 2008 en 7 points¹⁰¹ :

« 1. Le 5^{ème} risque – socle commun de solidarité. Il faut faire valoir ce sur quoi il est nécessaire d'être attentifs : l'évaluation de la perte d'autonomie et la mise en œuvre de la compensation, son financement (...), que l'on traite au même plan la perte d'autonomie suite au handicap et à la vieillesse. Le 5^{ème} risque qui est envisagé aujourd'hui doit principalement nous rendre attentifs au développement de sa privatisation. » Plus loin, dans le point n°6 (« La place du système assurantiel »), elle précise : « La CFTC est hostile à la privatisation du risque et rappelle son attachement au socle universel pour tous (...). [Elle] ne peut concevoir qu'il y ait enrichissement sur la souffrance des personnes dépendantes : cette souffrance ne doit pas être instrumentalisée à des fins commerciales visant l'enrichissement d'assureurs complémentaires. Bien entendu... » ...ces assurances peuvent venir en complément du socle universel, mais en complément seulement.

« 2. La question de la gouvernance » : la CFTC plaide ici d'une part pour un système décentralisé, s'appuyant sur les départements, et d'autre part pour une agence nationale, la CNSA, afin d'éviter les « disparités dans la prise en charge d'un département à l'autre ». Il y a là indéniablement une évolution, puisqu'un texte plus ancien indique que « comme l'ensemble des organisations syndicales », elle n'était pas favorable à la création de la CNSA.¹⁰² Elle considère en effet « que les "risques" handicap et dépendance des personnes âgées devraient être attribués à la Sécurité sociale et gérés par elle (...). [Mais] le législateur en a décidé autrement. » Quant à la composition du conseil de la CNSA, elle déplorait que les personnes âgées y soient sous-représentées par rapport aux personnes handicapées.

« 3. Son financement (...). Le fil rouge de la CFTC : un financement qui repose principalement sur l'ensemble des revenus, type CSG ». Le positionnement du syndicat à l'égard de ce prélèvement est cependant ambivalent. En 2005, la centrale s'oppose à ce qu'un risque de Sécurité sociale soit financé par cet impôt, au motif que cela ne pourrait que « brouiller un peu plus la perception que les assurés sociaux ont du financement de la Sécurité sociale », ¹⁰³ et vraisemblablement parce que cela fait évoluer le compromis de 1945 sur le financement de la Sécurité sociale (universelle, mais par cotisations sociales contrôlées par les partenaires sociaux et non par l'État), dans un sens défavorable aux syndicats. Dans les textes ultérieurs, la CFTC affirme au contraire son attachement à un financement par « l'ensemble des revenus », ce qui lui vaut de regarder la CSG d'un meilleur œil. En 2008, il est ainsi question d'un financement de « type CSG », bien que le texte précise, dans une veine proche des autres syndicats, que « ce qui relève de la maladie doit le rester ». En 2010,

¹⁰¹ *Propositions CFTC, dossier dépendance*, conseil confédéral des 23 et 24 avril 2008, en ligne.

¹⁰² *La CFTC défavorable à la création d'une caisse isolée pour financer l'autonomie*, 15/04/05, en ligne.

¹⁰³ *Ibid.*

à l'occasion du 7^{ème} anniversaire de la journée créée par le gouvernement Raffarin, la CFTC indique que « cet effort [en faveur des personnes âgées et handicapées] devrait être réparti en fonction des facultés contributives de chacun et non reposer quasi-exclusivement sur les salariés », ce qui suggère de recourir à l'impôt, voire à l'impôt progressif sur le revenu.¹⁰⁴ Tout se passe donc comme si la CFTC d'un côté, déplorait la perte de contrôle des syndicats sur les revenus de la protection sociale, de l'autre appelait à financer celle-ci moins par des revenus assis sur les salaires et plus par tous les types de revenus, même si par corollaire cela devrait entraîner une relative étatisation de cette protection. En juillet 2012, elle franchit un pas supplémentaire dans cette direction, lors de la conférence sociale lancée par F. Hollande, en proposant pour financer la protection sociale d'élargir l'assiette de la CSG. Elle reste cependant fidèle à sa volonté de mobiliser « l'ensemble des revenus », rejoignant en cela un peu la critique que la CGT formule de la CSG, et par opposition à la CFDT qui propose quant à elle d'augmenter le taux du prélèvement et non d'élargir son assiette.

La CFTC insiste aussi sur « le rôle des solidarités intergénérationnelles, notamment le rôle des aidants. Elle souhaite que « les comptes épargne-temps et les RTT des salariés [aidants] puissent être débloqués pour pallier à des situations d'urgence. » Ces personnes devraient aussi pouvoir bénéficier de la VAE. En conclusion « La CFTC rappelle son fort attachement à la reconnaissance et à la prise en compte du temps de famille ».

« 5. La place des entreprises. » Le syndicat souligne la responsabilité de celles-ci dans les situations de dépendance, *via* les accidents de travail, les maladies professionnelles, la pénibilité de certaines tâches.

« 7. La journée de solidarité. » Sans surprise, le syndicat chrétien s'y oppose, d'autant plus que le gouvernement Raffarin a eu le malheur de placer celle-ci initialement le « lundi de Pentecôte ». Elle l'assimile à du travail forcé, puisque les salariés travaillent ce jour sans contrepartie, et avait d'ailleurs déposé sur ce motif des recours devant les tribunaux, qui semblent ne pas avoir abouti puisqu'elle ne les évoque plus par la suite. Elle dénonce aussi par la suite (texte de 2010) l'injustice faite aux salariés obligés de travailler ce jour-là et qui, contrairement aux autres travailleurs, ont alors des problèmes de garde de leurs enfants, les crèches, écoles et centres aérés étant alors fermés.

¹⁰⁴ *Journée dite « de solidarité », un dispositif faussement solidaire, 4/6/10, en ligne.*

4. Le patronat : réduire les coûts, marchandiser les services à la personne

Au Medef s'ajoute subsidiairement la Fepem.

a. Le Medef

Dans un document de 25 pages, intitulé : « Réforme de la prise en charge de la dépendance », le Medef formule 20 propositions « pour concilier solidarité, innovation et responsabilité. » Il porte comme sous-titre « Pour un partenariat public-privé global. »¹⁰⁵ D'emblée, ce document énonce les trois « enjeux pour les entreprises et pour le Medef : par leur contribution au financement de la dépendance, en tant qu'acteurs économiques de la dépendance, au titre de leur rôle sociétal. » L'ensemble du document décline ces trois préoccupations d'importance variable, que reflète cet ordre de priorité. Il comporte trois autres parties : « notre constat », « nos orientations », enfin les 20 propositions, synthétisées en 4 axes. Nous reprenons ici ces 4 axes en mentionnant à chaque fois ce qui s'y rapporte dans l'ensemble du document.

Le premier axe, conformément au premier enjeu indiqué, traite du financement. Après avoir rappelé l'importance de la contribution des entreprises au financement de la dépendance (22 Mds€/an), le Medef indique qu'il « écarte tout nouveau financement par les entreprises compte tenu du coût du travail et de l'ampleur de nos déficits mais aussi de la nature même du risque dépendance qui concerne peu l'entreprise. » Cette affirmation pourrait sembler de nature à remettre en cause la contribution des employeurs à bien d'autres aspects de la protection sociale, et peut sembler un refus des principes de 1945. Le Medef ajoute que « la création d'une nouvelle branche de Sécurité sociale financée par des cotisations sociales ou le rattachement à une branche existante (maladie ou vieillesse) doit être écartée. » Il appelle donc logiquement à « une optimisation des dépenses existantes, avant tout appel à la solidarité nationale, eu égard au niveau des prélèvements obligatoires et des déficits publics et sociaux. » Des « marges de progrès » existeraient « en particulier sur l'assurance maladie ». Enfin « si un recours à la solidarité nationale devait malgré tout être envisagé, il ne saurait reposer d'une manière ou d'une autre sur les entreprises », ce qui fait pencher l'organisation patronale en faveur d'un « impôt à assiette large (type CSG) ». On ne peut qu'être frappé par la communauté de formulation avec la CFTC. Comme ce syndicat également, le Medef exclut de recourir à une nouvelle journée de solidarité, « même s'il ne peut qu'approuver le principe selon lequel c'est en travaillant davantage que nous créerons de la richesse supplémentaire ». On se rappelle que la CSA, contrepartie financière de cette journée, est acquittée par les entreprises. Enfin, en accord avec la CFDT cette fois, le Medef

¹⁰⁵ Medef, *Conférence de presse mensuelle*, 12 avril 2011, en ligne.

évoque la possibilité, toujours si on ne peut faire autrement, d'aligner le taux de CSG des retraités sur celui des actifs. De manière congruente avec cette disette budgétaire, la première proposition formulée par le document consiste à placer l'APA sous condition de ressources. Certes, le Medef renonce à exclure les personnes en GIR4 du bénéfice de l'allocation, ce qui aurait signifié, en termes de périmètre, un retour de l'APA à la PSD, mais cette proposition permet de fait de réaliser d'importantes économies. Le document propose au passage, à plusieurs reprises et de manière insistante, « d'harmoniser » l'évaluation de la dépendance entre les territoires départementaux en la confiant aux ARS, ce qui évoque à nouveau une préoccupation jugée majeure par certains syndicats, même si pour eux c'est plutôt une question d'égalité de droits.

Toujours dans cet axe, la 2^{ème} proposition consiste, de manière complémentaire, à « mettre en place (...) un dispositif assurantiel universel dans le cadre d'un partenariat public-privé ». Il est amusant de voir que le Medef, qui vient de battre en brèche au point précédent le principe d'universalité de la Sécurité sociale – selon lequel les prestations sont fournies à tous, indépendamment des revenus – se prévaut du nom de ce même principe pour proposer son propre dispositif. La différence est que ce nouveau dispositif consiste en un « partenariat public-privé » (PPP), forme juridique qui se développe à partir des années 2000 et très controversée à l'heure actuelle. En l'espèce, il s'agirait d'une « couverture dépendance universelle privée » qui, comme elle concernerait toute la population, emprunterait nécessairement certains caractères publics, tels que : une définition commune de la dépendance impliquant des remontées d'informations importantes sur les personnes (les assureurs travaillent depuis plusieurs années à la question à l'intérieur même de la CNSA ; il serait intéressant d'avoir la position de la Cnil sur le sujet) ; la création d'un label public permettant de standardiser les produits (on retrouve donc le référentiel du marché néoclassique, cf. *supra*, I) ; une « gouvernance » commune dans le cadre de la CNSA. Ce dispositif privé servirait des « rentes viagères fixes ». Il n'est question nulle part dans ce document de garanties en nature. Les autres propositions de cet axe sont complémentaires : mise en place d'une « aide publique à la souscription (...) pour les personnes aux revenus modestes » ; « renforcer l'attractivité des produits d'assurance au profit de la dépendance » (il s'agit d'assurer une réallocation des produits d'épargne traditionnels des ménages relativement aisés, comme l'assurance-vie, vers le nouveau dispositif, « sans pénalité fiscale ») ; enfin associer fortement les représentants des assurances et les entreprises de SAP au contrôle du dispositif, notamment au sein de la CNSA. En d'autres termes, cet axe propose une forme de privatisation du risque dépendance, au sens où sa définition et sa gestion quotidienne échapperaient relativement aux pouvoirs publics et aux partenaires sociaux pour être davantage maîtrisés par les entreprises d'assurance et de service à la personne.

Après avoir exposé ainsi les moyens d'une translation des financements du public vers le privé, le document du Medef, dans son axe 2, aborde les « dépenses actuelles », qu'il s'agit d'« optimiser et rationaliser » au nom d'un « impératif de qualité et d'efficience ». Comme annoncé, l'assurance-maladie est mise sur la sellette. La première proposition de cet axe (n°6) consiste à faire sortir un certain nombre de dépenses du périmètre de l'assurance-

maladie pour les reverser dans celui de la dépendance. Le document se prévaut ainsi du rapport Marini-Vasselle paru quelques mois avant (janvier 2011) pour réclamer la transformation de lits de courts séjour en lits de moyen en long séjour en Ehpad, ce qui permettrait de réaliser de substantielles économies (30 000 lits transférés pour 1 Md€ d'économies, selon le rapport, p. 114). En effet, ce résultat est permis par la tarification tripartite instaurée dans les Ehpad. Depuis de longues années, les gestionnaires hospitaliers se plaignent d'avoir à financer non seulement des soins, ce qu'ils veulent bien, mais aussi de l'hébergement, ce qui ne serait pas leur travail. La dépendance ne fait qu'ajouter un étage supplémentaire à cette analyse. Plus précisément, cette tarification tripartite consiste à appliquer une forme de comptabilité analytique à l'activité hospitalière, jusqu'alors conçue comme un tout relevant de la solidarité nationale. Un premier résultat de l'introduction de la notion de dépendance dans l'architecture de la protection sociale est donc de réduire potentiellement les dépenses d'assurance-maladie. Conjugué avec le PPP proposé par le Medef pour la dépendance, il revient même à privatiser, non plus seulement un nouveau risque de protection sociale, mais une partie d'un risque existant. Enfin, cela signifie aussi, avec le transfert des dépenses d'hébergement du court séjour vers les particuliers, une nouvelle privatisation des dépenses, assurables par des contrats privés certes, mais hors du champ de la solidarité nationale. Comment considérer que l'hébergement doive relever d'un risque de protection sociale ? Il existe certes une politique du logement, mais pour la grande majorité de la population qui est censée s'héberger à ses propres frais, cela permet de réduire considérablement les dépenses de protection sociale, ce qui est le premier enjeu aux yeux du Medef. Le transfert de lits du court vers les moyens et long séjour recommandé par le Medef est donc, *via* la tarification tripartite et le PPP suggéré pour la dépendance, une façon de transférer des dépenses aujourd'hui à la charge de l'Assurance maladie vers les assurances privées et ultimement vers les ménages eux-mêmes.¹⁰⁶ On peut noter que ces propositions correspondent très précisément à la trajectoire de certains entrepreneurs du secteur, comme Rose-Marie van Lerberghe (cf. *supra*), qui a contribué à « rationaliser » l'offre de soin à l'APHP en fermant des lits de court séjour avant d'ouvrir les lits de moyen et long séjour dans le secteur privé en y fondant le groupe Korian.

Les deux propositions suivantes (n°7 et 8) explorent d'autres pistes de réduction des dépenses. Il s'agit d'abord de mettre en place des « parcours de soins » pour les personnes dépendantes afin d'éviter les trajectoires sinueuses et redondantes entre domicile, urgences, etc. Le document déplore ensuite « l'absence de traçabilité des personnes en perte d'autonomie dans les bases de l'assurance maladie et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). » Il s'agirait en effet de « mettre en œuvre une véritable politique de gestion du risque des dépenses d'assurance-maladie relevant directement ou indirectement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes », autrement dit d'isoler les dépenses

¹⁰⁶ Cette action vient en complément d'une recommandation interne au secteur du court séjour : la « convergence tarifaire public – privé », cf. *supra* note n°46, et « un plan volontaire de réduction des capacités hospitalières publiques dans un souci d'optimisation de l'offre de soins ». Ces deux mouvements permettraient au secteur privé des cliniques d'acquérir de nouvelles parts de marché et aux entreprises en général de réduire leurs charges sociales.

qui, dans celles de maladie, pourraient relever de la dépendance, probablement pour mieux les connaître et si possible les réduire, peut-être pour mieux à leur tour les externaliser. La proposition n°9 est au contraire potentiellement une source de dépenses, puisqu'il s'agit de « renforcer l'attractivité des métiers liés à la prévention et la prise en charge de la dépendance (...) afin de relever le défi humain lié au recrutement. » Il semble donc que les entreprises « acteurs économiques de la dépendance » - le 2^{ème} enjeu relevé par le document – fassent ici davantage entendre leur voix. Le patronat n'est pas une entité homogène, il est au contraire parcouru de rivalités d'intérêt. Il est question ici de milliers d'emplois à pourvoir, de simplifier la procédure de VAE, et d'utiliser davantage les « solutions intégrées au logement (domotique) », un marché en pleine expansion. La proposition n°10 semble une convergence entre les deux enjeux, puisqu'il s'agit de « favoriser la prévention du mauvais vieillissement afin de retarder l'entrée en dépendance lourde, à la fois plus coûteuse pour la collectivité et plus difficile pour les personnes » : à nouveau, la domotique peut heureusement y contribuer, de même qu'un « service innovant d'accompagnement », destiné aux personnes sortant d'hôpital et conçu « sur le modèle du partenariat noué par des sociétés d'assistance et des établissements de santé privés ».

Le 3^{ème} axe traite de l'offre de services à domicile. Il s'agirait en la matière de « passer d'une "économie administrée" à un "marché régulé" ». Cette proposition s'inscrit dans une préoccupation déjà ancienne du Medef. En 1994, son vice-président, Georges Drouin, également président du Syndicat des entreprises de service à la personne (SESP), indique : « Notre souci est de passer d'une logique caritative non marchande qui accroît la dépense publique à une logique marchande de création de richesses, y compris pour l'État (...). Aujourd'hui, l'offre émane trop exclusivement des collectivités territoriales ou d'associations qui répondent aux besoins en termes d'assistance sociale ou de traitement social du chômage et non de satisfaction d'une clientèle sur un marché concurrentiel. »¹⁰⁷ En continuité avec cette idée, dans son document de 2011, « le Medef appelle à sortir de l'économie administrée et largement subventionnée actuelle qui rigidifie aujourd'hui le secteur et restreint les capacités d'initiative et à mettre en place les conditions d'un marché régulé qui, seul, peut apporter qualité et efficacité. » Il propose pour cela de « garantir la liberté de choix » de prestataire aux personnes dépendantes et à leurs familles (n°11), de mettre fin aux distorsions de concurrence pratiquées par certains CGx qui privilégieraient l'autorisation sur l'agrément, les associations sur les entreprises, de « faire respecter la législation et la réglementation nationale [le plan Borloo est donné comme référence en bas de page] et européenne [idem avec la directive « services » de 2006, libéralisant ce marché, très controversée en France] en matière de concurrence sur l'octroi de subventions par les CGx à des structures associatives (...) et sanctionner toutes pratiques contraires à la législation », de définir des grilles de tarifs harmonisés nationalement, d'« harmoniser le cadre juridique du régime d'exercice des services d'aide à domicile avec pour objectif la généralisation de l'agrément qualité » (n°13, avec une référence à celui des cinq rapports administratifs sur la question qui tranche en ce sens, celui de l'Igas en 2009, cf. *supra*, I), de

¹⁰⁷ Cité par Frinault 2009 p. 84.

financer les offreurs par chèque-service sur le modèle du CESU, de contrôler l'usage de l'APA, enfin de promouvoir la certification. Ces recommandations se comprennent bien à la lumière de la situation économique du secteur de l'offre de soins à domicile, telle qu'on l'a décrite précédemment (cf. *supra*, I). Une concurrence y oppose les associations et les entreprises. Le Medef promeut les intérêts des secondes, en appelant de ses vœux un fonctionnement de type marché plutôt que d'inspiration planificatrice, d'où son appel à remplacer définitivement l'autorisation par l'agrément, à ouvrir aux entreprises les marchés historiquement confiés aux associations par les CGx, à standardiser les produits (ce qui rapproche de l'hypothèse d'homogénéité nécessaire au bon fonctionnement de ce marché et facilite les arbitrages purement financiers), en invoquant le plan Borloo et la législation européenne qui dans son ensemble est inspirée par ce référentiel de marché.

La dernière proposition de cet axe (n°16) allie comme une précédente (n°10) les objectifs d'économie des deniers et de développement du marché des SAP. Il s'agirait développer « une logique de filière et de "guichet unique" », notamment en proposant aux personnes un « bouquet de services coordonnés. » Entre ressuscitation des filières de soin coordonnés qui sont une antienne des assureurs des deux côtés de l'Atlantique (Benamouzig 2005; Pierru 2007), conception d'une nouvelle offre de services concentrés à haut potentiel de rentabilité à destination d'un public captif (un peu sur le modèle de la téléphonie mobile ou des fournisseurs d'accès à internet), et reprise de l'appel à la « simplification » pour l'utilisateur et à la « coordination » pour les administrations, la proposition a tout pour fédérer des acteurs variés.

Le 4^{ème} axe expose le « troisième enjeu » pour les entreprises, leur « rôle sociétal ». Il s'agirait tout d'abord d' « inviter les entreprises à intégrer la question de la dépendance dans leur réflexion sur la conciliation vie professionnelle – vie familiale » (n°18). Les dispositifs de congé existants sont mentionnés (congé de solidarité familiale, de soutien familial, etc.) mais reconnus comme insuffisants. « Une gestion RH bienveillante et attentive dans une approche individualisée » est encouragée, ainsi que le télétravail. Il n'est pas suggéré que les entreprises fassent davantage d'effort sur la question. Les dispositifs mentionnés relèvent de l'incitation douce, de la *soft law*, plutôt que de l'obligation.

Les autres propositions de cet axe reprennent des points déjà mentionnés ; réalisées, elles contribueraient à opérer une action de communication suggérant l'importance du risque dépendance : « favoriser la diffusion des actions innovantes mises en place par les entreprises en faveur de la prise en compte du risque dépendance par la création d'un site internet dédié » (n°19) ; « lancer une campagne d'information et de sensibilisation auprès du grand public sur la dépendance afin d'inciter les Français à anticiper et se prémunir contre le risque dépendance » (n°20).

Les quatre axes des propositions du patronat se comprennent donc bien par rapport aux convergences et divergences d'intérêt entre secteurs économiques. Au titre des premières, on peut mentionner la volonté de ne pas accroître les charges sociales (axe 1) et de ne pas imposer d'obligations aux entreprises à l'égard de leurs salariés aidant des proches en

perte d'autonomie, tout en diffusant le message du « nouveau risque » (axe 4). Au titre des secondes, on peut noter les deux partitions différentes jouées par les entreprises d'assurance (axe 2) et par celles de SAP (axe 3). On peut aussi mentionner l'absence de certaines préoccupations présentes chez d'autres acteurs, comme celle relative à la barrière d'âge.

b. La Fepem

A côté du Medef pour les personnes morales, la Fédération des Particuliers EMPloyeurs de France (Fepem) représente les employeurs qui sont des personnes physiques. Elle fait état de 3,6 millions de particuliers qui emploieraient à domicile près de 1,7 million de salariés, ce qui est considérable si on les rapporte par exemple aux 0,3 million de salariés revendiqués par les associations à but non lucratif. Marie-Béatrice Levaux est la présidente de la Fepem. Née en 1956, elle fait des études en « ressources humaines » puis exerce comme consultante dans le secteur. Elle travaille ainsi pour le centre de formation de la Mutualité Française (FNMF) avant de fonder son propre cabinet (1987). Elle mène ensuite une carrière à la Fepem de 1994 à 2002, date à laquelle elle en devient la présidente et accède de ce fait également au statut de membre du CESE.

Toutes les prises de position publiques de la Fepem se font par la voix de sa présidente. Celle-ci déplore notamment la baisse des exonérations fiscales et sociales qui ont lieu en 2010 et sont à nouveau évoquées par le gouvernement Ayrault en 2012.¹⁰⁸ Elle résume le positionnement de son organisation dans un document de 27 pages intitulé « la réforme de la dépendance : une opportunité sociétale et économique »¹⁰⁹. Outre sa défense d'un allègement des contributions fiscales et sociales des personnes retraitées employeurs, ainsi que la suppression des différences de traitement financier entre emploi en modes prestataire et mandataire (1/2 page au total) et un appel général à revaloriser le statut d'aidant familial (3 pages), la Fepem formule surtout des propositions dans trois directions.

La première (6 pages) consiste à mettre en place un « grenelle du mandataire ». Curieusement en effet, la Fepem, bien que seule à représenter les particuliers employeurs en gré à gré, ne défend pas ce type d'emploi. Elle lui préfère largement le mode mandataire, que proposent aux côtés du mode prestataire nombre d'associations et entreprises de SAP. La Fepem aurait organisé à ce sujet une journée d'étude au Sénat en mars 2011, clôturée par Roselyne Bachelot, ministre des Solidarités.¹¹⁰ Il s'agirait d'élargir le rôle du mandataire pour en faire « un expert », un coordonnateur entre toutes les parties en présence. Pour ce faire, le droit civil serait bien adapté, « car le contrat de mandat demeure un instrument librement déterminé entre deux parties, le mandataire et le mandant (...) en vertu de l'article 1134 ». La

¹⁰⁸ *La Tribune*, 4/7/12.

¹⁰⁹ *La réforme de la dépendance, une opportunité sociétale et économique*, propositions contributives de la Fepem, juin 2011.

¹¹⁰ La trace de cette journée, qui aurait permis de voir notamment les sénateurs invitants, n'a pu être retrouvée sur le site du Sénat, ni sur celui de la Fepem.

Fepem rappelle aussi, à l'encontre du modèle prestataire, que « permettre à l'individu en situation de dépendance d'exprimer son *intuitu personae*, d'exercer sa liberté de choix, de donner son consentement, de jouir des prérogatives de direction à l'égard d'un salarié sont autant de moyens permettant de parvenir à l'objectif de respect de la vie privée de la personne (article 9 du Code civil) et de sa dignité (article 16) ». Le modèle mandataire permettrait ainsi aux personnes âgées dépendantes mais « capables » au sens du droit des obligations de « pouvoir exercer cette capacité, en l'occurrence celle d'exercer les prérogatives du particulier-employeur, quand bien même n'en aurait-elle pas toutes les compétences. » La Fepem propose donc d'une certaine façon de « renforcer le trait d'union entre capacité et compétence ». Mais « les difficultés proviennent davantage (et à vrai dire essentiellement) du droit du travail, qui limite leur [aux mandataires] domaine d'intervention au placement des travailleurs d'une part, et à l'accomplissement de formalités administratives sociales et fiscales d'autre part. » En effet, le droit du travail limite l'activité de placement de main-d'œuvre afin de protéger les travailleurs contre les intermédiaires tentant de s'insérer entre eux et les employeurs. La Fepem propose, soit de modifier les dispositions législatives du code du travail, soit « un montage contractuel permettant de limiter les risques de requalification [par le juge] tout en garantissant les acquis du modèle mandataire ».

Après ce réaménagement du droit du travail dans le sens du droit civil, la Fepem suggère que le financement de la dépendance soit essentiellement le fait des particuliers (5 pages). « Il convient d'envisager toutes les formes de recours financiers possibles avant d'imaginer de nouvelles taxes ou assurances obligatoires (...). La Fepem privilégie une approche patrimoniale choisie qui permette de mieux fléchir une partie des patrimoines vers la perte d'autonomie, comme cela existe déjà pour la retraite. » Il s'agit donc d' « intervenir sur les véhicules d'épargne existants », de plusieurs façons : créer un nouveau cas de déblocage anticipé des produits type PEE ou PERCO, favoriser la liquidité des produits d'assurance-vie en cas de survenue de dépendance, créer un « Plan d'épargne-autonomie » (PEA) sur le modèle du Plan d'épargne-logement (PEL), développer le crédit viager hypothécaire (sorte d'avance des banques qui se payent ensuite sur le patrimoine immobilier des intéressés), etc. Ainsi, la Fepem semble très proche des positions du Medef consistant à ne pas accroître les financements publics de la dépendance et à réorienter vers son financement des formes d'épargne individuelle déjà existantes.

Enfin, la Fepem se prononce « pour une politique de ressources humaines et de professionnalisation ambitieuse » (2 pages). Elle insiste au passage sur les outils numériques qui seraient les vecteurs de cette professionnalisation : « e-portfolio », « serious games », « programme e-sécurisation », etc. A nouveau, cette position est très proche de l'appel à utiliser la domotique, formulé par le Medef.

Ainsi, plus que de défense des personnes âgées, avec par exemple une prise en compte des problèmes de reste à charge financier ou une plaidoirie pour les relations de travail en gré à gré, formelles ou informelles, la Fepem apparaît comme un organisme de défense des particuliers employeurs, cherchant à conserver leurs avantages fiscaux, à faire valoir le droit civil plutôt que le droit du travail, et reprenant une partie des propositions du Medef. C'est

bien ainsi qu'elle semble perçue par le ministère, qui la fait par exemple siéger aux côtés de celui-ci dans les groupes de travail Bachelot (2011).

Synthèse sur les syndicats et les patronats

Au terme de ce rapide tour d'horizon des positions des partenaires sociaux et de la Fepem, on peut dresser le tableau suivant résumant leurs prises de position :

Tableau 8 : 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 handicap et 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	
2 ^{ème} 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

Une case vide signifie l'absence de prise de position explicite sur la question.

Sources : prises de position officielles référencées *supra* ; mise en forme personnelle.

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 nouvelle fois, 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).

5. 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.

Un clivage droite / gauche se manifeste au moment du passage de la PED à la PSD (1997). On l'observe d'abord au niveau départemental (Frinault 2009 p. 73). Alors que les départements situés à droite sur l'échiquier politique, notamment l'Ille-et-Vilaine avec Pierre Méhaignerie, font preuve d'un « militantisme décentralisateur » en réclamant que la politique de la dépendance soit traitée par eux, ceux dont la majorité est à gauche réclament au contraire la création d'un 5^{ème} risque de Sécurité sociale, qui signifie donc des financements et une gestion non départementaux.¹¹¹

Ce clivage s'observe ensuite au niveau national. Le PS s'oppose à la PSD par la voie de ses députés, qui votent contre le texte de loi et déposent un recours par voie d'action devant le Conseil constitutionnel, en soulevant le motif de rupture d'égalité devant la loi.

¹¹¹ L'Indre, pourtant situé à droite, demande aussi la création d'un 5^{ème} risque, mais il semble que cela soit en raison de sa population particulièrement vieille et donc de sa peur d'avoir à supporter des coûts énormes.

Mais ce clivage n'est pas toujours présent. Pour poursuivre le cas de la PSD, le Conseil constitutionnel ayant finalement validé sous réserve que les décisions individuelles ne méconnaissent pas le principe d'égalité, et que le législateur prenne les dispositions appropriées, la loi, promulguée avant les législatives qui font suite à la dissolution du printemps, est mise en œuvre sous la nouvelle majorité de gauche (Frinault 2009 p. 86).

Il en va de même au niveau départemental. Par exemple, au CG d'Ille-et-Vilaine, à partir du moment où l'aide aux personnes âgées est considérée comme relevant de l'aide sociale (ce qui est le cas pour la PSD), les services n'arrivent pas à éviter le recours sur succession : « Les élus, qu'ils soient de gauche ou de droite, sont pour la récupération sur succession. J'ai beau me battre pour dénoncer l'arbitraire de cette situation, il n'y a pas les moyens. » (Cadre de direction du CG, cité par Frinault 2009 p. 81)

Il en va de même également de la réforme de la tarification des Epha, qui doit les transformer peu à peu en Ehpad (cf. *supra*, note n°34). Initiée sous la droite, à l'initiative du Sénat et notamment des conseils généraux, la loi est finalement votée peu avant l'alternance de 1997 et ses textes d'application sont pris à l'initiative de Martine Aubry, ministre du travail du nouveau gouvernement socialiste. Il est vraisemblable que ce gouvernement souscrive alors à l'idée de réduction des dépenses publiques qui anime la loi.

Dans la perspective de l'élection présidentielle de 2012, Terra Nova, la fondation du parti socialiste, produit deux rapports. Le premier s'intitule *Quels métiers de l'aide médico-sociale aux personnes handicapées et dépendantes ?* Il représente une tentative de coordination entre les promoteurs de l'aide à domicile, issus du milieu sociologique, gériatrique et associatif, qui échoue partiellement avec le départ de la sociologue spécialiste de l'emploi direct. Le second rapport, intitulé *Pour une prise en charge solidaire et pérenne du risque dépendance* (mai 2011), est issu d'un groupe de travail présidé par Luc Broussy. Celui-ci est conseiller général socialiste du Val d'Oise, vice-président de la commission sociale de l'ADF et ancien délégué général de ce qui est devenu aujourd'hui le Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa ; 1993-2005).¹¹² Ce rapport formule 37 propositions, qui sont très marquées par l'influence départementale. La première, conformément au titre du rapport, indique que cette prise en charge doit être « solidaire », c'est-à-dire publique et non privée. Les 13 suivantes traitent des rapports financiers entre l'État et les départements, en insistant sur la nécessité de compenser des charges croissantes et de financer la dépendance sur des ressources fiscalement « pérennes » et « dynamiques ». Il est tentant de penser que ces qualificatifs prennent le contrepied des caractéristiques habituelles de la fiscalité locale : assiettes aléatoires et à faible croissance, comme les taxes fondées sur une valeur cadastrale jamais réévaluée. En matière de ressources, le rapport propose notamment, en se réclamant explicitement de F. Chérèque, de mettre davantage à contribution les retraités : alignement de leur taux de cotisation à la CSG sur celui des actifs, suppression de l'abattement de 10% sur l'IRPP qui bénéficie à

¹¹² Le Synerpa résulte de la fusion de plusieurs syndicats, dont l'Union nationale des établissements privés pour personnes âgées (Uneppa) où est rentré L. Broussy en 1997.

certaines d'entre eux, impôt sur les successions (non par le honni recours sur succession mais en rétablissant les impositions supprimées par la loi TEPA votée sous N. Sarkozy). Les deux propositions suivantes du rapport traitent de l'offre, qu'il s'agit d'améliorer quantitativement et qualitativement. Les trois suivantes se placent du point de vue des bénéficiaires puisqu'elles requièrent une meilleure solvabilisation des personnes âgées. Les propositions n° 20 à 25 suggèrent de solidifier la CNSA mais en y renforçant l'influence départementale, son conseil d'administration devant par exemple être composé d'un tiers de représentants de l'État, d'un tiers de parlementaires et de représentants d'organisations syndicales, et d'un tiers de représentants des CG. On mesure le chemin parcouru depuis la gestion paritaire des caisses de Sécurité sociale (et on note que nombre de parlementaires seraient aussi probablement des élus locaux). Les propositions n°26 à 28 traitent de financements supplémentaires que l'État apporterait au secteur de l'offre de soins et d'aide (modernisation, etc.). Il faudrait également « multiplier » les partenariats public-privé (n°29). Les propositions suivantes abordent l'organisation administrative de la prise en charge et des mesures plus générales : rôle des ARS, *case-manager*, renforcement de la prévention « du plan Alzheimer lancé en 2008-2012 par N. Sarkozy » (n°33), éducation sanitaire, urbanisme, aide au logement, renforcement de l'emploi qualifié. Ainsi, l'ensemble du rapport apparaît alimenté par les soucis de l'ADF et arriver à des positions proches de celles de la CFDT, et parfois du Medef et de la droite avec par exemple les propositions relatives aux PPP.

Enfin, en 2012, Marisol Touraine, ministre de la Santé du gouvernement Ayrault, stoppe la « convergence tarifaire » public-privé, qui favorise le secteur privé, dans le court séjour, mais Michèle Delaunay, ministre déléguée pour les Personnes Âgées et l'autonomie, ne modifie pas le mouvement pour le long séjour. Celle-ci nomme Luc Broussy (celui du deuxième rapport de Terra Nova), à la tête d'une mission préparatoire à une loi sur la perte d'autonomie.¹¹³

Le programme affiché par Michèle Delaunay pourrait se résumer par les « 3 A » :

- Anticipation → Comité national de coordination des politiques de prévention de la perte d'autonomie, Jean-Pierre Aquino, gériatre
- Adaptation de la société au vieillissement → Mission interministérielle sur l'adaptation de notre société au vieillissement, Luc Broussy à nouveau. 3 sous-axes :
 - Adaptation de l'urbanisme, des modes de transport, des logements
 - Développement économique, emploi, gérontechnologies
 - Changer le regard de la société sur les personnes âgées. « Faire de l'âge un objet de désir et non plus de crainte » (M. Delaunay). Éducation, communication, culture, lien intergénérationnel.
- Accompagnement

¹¹³ *Le Canard enchaîné*, 11/10/12.

On retrouve dans ce programme quelques éléments dessinés par le champ des acteurs que nous avons déjà abordé précédemment. La prévention, tout d'abord, apparaît en effet comme une action relativement consensuelle ; elle fait l'objet du premier volet du programme. Le deuxième volet forme une sorte de retournement conceptuel, puisqu'il pense la société à partir du vieillissement et non l'inverse. Ils fait ainsi droit à l'approche finaliste et non plus causale du handicap, celle qui permettrait de décloisonner les politiques du handicap et du vieillissement, et qui est défendue par un large éventail d'acteurs, depuis certains syndicats (CGT, CFDT, CFTC) et les offreurs de soins privés non lucratifs, jusqu'aux représentants officiels des personnes âgées (CNRPA). Son deuxième sous-axe reprend le 2ème grand enjeu valorisé par le Medef et les entreprises, le développement du secteur économique de l'aide aux personnes. En revanche, on ne dispose pas à l'heure actuelle d'éléments sur les questions de financement. Pour décloisonner véritablement les politiques du handicap et de la vieillesse il faudrait en effet une hausse des financements publics, mais les crédits ne semblent pour le moment pas au rendez-vous.

6. 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.

Le premier point – la volonté de réduire les dépenses d'aide sociale – est illustré *a contrario* par le rapport Boulard (1991). Jean-Claude Boulard, conseiller d'État, ancien membre du PSU, député PS (tendance rocardienne) de la Sarthe, est le rapporteur de ce texte pour la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale. Pour lui, l'objectif de la réforme qu'il préconise alors serait principalement mettre fin aux dysfonctionnements de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), certains CG refusant de la verser en établissement, ou le faisant *a minima*, afin de freiner les dépenses. Il faudrait ainsi « faire appliquer » le droit aux départements, leur « faire avaler », les obliger à respecter leurs obligations à l'égard des bénéficiaires (Frinault 2009 p. 39). Ainsi le CG de Loire-Atlantique aurait perdu deux contentieux, ce qui l'obligeait à verser l'ACTP en établissement, « avec une explosion des dépenses locales à la clef, qu'il tenta d'enrayer par d'autres mesures », comme l'exclusion d'office des demandeurs dont la richesse dépassait un

certain seuil (*Ibid.* et p. 77). Les CG du Maine-et-Loire, de l'Hérault, d'Ille-et-Vilaine, auraient eu des pratiques intermédiaires, ne versant qu'une partie de ce à quoi les usagers avaient droit (*Ibid.*). Une enquête ethnographique signale la pratique d'un PCG également sénateur, qui suite à la sanction de ses pratiques illégales par les tribunaux, s'emploie au niveau national à faire voter une loi avalisant celles-ci pour l'avenir (Vailly & Gollac 2003). Par voie de conséquence, certains PCG se sont réjouis du passage à la PED en 1994, comme l'illustre vraisemblablement le nombre élevé d'entre eux (41) qui se sont portés candidats pour ce dispositif expérimental qui leur donnait plus de pouvoir dans la gestion des prestations. Par exemple, André Trillard, PCG de Loire-Atlantique en 2001 (RPR), estime qu'il aurait permis de mettre fin à ce qu'il percevait comme le détournement par certains bénéficiaires d'une aide sociale, l'ACTP, qui « n'avait pas d'objet », car versée en nature et pouvant donc être en pratique affectée à d'autres postes du budget familial, comme de l'épargne (Frinault 2009 p. 63). De manière analogue, Pierre Méhaignerie, PCG d'Ille-et-Vilaine (UDF puis UMP), aurait appuyé préalablement une étude concluant à l'importance des « gratifications à la famille ou au voisinage » et à la possibilité de créer des emplois par une meilleure affectation de la prestation. Grand partisan de l'expérimentation, son département serait un des plus observés pendant cette période (*ibid.* p. 66).

Si les départements tentent ainsi de limiter leurs dépenses d'aide sociale, ils n'en souhaitent pas moins conserver le dispositif entre leurs mains. Ainsi, lors des tentatives de mise en place de quelques dispositifs d'aide au début des années 1990, depuis les amendements Cathala (1992) jusqu'au projet Veil (1994), les départements s'opposent systématiquement à la mise en place d'une 5^{ème} branche de Sécurité sociale. En effet, celle-ci ne pourrait que conduire à les voir dessaisis de la part de cette politique qui leur incombe. Et, d'après un ancien membre du cabinet Cathala, l'État central devait nécessairement composer avec ce veto des départements, car il aurait fallu absolument récupérer les 10 milliards que les départements consacraient déjà aux personnes âgées pour les reverser dans le nouveau dispositifs. D'un point de vue financier, il fallait absolument procéder à un abondement et non à la mise en place de crédits entièrement nouveaux. On ne pouvait donc faire sans les départements.

Or, la sociologie politique de la 5^{ème} République, en dépit d'une baisse d'influence des notables par rapport à la 4^{ème}, fait tout de même état d'une forte influence des élus locaux sur les politiques publiques, particulièrement quand celles-ci concernent les collectivités locales, notamment par le biais du Sénat (Mény & Surel 1991). Il faut aussi mentionner à ce titre le rôle de l'ACPG. Ces deux institutions font alors valoir la compétence de proximité dont jouiraient les départements, leur implication dans le domaine de la gérontologie, l'individualisation des traitements dont ils pourraient faire preuve, argumentaire en phase avec un certain air du temps et qui, s'ajoutant au poids des élus locaux, dresse alors un barrage infranchissable aux différents projets qui auraient établi un 5^{ème} risque géré par la Sécurité sociale (Frinault 2009 p. 56-59).

La PSD (1997) serait ainsi une réforme « sur mesure pour les départements » ; elle répondrait « davantage aux problèmes départementaux qu'à celui du public-cible, à savoir les

personnes dépendantes » (Frinault 2009 p. 71). L'initiative viendrait du Sénat, qui aurait demandé au gouvernement début 1996 l'autorisation de voter une proposition de loi, alors même que la volonté de concrétiser la promesse électorale de pérenniser la PED (qui avait même fait l'objet d'un emballement avec le bâclage de son évaluation), venait de tomber à l'eau pour des raisons budgétaires. Colette Coddacioni, secrétaire d'État à la Famille et aux Personnes âgées, qui avait porté le dossier, était démise de ses fonctions, l'affaire revenant à Jacques Barrot, son ministre de tutelle. Le Sénat aurait même menacé en cas de refus du gouvernement de ne pas voter le budget additionnel de septembre. Avec la PSD, les départements souhaiteraient aussi revenir sur une ACTP conçue pour les PH et regardée comme trop généreuse pour les PA.

Cette loi de 1997 d'initiative sénatoriale (et donc largement départementale) met en place des éléments qui favorisent grandement les départements, comme l'instauration de la barrière d'âge à 60 ans entre politique du handicap plus généreuse et politique de la dépendance plus restrictive.¹¹⁴ C'est ce que Th. Frinault appelle l'adoption d'une « approche causale », au sens où elle distingue le handicap selon sa cause (accidents ou vieillissement), par opposition à une approche « finaliste », selon laquelle l'important est l'état de handicap quelle que soit sa cause, approche retenue par nombre d'autres pays (Allemagne, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Suède...), par Simone Veil dans le projet de loi de 1975 (dont la formulation reste cependant ambiguë, puisque d'autres, comme Jean-Yves Chamard, rapporteur de la commission Boulard, en font l'interprétation inverse), ou par le Conseil de l'Europe (recommandation n°98-9). L'approche finaliste est aussi celle du *long-term care*. L'approche causale, en isolant la vieillesse du handicap en général, renforce aussi la visibilité de son coût. La loi de 1997 introduit aussi une rupture dans la prise en charge selon les niveaux de dépendance. Alors que la PED avait mis en place une prise en charge différenciée certes, mais couvrant tous les GIR, la PSD ne couvre que les trois premiers d'entre eux. Elle supprime les barèmes nationaux de l'allocation, ce qui ouvre la porte à des inégalités de traitement selon les départements.

Conclusion

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.

¹¹⁴ La loi contient un article (n°27) qui modifie la loi du 30 juin 1975 en y rajoutant après la formule « tout handicapé » l'expression « dont l'âge est inférieur à un âge fixé par décret », et le décret du 28 avril 1997 fixe cet âge à 60 ans.

Afin de mettre en place une meilleure prise en charge financière des personnes âgées, des coalitions d'acteurs se sont ponctuellement formées : les signataires du *Livre noir de la PSD*, les membres du GR31... 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.

Bibliographie de la première partie

Ankri, J., 2009. Evaluation de la qualité du service rendu aux personnes âgées vivant à domicile. Note méthodologique pour l'appel à projets 2009, Drees-CNSA.

Belorgey, N., 2011. « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences. » Une entreprise de « réforme » d'un service public et ses effets sociaux. Actes de la recherche en sciences sociales, 189, p. 19-35.

Benamouzig, D., 2005. La santé au miroir de l'économie, Paris: PUF.

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

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

Gollac, S., 2003. Maisonnée et cause commune: une prise en charge familiale. In F. Weber, S. Gojard, & A. Gramain, éd. Charges de famille. Textes à l'appui - Enquêtes de terrain. Paris: La Découverte, p. 274-311.

Gramain, A. & Weber, F. éd., 2012. La prise en charge de la dépendance des personnes âgées dépendantes : dimensions territoriales de l'action publique, Rapport pour la Mission de recherche du ministère de la Santé et des Affaires sociales.

Jobert, B., 1988. La Version Française du corporatisme : définition et implications pour la modernisation de l'État dans une économie en crise. In L'État et les corporatismes : travaux de la mission sur la modernisation de l'État. Paris: PUF, p. 3-18.

Mény, Y. & Surel, Y., 1991. Politique comparée : Les démocraties : Allemagne, Etats-Unis, France, Grande-Bretagne, Italie 2009e éd., Paris: Montchrestien.

Minonzio, J. & Vallat, J.-P., 2006. L'union nationale des associations familiales (UNAF) et les politiques familiales. Revue française de science politique, 56(2), p.205-226.

Mouriaux, R., 1994. Le syndicalisme en France depuis 1945 2008e éd., Paris: La Découverte.

Pierru, F., 2007. Hippocrate malade de ses réformes, Paris: Editions du croquant.

Trabut, L., 2013. Nouvelle donne dans l'emploi d'aide à domicile. In L. Trabut & F. Weber, éd. Le salaire de la confiance. Paris: Rue d'Ulm.

Vailly, J. & Gollac, S., 2003. Trouver la juste place des familles. In Charges de famille, op. cit. Paris: La Découverte, p. 134-164.

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

Liste des sources de la première partie

Escribano, J.-C. & Cuny, M.-T., 2006. On achève bien nos vieux, Oh ! éditions.

Fernandez, C. et al., 2006. On tue les vieux, Paris: Fayard.

Nénin, F. & Lapart, S., 2011. L'Or gris, Flammarion.

Prédali, D. & Soubeyrand, J., 2009. Douze géiatres en colère : Où il est question de la mondialisation de la maltraitance des vieux, Fayard.

Liste des tableaux de la première partie

Tableau 1 : personnes intervenant auprès des personnes âgées dépendantes	15
Tableau 2 : institutions impliquées dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes	16
Tableau 3 : Offreurs de soins et de service	17
Tableau 4 : Associations d'aide à domicile	18
Tableau 5 : organismes agréés en 2007 et 2012	30
Tableau 6 : Enseignes de SAP en 2012	32
Tableau 7 : Offre en établissements, secteur privé à but lucratif, groupes de cliniques	39
Tableau 8 : prises de position des syndicats et des patronats	58

Deuxième partie

Dans les coulisses de la qualité.

Une association locale d'aide à domicile (1967-2012)

Solène Billaud

Introduction

La littérature sur la « qualité » est relativement ancienne et abondante lorsqu'elle traite des produits dans les entreprises industrielles. Elle l'est beaucoup moins concernant les services à domicile. Les résultats de la première ont parfois été appliqués pour comprendre les seconds, sans tenir compte de la spécificité du produit vendu, à savoir une relation. Les travaux de sociologie permettant de penser la relation de service ont été particulièrement développés autour de services publics parmi les plus anciens : la santé, la petite enfance, l'éducation. Les travaux d'Yvette Delsaut (1992) par exemple ont montré qu'il y avait autant de définition de la « qualité » de la relation pédagogique que de positions d'acteurs dans le système éducatif : la « qualité » du point de vue du maître n'est pas la même que du point de vue de l'élève, du parent d'élève, de l'inspecteur académique, etc. Ce modèle, qui constate une pluralité de définitions co-existantes correspondant à autant de points de vue spécifiquement situés, nous semble plus adapté pour penser la « qualité » de l'aide¹¹⁵ à domicile que celui qui découle de la littérature sur les entreprises industrielles.

Nous avons choisi de considérer les pratiques et les outils d'intervention sur la « qualité » dans les services d'aide à domicile depuis deux points de vue : d'un côté, celui des clients (la question est alors celle de la qualité de la prestation reçue) ; de l'autre, celui des personnels de l'aide à domicile (la question est alors celle de la qualité de l'emploi et des conditions de travail proposées). Ces deux angles d'approche posent les termes de la relation d'aide, et permettent de penser les modes d'intervention et les efforts de rationalisation mis en place dans le but de la tenir sous contrôle. C'est sur ces bases que se construit notre étude qui, à travers une approche ethnographique, vise à comprendre les moyens et les enjeux du contrôle de la relation d'aide du point de vue des différents acteurs qui le mettent en place.

Dans cette partie, nous donnerons les résultats d'une enquête exploratoire que nous avons menée auprès d'une association locale d'aide à domicile et de la fédération départementale à laquelle elle est affiliée (l'ADMR). Nous avons effectué des entretiens avec des bénévoles et des salariés, et collectés les documents utilisés dans leur pratique bénévole et professionnelle¹¹⁶, afin de retracer les grands changements intervenus depuis la création de l'association dans les années 1960 jusqu'à sa situation actuelle de « bonne élève » au sein d'une fédération en difficulté. Nous avons ainsi regardé les manières dont 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.

¹¹⁵ Nous reprenons ici le terme d'« aide » en tant que mot indigène qui s'est imposé dans le secteur de la dépendance des personnes âgées, tout en étant conscients qu'il n'épuise pas le sens de la relation (il serait à comparer, par exemple, avec celui d'« accompagnement » utilisé dans le domaine du handicap).

¹¹⁶ On trouvera un récapitulatif des entretiens et des documents en annexe.

Encadré 1 : Règles d'anonymisation

Comme le veut la déontologie de l'enquête en sociologie, tous les noms de personnes et de lieux ont été modifiés pour garantir l'anonymat des enquêtés. Les noms de lieux sont donc fictifs, tout comme les noms et prénoms des personnes interviewées.

Du côté des associations et structures d'aide à domicile, les sigles de l'ADMR et de l'AFR ont été conservés. En effet, ces structures nationales sont très situées historiquement dans le champ de l'action sociale et de l'aide à la personne. Nous avons jugé que leur anonymisation aurait constitué une perte de données trop importante pour l'analyse.

En revanche, les sigles des autres associations et structures citées sont fictifs. Leur choix renvoie à leur histoire ou à leur position par rapport à l'ADMR du Haut-Bourg : il en est ainsi de l'association que nous avons nommée l' AIS (Association Issue de la Scission) ou encore de l'ACAD (Association Concurrente d'Aide à Domicile).

Par quels moyens les services d'aide à domicile et les pouvoirs publics agissent-ils sur la qualité des services rendus aux clients ? Toute relation d'aide est emprunte de rapports de force, qui peuvent aussi bien pencher en faveur de l'intervenant ou en faveur de la personne aidée. La gestion de la qualité de la prestation repose ainsi sur des outils d'encadrement de cette relation d'aide, afin d'en contrôler les forces respectives et d'obtenir un rapport de forces que l'on juge adéquat. Si les cas de déséquilibre de la relation d'aide les plus médiatisés sont les cas d' « abus » des intervenants envers les personnes aidées, les encadrants et les salariées des services d'aide à domicile savent que l'inverse existe tout autant.

La tension cruciale et constante qui se joue autour des outils de contrôle et d'encadrement de l'intervention s'explique par la difficulté à réguler l'interaction in situ : la base de l'intervention à domicile est en effet, le plus souvent, une situation de face-à-face entre le salarié et le client.

Qualité de la prestation, qualité de l'emploi et encadrement de la relation d'aide

Plusieurs types d'outils permettent d'agir sur cette relation d'aide, et sur la qualité du service rendu vue du côté des clients. 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 « au fil de l'eau », (personnels et outils de l'encadrement et de la coordination –cadres de terrain, cahiers de liaison...-, gestion des plans d'aide des clients et des plannings des salariées,

contact avec la famille du client...). 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.

Ces mêmes outils font également partie de ce qui détermine, pour les salariées de l'aide à domicile, la qualité des conditions de travail. En effet, ces dernières dépendent de la capacité à maîtriser les rapports de force au sein de la relation d'aide (voire, parfois, à la tourner à leur avantage). Cependant, il faut y ajouter les décisions prises en amont au niveau des législations qui encadrent le marché de l'aide à domicile et l'attribution de financements publics, ainsi que leur application : elles constituent d'autres outils de la « qualité » de l'emploi. Les conventions collectives fixent par exemple des conditions de rémunération et de défraiement des temps de trajets (intervacations). Les formations et les diplômes cherchent à améliorer l'exécution des tâches et les comportements en les normalisant. Enfin, les autorisations publiques et les labels attribuables, leurs conditions et leurs conséquences (normes imposées aux services candidats, tarification de la prestation...) encadrent également les emplois proposés et, plus généralement, le fonctionnement des services.

Si les mesures d'encadrement de la relation d'aide semblent peser fortement sur le quotidien des salariées, ces dernières ne bénéficient pas pour autant de conditions de travail et de rémunération très favorables : les salaires sont relativement bas¹¹⁷, les tâches sont jugées pénibles et la reconnaissance faible, et le temps partiel est de rigueur dans la très grande majorité des cas. Les outils de la « qualité » semblent donc peser de manière inégale sur les différents aspects de cette dernière, privilégiant la prestation aux clients par rapport aux conditions d'emploi et de travail des salariées.

Le temps du bénévolat et de l'aide sociale

Pour comprendre les évolutions des conceptions et des outils de la « qualité » dans les services d'aide à domicile, il nous faut retracer leur histoire et leurs évolutions. La bibliographie disponible et nos entretiens sur le terrain signalent que du côté des associations, les services à domicile proposés étaient tout d'abord dirigés vers les familles (familles nombreuses, veuves avec enfants). Si l'on pouvait en percevoir dans l'entre deux guerres les premières initiatives, c'est à partir des années 1950 que se développent les services à domicile qui vont s'implanter durablement. Organisés principalement sous un statut associatif, à but non lucratif, ils reposent sur l'investissement local de bénévoles qui agissent comme des experts de terrain, assurent leur fonctionnement et établissent le lien avec les personnes à aider. Dirigés d'abord vers l'aide aux « familles », c'est-à-dire essentiellement aux femmes (aide aux tâches domestiques, aide auprès des enfants), ils recrutent des jeunes filles des environs et vont créer pour elles des formations spécialisées de « travailleuses

¹¹⁷ Les conventions collectives prévoient ainsi, pour les catégories de salariés les moins diplômées (catégorie A notamment), des salaires proches du SMIC voire en-dessous. Voir l'ouvrage sous la direction de Florence Weber et Loïc Trabut, 2014 (à paraître).

familiales ». A partir des années 1960, la population des personnes âgées vient s'ajouter aux personnes aidées, et de nouvelles travailleuses sont recrutées sous le nom d'« aides ménagères ». Cette population va gagner en importance au fil des décennies suivantes, alors que se transforme également l'intervention dans les familles, qui passe de l'aide aux familles nombreuses à l'aide aux familles en difficulté sociale.

L'étude d'un service d'aide associatif spécifique (une association locale affiliée à une fédération), sur lequel nous menons actuellement une enquête, nous permettra d'y étudier plus précisément la naissance de la branche « personnes âgées ». Nous verrons qu'elle se fonde d'abord sur des réseaux d'interconnaissance locale, c'est-à-dire sur des voisins ou des connaissances qui signalent à l'association d'aide aux familles déjà implantée des cas de personnes âgées en difficulté et qui auraient selon eux besoin d'aide. Les bénévoles de cette association, pour beaucoup d'entre eux multisitués dans l'espace local (ils sont engagés également dans d'autres clubs, associations, services municipaux ou paroissiaux), sont à même de mobiliser des ressources pour mettre sur pied et faire exister une nouvelle offre dans le but de répondre à ces situations. L'extension progressive de cette branche d'aide ménagère pour les personnes âgées, conçue au départ comme une aide sociale et une aide à la pauvreté, va amener progressivement « la cinquième roue du carrosse à en devenir la première », comme le dit un enquêté.

Les bénévoles multisitués ont également des liens du côté des Bureaux d'Aide Sociale (qu'on peut considérer comme des ancêtres des Centres Communaux d'Action Sociale), et sont donc aussi impliqués du côté de l'offre municipale de services. On pourrait penser les communes comme principaux partenaires locaux des associations dans le développement local d'une offre d'aide aux personnes âgées. Cependant, leur lien semble complexe, entre partenariat dans la vie locale et concurrence sur des offres de services qui se rejoignent. La question de l'attribution de subventions municipales aux associations de service à domicile cristallise alors des enjeux essentiels : pourquoi financer des services non municipaux qui offrent des services semblables aux leurs ?

Le financement des services d'aide est un élément essentiel de leur fonctionnement, qui permet également de saisir des clés de leur évolution. En effet, au moment où les services d'aide fonctionnent en grande partie sur un encadrement bénévole et où l'aide aux personnes âgées est avant tout conçue comme une aide sociale, les principaux financeurs des services ne sont pas leurs clients : dans l'association étudiée, ces derniers sont loin d'être riches. Les fonds viennent alors surtout des heures d'aide ménagère payées par les caisses de retraite, ainsi que des aides publiques telles que le Fonds de Solidarité, sollicité en premier lieu pour éviter de « tomber à l'aide sociale ». L'évolution des politiques publiques de la vieillesse et celle de la gestion des services d'aide (qui se rapproche de plus en plus de celle d'une entreprise) entraîneront un changement de financeurs principaux, notamment au cours des années 1990 et 2000 avec la mise en place d'un financement public spécifique pour les personnes « dépendantes ».

Un effort de rationalisation administrative et comptable

Les années 1980 et 1990 marquent une période d'institutionnalisation forte du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées. Les problèmes du grand âge et les aides qu'ils nécessitent sont reformulés : d'une aide avant tout sociale, on en vient à une aide pensée sur un mode plus médical ; l'aide aux problèmes de pauvreté au grand âge s'efface au profit d'une aide aux problèmes de santé. Au niveau national, la montée en force de la gérontologie comme discipline instituée et comme référence scientifique de l'action publique est concomitante de cette évolution.

Du côté politique, au début des années 1980, le second mouvement de décentralisation que connaît la France marque le début de la montée des Conseils Généraux comme chefs de file de l'action publique, incluant celles en direction des personnes âgées (Lafore, 2004). De plus en plus, les services d'aide à domicile vont être amenés à négocier avec eux et à en attendre des financements. Ce sont également les débuts d'une politique nationale de l'aide aux personnes âgées dépendantes, qui prendra peu à peu de l'ampleur et aboutira, après plusieurs essais (PED, PSD), à la création en 2002 d'une aide spécifique pensée sur un mode universel (l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie).

Notre enquête dans une association locale affiliée à une fédération a montré que dans le même temps, le contrôle des pouvoirs publics sur les associations s'est renforcé, et plus généralement le contrôle depuis l'échelon départemental (Conseil Général, Fédération). Que ce soit à propos de la gestion des contrats et des salaires, à propos de la comptabilité ou encore des modes d'encadrement des intervenantes à domicile, les directives venues d'en haut ont incité les services d'aides et leurs personnels à un effort de rationalisation des pratiques : « il a fallu devenir des entreprises », déclare un enquêté. Le recrutement des salariés semble, pour sa part, avoir été plus longtemps géré au niveau local : la demande de rationalisation n'a pas été sans résistances, et sans échecs, et a dû composer avec les multiples histoires locales.

Pour leur part, malgré certaines réticences, les associations ont été contraintes de s'adapter au moins en partie à l'évolution des exigences, car elles conditionnaient leurs rapports avec les fédérations ou l'obtention d'autorisations et de financements publics. Par ailleurs, l'encadrement des intervenantes à domicile et la gestion par les bénévoles ont été progressivement complétés, voire parfois supplantés, par un encadrement et une gestion par un personnel salarié. L'informatisation progressive des services et l'incitation à la production de données standardisées destinées au contrôle par les pouvoirs publics et les directions associatives et fédérales (les « statistiques ») complètent ce dispositif de rationalisation des pratiques. « On n'avait pas le choix, il fallait survivre », explique une ancienne présidente de l'association locale, qui a également été secrétaire fédérale pendant de nombreuses années.

Du côté de la comptabilité, l'effort de rationalisation s'est traduit par une normalisation et une informatisation des comptes, et par l'embauche de comptables de métier. Du côté du secrétariat, des tentatives de centralisation de la gestion des contrats de

travail et de la gestion des plannings ont été menées – avec un succès mitigé à ce jour dans l’association du département de l’Ouest que nous étudions, et où les bénévoles tentent de garder la maîtrise de l’organisation des interventions à domicile. Si par ailleurs, dans cette association, le recrutement se fait encore dans les réseaux d’interconnaissance locale et évalue les candidats sur ce que les enquêtés nomment le « bon sens », ce n’est pas le cas pour une association étudiée dans un autre département (Deffontaines, 2014), qui embauche largement en passant par Pôle Emploi et porte attention aux diplômes et aux qualifications. Le succès des efforts de rationalisation est donc à comprendre en lien avec les spécificités de chaque service étudié.

L’effort de rationalisation imposé par les pouvoirs publics et les directions associatives et fédérales, en conditionnant en partie l’accès aux autorisations et aux financements, a donc imposé aux services d’aide à domicile une transformation de leurs modes de gestion et du recrutement de leurs personnels. L’irruption récente d’entreprises privées sur le marché, et bien que notre enquête montre qu’elle ne se fait pas nécessairement avec succès, a participé également de cette relégation du modèle social initial dans des services d’aide qui se présentent de plus en plus sur un mode marchand. Face aux exigences croissantes des financeurs publics et parapublics et à l’ouverture à la concurrence du secteur de l’aide à la personne, l’affichage de la « qualité » par les associations historiques semble ne pouvoir se faire qu’au détriment de ce qui constituait le socle éthique et pratique de leur « qualité » associative. Toutefois, on verra qu’elles apparaissent nécessaires aux pouvoirs publics, qui considèrent qu’elles rendent une mission de quasi-service public en assurant les pans non rentables du marché de l’aide à domicile, et qui tentent de les maintenir sur le terrain malgré leurs difficultés financières.

1. Dans les coulisses de la qualité : enquête sur une association locale d’aide à domicile

Notre point de départ pour étudier les questions de « qualité » était donc une association locale d’aide à domicile, dont la majeure part de l’activité est orientée vers les personnes âgées. Nous allons commencer par restituer le contexte de cette enquête, avant d’en présenter les modalités et le déroulement.

a. Contexte et modalités de l’enquête

Cette enquête est venue faire suite à une autre étude, portant sur la mise en œuvre de l’Allocation Personnalisée d’Autonomie à domicile par les conseils généraux, que nous avons menée l’année précédente. Nous y avons vu la manière dont les services départementaux possédaient certains outils pour influencer sur la « qualité » dans les services

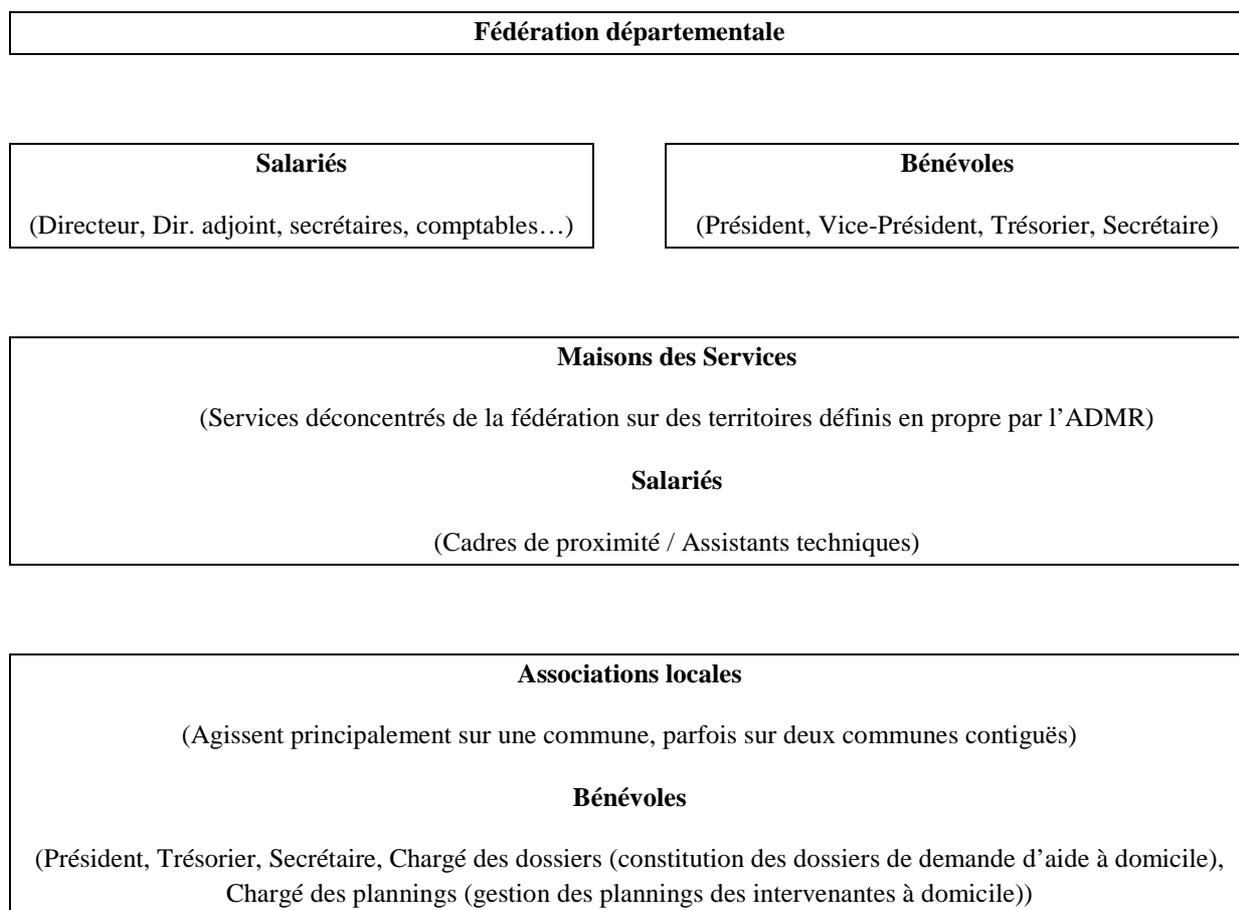
d'aide à domicile qu'ils finançaient en partie : procédure d'éligibilité et évaluation de la dépendance à domicile, tarification et solvabilisation des prestations... Nous y avons étudié la manière dont les départements se saisissaient des marges de manœuvre disponibles, pour montrer qu'ils y menaient une véritable politique départementale révélatrice de leur conception du rôle des pouvoirs publics dans l'action publique locale. Ces résultats ont fait l'objet de deux publications auxquelles on se reportera, l'une étant le rapport final correspondant (Gramain, Weber et al, 2012), et l'autre un ouvrage collectif à paraître prochainement aux éditions Rue d'Ulm (Weber et Trabut, 2014).

Il s'agissait alors de changer de point de vue : quitter l'administration pour aller voir la manière dont les services d'aide à domicile concevaient la « qualité » et utilisaient des outils pour la contrôler. Nous ne souhaitons plus enquêter au niveau départemental, mais bien au niveau local : c'est pourquoi nous avons décidé d'ajouter, à nos études antérieures et à celles menées pour ce projet par Nicolas Belorgey, une enquête sur une association d'aide à domicile implantée au niveau communal.

L'enquête a démarré à l'association locale ADMR du Haut-Bourg, et a continué à deux autres échelles : la fédération départementale ADMR du département de l'Ouest à laquelle l'association est affiliée, et la Maison des Services en charge de l'association du Haut-Bourg, elle-même située dans une commune proche appelée Le Gatrion. Nous nous sommes concentrés sur leur action en direction des personnes âgées (« aide aux anciens »), centrale dans leurs activités, laissant de côté l'action pour les familles avec enfants, l'action pour les personnes handicapées, et l'action tout public (« aides de confort »).

L'enquête a été composée d'entretiens longs, semi-directifs, auprès de bénévoles de cette association, ainsi que de bénévoles et salariés de la fédération départementale, et de salariés de la Maison des Services. A ces entretiens s'est ajoutée une collecte de documents utiles auprès des personnes rencontrées, qui permet d'appuyer et de compléter les informations recueillies en entretien. Un travail d'archives, à la Maison des Services comme à la Fédération, aurait pu être possible, mais l'autorisation a été obtenue trop tard pour pouvoir le mener à bien dans le cadre de ce rapport. Nos analyses sont donc principalement fondées sur des discours, actuels et rétrospectifs, qu'il aurait été bon de recouper avec d'autres sources, mais qui constituent toutefois un matériau suffisant pour proposer des pistes d'étude intéressantes dans un cadre exploratoire.

Fig. 1 : Organisation sur trois niveaux territoriaux de l'ADMR dans le département de l'Ouest



Chaque fédération départementale ADMR a une autonomie d'action et des marges de manœuvre certaines, même si elle participe à un Comité Régional ADMR, et est affiliée à l'Union nationale des Fédérations ADMR. Au niveau infra-départemental, l'ADMR de l'Ouest a mis en place récemment (en 2007) des Maisons de Services, qui sont des structures intermédiaires agissant sur des territoires propres à l'ADMR, au nombre de 11 dans le département étudiés. Les associations locales, quant à elles au nombre de 38 sur le département au moment de l'enquête, agissent généralement sur une seule commune, parfois sur deux communes contiguës (c'est le cas de l'association du Haut-Bourg, qui travaille également dans la commune voisine du Bas-Bourg qui n'a pas d'association ADMR propre).

Il faut préciser que cette organisation, si elle est verticale, n'implique pas forcément de liens hiérarchiques clairs. A la fédération, les salariés et les bénévoles forment deux organisation directives à la fois parallèles et en lien constant ; la branche bénévole (qui représente les orientations théoriques de la fédération) est censée avoir le dernier mot sur la branche salariée (qui est plutôt chargée du côté opérationnel). Les salariés des Maisons des Services sont sous les ordres de la fédération (salariés et bénévoles), et doivent servir d'intermédiaire entre la fédération et les associations locales : ils doivent favoriser l'application des directives fédérales sur le terrain, et font remonter les problèmes de terrain et les données de fonctionnement jusqu'au niveau fédéral départemental. Ils n'ont pas de pouvoir contraignant, leur mission étant d' « accompagner » les acteurs des associations locales (les bénévoles comme les clients) dans leurs missions. Les associations locales sont administrées, dans le département de l'Ouest, exclusivement par des bénévoles¹¹⁸. Parmi ces bénévoles locaux, certains sont ceux-là mêmes qui s'investissent dans le bureau fédéral : ce dernier n'est composé que de personnes également impliquées sur le terrain. C'est là que les liens se compliquent : non seulement les salariés des Maisons des Services n'ont pas de pouvoir contraignant, ce qui ne facilite pas leur mission face à des bénévoles associatifs n'ayant pas toujours envie d'être « accompagnés », mais en plus, ces mêmes bénévoles sont en partie impliqués au niveau fédéral, étant donc à la fois les donneurs d'ordres et les receveurs.

b. Accès au terrain et circulation de l'enquêteur

En tant qu'enquêtrice, je connaissais déjà le département de l'Ouest, où j'avais effectué une enquête de plusieurs années pour ma thèse de sociologie (Billaud, 2010). Des relations personnelles me permettaient d'y ouvrir assez facilement un nouveau terrain d'enquête, dans une association locale d'aide à domicile, implantée depuis les années 1970, et faisant partie de la fédération départementale ADMR – par ailleurs très connue partout en France, au niveau local comme au niveau national.

¹¹⁸ Dans certains départements voisins, il est arrivé de salarier des secrétaires. Selon Annie Breuil, directrice fédérale adjointe, cette expérience n'a pas été concluante et la fédération de l'Ouest a décidé de ne pas la tenter.

J'ai donc contacté la personne que je connaissais, et qui pouvait me donner accès à cette structure : Gérard Rigaud, un homme de bientôt 80 ans, ancien ouvrier maraîcher, qui avait été trésorier de cette association locale pendant 38 ans de 1967 à 2005. Il m'a suggéré de rencontrer d'abord l'ancienne présidente qui, selon lui, serait la mieux placée pour me parler, et m'enverrait vers d'autres personnes pertinentes.

J'ai donc rencontré en premier Claudine Pialat, ancienne professeure de collège et présidente de l'association pendant presque 20 ans (1990-2009). Elle-même m'a envoyée vers Chantal Hayet, ancienne infirmière, qui était secrétaire de l'association entre 1995 et 2005 et a été également secrétaire fédérale. En parallèle, j'ai rencontré en entretien Gérard Rigaud (mon premier contact) qui en a été le trésorier. Il m'a enfin envoyée vers Brigitte Donneau, ancienne ouvrière maraîchère, qui est chargée des plannings et d'une partie des dossiers depuis 1995.

Sur recommandation de Claudine Pialat, j'ai ensuite pu rencontrer Alain Sarton, ancien cadre ingénieur et chef de projet sur des chantiers industriels de 64 ans : il est actuellement présidente de l'association du Haut-Bourg et trésorier de la fédération départementale. Il m'a, à son tour, envoyé vers Annie Breuil, 54 ans et diplômée d'un DESS, salariée de la fédération départementale au poste de directrice adjointe.

Enfin, sur recommandation directe d'Annie Breuil, j'ai pu rencontrer deux salariés de la Maison des Services dont dépend l'association du Haut-Bourg : Bruno Nourry, un cadre de secteur, ancien éducateur spécialisé de 43 ans, ainsi que Viviane Vallon, 51 ans, titulaire d'un BEP secrétariat, et qui est l'une des assistantes techniques en poste actuellement (son rôle étant principalement d'assurer le secrétariat, la gestion des plannings des intervenantes à domicile, et l'accueil téléphonique, aussi bien pour les salariés et les bénévoles que pour les clients).

Pour récapituler, j'ai d'abord enquêté auprès de bénévoles du bureau (l'ancien, puis le nouveau) de l'association locale du Haut-Bourg. Grâce à son président, également trésorier fédéral, j'ai ensuite opéré un double décalage : je suis passée de l'association locale à la fédération départementale, et des bénévoles aux salariés. Je suis ensuite « redescendue » aux salariés subalternes, déconcentrés sur le terrain, que sont le cadre de secteur et l'assistante technique. L'enquête a été très bien reçue par toutes les personnes sollicitées, et il semble qu'elle aurait pu continuer auprès de personnes non encore interviewées. Comme nous allons le voir maintenant, aucun blocage d'enquête, et très peu de réticences, sont à rapporter.

Fig. 2 : Situation des enquêtés dans les trois niveaux de l'ADMR de l'Ouest



c. Des enquêtés qui prennent la parole dans l'enquête relativement aisément

Les entretiens, menés sur un mode semi-directif, ont tous été longs : une heure et demie pour le plus court, deux heures à deux heures et demie pour la majorité des autres. Ils ont été pour la plupart enregistrés.

La prise de parole semblait relativement facile de la part de mes interlocuteurs, et cela plutôt indépendamment de leur position sociale et de leur position à l'ADMR. Parmi les bénévoles, c'est Chantal Hayet, ancienne infirmière de 71 ans et ancienne secrétaire de l'association du Haut-Bourg, qui a semblé éprouver le plus de peine à mettre des mots sur sa pratique bénévole, répondant de manière très succincte et à travers des phrases courtes. En revanche, Brigitte Donneau (ancienne ouvrière maraîchère et chargée des plannings) ou encore Gérard Rigaud (ancien contremaître et ancien trésorier) ont parlé de manière fluide de leur engagement au sein de l'ADMR.

Deux de ces enquêtées, Chantal Hayet et Brigitte Donneau, ont toutefois refusé l'enregistrement de l'entretien, au motif qu'elles ne se sentiraient pas à l'aise et que cela bloquerait leur discours. Des notes précises ont été prises lors de ces entretiens.

Pour sa part, Alain Sarton, ancien cadre ingénieur de 64 ans, affirme dans l'entretien sa position de président d'association, et semble vouloir montrer que c'est lui qui a la main sur l'interaction d'enquête : il questionne pendant toute la première partie de la conversation l'intérêt de la sociologie, mes méthodes de travail, cite et critique des études sociologiques de sa connaissance, et me dit tenter d'évaluer à quel point l'étude que je mène est « sérieuse ».

En revanche, à la fédération, la vice-présidente Annie Breuil place plutôt le dialogue sur un pied d'égalité. Elle a étudié la sociologie à l'université dans ses jeunes années et s'est beaucoup formée dans le domaine de l'action sociale, elle se sent directement concernée par l'étude et est intéressée par ses résultats. A cela s'ajoute son départ imminent : elle a trouvé un autre poste et a démissionné, lorsque je la rencontre, elle est à deux jours du départ. Ces deux éléments expliquent sans doute son discours plutôt franc, en particulier sur les difficultés financières rencontrées par la fédération et sur les tensions qui la traversent.

Même au sein de la Maison des Services, pourtant en difficulté et dont l'utilité est très questionnée, l'enquête a été bien reçue. C'est sans difficultés qu'Annie Breuil, après avoir demandé son accord au cadre de proximité par téléphone, m'a laissée prendre contact directement avec eux. Le cadre de secteur en question (Bruno Nourry) ainsi qu'une des assistantes techniques de la Maison (Viviane Vallon) ont accepté l'entretien immédiatement. En plus des deux personnes que j'y ai rencontrées, une autre assistante technique était prête à me rencontrer en cas d'indisponibilité de sa collègue. J'ai aussi obtenu l'autorisation d'accéder aux archives, malheureusement trop tard pour les utiliser dans le cadre de ce rapport.

La réception favorable de l'enquête montre une volonté de prendre la parole face à l'enquêteur, pour valoriser un engagement passé dans certains cas, et dans d'autres, pour faire part des difficultés rencontrées actuellement par les bénévoles aussi bien que les salariés.

Tableau 1 : Récapitulatif des personnes rencontrées en entretien

Enquêté(e)	Age	Profession ou diplômes	Bénévole / salarié	Fonctions Association Haut-Bourg	Fonctions Fédération de l'Ouest	Période d'activité à l'ADMR
Brigitte DONNEAU	76	Ouvrière maraîchère retraitée	Bénévole	Responsable plannings	-	Depuis 1995
Chantal HAYET	71	Infirmière retraitée	Bénévole	Ancienne secrétaire	-	1995-2005
Claudine PIALAT	73	Prof. de maths au collège retraitée	Bénévole	Ancienne présidente	Ancienne secrétaire	1990-2009
Gérard RIGAUD	79	Contremaître maraîcher retraité	Bénévole	Ancien trésorier	-	1966-2004
Alain SARTON	64	Cadre ingénieur retraité	Bénévole	Actuel président	Actuel trésorier	Depuis 2009
Annie BREUIL	54	Licence socio / DESS gestion médico-sociale / économie sociale et solidaire	Salariée	-	Directrice adjointe	1998-2013
Bruno NOURRY	43	Diplôme d'éducateur spécialisé	Salarié	-	Cadre de proximité MDS	Depuis 2009
Viviane VALLON	51	BEP secrétariat	Salariée	-	Assistante technique MDS	Depuis 2008

2. L'association ADMR du Haut-Bourg : de l'aide familiale à l'aide aux « anciens »

La commune du Haut-Bourg est une commune d'environ 5 500 habitants, située à une dizaine de kilomètres de Larnan, une ville moyenne de l'ouest de la France. Elle s'étend sur 20 km², partagés entre un bourg historique, un territoire résidentiel récemment urbanisé sur la trajectoire qui la relie à Larnan (dont elle fait partie, selon l'INSEE, de l'aire urbaine), et des hameaux plus modestes (localement dénommés « villages ») dispersés dans la campagne sur le territoire opposé. Sa population a fortement crû durant les dernières décennies en raison des mouvements de population vers les zones urbaines et de l'extension de la ville de Larnan : le Haut-Bourg, qui comptait environ 2 000 habitants en 1968, en comprend aujourd'hui presque 5 500. La commune accueille plusieurs zones industrielles récentes où se sont installées des entreprises, profitant de la proximité de Larnan. Toutefois, l'économie traditionnelle de la commune, fondée sur des secteurs agricoles spécifiques (maraîchage, vignoble), est encore très présente.

Tableau 2 : Nombre d'habitants du Haut-Bourg pour la période étudiée

Année	1968	1975	1982	1990	1999	2010
Nombre d'habitants	2000	> 2 500	> 3 000	< 4 000	5 000	< 5 500

Source : Recensement de la population, INSEE. Les chiffres ont été arrondis pour les besoins de l'anonymat.

La ville de Larnan attirant des populations jeunes, la part de personnes de plus de 60 ans au Haut-Bourg est aujourd'hui à peu près comparable à celle sur l'ensemble du département de l'Ouest, et un peu inférieure à ce qu'elle représente sur l'ensemble du territoire national. Toutefois, dans les années 1960, la situation de personnes âgées isolées ou en situation de pauvreté y a été le moteur de création d'une association locale, qui deviendrait un peu plus tard l'ADMR du Haut-Bourg.

a. Le changement d'affiliation d'une ancienne association AFR

Les prémices de l'association du Haut-Bourg remontent aux années 1950 : une association y avait été créée, en lien avec le patronage de la commune¹¹⁹, dans le cadre du mouvement des Associations Familiales Rurales. Il s'agissait à l'époque d'aider les

¹¹⁹ Sur l'héritage laissé par les mouvements associatifs catholiques dans les milieux ruraux français, voir Houssel, 1986.

« familles nombreuses » ou les femmes ayant des enfants en bas âges, en plaçant chez elles une « aide familiale », jeune femme célibataire sans enfants, qui allait seconder la mère de famille dans ses tâches quotidiennes. Leur propre mariage constituait, pour les « aides » de l'époque, la sortie du métier. Au Haut-Bourg, les familles nécessitant ce type d'aide étaient peu nombreuses, et au début des années 1970, la fédération départementale (AFR) de l'Ouest leur demande de ne plus intervenir dans ce cadre, le relai étant pris par les aides familiales d'une commune voisine, le Bas-Bourg.

Gérard Rigaud, ouvrier maraîcher, est alors trésorier de l'association du Haut-Bourg depuis son arrivée en 1966 – lui-même père de quatre enfants, il avait bénéficié des aides de l'association et s'y était investi comme bénévole. Avec Yvette Meignen, alors secrétaire de la même association, il va orienter l'action de l'association du Haut-Bourg vers un nouveau public : les « anciens ».

« Et un besoin s'est fait sentir dans les villages. Avec madame Meignen, qui était la secrétaire [de l'association AFR] du Haut-Bourg, on était tous les deux à s'occuper de ça, on a commencé à.... C'est le boulanger, monsieur Leroux, qui nous a averti le premier : 'oh y a une grand-mère là-bas, ça va pas fort, vous devriez voir si vous avez pas quelque chose pour l'aider'. Alors madame Meignen en a parlé à la mairie, puis le CCAS de la mairie nous a mis en route, nous a dit bon.... Et c'est là qu'on a lancé avec madame Meignen le service d'aide ménagère. Mais c'était dans les villages que ça se passait, y avait pas de structure, y avait rien ! »

La nouvelle activité de l'association se développe doucement, avec le soutien du CCAS. Outre son engagement à l'association AFR, Yvette Meignen est également au conseil municipal dans la commission en charge des affaires sociales : son double engagement a permis de créer un lien et de donner l'impulsion de création de ce nouveau service. Pour autant, la commune ne verse pas de subvention annuelle dans le cadre de l'aide aux « anciens », mais le fait uniquement dans le cadre de l'aide aux familles. La dite subvention est donc reversée à l'association du Bas-Bourg, qui intervient désormais également au Haut-Bourg. C'est donc principalement vers les caisses de retraite que les bénévoles se tournent pour trouver des fonds pour l'aide aux personnes âgées, en aidant les personnes à monter un dossier de demande de financement d'une « aide-ménagère ». Ils organisent également des kermesses, louent des friteuses pour les fêtes locales, afin de récolter des fonds et d'aider les plus pauvres des personnes âgées de la commune à financer des heures d'aide.

Quelques années plus tard, vers 1978, l'association rompt avec l'AFR : celle-ci souhaite devenir employeur à la place des associations locales, ce qui n'est pas vu d'un bon œil par les bénévoles, qui voient leurs responsabilités nettement diminuées. Ces derniers prennent alors leur indépendance vis-à-vis des AFR.

« A la fédé, y a eu tout un Trafalgar. C'est venu par la voie des syndicats, comme on dit, quand les employés veulent devenir patrons, ça marche pas. Alors c'est parti en procès, et de là est née l'ADMR, indépendante des AFR. C'est-à-dire que la fédé

voulait devenir employeur. Donc toutes les associations locales, on était pouic, tous les bénévoles étaient plus rien ! (...) Eux ils ont formé l' AIS (...) Nous on a formé un groupe ADMR avec les personnes restantes, autogestionnaire, commune par commune, ou plutôt association par association parce que certaines couvrent plusieurs communes. Et c'est là que l' ADMR est née. »

Dans un contexte d'effervescence syndicale et de recomposition des associations, les dissidents de l' AFR s'affilient à deux nouvelles fédérations : les uns créent un groupe, que nous avons nommé l' AIS (Association Issue de la Scission), marqué par le syndicalisme de gauche, qui revendique avant tout la reconnaissance de conditions de travail pour les aides à domicile, et s'inscrit dans le prolongement de l'action « familles ». Les autres, plus proches des patronages que des syndicats et plutôt marqués par le catholicisme social, se revendiquent avant tout au service de la satisfaction des usagers. Défendant la place des bénévoles comme dirigeants (et non comme soutien des salariés) et la fonction employeur des associations locales, ils s'affilient à la nouvelle fédération ADMR en train de voir le jour au niveau départemental : l'association du Haut-Bourg sera de celles-ci, alors que celle du Bas-Bourg s'intègre à l' AIS.

b. Essor de la fédération et processus de rationalisation

Au cours des années 1980, l'association ADMR du Haut-Bourg suit de près les transformations du secteur de l'aide à domicile pour s'y adapter. Elle commence également à agir du côté des personnes handicapées. L'obtention de financements est de plus en plus conditionnée à des critères qui émergent, attestant de la « qualité » de la gestion salariale et de la prestation : c'est le début d'une rationalisation gestionnaire et comptable qui va transférer une partie des tâches liées à la fonction employeur, jusqu'alors assurée par les bénévoles, à des salariés, mais également d'une professionnalisation croissante des salariés à travers la création de diplômes et de formations continues, de formations à destination des bénévoles. Ces transformations ne sont pas propres aux associations du secteur de l'aide à domicile : elles traversent l'ensemble du monde associatif.

Outre l'amorce de ces processus de rationalisation, l'association du Haut-Bourg transforme ses activités. A la fin des années 1980, elle s'ouvre notamment à l'aide aux handicapés, acceptant notamment des aides du département pour former certaines employées à cette spécialité émergente. Dans les années 1990 et 2000, elle développe également les « aides de confort », redéveloppe une aide aux familles (même si cette activité reste minime), ainsi que, vers 2010, un service de bricolage et jardinage qui n'aura pas grand succès puisqu'il sera supprimé en 2012.

Cette année 2012 marque par ailleurs un grave tournant dans l'histoire de la fédération départementale à laquelle est affiliée l'association du Haut-Bourg : la présidente, qui la dirige depuis une trentaine d'années, a quitté la fédération. Le directeur, quant à lui, est

« remercié ». La fédération est en faillite depuis deux ans, et les financeurs font pression pour qu'elle redresse ses comptes au plus vite : telle sera la mission assignée aux nouveaux dirigeants, à partir de 2012. Pour ce qui concerne l'étude présentée ici, nous nous arrêterons juste avant ce bouleversement, sur lequel nous n'avons pas assez de données ni de recul.

En 2011, l'association du Haut-Bourg compte cinq bénévoles permanents, 20 intervenantes à domicile (qui cumulent un peu plus de 10 ETP au total) dont 17 en CDI ; par ailleurs, toutes sont des femmes. L'association aide au total 162 personnes sur la commune. L'aide aux personnes âgées représente une part importante de leurs interventions (65% en 2011), même si elle est encore plus élevée au niveau départemental (74%).

Avec ses presque 700 000 heures d'intervention annuelles tous secteurs confondus, la fédération ADMR de l'Ouest est la deuxième structure d'aide à domicile du département, à la fois loin derrière la première (que nous appellerons l'ACAD, Association Concurrente d'Aide à Domicile) qui cumule plus d'un million d'heures annuelles d'intervention, et loin devant la troisième qui ne dépasse pas les 250 000 heures. Comme ses principales concurrentes, la fédération ADMR, ainsi que toutes les associations qui lui sont affiliées, sont autorisées par le Conseil Général, et, dans ce cadre, leurs comptes sont examinés en détail et leur activité prestataire tarifée par les services du département, qui imposent de ce fait des critères de « qualité » pris en compte pour définir le montant du tarif.

L'encadrement de la « qualité » s'est précisé et durci depuis les années 1980. L'association du Haut-Bourg, comme la fédération départementale, les a pris très au sérieux : portés notamment par les financeurs et les certificateurs du secteur, ils conditionnent l'accès au public des personnes âgées « fragilisées » solvabilisées par l'Etat et/ou aux subventions spécifiquement dédiés aux structures d'aide à ces populations. S'adapter aux critères mouvants de la « qualité » était donc, pour l'association, une question de survie.

Au départ, le financement par les revenus des personnes, complétés par les fonds des caisses de retraite et l'organisation d'une cagnotte villageoise rendait l'association relativement autonome dans ses critères : comme on le verra, l'intervention de « qualité » se définissait alors surtout par la simple possibilité de la mettre en place, et une volonté de « faire les choses comme il faut », comme l'explique Gérard Rigaud. Elle se mesurait à l'aune des normes domestiques de la maison « bien tenue », naturalisées comme étant gage de bonne santé physique et mentale, et surtout, de bonne morale.

Les processus de rationalisation, portés par des financeurs toujours plus exigeants sur le contrôle de la prestation d'aide, ont transformé l'évaluation : il ne s'agit plus de « faire les choses comme il faut », mais, comme le dit Claudine Pialat, de « produire une prestation de qualité ». Avoir des professionnels « compétents », organiser leur encadrement ainsi que celui de la relation d'aide, se faire reconnaître comme produisant un service de « qualité » et se faire une place sur le marché de l'aide à domicile : la question de la « qualité » est, à la fois, un objet mouvant à la croisée de points de vue situés, et une condition de la viabilité des structures d'aide à domicile.

3. Se donner les moyens de la qualité : comment avoir des professionnels compétents ?

La question du recrutement des intervenants à domicile est un enjeu central pour les structures. Quels ont été et quels sont les procédures, les critères de recrutement ? Comment se repèrent les « bonnes » aides à domicile, et comment ces critères ont-ils évolué dans l'histoire de l'association du Haut-Bourg ? Nous verrons que malgré les dispositifs de professionnalisation et l'incitation à la formation, la désignation d'un intervenant comme compétent est encore largement basée sur la naturalisation de compétences domestiques associées aux femmes, toutefois pensée à présent sur le mode de l'exception plutôt que de la norme.

a. Recruter et employer : des « filles valables » aux « perles »

En entretien, les plus anciens des bénévoles décrivent le recrutement des aides à domicile comme un choix limité. Les trois conditions du recrutement d'une femme (à l'époque il était impensable que ce soit un homme) étaient la résidence à proximité (« on essayait d'en recruter une par village, c'était souvent une voisine », dit Gérard Rigaud), la disponibilité (« la plupart étaient des mères au foyer »), ainsi que la reconnaissance dans les réseaux d'interconnaissance locale comme étant « une bonne ménagère », et en cela, le fait d'avoir des enfants était un plus : il était un gage de bonne gestion d'une maison « complexe ». En cela, les premières « aides ménagères » différaient des « aides familiales », qui elles étaient de jeunes femmes non encore mères. Leur recrutement se faisait par les réseaux d'interconnaissance locale et le jeu des réputations, sur la base d'une naturalisation des compétences domestiques traditionnellement attribuées aux femmes en tant que compétences quasi-professionnelles. « Quasi-professionnelles » toutefois, car ce qui ressort également des entretiens, c'est qu'à l'époque cette occupation n'était pas considéré comme un métier : tout au plus une petite activité, un complément de salaire. L'activité de ces femmes était d'abord celle de mère au foyer, et l'activité d'aide ne constituait pas une identité professionnelle comme cela peut être le cas pour certaines salariées aujourd'hui¹²⁰. Selon les enquêtés, la proximité rendait peu pénible les emplois du temps entrecoupés, la question des frais de déplacement se posait peu, le temps partiel n'était pas une contrainte négative puisque cette activité était avant tout secondaire, et sa reconnaissance comme métier était peu recherchée. Comme le dit Claudine Pialat, l'activité, insérée dans le contexte local spécifique

¹²⁰ Une dissociation similaire est notée par Christelle Avril (2003b) à propos des salariées actuelles. Elle montre que les aides à domicile les moins précaires dissocient leur travail de leur statut social, alors que les plus précaires revendiquent une « fierté au travail ».

de la région et de l'époque, se voyait avant tout formulée comme un « contrat pour mères de famille pas trop jeunes ».

C'est de ce premier type de recrutement que découle, dans la bouche des bénévoles des années 1970 à 1980, la catégorie des « filles valables ». Cette appellation, récurrente dans les entretiens, ne fait pas que naturaliser les compétences requises, elle les banalise : la bonne employée serait alors celle qui rentrerait dans une norme dominante de la gestion domestique et de la relation aux personnes, les mauvaises employées étant donc, par conséquent, considérées comme déviantes, et soupçonnées de l'être y compris dans la gestion de leur espace domestique personnel. La frontière entre les compétences à mettre en œuvre dans le travail et hors de lui ne sont pas différentes : la bonne ménagère l'est autant chez elle que chez les autres, et il en va de même pour la mauvaise.

La création du CAFAD (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile), à la fin des années 1980, a changé quelque peu la donne. L'aide ménagère n'est plus seulement une extension des aptitudes domestiques à un autre lieu de vie : c'est quelque chose qui se valide, qui s'apprend, qui fait l'objet d'une reconnaissance de compétences spécifiques, donc non partagées. La création d'un diplôme participe donc à l'idée que la « bonne » professionnelle ne serait plus de l'ordre de la normalité, mais au contraire, de l'ordre de l'exception.

Alors que le discours de la normalité est très présent chez les bénévoles de la « première » génération de l'association du Haut-Bourg en tant qu'ADMR, c'est bien le discours de l'exception qui ressort des descriptions des générations suivantes de bénévoles. La catégorie de « perle », déjà repérée sur d'autres terrains d'enquête (Gramain, Neuberg, Weber, 2014), apparaît ainsi dans la bouche d'Alain Sarton, l'actuel président de l'association, lorsqu'il décrit l'une des employées présente depuis près de 15 ans, et dont les clients comme les encadrants semblent extrêmement satisfaits. Le discours de la « perle rare », de même que celui des « filles valables », est un discours fondé sur une naturalisation des compétences domestiques féminines, qui renvoie à une division traditionnelle du travail domestique entre les sexes. Dans le cadre du contexte local de l'association du Haut-Bourg, on y passe en revanche de l'image de la mère de famille rurale à la salariée populaire de bonne volonté : contrairement à la « fille valable » qui porterait ses compétences en elle, la « perle rare » serait avant tout une bonne élève qui, *en plus*, porterait en elle des compétences exceptionnelles.

b. Former : les injonctions paradoxales de la professionnalisation

En effet, derrière le discours de l'exception, il y a celui de la formation. Alors que les « filles valables » transposent dans leur activité d'aide des compétences acquises dans la sphère domestique, les « perles rares » sont les meilleures élèves d'une combinaison entre la transposition de ces compétences et un processus de formation professionnelle codifié. Il ne

s'agit plus seulement de savoir faire, mais de savoir être, et de savoir aussi théoriser et verbaliser ces compétences : le diplôme est alors promu comme moyen de « réduire l'incertitude sur la qualité de la prestation » en garantissant les compétences des salariées (Clergeau et Dussuet, 2005).

L'association du Haut-Bourg a été une bonne élève : dès la création du CAFAD, en 1988, elle envoie l'ensemble de ses employées (cinq à l'époque) suivre la formation proposée par la fédération et obtenir le diplôme. Bientôt, les demandes de formation sont plus nombreuses que l'offre proposée par la fédération. Gérard Rigaud, le trésorier du Haut-Bourg s'engage à la fédération départementale en tant que « recruteur formations » de la fin des années 1980 jusqu'au milieu des années 1990 : il est chargé de sélectionner, parmi les postulantes venues de toutes les associations du département, celles qui accéderont à la formation. De nombreuses formations continues sont également mises en place, avec des thèmes-phares comme l'aide aux aidants dans les années 1990 ou encore la maladie d'Alzheimer dans les années 2000.

A la fin des années 2000, une part conséquente des personnels de l'ADMR de l'Ouest sont formés : les catégories B et C cumulées aux TISF représentent 53% de l'effectif total des salariés d'intervention de la fédération. A l'association du Haut-Bourg, où les dirigeants ont toujours été très actifs dans la formation de leurs employés, les salariées sont encore plus formées que pour l'ensemble de la fédération : 80% des salariées possèdent une qualification (16 salariées sur 20, dont 7 possèdent le DEAVS, soit 35% de l'effectif total).

Encadré 2 : Qualification des intervenants dans l'aide à domicile

L'accord de branche du 29 mars 2002 sur les catégories et les rémunérations prévoit trois catégories selon le niveau de qualification. Les salariés sont désignés sous l'appellation générique d' « aides à domicile » et se répartissent en trois catégories officielles¹²¹.

La catégorie A (« agents à domicile ») est la moins qualifiée, leur embauche ne nécessite aucune formation ni qualification spécifique.

La catégorie B (« employés à domicile ») exige d'avoir une qualification (BEP, titre d' « assistant de vie » de l'AFPA) ou d'être en cours de préparation du DEAVS¹²² (via une Validation des Acquis de l'Expérience, par exemple).

La catégorie C, la plus qualifiée, regroupe les « auxiliaires de vie sociale » titulaires du DEAVS.

¹²¹ Sur les catégories d'intervenants, voir Jany-Catrice, Puissant et Ribault, 2009. Sur la mise en place de diplômes, voir Doniol-Shaw, 2011.

¹²² Le DEAVS, Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale, a officiellement remplacé le CAFAD en 2002.

Tableau 3 : Qualification des salariés d'intervention de la fédération de l'Ouest et de l'association du Haut-Bourg en 2011

	Salariés de l'asso du Haut-Bourg en 2011		Salariés de la fédération de l'Ouest en 2011	
	Catégorie A (agents polyvalents)	4	20 %	345
Catégorie B (employés à domicile)	9	45 %	176	24 %
Catégorie C (auxiliaires de vie sociale)	7	35 %	199	27 %
Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF)	0	0 %	15	2 %
Total	20	100 %	735	100 %
Total en ETP*	10,1 ETP		393 ETP	

*Equivalent Temps Plein.

Source : Rapport d'activité 2011 de la fédération ADMR de l'Ouest, entretiens.

La fédération de l'Ouest, et particulièrement l'association du Haut-Bourg, ont donc suivi le mouvement de cette incitation des pouvoirs publics à former les intervenants pour « professionnaliser » le secteur dans le but d'offrir des prestations plus contrôlées, plus standardisées, ce qui est alors défini comme faisant partie d'une prestation de meilleure « qualité ». Cependant, cette bonne volonté à l'égard des directives publique va avoir un effet paradoxal à la fin des années 2000 : lorsqu'en 2009, le Conseil général commence à tarifier l'activité prestataire des structures d'aide à domicile qu'il autorise déjà depuis quelques années¹²³, il reproche à l'ADMR d'avoir trop de personnels formés – c'est-à-dire, de coûter trop cher à la collectivité. En effet, le tarif déterminé par le Conseil général est calculé au regard des budgets prévisionnels et comptes d'activité des structures d'aide à domicile, et détermine la participation du département dans le financement de prestations attribuées dans le cadre de l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie, mise en place en 2002). Le Conseil général de l'Ouest préconise ainsi un taux d'environ 30% de personnels de catégories C – les plus formés – en équivalents-temps-plein (ETP), au-delà duquel ils ne prennent pas en compte le coût additionnels de ces personnels par rapport aux catégories B ou A dans le calcul du tarif. Si les personnels de catégorie C formaient en 2011 27% des effectifs de la fédération de l'Ouest, selon Annie Breuil, directrice adjointe de la fédération, ils représentaient en 2009 près de 40% des ETP. Depuis, afin de ne pas être pénalisée, la fédération a suivi les recommandations du Conseil Général et embauché plus de personnels non (ou peu) qualifiés.

¹²³ Pour une analyse plus poussée, voir Gramain, Weber et al, 2012.

Cependant, les enquêtés dénoncent cette politique qui leur apparaît contradictoire et leur donne le sentiment d'être une simple variable d'ajustement, alors qu'eux se pensent comme des acteurs de l'amélioration du secteur : alors qu'ils ont attaché une grande importance à jouer les bons élèves et depuis les premières incitations à la professionnalisation, ils se sont sentis trahis lorsqu'on leur a reproché ensuite leur taux de qualification trop élevé. Claudine Pialat, ancienne présidente de l'association du Haut-Bourg et ancienne secrétaire fédérale, s'est retirée de ses engagements à ce moment-là :

« On avait l'impression d'être poussés dans un sens, puis dans l'autre, d'être les dindons de la farce si vous voulez. Alors moi, je commençais à fatiguer, et là, j'ai tourné la... j'ai jeté l'éponge, j'ai tourné la page, j'ai dit 'débrouillez-vous, ce sera sans moi !' Non parce que... c'est quand même épuisant, quoi. »

Par ailleurs, les personnes rencontrées encore actives en 2012, et en particulier les bénévoles, font preuve d'un grand scepticisme quant à la valeur des formations actuelles, et aux procédures de validation des acquis. Alain Sarton, qui a succédé en 2009 à Claudine Pialat à la présidence de l'association du Haut-Bourg, dit ainsi ne pas faire confiance au curriculum vitae et aux titres présentés par les candidates qu'il reçoit¹²⁴ : il dénonce « celles qui sont formées et ne savent rien faire ». Il décrit également la VAE comme une procédure piège :

« La VAE, c'est les envoyer au casse-pipe, moi je suis scandalisé des procédures et de la manière dont elles [les intervenantes] sont reçues. Nous, on en avait trois qu'on avait mis dans le circuit pour qu'elles obtiennent le DEAVS, ben y en a aucune qui l'a eu, et puis faut plus leur en parler ! Si, y en a une qui a recommencé je crois, mais je sais pas où ça en est vu qu'elle nous a quittés. (...) Le jury, il est là pour les humilier, pour les casser ! Déjà que ce sont des personnes qui, souvent, n'ont pas eu un bon rapport à l'école, là elles font l'effort et... Au lieu de les juger sur ce qu'elles savent faire (...), on leur demande de parler et d'écrire, mais c'est pas ça leurs compétences ! Et alors ils sont extrêmement cassants. »

Selon Alain Sarton, la VAE comme procédure demandant l'intellectualisation et la verbalisation des compétences (c'est-à-dire leur théorisation) dans un cadre proche du cadre scolaire met ainsi en difficulté des aides à domicile, principalement issues de milieux populaires et ayant effectué une scolarité courte¹²⁵. Les effectifs, à l'échelle de l'association comme de la fédération de l'Ouest, montrent également des générations de femmes moins longtemps scolarisées : 56% des salariés d'intervention du département ont, en 2011, plus de 45 ans.

¹²⁴ En effet, si la fédération s'occupe des contrats et fiches de paie depuis la fin des années 1980, ce sont toujours les bénévoles des associations locales qui recrutent leurs employés et sont officiellement leurs employeurs.

¹²⁵ Toutefois, contrairement à ce que nous avons pu observer sur d'autres terrains d'enquête en région parisienne ou à Villevieille (Julliard et Leroy, 2014), il y a ici très peu de personnes issues de l'immigration. L'implantation essentiellement « rurale » ou périurbaine de l'ADMR (bien qu'elle agisse sur de nombreuses communes considérées par l'INSEE comme urbaines, comme le Haut-Bourg) la tient à distance dans populations d'origine immigrée, très peu représentées dans ces territoires.

Tableau 4 : Répartition des personnels d'intervention au niveau départemental selon l'âge en 2011

Âge	Effectifs à la fédération l'Ouest	% à la fédération de l'Ouest
Moins de 25 ans	49	7 %
25-35 ans	107	15 %
35-45 ans	168	23 %
45-55 ans	290	39 %
Plus de 55 ans	121	16 %
Total	735	100 %

Source : Rapport d'activité 2011 de la fédération ADMR de l'Ouest

Malgré les incitations à la formation et les dispositifs mis en place, Alain Sarton, en 2012, dit encore recruter plus « au feeling » que sur CV. Les volontés de théorisation et de standardisation des procédés n'ont pas enrayé la très forte naturalisation des compétences féminines dans le domaine du domestique. Quand il décrit la sélection d'une aide à domicile lors d'un entretien, Alain Sarton se réfère à des indices qui relèvent du stéréotype socialement efficace : la voix douce, la patience, la discrétion, l'intérêt pour l'aide aux autres y compris en dehors de la sphère professionnelle... autant de compétences perçues positivement lorsqu'elles sont attribuées aux femmes, et qui prennent valeur de critères de « qualité » de l'intervenant à domicile. Malgré les processus de « professionnalisation » mis en place, ou peut-être en partie de leur fait, la « qualité » de service – entendue comme le fait de recruter des personnels d'intervention compétents – passerait donc toujours par une reproduction des compétences genrées des femmes dans la sphère domestique (Avril, 2003a).

4. Produire de la qualité (1) : organiser l'encadrement

La production d'une intervention de « qualité » renvoie non seulement au recrutement de personnels d'intervention jugés compétents, mais également à leur encadrement. Comment organiser, dans une fédération initialement construite sur l'engagement bénévole, un maillage efficace de contrôle des intervenants à domicile et des clients ? Nous montrerons que c'est là l'une des principales difficultés de la fédération, qui peine à résister dans un

contexte de marché de l'aide à domicile tout en conservant ses structures historiques de fonctionnement.

a. Organiser l'encadrement : du bénévolat local aux Maisons des Services

Historiquement, le mouvement ADMR (dans l'Ouest ou ailleurs) tout comme celui des AFR se basait sur un bénévolat de proximité, implanté dans les communes du territoire d'intervention : les bénévoles résidaient dans la commune et étaient très impliqués dans la vie locale. On peut dire qu'ils agissaient en tant qu'encadrants : Gérard Rigaud décrit ainsi comment lui-même et la secrétaire de l'époque, Yvette Meignen, étaient constamment au courant des dernières nouvelles du « terrain », par les relations de voisinage ou les visites régulières qu'ils effectuaient au domicile des personnes aidées aussi bien que des aides à domicile. Dans les années 1980, le faible nombre des unes comme des autres permettaient des relations de proximité dans l'espace local qui favorisaient un contrôle quotidien, basé sur les réseaux d'interconnaissance et l'inter-contrôle social qu'ils impliquent. Comme l'explique Gérard Rigaud :

« On savait toujours ce qu'il se passait. Les aides, déjà, on les recrutait près de là où on avait besoin, donc elles passaient devant la maison, même les jours où elles intervenaient pas : 'bonjour madame, est-ce que tout va bien ?', et puis le soir, s'il fallait... 'ah tiens, le père Untel a pas fermé ses volets, ben je vais lui faire', et puis parfois on se faisait payer un café... (...) C'était, à l'époque, y avait pas toutes ces... pas le droit de faire ci ou ça, c'était une aide... globale, je veux dire, et ça impliquait aussi que tout le monde parlait avec tout le monde, donc c'était normal, c'était simple, on savait tout. »

L'arrivée de retraités migrant depuis les villes ou d'autres régions pour passer leur retraite au Haut-Bourg, ainsi que celle de ménages plus jeunes avec des enfants en bas âges venus s'installer dans les nouveaux espaces résidentiels de la commune, ont profondément transformé les sociabilités locales, en particulier dans les années 1990 qui correspondent à la plus forte croissance de la population communale. Les salariées recrutées sont, elles aussi, de moins en moins « connues » dans l'espace local, et surtout, de moins en moins connues par les bénévoles qui, plus âgés qu'elles, se réfèrent pour situer les « jeunes » aux familles implantées localement depuis plusieurs générations. Claudine Pialat explique :

« A une époque, on recrutait en disant, 'unetelle on la connaît', c'est la fille Machin, ou alors 'je connais sa mère, ou sa grand-mère', et on savait que c'était des gens bien, ou pas. Maintenant, les jeunes ils arrivent, on les connaît pas, on peut plus se fier à ce genre de choses. C'est devenu plus compliqué, plus hasardeux, parce que, surtout pour les anciens.... Disons que, c'est pas facile de faire confiance, de savoir comment

la personne va se comporter, quand vous la voyez une heure en entretien (...) Ce qui va se passer quand on va les mettre chez les gens, après, c'est pas facile de savoir. »

Bien que ce contrôle d'interconnaissance fonctionne encore en partie dans les années 2000, son pouvoir contraignant s'est considérablement affaibli. La crise du bénévolat que connaît la fédération depuis lors a également contribué à cet affaiblissement : certaines associations, peinant à recruter des bénévoles, n'ont pas les moyens de leur confier une tâche de contrôle serré¹²⁶. Par ailleurs, les compétences et l'utilité des bénévoles sont de plus en plus questionnées, dans un contexte global de rationalisation, de salarisation et de professionnalisation des acteurs du monde associatif (Hély, 2009) – et notamment, à l'ADMR, de son encadrement. Ce mouvement, qui ne va pas sans heurts, va conduire à minimiser les responsabilités des bénévoles et à déléguer une partie de leurs tâches à des salariés, à deux niveaux : au siège départemental de la fédération d'une part, et dans les Maisons des Services, créées en 2007 dans l'Ouest, d'autre part.

b. Qui sont les bénévoles ?

Qui sont les bénévoles, et comment devient-on bénévole à l'association du Haut-Bourg ? Les enquêtés signalent tout d'abord que le bénévolat à l'ADMR ne fait pas partie des engagements stratégiques : « c'est un bénévolat qui ne rapporte rien », déclare Gérard Rigaud. Claudine Pialat insiste :

« Ce n'est pas un engagement qui se dit beaucoup. Par exemple Gérard Rigaud, ici tout le monde sait qu'il a été 38 ans à l'ADMR, mais ce ne sera jamais lui qui en parle. Même avec ses enfants, ses petits-enfants, je ne suis pas sûre qu'ils sachent quoi que ce soit, et pourtant il en a donné, du temps ! »

Selon Alain Sarton, contrairement à des engagements dans les associations de « foot » ou des « fléchettes », le bénévolat à l'ADMR n'est pas divertissant, apporte principalement des contacts avec des gens âgés, et n'est pas valorisé dans l'espace local. Plutôt qu'un premier engagement, c'est un engagement qui fait suite à d'autres, mieux reconnus : par exemple, Gérard Rigaud était à l'AFR qui s'occupait des familles avec de jeunes enfants avant de s'engager dans l'aide aux « anciens ». Yvette Meignen, dont on a parlé, était engagée au conseil municipal. Alain Sarton et Claudine Pialat participaient respectivement au club de Judo et à l'association de parents d'élèves (FCPE) de l'école communale. L'épouse de Gérard Rigaud est, elle, très engagée au niveau paroissial, de la même manière que Brigitte Donneau, l'actuelle responsable des plannings. Quant à l'épouse d'Alain Sarton, elle fait partie du conseil municipal où elle s'occupe notamment des questions liées au CCAS, où agit également Claudine Pialat, l'ancienne présidente.

¹²⁶ Certaines communes se retrouvent même sans bénévoles pour assurer le bureau associatif minimal : une sorte de direction départementale collective, composée de salariée, est alors créé pour gérer (plus ou moins) transitoirement ces associations en attendant qu'un nouveau bureau se constitue.

Comme on le voit, l'engagement à l'ADMR fait souvent suite à d'autres bénévoles. C'est un bénévolat pris sur le tard, souvent à l'âge de la retraite, au moment où les questions d'aide aux personnes âgées se rapprochent (pour soi-même, pour ses parents...) C'est également à cet âge que s'investissent les quelques personnes qui n'ont jamais été bénévoles avant, comme par exemple Chantal Hayet, ancienne secrétaire de l'association du Haut-Bourg. Ces personnes sont alors cooptées par des bénévoles déjà investis, qui les connaissent à travers des relations de travail ou de voisinage, et qui profitent de leur passage à la retraite pour leur proposer une activité – ce qui fonctionne aussi pour les personnes ayant déjà une expérience du bénévolat. Claudine Pialat raconte ainsi comment elle a coopté Alain Sarton pour la présidence de l'association :

« Je voulais partir, ça faisait deux ans déjà, et puis un jour j'ai vu Alain – parce que je suis toujours au CCAS et sa femme y est aussi – et je lui ai dit, 'tu vas être en retraite l'année prochaine, tu vas faire quoi de tes journées ? ça t'intéresserait pas de....' Et puis voilà, j'ai fini par le convaincre et c'est lui qui a pris la suite ».

L'engagement bénévole, surtout tardif dans la trajectoire de vie (comme l'est souvent celui à l'ADMR), se fait à la croisée de multiples appartenances dans l'espace local. La plupart des bénévoles sont donc « multi-situés », dans les associations, dans la gestion municipale, au niveau de la paroisse. Leurs multiples casquettes en font des spécialistes de la gestion associative. Si l'on regarde leur profil socioprofessionnel, on peut toutefois dégager deux âges du bénévolat à l'ADMR. Les plus anciens, étaient issus des fractions plutôt instruites des classes populaires comparativement à la population locale. Ils occupaient souvent des professions d'exécution, mais parfois avec un statut d'encadrement. Gérard Rigaud en est un bon exemple : ouvrier maraîcher à son arrivée dans la commune, il passe ensuite contremaître. Il dit être devenu trésorier car il savait « compter sérieusement et tenir un budget » et qu'il « aimait l'ordre et la discipline » : les compétences techniques sont avant tout des compétences de bonne morale – qui n'est pas sans rappeler les critères de sélection des premières aides ménagères. L'engagement à l'ADMR à une époque où la fédération proposait de nombreuses formations aux bénévoles lui a permis de se former sur le tas à la législation du travail, à l'établissement des fiches de paie et des contrats de travail. Lorsque, vers la fin des années 1980, ces tâches ont été transférées à la fédération qui recrutait des comptables et administrateurs salariés, Gérard Rigaud a plutôt été soulagé : la complexification des procédures rendait la tâche de plus en plus difficile. N'ayant pas confiance en la moralité de ces professionnels salariés, il a cependant continué à tenir, à la main, un livre de comptes de l'association jusqu'à son départ en 2005.

A partir des années 2000, un nouveau profil de bénévoles a pris une place croissante au sein des associations : il s'agit de personnes retraitées, beaucoup mieux dotées scolairement que les précédentes, ayant soit travaillé dans des professions sociales ou d'enseignement (comme par exemple Claudine Pialat), soit exercé des fonctions d'encadrement dans leur métier antérieur (comme Alain Sarton). Alors que les précédents bénévoles transposaient des compétences acquises dans la sphère domestique vers la sphère associative, les nouveaux y transfèrent des compétences acquises dans la sphère

professionnelle (Bernardeau-Moreau et Hély, 2007)¹²⁷. Les nouvelles compétences de ces managers-militants (Lazuech, 2006) concordent avec certaines orientations politiques récentes du secteur : ouverture à la concurrence, efficacité et productivité calqués sur le modèle de l'entreprise (Marchal, 1992 ; Hély, 2009). Dans ce nouveau contexte, les anciens bénévoles apparaissent comme un poids, peu efficace et peu compétent, dont la fédération n'a pas besoin. On peut y voir l'une des raisons de la « crise du bénévolat » que traverse l'ADMR de l'Ouest depuis les années 2000, et le désarroi exprimé par les bénévoles les plus récemment engagés face au transfert croissant de leurs compétences vers des employés salariés.

c. Les Maisons des Services : un encadrement intermédiaire en difficulté

La fédération de l'Ouest, prenant modèle sur l'un des départements voisins, a mis en place en 2007 un encadrement intermédiaire, sorte de service déconcentré de la fédération sur les territoires : les Maisons des Services, au nombre de 13. En charge d'une mission de rationalisation de la gestion (informatisation et durcissement des plannings, standardisation des dossiers de demande d'aide, centralisation des archives associatives, des contrats de travail, accueil téléphonique, etc.), elle doit aussi assurer un relai entre les associations et la fédération, dans les deux sens. Chaque Maison est uniquement composée de personnel salarié : un cadre de proximité pour le secteur chargé de la coordination, et deux à trois « assistantes techniques » chargées du travail de fond.

Dans le contexte de crise de la cooptation bénévole et du sens de l'engagement, la naissance des Maisons des Services dans l'Ouest a été difficile. Viviane Vallon, assistante technique à la Maison du Gatrion (qui s'occupe, entre autres, de l'association du Haut-Bourg), raconte comment depuis le départ, les bénévoles sur le terrain « font de la résistance » contre les directives données par la fédération : ils vivent en effet très mal le transfert de leurs compétences de terrain (gestion des plannings, des dossiers) à des salariés. Ils jugent en effet que les qualités essentielles pour bien faire ce travail ne résident pas dans une formation au secrétariat, mais dans une implication locale :

« Dans la Maison, y avait des assistantes, elles venaient de Larnan, elles faisaient des tournées pour les intervenantes, elles savaient même pas quel lieu-dit était près de tel autre ! Comment elles pouvaient programmer des tournées sans les envoyer de ci-de là ? Et là, les bénévoles disaient, c'est pas possible, on le faisait bien mieux ! Et c'était pas faux. »

Par ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, les Maisons des Services n'ont aucune relation hiérarchique ni aucun pouvoir contraignant sur les associations locales, ce qui rend leur tâche encore plus difficile. En résulte un turn-over important au sein des assistantes techniques sur tout le département, des démissions et arrêts maladie.

¹²⁷ Il faut noter que cette évolution rappelle celle que nous avons montrée concernant les salariés d'intervention.

Cinq ans plus tard, en 2013, la présence des Maisons semble être entrée dans les habitudes, et le fonctionnement se routinise un peu. Cependant, sans qu'un renouveau du bénévolat ait eu lieu par ailleurs, leur existence est menacée par les difficultés financières rencontrées par la fédération, qui peine donc à créer et maintenir sur la durée un encadrement tel qu'elle le voudrait. Lors de l'enquête, même si j'ai très bien été reçue à la Maison des Services du Gatron, les relations étaient tendues avec les bénévoles. Gérard Rigaud, m'a prévenue lorsque je lui ai dit que j'allais les rencontrer : « ça ne va pas fort pour eux en ce moment, c'est compliqué ».

En parallèle, il semble l'ACAD (Association Concurrente d'Aide à Domicile), première association du département en termes de nombre d'heures d'intervention, fonctionne presque sans bénévoles, à part en haut lieu, au siège départemental : elle est souvent citée comme contre-exemple, comme par exemple par Annie Breuil, directrice adjointe salariée au siège de l'ADMR et désabusée :

« Eux ça fonctionne, c'est sûr, c'est efficace. Quand il faut faire passer une consigne, ça descend tout de suite jusqu'au terrain, ils ont que des salariés, ils peuvent les obliger si besoin. Nous on a des bénévoles à tous les niveaux, et c'est à la fois le fondement de la philosophie de notre association, et ce qui nous bloque parfois. C'est compliqué, les bénévoles, on ne sait pas comment gérer vu les exigences actuelles du métier. »

L'encadrement de la relation d'aide à l'ADMR de l'Ouest rencontre ainsi des difficultés structurelles depuis une dizaine d'années. Entre un encadrement bénévole de proximité qui ne fonctionne plus dans le contexte actuel comme il a pu le faire par le passé, un encadrement intermédiaire qui peine à se mettre en place, et une direction fédérale qui ne peut renier le bénévolat sans changer radicalement l'orientation politique de la structure (sur laquelle repose en grande partie sa notoriété, et qui conditionne son appartenance à une Union nationale), la réactivité du suivi des dossiers et le contrôle de la relation d'aide à domicile sont un point nodal de ses difficultés.

5. Produire de la qualité (2) : encadrer la relation d'aide

La mission des bénévoles de terrain comme celle de l'encadrement intermédiaire est de contrôler le déroulement de la relation d'aide au maximum, pour s'assurer qu'elle se déroule de la manière prévue, et que chacun des protagonistes y tienne le rôle qui lui est assigné. Il leur est difficile d'avoir un regard sur le moment même de l'interaction, qui se déroule dans un face à face plus ou moins exclusif entre le client et l'intervenant : si le premier est parfois accompagné, le second ne l'est qu'en situation très exceptionnelle (réévaluation de la situation, suite de plainte, soupçon de situation de danger immédiat pour

la personne âgée). L'enjeu est donc d'essayer de la contrôler à distance, et d'en délimiter l'avant et l'après.

a. Encadrer les professionnelles : limiter les marges de manœuvre, fidéliser la main d'œuvre

L'encadrement de la relation d'aide passe d'abord par un contrôle des salariées au travail. La question du recrutement vise à anticiper d'éventuels problèmes et à sélectionner des candidates qui n'en poseront a priori pas, mais la difficulté réside dans les déplacements constants des intervenantes : elles passent d'un domicile de client à l'autre avec leur propre moyen de transport. L'encadrement des professionnelles qui se veut au service de la « qualité » joue sur plusieurs registres.

Certaines mesures contraignantes pour les intervenantes à domicile ont pour but de limiter leur marge de manœuvre temporelle autour des heures programmées. Pour ces salariées qui travaillent dans plusieurs lieux et dont le salaire dépend du nombre d'heures réalisées, la question du temps de travail effectif est cruciale (c'est-à-dire la déclaration des heures d'arrivée au domicile des clients et heures de départ). Comme dans nombre de structures d'aide à domicile, les techniques de pointage à distance ont évolué avec les avancées technologiques : cahier de liaison à signer et régulièrement vérifié par un bénévole, puis pointage par téléphone, et à présent, télégestion à travers un appareil de pointage spécifique, un petit boîtier bleu » sur lequel les clients valident à l'aide d'une carte magnétique). Les salariées doivent venir « vider » le boîtier sur une borne à leur Maison des Services une fois par semaine, et en profitent pour y récupérer leur planning pour la semaine suivante. De même, le défraiement des temps de transports se calcule principalement d'un domicile de client à un autre : tout trajet supplémentaire n'est pas remboursé, ce qui incite à ne pas s'écarter des plannings prévus¹²⁸.

D'autres mesures ont pour but de limiter les marges de manœuvre concernant le contenu de l'intervention. Elles mêlent des enjeux de métier (division du travail et hiérarchisation entre les spécialités professionnelles) et des enjeux de protection du salarié face à des clients qui en demanderaient trop. Les limites des actes autorisés font l'objet de fiches officiellement produites par la fédération et distribuées à l'ensemble des salariés.

Enfin, des mesures ont pour but de stabiliser et fidéliser la main d'œuvre salariée, ce qui n'est pas évident vu les conditions des contrats dans le secteur (salaires plutôt bas, temps partiel parfois contraint, etc.¹²⁹). Sur ce point, l'association du Haut-Bourg se dit plus engagée que l'ensemble de la fédération départementale : Alain Sarton dit toujours

¹²⁸ La convention collective de l'ADMR a, sur ce point, toujours été un peu plus favorable que les autres en termes de remboursement. Selon Alain Sarton, la nouvelle convention mise en service en janvier 2012, en revanche, s'aligne sur les autres conventions collectives du secteur et limite cet avantage, alors que les salariés hors-ADMR y gagnent.

¹²⁹ Sur l'évolution des caractéristiques de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile, voir Trabut (2011).

embaucher en CDD, et tenter de donner des contrats conséquents en nombre d'heures, si la personne le souhaite :

« Moi, j'embauche toujours en CDD. Bah oui, au cas où je me serais trompé sur la personne. Mais si ça se passe bien, au bout de quelques mois, même un mois parfois, c'est direct le CDI, on se pose pas de question ! (...) Et puis, si la personne elle va travailler un peu ici et un peu là, un jour on va la perdre. Donc autant donner des heures, pas trop fractionner les contrats, autant qu'on peut (...) et leur donner envie de rester. C'est mieux pour les anciens aussi, parce qu'ils n'aiment pas, ils se plaignent quand ça change souvent [d'intervenante]. »

Ainsi, sur les 20 salariées de l'association en 2013, 17 sont en CDI. Durant les années 1990, une autre mesure, celle de l'annualisation du temps de travail, avait également été mise en place pour améliorer les conditions d'emploi des salariées. Selon Gérard Rigaud, qui a défendu cette mesure à l'époque où elle était discutée, il s'agissait de leur permettre de toucher un « fixe » tous les mois, c'est-à-dire de pouvoir se projeter en termes de salaire, d'accéder plus facilement à des prêts bancaires. Il en va de même des plans de formation, que nous avons déjà évoqués. Les conditions de travail et d'emploi des aides à domicile participent donc à définir les conditions dans lesquelles sont aidées les personnes âgées. Les bénévoles rencontrés, et les salariés dans une moindre mesure, défendent que de meilleures conditions de travail et d'emploi favorisent une meilleure prise en charge : la qualité a alors un coût pour la fédération, qui se répercute sur le prix de vente de la prestation.

b. Encadrer les professionnelles et les clients par la circulation d'information : le rôle central des bénévoles

Dernier point, comme l'expliquaient les bénévoles de l'association du Haut-Bourg, l'interconnaissance locale ne joue plus le rôle de frein et de dissuasion qu'elle a pu avoir par le passé. Pour Alain Sarton, l'un des problèmes des nouvelles recrues, c'est qu'elles « s'en fichent un peu quand personne ne les connaît dans le coin ». Cependant, les clients de l'aide aux « anciens » (pour la plupart des personnes âgées vivant depuis longtemps sur la commune) connaissent bien, eux, les bénévoles qui continuent de se recruter dans les réseaux de sociabilité locale. Les bénévoles sont donc investis par les clients d'un rôle de permanence téléphonique et de bureau des plaintes qu'ils décrivent parfois comme très lourd : Alain Sarton, Chantal Hayet ou encore Brigitte Donneau se plaignent ainsi des coups de téléphone à toute heure qui empiètent sur leur vie personnelle, hors du temps qu'ils souhaitent donner pour leur engagement. En réalité, c'est la Maison des Services qui est censée jouer le rôle de bureau des plaintes, mais elle est perçue comme lointaine et très administrative par les clients, qui ne s'en saisissent pas du tout. Alain Sarton raconte :

« Non seulement, 'ah mais c'est qui ces dames, les connaît pas', au bout du fil, mais en plus y en a plein qui se découragent, parce que c'est pas adapté. Quand ils

appellent, ils tombent sur une petite musique, quelqu'un qui parle, qui fait de la pub pour l'ADMR, 'la référence du service à domicile' ! Alors ils raccrochent, y en avait encore une grand-mère, l'autre jour, qui m'appelle à la permanence, elle me dit 'on tombe toujours sur le répondeur, y a personne !' Alors moi je me suis battu depuis le début, et là, normalement ça va être changé, il va y avoir un nouveau message... un qui leur dira 'patiencez, quelqu'un va prendre votre appel'. Parce que c'est pas du tout adapté, comme beaucoup de choses dans ces Maisons des Services. C'est beaucoup trop administratif, en fait, ils ont l'impression d'appeler à la sécu. »

Une autre enquêtée, Brigitte Donneau, qui s'est procuré un téléphone portable dédié à l'association afin de pouvoir l'éteindre, précise :

« Vous savez, quand ça va pas, on le sait tout de suite ! Dans l'heure, on a un message. Et puis je n'ai pas de chance, parce que quand j'éteins mon portable, pourtant je leur explique... ils se découragent pas, ils me trouvent dans l'annuaire ! »

Ce sont donc les bénévoles qui, sur le terrain, jouent le rôle de recueil des mécontentements, même s'ils sont censés ne plus le faire. Ils gardent donc un œil, via les clients, sur l'intervention à domicile, et relaient les plaintes à la Maison des Services lorsqu'ils le jugent nécessaire.

Encadrer la relation d'aide, c'est aussi agir du côté des clients. Deux difficultés spécifiques doivent alors être gérées : d'un côté, les parcours d'aide discontinus, entrecoupés de séjour dans la famille ou d'hospitalisations, et d'un autre, la présence fréquente de membres de la famille de la personne aidée qui prennent la parole sur la situation d'aide.

Sur ce point également, les bénévoles sont encore au cœur de la transmission d'information depuis le terrain. Les clients sont censés prévenir immédiatement la Maison des Services en cas de problème ou d'imprévu, mais, selon les enquêtés, les oublis sont très fréquents. Là encore, les bénévoles sont ceux qui ont le plus vite accès aux informations et les font « remonter ». Ce sont eux, aussi, qui gèrent le contact avec les familles. Gérard Rigaud déclare :

« Avec les bénévoles c'est différent, les anciens sont en confiance, ils nous appellent facilement. On est sur le même plan, si tu veux aller par là. Par contre, quand la famille est loin, ou les enfants sont partis, et ne nous connaissent pas, là, ils appellent la Maison des Services. Mais alors là, pfff... ben ils peuvent rien gérer, eux, dans leurs bureaux, ça se passe mal. Y a pas de dialogue ! Alors, les dames de là-bas nous contactent, et nous envoient, pour voir si on peut faire quelque chose. »

Non seulement les bénévoles font remonter de l'information que peine à recueillir la Maison des Services, mais ils sont également mandatés par les salariés de celle-ci pour résoudre les conflits. Les bénévoles, s'ils se sont vus retirer en grande partie certaines de leurs missions historiques au cours des processus de rationalisation gestionnaire (trésorerie, secrétariat, plannings et dossiers), sont donc encore un maillon essentiel du fonctionnement

de la fédération ADMR et de ses associations. Mais ils le sont avant tout comme médiateurs et transmetteurs d'informations. Brigitte Donneau, à qui je fais remarquer cela, hausse les épaules :

« Oui, on sert au moins à ça... au moins... mais bon... enfin bon. Je veux dire, si c'est qu'à ça qu'on sert... ça fait du lien, oui, mais bon... c'est pas ça qui... enfin bon, y a plus malheureux ! »

Les bénévoles semblent ressentir ce rôle comme subalterne par rapport à celui des salariés, dont l'aspect plus technique apparaît plus valorisant, et comme un rôle qui ne cadre pas avec les responsabilités qu'ils estiment devoir avoir.

Le moment de l'intervention à domicile, s'il peut sembler être un point aveugle si l'on considère son contrôle par le haut, apparaît en fait plutôt bien appréhendé lorsqu'on le regarde par le bas. Tout se passe comme si la fédération, ne pouvant agir durant le face à face, cherchait à en encadrer les conditions (par des règlements, des formations...) en agissant en amont et en aval, alors les associations locales sont directement au contact avec les personnes. Les Maisons des Services ont, ici aussi, du mal à remplir leur fonction d'encadrement intermédiaire. Malgré leurs dissensions, elles se reposent en grande partie sur les bénévoles pour accomplir leur travail quotidien.

6. Faire reconnaître sa qualité : se faire une place sur le marché de l'aide à domicile

Les structures d'aide à domicile doivent également se faire reconnaître comme produisant de la qualité au sein d'un marché concurrentiel. Comment l'association et la fédération se positionnent-elles face aux associations qui sont leurs concurrentes directes dans l'espace local ? Comment considèrent-elles leur santé financière et leur position sur le marché de l'aide à domicile ? Nous montrerons que l'ADMR rencontre des difficultés pour garder sa place au sein du marché local de l'aide à domicile. Alors même que son nombre d'heure d'intervention réalisé la maintient à la seconde place sur le département, elle est déficitaire depuis plusieurs années alors que l'association locale étudiée est, elle, excédentaire. Malgré tout, les tutelles publiques du secteur cherchent à faire survivre la fédération, et à travers elle, un secteur associatif historique assurant la continuité du service dans le temps et sur l'ensemble du territoire.

a. Faire face aux concurrents dans l'espace local

L'association du Haut-Bourg, et la fédération ADMR de l'Ouest, font face à une concurrence sur leur secteur qui s'est développée récemment. Les enquêtés ne sont pas tous d'accord quant à la date d'implantation de l'ACAD sur la commune du Haut-Bourg, mais ce qu'il ressort des entretiens, c'est que sa présence s'y est fortement accrue depuis l'ouverture du secteur à la concurrence. L'ACAD est la première structure de service à domicile du département avec plus d'un million d'heures, et est autorisée par le conseil général de la même manière que l'ADMR. La concurrence entre les deux associations se joue à la fois à l'échelle départementale, et à l'échelle locale comme au Haut-Bourg.

Bien que l'ADMR ait abandonné son sigle historique, au niveau national, en 1998 (« Aide à domicile en milieu rural » est devenu « La référence du service à domicile »), elle reste fortement perçue dans l'ouest comme associée au monde rural. L'ACAD, elle, est historiquement implantée dans les gros centres urbains du département. Après 2005, l'ACAD a étendu son action aux zones historiques de l'ADMR et vice-versa, ce qui n'a pas été sans heurts. L'ADMR semble bien se développer dans la ville de Larnan, mais ce que voient les enquêtés de l'association du Haut-Bourg, c'est la menace que constitue l'ACAD sur leur territoire communal.

Une anecdote récente sert de base à ce sentiment de se faire prendre des parts de marché injustement. La commune du Bas-Bourg, contiguë à celle du Haut-Bourg, n'a pas d'association ADMR propre : celle du Haut-Bourg agit sur les deux communes. En revanche, le CCAS du Bas-Bourg possédait un petit service d'aide à domicile, qui employait deux ou trois salariées. Comme dans d'autres CCAS du département, la difficulté croissante à rendre ces petits services rentables ont conduit la commune à fermer le service en transférant les « heures » (c'est-à-dire les clients) et les salariés au secteur associatif. Or, c'est avec l'ACAD que la convention a été signée, alors que l'ADMR travaille sur cette commune depuis ses débuts : cela a été vécu comme une trahison importante par les bénévoles. Selon eux, l'ACAD, qui fonctionne comme une instance centralisée qui déconcentre des services (au contraire de l'ADMR qui fonctionne sur un modèle de services décentralisés qui se fédèrent) a beaucoup plus de facilités à avoir des entrées dans les mairies, car ses dirigeants sont issus de milieux sociaux établis, et sont multi-situés en haut lieu et à l'échelle départementale (ils sont élus locaux et départementaux pour certains), quand les bénévoles des ADMR sont issues des catégories sociales modestes et multi-situés uniquement dans l'espace communal. Derrière la concurrence entre les deux associations, ce sont des modèles de « démocratie » qui se jouent, mais aussi des enjeux de position sociale (urbain/rural, milieux aisés/milieux modestes).

L'ACAD semble avoir également des stratégies de communications beaucoup plus efficaces dans l'état actuel du marché. Selon Annie Breuil, qui les connaît bien en tant que directrice adjointes et juge leurs relations « toujours très cordiales en réunion, parce qu'il le

faut bien », ils possèdent un salarié à temps plein chargé de la communication, alors que l'ADMR embauche des vacataires ou des stagiaires sur mission. Le site web de l'ACAD, par exemple, est bien renseigné, comporte des outils attractifs (vidéos, etc) alors que celui de l'ADMR de l'Ouest est très peu renseigné, et n'est pas à jour (il mentionnerait des informations datant à peu près de 2010). Annie Breuil commente :

« Mais l'ACAD, il faut le reconnaître, ils ont un président qui est un excellent gestionnaire, extrêmement efficace à tous les niveaux. Nous, on a des gens issus du bénévolat local, c'est l'esprit, mais du coup c'est sûr qu'on est moins bons, il faut le dire ».

Le site web de la fédération de l'Ouest, par ailleurs, fonctionne encore avec l'ancien logo de l'ADMR, ce qui n'est plus le cas du site national, récemment modifié. En effet, plus de 10 ans après l'abandon de son sigle historique, c'est son logo que l'ADMR vient de changer à l'échelle nationale (en 2010) pour prendre ses distances avec une imagerie rurale, mais également peut-être, une imagerie marquée par les origines liées au patronage catholique puisque l'ancien logement comportait une église et son clocher. Le nouveau logo se veut neutre, mais garde malgré tout sa couleur verte associée au milieu rural (le logo de l'ACAD, neutre également, est pour sa part jaune et rouge).

Fig. 3 : Logos nationaux de l'ADMR



Sur le terrain, toute la signalétique (pancartes...) et un certain nombre de documents utilisent encore l'ancien logo, et une recherche sur internet montre rapidement que les fédérations et associations locales mettent plusieurs années à passer de l'ancien au nouveau.

Face aux stratégies de communication et de gestion de l'ACAD, son seul vrai concurrent sur le département mais aussi sur la commune du Haut-Bourg, l'ADMR peine à se maintenir. Malgré son nombre d'heures d'intervention très important (près de 700 000), la

fédération menace de faire faillite – mais c'est sans compter les intérêts publics à ce qu'elle survive.

b. Une association bien portante dans une fédération en difficulté économique

Dès les années 1980, avec la montée des conseils généraux comme chefs de file de l'action sociale suite aux lois de décentralisation, la fédération en dépend de plus en plus pour financer l'aide aux personnes âgées et subventionner les formations de ses employés. Elle doit pour cela s'aligner sur ses exigences en termes de rationalisation gestionnaire et comptable : c'est à ce moment que la gestion des contrats de travail, des paies et de la comptabilité des associations sont centralisés et confiés à des professionnels salariés. Plus généralement, les demandes de transparence et de remontées de données (les « statistiques ») par les financeurs contraignent la fédération à retirer toujours plus de tâches aux bénévoles. « On a fait tout ce qu'il fallait pour survivre », raconte Gérard Rigaud. Pour lui, la reconnaissance officielle par l'association du Haut Bourg passait obligatoirement par l'affiliation à une fédération, sans laquelle, dit-il, « on n'est rien ». C'est la fédération qui dialogue avec les financeurs, Conseil Général, caisse de retraites. C'est aussi elle qui s'engage, plus tard, dans les processus de certification qui lui permettent en théorie d'acquérir une place privilégiée sur le marché de l'aide à domicile, car ils attestent la « qualité » de sa prestation et de sa gestion. Il en est ainsi de la procédure d'autorisation en 2006 (certification publique), puis de la demande de label Afnor (certification privée) en cours en 2013. Le poids croissant des tutelles dans le contrôle administratif et comptable est donc accepté, de fait, par les associations notamment car il conditionne les financements et certifications de leur part. Les processus de rationalisation peuvent être compris comme une conséquence de ce mouvement.

Cependant, cette volonté de faire « bien », voire de faire « mieux » que les autres structures d'aide à domicile a un coût, comme nous en parlions plus haut à propos des conditions d'emploi des salariés. Les contraintes associées à ces exigences rendent aussi plus chère la prestation. Dans l'association du Haut Bourg, les bénévoles décrivent en quelque sorte une fédération « victime » de sa « qualité » : leur prix de vente étant plus cher que certains de leurs concurrents directs, en particulier des entreprises, ils estiment avoir tendance à perdre des clients au profit de la concurrence. A cela s'ajoute une réduction, depuis 2010, du montant des plans d'APA accordés par le Conseil général, dans une logique de restriction budgétaire : selon les enquêtés, cette moindre solvabilisation de la population cliente aurait pour conséquence une diminution de la demande¹³⁰. Annie Breuil, directrice adjointe de la

¹³⁰ L'enquête que nous avons menée auprès des équipes médico-sociales du département, chargées de l'évaluation à domicile et de la prescription des plans d'aide, confirment une révision systématique à la baisse des plans d'aide réévalués, et une prescription moins généreuse sur les nouveaux plans d'aide mis en place. De leur côté, les bilans d'activité de la fédération de l'Ouest ne montrent pas (encore ?) de baisse de la part de l'APA dans le financement des heures d'intervention prestataire pour les personnes âgées (60% en 2009, 61% en 2011).

fédération, regrette le paradoxe : « les clients, mais aussi les financeurs, veulent de la qualité sans en payer le prix ! ».

Plus généralement, les rapports d'activité ainsi que les discours recueillis insistent sur la baisse du nombre d'heures, au niveau local comme au niveau départemental. Pour les enquêtés, elle expliquerait les difficultés financières de la fédération de l'Ouest (qui est déficitaire depuis plusieurs années) et des fédérations ADMR en général¹³¹. Dans son bilan 2011, elle constate une baisse générale de l'activité, alors que le bilan 2009 la montrait à la hausse. Mais si l'on regarde sur une période de quatre ans (2008-2011), le nombre de communes d'intervention apparaît plutôt comme stable.

Tableau 5 : Evolution de l'activité totale de la fédération de l'Ouest, 2008-2009 et 2010-2011.

	En 2009	Evolution 2008-2009	En 2011	Evolution 2010-2011
Nombre d'associations locales	37	+ 1	38	0
Nombre d'heures réalisées	704 778	+ 1,85 %	677 448	- 3,63 %
Nombre de personnes aidées	6 007	+ 660	5 754	- 418
Nombre de communes d'intervention	233	+ 9	233	- 5

Source : Rapports d'activité 2009 et 2011 de la fédération ADMR de l'Ouest

De même, l'évolution à la baisse du nombre d'heures d'intervention existe entre 2009 et 2011, mais le nombre d'heures effectuées en 2011 reste malgré tout supérieur à ce qu'il était en 2006 et 2007. La part des interventions pour les personnes âgées reste, quant à elle, assez stable, entre 71 et 73 % selon les années. Sur une période de 6 ans, la fédération n'apparaît donc pas tant que cela en perte de vitesse au niveau du nombre d'heures réalisées, au total comme au niveau des personnes âgées, alors que c'est l'argument principal des discours recueillis pour justifier les difficultés qu'elle rencontre.

¹³¹ En effet, d'autres fédérations proches géographiquement sont en déficit, voire menacent de faire faillite.

Tableau 6 : Evolution du nombre d'heures d'intervention total, et du nombre d'heures personnes âgées à la fédération de l'Ouest (2006-2011)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre d'heures total d'intervention	645 844	664 002	692 795	704 778	702 997	677 448
Dont personnes âgées (prestataire + mandataire)	459 802	487 977	492 051	507 015	510 309	492 160
Part des personnes âgées dans le total des heures	71 %	73%	71 %	72 %	73 %	73 %

Source : Rapports d'activité 2009 et 2011 de la fédération ADMR de l'Ouest

L'association du Haut-Bourg s'en sort bien, contrairement à d'autres : elle est chaque année, car elle est relativement protégée par une réputation locale solide et un nombre limité de concurrents sur son territoire, mais également car la structure de ses interventions est assez particulière. En effet, bien que les heures d'intervention pour les personnes âgées représentent une grande partie de son activité (65 % des heures en 2011), le mode mandataire y représente presque le double de ce qu'il est au niveau départemental (29% contre 16%). Or, l'ensemble des heures prestataires sont soumises au tarif administré par le Conseil général, considéré comme trop bas par rapport au coût réel de l'activité ; les interventions sur le mode mandataire, en revanche, ne le sont pas, même si elles font l'objet d'un remboursement partiel aux personnes âgées qui les sollicitent dans le cadre d'un plan d'aide APA. Pour la structure d'aide à domicile, le mode mandataire est donc plus rentable que le mode prestataire : la structure des heures faites par l'association du Haut-Bourg la favorise donc par rapport à d'autres associations locales du département. Par ailleurs, on remarque qu'elle effectue beaucoup plus d'heures de « confort » qu'au niveau départemental (20 % contre 12 %), payées au « taux plein », plus élevé que le tarif prestataire administré. On peut supposer que l'association du Haut-Bourg bénéficie d'une population cliente un peu plus aisée (et/ou un peu moins dépendante ?)¹³² que sur l'ensemble du département, capable de se payer des aides « de confort » et d'utiliser le mode « mandataire » plus souvent que la moyenne.

¹³² Ces hypothèses mériteraient d'être vérifiées, mais nous n'avons pas eu accès à des données sur le niveau de vie et le niveau de dépendance de la population âgée au niveau local.

Tableau 7 : Nombre d'heures effectuées par type d'intervention en 2011 à l'association du Haut-Bourg et à la fédération de l'Ouest

	Heures effectuées par l'asso du Haut-Bourg en 2011		Heures effectuées par la fédération de l'Ouest en 2011	
Prestataire personnes âgées	7 476	36 %	393 511	58 %
Mandataire personnes âgées	5 869	29 %	105 914	16 %
<i>Sous-total personnes âgées</i>	13 345	65 %	499 425	74 %
Prestataire personnes handicapées	2 617	13 %	65 572	10 %
Aide familiale (TISF ou non)	447	2 %	32 447	4 %
Autres*	4 033	20 %	80 004	12 %
Total	20 442	100%	677 448	100 %

* Aides de « confort » (« taux plein »), garde d'enfants, mutuelles, bricolage/jardinage

Source : Rapport d'activité 2011 de la fédération de l'Ouest, bilan d'activité de l'association du Haut Bourg à l'assemblée générale 2012

Mais ce n'est pas ainsi que les bénévoles du Haut Bourg conçoivent la bonne santé financière de leur association. Ils critiquent la « solidarité associative » au sein de la fédération, qui veut que les associations excédentaires mettent leur trésorerie au service de celles qui se retrouvent en difficulté. Ils estiment que si leur association marche, c'est parce qu'ils se mobilisent, et pendant que d'autres « se tournent les pouces », selon Gérard Rigaud, et profitent des fruits de leur travail. Cela renforce encore leur sentiment d'injustice, et de non reconnaissance du travail qu'ils fournissent. Alain Sarton, qui a une vision plus gestionnaire de la chose, commente :

« Parfois ils [les bénévoles] ont l'impression que, comme on le fait gratuitement, parce que c'est ça, c'est comme si on pouvait tout nous demander, c'est pas du travail, donc ils peuvent se servir de ce qu'on fait gagner à l'association comme ils veulent. Et ça passe pas bien, non, alors là... Mais bon c'est la règle, si on était en difficulté ce serait pour nous le bénéfice, c'est ça qu'ils ne voient pas, des fois. »

Le retrait de certaines tâches aux bénévoles ne vient pas que d'un processus de rationalisation comptable, mais également d'autres formes de contrôle liées à l'ouverture à la concurrence du secteur en 2005. Certaines pratiques, historiquement routinisées et qui font sens dans l'histoire locale des associations, sont remises en cause. Par exemple, après le Conseil général dans le cadre de l'APA pour les GIR 1 à 4, les caisses de retraite et les Clics sont en train de s'approprier l'exclusivité des visites d'évaluation et de suivi à domicile des

personnes aidées en GIR 5 et 6. Pour Brigitte Donneau, cela occasionne une « qualité » moindre du suivi :

« Nous on les connaît, les situations, c'est des gens qu'on voit depuis des années même si on les aidait pas encore, ici tout le monde se connaît, surtout les anciens. Donc nous on y va, y a un peu... y a une confiance, et puis on a une vue globale sur la problématique, c'est... parce que eux, ils viennent une heure, ils posent des questions, bon.... je dis pas, ils essaient de bien faire leur travail mais quand même, ce sera jamais aussi complet, ce sera pas adapté comme ce que nous on pouvait faire ».

Pour les financeurs qui poussent en ce sens, et en particulier les caisses de retraite, il s'agit de remédier à un conflit d'intérêt : ils veulent empêcher que l'évaluateur (c'est-à-dire le prescripteur) soit également un prestataire du service prescrit, et en plus, un parmi d'autres. Il s'agit également, dans cette idéologie, de protéger le « libre choix du client » quant à l'intervenant, c'est-à-dire d'assurer la « libre concurrence » sur le marché. A ce propos, Alain Sarton décrit les difficultés rencontrées depuis que le Clic fait les évaluations de situations, et propose aux personnes, conformément à la loi, une liste de tous les prestataires de service pouvant théoriquement intervenir sur la commune de résidence. Pour le Haut-Bourg, cela crée selon lui des complications de la prise en charge. D'un côté, il critique la « qualité » moindre du secteur marchand, et de l'autre, il critique les conditions de travail des salariées :

« Ça crée des situations ubuesques. Déjà y a plein de gens, je vois l'autre jour, j'ai vu la fille d'une dame, elle me dit 'ben on a pris le moins cher', comme c'était sur la liste on a pensé que c'était des gens bien, que c'était recommandé', elle me dit. Et puis, ben 'ah bah on est très déçus, c'est pas comme....' En plus leur voisine avait eu l'ADMR, ils avaient vu, et là ils tombaient des nues, ben oui ça a rien à voir quoi, eux ils sont là pour faire de l'argent ! »

« Un autre exemple, les gens ils choisissent une association qui est basée, je sais pas, moi, par exemple sur Montis. C'est pas très loin, et en théorie ils interviennent sur le haut-Bourg, sauf que voilà ! Comme tout le monde, ils ont des aides, ils les recrutent surtout chez eux, et elles ont pas toutes des véhicules. Alors ben, y en avait une, là, qui faisait des heures de car dans la campagne rien que pour venir aider une grand-mère chez nous, alors qu'on a des aides qui habitent à côté ! Je sais pas où est le bénéficiaire, ni pour la pauvre fille, ni pour l'ancien, tout ça pour quelques heures. »

L'ouverture à la concurrence n'apparaît pas, dans le discours des bénévoles, que comme une menace économique. Au-delà, c'est une menace morale, qui vient remettre en cause un système dont ils se sentent les bâtisseurs, et menace la reconnaissance de leur propre moralité, à cause du « peu de morale » des nouveaux entrants sur le marché. Tout se passe comme si leur patiente construction d'un service de « qualité », tout aussi morale que pratique, était soudain mise à mal par l'ouverture du secteur à la concurrence. Par exemple, leurs prix, qui deviennent un important facteur de choix de service par les clients (aussi parce qu'ils sont à peu près la seule caractéristique des services précisée dans la liste fournie par les

Clics, avec la localisation du siège), sont plus élevés que d'autres et les desservent en termes d'attractivité.

Dans le même temps, le « désengagement » des financeurs (unanimement cité), ou leur moindre engagement financier dans un contexte de hausse de la demande, donne aux services associatifs une impression d'être lâchés par ceux-là même qui les ont amenés à être ce qu'ils sont¹³³. Le tout provoque une sensation d'étouffement dans les petites associations comme celles du Haut-Bourg, et contribue au non renouvellement des bénévoles. Brigitte Donneau déclare ainsi :

« Ah ça, c'est sûr, y a une époque où on était soutenus... mais là, ils en demandent toujours plus, mais en donnant moins, et il faudrait qu'on continue pareil ! ».

En 2012, l'ADMR de l'Ouest a signé une convention avec le Conseil général et l'Agence Régionale de Santé afin de redresser ses finances d'ici l'année 2015. En échange de facilités de trésorerie et d'une légère augmentation du tarif administré par le Conseil général, la fédération s'engage à plus de rationalité budgétaire. Il s'agit de faire des économies à tous les échelons : en termes de personnels, d'encadrement... On remarque l'alliance entre les pouvoirs publics territoriaux et l'Etat déconcentré sur ce cas. Selon Annie Breuil, les Maisons des Services, initialement créées pour augmenter l'efficacité de l'encadrement de terrain (et dont les coûts de mise en place ont été répercutés sur les tarifs, les rendant un peu plus élevés), sont menacées car coûteuses et n'ayant pas vraiment fait leurs preuves. Elle estime également que le plan de sauvetage va fonctionner. Un nouveau directeur a été recruté, qui a auparavant occupé de longues responsabilités aux Associations Familiales Rurales. Sa mission est claire : redresser les finances, rien d'autre. Annie Breuil, de son côté, vient de démissionner et s'apprête, quand je la rencontre, à quitter l'ADMR. Elle m'explique qu'elle aime les missions « sociales » et les défis de terrains, qu'elle a le sentiment d'avoir fait énormément pour la fédération depuis son arrivée, mais qu'elle ne préfère pas vivre la période qui s'annonce à l'ADMR. Salariée aux dispositions proches de celles des bénévoles, elle concentre en quelque sorte sur sa personne les paradoxes de l'« entreprise associative », dont les intérêts en tant qu'entreprise et les intérêts en tant qu'association peuvent radicalement diverger (Marchal, 1992). Cette position moralement intenable l'amène à abandonner son poste pour un autre qu'elle perçoit comme plus militant (elle va travailler au sein d'une association d'aide à l'enfance maltraitée), et suit finalement un mouvement de retrait similaire à celui que nous avons montré chez les bénévoles.

Ce plan de redressement fait écho au discours des tarificateurs du Conseil général de l'Ouest, recueillis dans le cadre de notre enquête précédente : l'action publique a besoin du secteur associatif pour assurer au moins une offre de base dans le secteur de l'aide à domicile, une offre plus « stable » sur la durée que celle des entreprises soumises aux fluctuations du marché, qui accepte de travailler dans les endroits isolés et de voir les populations les plus modestes – en clair, d'assurer les activités les moins rentables du secteur.

¹³³ Cependant, les bilans d'activité 2009 et 2011 de la fédération de l'Ouest montrent une relative stabilité de la part de financement venue des mutuelles ainsi que des « caisses diverses ».

Les tarificateurs insistent également sur la nécessité de ces associations pour le maintien, au moins en partie, d'une morale du désintéressement face à l'ouverture à la concurrence, perçue comme antinomique avec l'action sociale de proximité et l'aide aux personnes. Le secteur associatif serait donc, pour les pouvoirs publics, le garant d'un quasi-service public au sein d'un marché concurrentiel. Paradoxalement, ces derniers construisent et protègent une niche dans le même temps, ou presque, qu'ils mettent en place une économie de marché dans le secteur.

Du côté de l'ADMR de l'Ouest, cette mission de garant d'une aspiration égalitaire et morale dans l'aide à la personne est prise très au sérieux, car elle fait écho aux fondements historiques de l'association aussi bien qu'aux dispositions sociales d'une partie des bénévoles qui y sont engagés, en particulier au bas de la hiérarchie. Mais elle ne semble pas suffire à retenir les bénévoles, et leur apparaît malgré tout passer au second plan derrière les exigences d'efficacité, exacerbées depuis la loi Borloo de 2005. Ces dernières sont décrites unanimement parmi les enquêtés comme rabaisant la « qualité », pourtant mise en place minutieusement dans les décennies précédentes, aussi bien des services aux clients, des conditions de travail des bénévoles, et des conditions de travail des salariées.

Conclusion

Processus de rationalisation...

L'association du Haut-Bourg 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 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 novateurs (par exemple, l'aide aux aidants, etc). 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.

... 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'ACAD, nombreuses sont celles qui frôlent la faillite. L' AIS a, par exemple, fait l'objet d'un coup de pouce du Conseil Général à la fin des années 2000, et semblent 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 qu'elle a signé avec le Conseil Général et l'ARS jusqu'en 2015 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 APA par le Conseil général depuis la fin des années 2010, ce qui diminue les heures solvabilisées et donc la demande.

Cependant, si les pouvoirs publics territoriaux (Conseil général) et déconcentrés (ARS) tentent de sauver ce secteur associatif mis à mal par l'ouverture au marché, c'est qu'ils remplissent une mission de service public dans certains domaines. En particulier, ils assurent 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 (CCAS) 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 offres services dans le temps et sur l'ensemble du territoire départemental.

... 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 (Weber, 2014) 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 salariées sur le terrain (cadres de secteur, télépointage), l'encadrement de la relation d'aide est décrit comme beaucoup plus difficile 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 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 discours que tiennent nos enquêtés. Leur point de vue principal, 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 maraîchage.

En conclusion, 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.

Bibliographie de la deuxième partie

AVRIL Christelle, « Les compétences féminines des aides à domicile », in WEBER Florence, GOJARD Séverine, GRAMAIN Agnès (dir.), *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte, 2003a, p. 187-207

AVRIL Christelle, « Quel lien entre travail et classe sociale pour les travailleuses du bas de l'échelle ? L'exemple des aides à domicile auprès des personnes âgées dépendantes », *Lien social et politiques*, n° 49, 2003b, p. 147-154.

BILLAUD Solène, *Partager avant l'héritage, financer l'hébergement en institution. Enjeux économiques et mobilisations familiales autour de personnes âgées des classes populaires*, thèse de doctorat de sociologie, Paris, EHESS, 2010.

GRAMAIN Agnès, WEBER Florence, BOURREAU-DUBOIS Cécile, BILLAUD Solène, LIM Helen, XING Jingyue, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les dimensions territoriales de l'action publique*, « rapport DREES », BETA Nancy / CMH Paris, 2012.

CLERGEAU Cécile, DUSSUET Annie, « La professionnalisation dans les services à domicile aux personnes âgées : l'enjeu du diplôme », *Formation Emploi*, 2005, n°90, p. 65-78.

DEFFONTAINES Pierre, « Les associations d'aide à domicile : de la rationalisation comptable au management », in WEBER Florence, TRABUT Loïc (dir.), *Le salaire de la confiance*, Paris, éditions Rue d'Ulm, collection Sciences sociales, 2014 (à paraître).

DONIOL-SHAW Ghislaine, « Quels diplômes pour le secteur de l'aide à la personne ? », *Formation/Emploi*, n°115, 2011, p. 51-65.

GRAMAIN Agnès, NEUBERG Samuel, WEBER Florence, « Conclusion. Vers une ethnographie économique de l'Etat à l'échelle locale », in WEBER Florence, TRABUT Loïc (dir.), *Le salaire de la confiance*, Paris, éditions Rue d'Ulm, collection Sciences sociales, 2014 (à paraître).

HELY Matthieu, BERNARDEAU Denis, « Transformations et inerties du bénévolat associatif sur la période 1982-2002 », *Sociologies pratiques*, n°15, 2007.

HELY Matthieu, *Les métamorphoses du monde associatif*, Paris, PUF, collection « Le lien social », 2009.

HOUSSEL Jean-Pierre, « Pour une étude de l'héritage actuel de la Jeunesse Agricole Catholique (JAC) dans la modernisation des campagnes de la région Rhône-Alpes », *Revue de géographie de Lyon*, vol. 61, 1986, p. 461-475.

JANY-CATRICE Florence, PUISSANT Emmanuelle, RIBAUT Thierry, « Associations d'aide à domicile : pluralité des héritages, pluralité des professionnalités », *Formation/Emploi*, n°117, 2009, p. 77-92.

JULLIARD Emilien, LEROY Aude, « Convertir des chômeuses, former des professionnelles ? », in WEBER Florence, TRABUT Loïc (dir.), *Le salaire de la confiance*, Paris, éditions Rue d'Ulm, collection Sciences sociales, 2014 (à paraître).

LAFORE Robert, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du « département providence » », *Revue française des affaires sociales*, n°4, 2004, p. 17-34.

LAZUECH Gilles, « Les cadres et dirigeants de l'économie sociale et solidaire : un nouvel entrepreneuriat ? », *Formation/emploi*, n°95, 2006, p. 59-74.

MARCHAL Emmanuelle, « L'entreprise associative entre calcul économique et désintéressement », *Revue française de sociologie*, n°33-3, 1992, p. 365-390.

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

WEBER Florence, « Pourquoi les salaires des aides à domicile sont-ils si bas ? », in WEBER Florence, TRABUT Loïc (dir.), *Le salaire de la confiance*, Paris, éditions Rue d'Ulm, collection Sciences sociales, 2014 (à paraître).

WEBER Florence, TRABUT Loïc (dir.), *Le salaire de la confiance*, Paris, éditions Rue d'Ulm, collection Sciences sociales, 2014 (à paraître).

Liste des sources de la deuxième partie

Matériaux d'enquête à l'ADMR¹³⁴ de l'Ouest

1. ENTRETIENS

Les entretiens, individuels, ont été réalisés entre mars 2012 et mai 2013. Ils ont duré entre 1h30 pour le plus court et 3h pour le plus long. Dans le cas des anciens bénévoles, ils ont eu lieu au domicile des enquêtés ; en revanche, les bénévoles et salariés actuels nous ont reçue dans les locaux de l'ADMR selon le niveau auquel ils agissent (local de permanence associatif au Haut-Bourg, Maison de Services, locaux fédéraux centraux).

Certains enquêtés ont été rencontrés à deux titres qu'ils cumulaient : une responsabilité dans l'association locale, et une autre à la fédération départementale (tous les bénévoles impliqués au niveau fédéral sont obligatoirement investis aussi dans une association locale du département). Dans l'enquête, les deux « casquettes » ont été abordées au cours du même entretien.

- **Entretiens au sein de l'association locale ADMR du Haut-Bourg**

Anciens bénévoles

Claudine PIALAT : présidente (environ 1990-2009)

Chantal HAYET : secrétaire (environ 1995-2005)

Gérard RIGAUD : trésorier (environ 1966-2004)

Bénévoles actuels

Alain SARTON : président (depuis 2009)

Brigitte DONNEAU : responsable des plannings (depuis environ 1995)

¹³⁴ Comme précisé dans l'encadré 1 (anonymisation), tous les noms de personnes, de structures et de lieux ont été modifiés afin de garantir l'anonymat aux enquêtés, à deux exceptions : les sigles de l'ADMR et de l'AFR, en tant que structures nationales très situées dans le champ de l'action sociale et de l'aide à la personne, ont été conservés.

- **Entretiens à la Maison des Services dont dépend l'association du Haut-Bourg**

Salariés actuels

Bruno NOURRY : cadre de secteur (environ depuis 2009)

Viviane VALLON : assistante technique (secrétariat) (environ depuis 2008)

- **Entretiens à la fédération départementale ADMR de l'Ouest**

Anciens bénévoles

Alain SARTON : trésorier fédéral (depuis 2010)

Claudine PIALAT : ancienne secrétaire fédérale (environ 1990-2009)

Salariée actuelle

Annie BREUIL : vice-présidente fédérale (environ 1998-2013)

2. DOCUMENTS

Les documents ont été fournis par les personnes rencontrées en entretien, ou trouvés sur internet. Nous avons également parcouru les articles de journaux régionaux parus durant les trois dernières années, mais nous n'avons finalement pas retenu le (maigre) corpus qu'ils constituaient.

- **Documents fournis par les enquêtés**

Communication en direction des clients

Livret d'accueil clients

Modèle de devis estimatif prestataire

Modèle de contrat de service prestataire

Prospectus divers présentant les services proposés

Communication en direction des bénévoles et salariés (à l'échelle de la Fédération)

Prospectus d'incitation au bénévolat

Livret d'accueil du salarié

Fiches de poste ADMR :

- « conseiller technique itinérant des maisons des services »
- « assistant technique maisons de service »
- « cadre de proximité - service à domicile »
- « auxiliaire de vie sociale »
- « employé à domicile »
- « agent à domicile »

Fiche « Limites d'intervention des aides à domicile »

Tests de recrutement pour les assistants techniques des maisons des services

Prospectus de la CPNEFP : « AVS », « TISF », « responsable de secteur »

Rapports d'activité de la fédération de l'Ouest (2009 ; 2011)

Carte départementale des cadres de secteur et des maisons de services

Organigramme hiérarchique des salariés du siège fédéral

Communication en direction des bénévoles et salariés (à l'échelle de l'association locale)

Feuillelet d'information de l'Assemblée Générale de l'ADMR du Haut-Bourg (2012)

Communication à visée plus large

Livre des 50 ans de l'ADMR (histoire nationale de la fédération)

- **Documents en ligne**

Site web de l'ADMR : fédération de l'Ouest et site national

Sites web d'anciens alliés / de concurrents directs :

- AFR (Association Familles Rurales) (Ouest et national)
- AIS (Association Issue de la Scission) (Ouest et national)
- ACAD (Association Concurrente d'Aide à Domicile) (Ouest)

Liste des encadrés, tableaux et figures de la deuxième partie

Liste des encadrés

Encadré 1 : Règles d'anonymisation	71
Encadré 2 : Qualification des intervenants dans l'aide à domicile	89

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des personnes rencontrées en entretien	82
Tableau 2 : Nombre d'habitants du Haut-Bourg pour la période étudiée	83
Tableau 3 : Qualification des salariés d'intervention de la fédération de l'Ouest et de l'association du Haut-Bourg en 2011	90
Tableau 4 : Répartition des personnels d'intervention au niveau départemental selon l'âge en 2011	92
Tableau 5 : Evolution de l'activité totale de la fédération de l'Ouest, 2008-2009 et 2010-2011	105
Tableau 6 : Evolution du nombre d'heures d'intervention total, et du nombre d'heures personnes âgées à la fédération de l'Ouest (2006-2011)	106
Tableau 7 : Nombre d'heures effectuées par type d'intervention en 2011 à l'association du Haut-Bourg et à la fédération de l'Ouest	107

Liste des figures

Fig. 1 : Organisation sur trois niveaux territoriaux de l'ADMR dans le département de l'Ouest	77
Fig. 2 : Situation des enquêtés dans les trois niveaux de l'ADMR de l'Ouest	80
Fig. 3 : Logos nationaux de l'ADMR	103

Annexes

Annexe 1. Sommaire du rapport « Territoires »

Référence :

BOURREAU-DUBOIS Cécile, GRAMAIN Agnès, WEBER Florence, BILLAUD Solène, LIM Helen, XING Jingyue, 2012, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : les dimensions territoriales de l'action publique*, rapport final, convention MiRe/DREES, BETA (univ. Lorraine), CMH (ENS/EHESS/CNRS).

Introduction

Chapitre 1. Démarche empirique

1. Le choix d'une approche ethnographique des pratiques pour analyser la décentralisation de l'action publique
2. Choix des sept terrains d'enquête
3. Le déroulement des enquêtes
4. Standardiser une enquête collective
 - 4.a. *L'élaboration des plans d'aide ou l'ouverture de droits à la solidarité publique exprimés en nature*
 - 4.b. *La solvabilisation de la demande d'aide à domicile des bénéficiaires de l'APA*
 - 4.c. *Tarifification*
5. Les matériaux recueillis

Chapitre 2. Les modes d'organisation mis en place dans les conseils généraux pour la gestion des politiques en direction des personnes âgées dépendantes

1. Coût de fonctionnement des services APA
2. L'organisation hiérarchique des services APA au siège
 - 2.a. *Une organisation plus ou moins hiérarchisée*
 - 2.b. *La circulation d'information entre les différentes hiérarchies*

3. Différentes logiques de spécialisation au siège des conseils généraux

3.a. Des découpages de spécialisation au siège

3.b. Un arbitrage entre l'harmonisation et la coordination

4. Siège et territoire

4.a. Une organisation plutôt centralisée, mais une disparité de la dimension territoriale des services

4.b. L'articulation entre le siège et les unités territoriales : degré de déconcentration et niveau hiérarchique de rattachement au siège

Chapitre 3. Eligibilité et prescription d'aide : derrière la grille AGGIR, les marges de manœuvre des départements

1. La visite et ses coulisses. Au cœur de l'évaluation « médico-sociale » de la dépendance

1.a. Que sont les visites ?

1.b. Qui sont les visiteurs ?

1.c. Qui sont les équipes médico-sociales ?

2. Les dispositifs de contrôle du nombre de bénéficiaires

2.a. La porte d'entrée de l'éligibilité : les dessous du GIR

2.b. Encourager ou décourager les candidats à la demande d'APA

3. La prescription d'aide, ou les relations des conseils généraux avec les services d'aide et les familles pratiquées par les visiteurs

3.a. Limiter les plans d'aide ?

3.b. Formulation des plans d'aide et niveau de précision de la prescription au bénéficiaire

3.c. Les relations entre conseils généraux et services d'aide à domicile à travers les plans d'aide

Chapitre 4. Tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile : un outil décentralisé de normalisation des processus de production

1. Des normes de tarification départementales

1.a. L'affectation des charges communes

1.b. Frais de personnel

1.c. Frais de transports

2. Des règles de tarification à leur mise en pratique

2.a. Les conditions de reprise du déficit : un révélateur du rôle de la normalisation des processus de production pour les conseils généraux

2.b. La redéfinition des normes par leur mise en œuvre

2.c. Application des normes ou négociations

3. Des normes affaiblies par la divergence des injonctions politiques

4. Des normes affaiblies par la nécessité de les asseoir sur des informations exogènes

Chapitre 5. Les méthodes de solvabilisation des plans d'aide APA comme outil décentralisé d'assurance et de redistribution

1. Deux modes de conversion : prix facturé ou tarif prospectif

2. La variabilité du coût de production de l'aide à domicile comme risque assurable

3. Niveau des tarifs et redistribution

Chapitre 6. Des modèles d'action publique départementale en direction des personnes âgées à domicile

1. Dix-sept indicateurs pour six variables synthétiques

1.a. Délimitation du champ d'action publique

1.b. Territorialisation de l'action publique en matière d'APA

1.c. Conditions de travail des équipes médico-sociales

1.d. Légitimité professionnelle des agents du CG en charge de l'action médico-sociale

1.e. Modalités de régulation économique et budgétaire du secteur par le conseil général

1.f. Rôle dévolu au financement collectif des dépenses liées aux personnes âgées

2. Différents modèles d'action publique locale

2.a. Un modèle "médical"

2.b. Le modèle d'administration sociale

2.c. Modèle libéral

Conclusion générale

Annexe 2. Sommaire de l'ouvrage à paraître

Référence :

TRABUT Loïc, WEBER Florence (dir.), 2014, *Le salaire de la confiance*, Paris, éditions Rue d'Ulm, collection Sciences sociales.

Introduction.

Pourquoi les salaires des aides à domicile sont-ils si bas ? (Florence Weber)

Partie 1 : L'illusion du modèle industriel

Introduction (Loïc Trabut)

Chapitre 1 : Nouvelle donne dans l'emploi d'aide à domicile. (Loïc Trabut)

Chapitre 2 : Les associations d'aide à domicile : de la rationalisation comptable au management. (Pierre Deffontaines)

Chapitre 3 : Convertir des chômeuses, former des professionnelles ? (Emilien Julliard, Aude Leroy)

Chapitre 4 : Le poids de l'expérience. (Sylvain Ville, Sabrina Nouri-Mangold)

Journal d'une aide à domicile.

PARTIE 2 : L'illusion marchande

Introduction. (Florence Weber)

Chapitre 5 : Plus que de l'emploi. Les définitions administratives de la qualité dans un département libéral. (Barbara Bauduin)

Chapitre 6 : Évaluer la dépendance. Jeux et enjeux autour de la codification. (Pascal Mulet)

PARTIE 3 : S'émanciper du secteur sanitaire ?

Introduction. (Florence Weber)

Chapitre 7 : L'expertise sociale de la dépendance à l'hôpital : les assistantes sociales hospitalières. (Andréa Insergueix)

Chapitre 8 : La place des familles dans l'hospitalisation à domicile. (Juliette Hirtz, Sandra Pellet)

Chapitre 9 : Les Services de Soins Infirmiers à domicile dans la décision de placement en institution. (Jingyue Xing)

Conclusion.

Vers une ethnographie économique de l'Etat à l'échelle locale. (Agnès Gramain, Samuel Neuberg, Florence Weber)