Qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles

DREES-Mire, CNSA, DGAS, ANESM, CNFPT,

Départements du Rhône et de Paris, Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité.

Structuration des emplois de l'aide au domicile des personnes fragiles

Régulations territoriales, organisation du travail, formation

RAPPORT FINAL

(Volume 1)

DEPARTEMENT DE RECHERCHE de l'IRTS de LORRAINE
en partenariat avec l'Université de Kassel

Responsable scientifique : STREICHER Frédérique

UNIKASSEL
VERSITÄT

Sommaire

INTRODUCTION 4
CHAPITRE I 14
Structuration des emplois et (dé)sectorisation professionnelle 14
1. Construction et déconstruction du secteur de l'aide à domicile 14
1.1. Construction du secteur et accès à l'emploi par la qualification 15
1.2. Déconstruction du secteur et nouvelles segmentations 17
1.3. Accès à l'emploi par les voies d'insertion et de transition professionnelle 19
2. Régulations et régimes territoriaux d'action : essais de comparaisons 20
2.1. Régulations publiques conventionnées et marchandes 21
2.2 Régulations territoriales tutélaires et marchandes subventionnées 25
2.3 Régimes territoriaux d'action 31
CHAPITRE II 36
FORMES D'ORGANISATION ET CONFICURATIONS PRODUCTIVES 36
1. Statuts des organisations enquêtées et régimes conventionnels 36
1.1. Les associations sous régime tutélaire-conventionnel 38
1.2. Les entreprises lucratives et non lucratives sous le régime de l'agrément qualité 44
2. Formes de gouvernances et formes d'organisation 50
3. Configurations productives immatérielles et relationnelles 63
3.1 Hybridation du modèle industriel et du modèle serviciel d'organisation 63
3.2 Coordination par les procédures et les communications formalisées 66
3.3 Communications informelles et ajustements mutuels 77
3.4. Régulations conjointes et temps connexes 78
3.5 Spécificités de la relation de service 82
CHAPITRE III. 88
Gestion de la main-d'œuvre et articulation entre formation, qualification et emploi : vers l'émergence de marchés professionnels ? 88
1. Les facteurs institutionnels jouant un rôle déterminant 88
2. Caractéristiques du rapport formation/qualification/emploi 89
2.1 Un accès à l'emploi variable : à la fois ouvert et sélectif 89

2.2. Rapport à l'emploi : des conditions d'emploi qui tendent à se stabiliser tout en intégrant des formes de flexibilité 91
2.3 Rapport à la formation : des pratiques hétérogènes 94
2.4. Carrières professionnelles, mobilités et reconnaissance salariale 98
3. Emergence et enchâssement des marchés professionnels dans les marchés externes. 100
CHAPITRE IV 104
CONSTRUCTION DE L'OFFRE DE FORMATION QUALIFIANTE à Niveau V .. 104
1. Données de contexte sectoriel 104
2. Les formations sous statut scolaire 107
2.1 La Mention complémentaire Aide à Domicile 109
2.2 L'insertion professionnelle des diplômées 110
2.3 Profils des publics accueillis en formation 111
2.4 Cadre académique de l'offre de formation 111
2.5 Devenir du MCAD à terme 114
2.6 Construction de l'offre de formation par deux lycées professionnels Lorrains 115
3. Le Diplôme d'Assistant de Vie aux Familles du Ministère chargé de l'emploi 121
3.1 Données de contexte national 121
3.2. Démarches pédagogiques de l'organisme lorrain 124
3.3 Impact des régulations externes sur la formation 126
4. Le DEAVS et les Titres et Certificat de Qualification Professionnelle formés par l'INFA 131
4.1 Eléments du contexte lorrain 131
4.2 Conditions d'agréments et d'accès aux appels d'offre 132
4.3 Structuration des formations qualifiantes 133
4.4 Parcours d'insertion et débouchés professionnels 135
4.5 Formation à la qualité des actes professionnels 136
5. Le DEAVS et de DEAMP par l'ALAJI-APRELOR 137
5.1 L'organisme de formation 137
5.2 La pédagogie mise en œuvre 137
5.3 Parcours des stagiaires et débouchés professionnels 139
5.4 Attendus des financeurs publics 139
BIBLIOGRAPHIE 154

INTRODUCTION

Les services « d'aide au domicile des personnes dépendantes » sont inscrits par les législateurs dans le secteur « des services à la personne », (Plan de Développement des Services à la Personne, loi du 26 juillet 2005) et/ou dans le secteur de l'intervention sociale (régime de l'autorisation, loi du 2 janvier 2002)[1]. Dans l'ensemble des services à la personne, où domine les formes d'emploi direct ou d'emploi mandataire estimées à 85% des emplois du secteur, le sous-secteur (Haddad et du Tertre : 2008) des services prestataires d'aide au domicile, de statut associatif ou commercial, sont minoritaires, car ils mobilisent une main-d'œuvre estimée à 15% des effectifs totaux de l'aide à domicile en 2006 (Jany-Catrice : 2010). En 2008, l'observatoire des emplois et des activités dans les services à la personne comptabilise (sur une estimation du BIPE), 162000 emplois (soit 18%) en mode prestataire sur 867000 emplois (dont assistantes maternelles et emplois direct chez le particulier employeur). Ces données concernent les OASP (Organismes Agréés de Services à la Personne), catégorisés ainsi par l'ANSP, dans lesquels sont inclus les organismes agréés pour des missions d' « assistance aux publics fragiles » que nous avons nommés les Services d'aide au Domicile des Personnes Dépendantes (en simplifiant leur sigle : SAD)[2].

Les Services d'aide à domicile étudiés

Concernant, ce sous-secteur de l'aide sociale et médicosociale au domicile des personnes fragiles ou dépendantes, dans la perspective tracée par l'appel à projet de recherche de 2008 pour la « Qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles », le Département de recherche de l'IRTS de Lorraine a développé des investigations en 2009 et 2010 sur trois territoires (agglomération de Nancy, Bassin transfrontalier de Longwy et du Luxembourg), en vue de mieux connaître les processus de « structuration des emplois de l'aide à domicile », supposés favoriser la qualité des interventions professionnelles. L'équipe partenaire du Pr. Ingo Bode de l'Université de Kassel en Allemagne a développé des investigations sur l'agglomération de Kassel[3], en vue d'établir des éléments de comparaison sur l'organisation des services à

[1] En France sont distingués : les services aux personnes âgées et handicapées dépendantes, à l'enfance, et aux familles, relevant de l'action sociale ou d'une prestation sociale et les services « de confort » relevant d'une décision de l'usager achetant une prestation et bénéficiant, éventuellement d'une exonération de charges ou d'impôt (ménage, soins esthétiques, assistance administrative et informatique, surveillance des résidences, etc). Le premier type de services, de délégation publique (loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui régit les services sociaux et médico-sociaux à domicile et en établissement), s'adressant à des publics « fragiles » est soumis aux régulations publiques par la voie des autorisations du Président du Conseil Général (code de l'action sociale) et des « agréments qualité » (code du travail) délivrés par le Préfet du département, représentant l'Etat. Cependant, la loi de 2005 ouvre la perspective d'une mise en concurrence des prestataires. Dans la même visée, une directive européenne de novembre 2006 identifie les services à la personne comme « services dans le marché intérieur » potentiellement soumis aux règles de la concurrence.

[2] En 2009, les services à domicile spécialisés dans l'aide aux personnes fragiles étaient recensés par une étude de l'UNIOPSS à 6729 établissements, dont 4326 de statut associatif, 2054 de statut commercial (30%) et 349 du secteur public.

[3] Sur l'agglomération de Kassel, En 2009, un total de 45 services de prestataires de soins et aide à domicile sont actifs. Certains d'entre eux sont organisés dans un réseau local des prestataires d'aide et de soins qui s'est fixée comme objectif d'améliorer la coordination et le développement du système d'aide et de soins à domicile pour bien répondre aux besoins de la population. Au Grand-Duché du Luxembourg, trois grandes entreprises de services de soins et de confort à domicile interviennent sur le territoire.

domicile et des régulations publiques de ces secteurs[4].

Pourquoi une perspective comparative ?

L'intérêt d'une mise en perspective des configurations nationales réside dans le fait que le secteur d'aide à domicile aux personnes fragiles est soumis à des régulations nationales particulières, ancrée dans des traditions différentes de l'État-providence et du paysage des acteurs donnant leur empreinte au dernier. Comme le secteur relève, au moins partiellement, du champ de la protection sociale, et non pas (uniquement) de l'univers de l'économie marchande 'ordinaire', les cadres organisationnels, les régimes d'emploi et le développement des professions (sociales) sont fortement influencés par un ordre institutionnel national, voir même régional (étant donné que les politiques sociales sont territorialisées. Ainsi, pour comprendre mieux les spécificités de la configuration française concernant la structuration des emplois de l'aide au domicile, il nous semble utile de connaître les grande lignes des configurations nationales différentes, en l'occurrence celle du Luxembourg et de l'Allemagne. Le choix de ces objets de comparaison s'explique par la proximité spatiale des trois pays, mais aussi par une considération théorique émanant des approches comparées en sciences sociales qui nous recommandent de mettre en perspective des cas pas *trop* éloignés l'un des autres concernant les structures sociales encadrant le phénomène à étudier.

Ont été étudiés plus particulièrement, en référence à l'axe 3 de l'appel à recherche les « liens entre les conditions de travail et d'emploi et la qualité de l'aide dispensée ». Ceci par l'approche de trois niveaux de décisions censés contribuer à la construction de l'activité d'aide au domicile et à veiller à la qualité des prestations : les niveaux « institutionnel », « organisationnel » et « situationnel » présentent un emboîtement des cadres de l'intervention à domicile dont la coordination est au centre des préoccupations autant des décideurs publics que des entrepreneurs et des agents d'intervention. La recherche réalisée par le Département de recherche de l'IRTS de Lorraine et l'Université de Kassel, s'est attachée à analyser les formes de coordination entre ces trois niveaux de la construction des services et des emplois au domicile des personnes dépendantes ou en perte d'autonomie.

Trois niveaux de décision et d'action en analyse

Le niveau « institutionnel » est représenté par les instances de prescription, de tarification et de contrôle :

- en France et en Région Lorraine, le Conseil Général de Meurthe et Moselle organisés en territoires sur lesquels interviennent les CLIC, les services déconcentrés de l'Etat (DRJSCS et DIRECT) ainsi que l'ANSP, le Conseil Régional et le Service public de l'Emploi pour la formation professionnelle ;
- Au Luxembourg, la Caisse Dépendance et le Ministère de la Famille ;

En Allemagne, trois types d'instances : les caisses d'assurance-dépendance (qui versent l'allocation dépendance et passent des conventions avec les fédérations des prestataires au niveau régional), le Service médical de l'assurance maladie (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) et des antennes régionales, responsables des évaluations des besoins, et les instances des municipalités ou des autorités intercommunales, s'occupant de la planification des structures de soutien aux personnes fragiles (âgées) au-delà de ce qui est payé par l'assurance-dépendance, y compris « l'aide sociale aux soins » (aux personnes fragiles démunies) et assistance sociale aux personnes lourdement handicapées. On s'aperçoit donc que le niveau institutionnel est organisé différemment en ce pays, surtout concernant l'influence des instances *locales*, limitée à certaines catégorie des bénéficiaires et à

[4] En 2009, sur le département de la Meurthe et Moselle, cadre de la présente recherche, 25 établissements bénéficient de l'agrément qualité et 14 de l'autorisation du Conseil Général pour fournir des Services à Domicile, dans le champ d'application de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et de la PCH (Prestation Compensatoire du Handicap). Sur les 39 SAD Meurthe et Mosellans, 18 interviennent sur l'agglomération de Nancy, et 6 sur le bassin de Longwy.

l'offre complémentaire aux prestations de la caisse-dépendance et le l'activité déconcentrée du Service médical (unifié).

Ont été rencontrés, des représentants institutionnels, en charge des politiques départementales gérontologiques et d'accompagnement du handicap, des politiques régionales de l'emploi et de la formation professionnelle. Ils ont apporté des informations sur les régulations territoriales départementales du secteur des services à la personne et plus particulièrement du sous-secteur de l'aide à domicile, objet de ces investigations. Au total, sept entretiens ont été conduits auprès de fonctionnaires en charge de politiques publiques.

Le niveau « organisationnel » est représenté par un échantillon de 11 Services prestataires-mandataires au domicile de personnes dépendantes bénéficiaires de l'APA ou de la PCH et un SAD Luxembourgeois. Parmi ces SAD : cinq sont de statut associatif, cinq de statut privé à but lucratif auxquels se rajoutent une SCOP et une Fondation. Un travail comparatif est engagé avec l'équipe de l'Université de Kassel, qui a conduit des investigations auprès de trois services prestataires (une Fondation, une association et une entreprise commerciale).

Un deuxième échantillon de quatre organismes de formation[5] a fait l'objet d'investigations sur les modalités d'accès à la formation qualifiante, les contenus de formation et les débouchés dans l'emploi professionnel. Les enquêtes ont porté sur les positionnements des SAD et des organismes de formation sur les « marchés » locaux de l'offre de services et de l'offre de formation, sur les formes d'organisation du travail, et la gestion des emplois et de la de formation professionnelle.

Le niveau « situationnel » est représenté par les acteurs professionnels engagés dans la construction de la relation d'aide, que l'on peut considérer comme une relation de service (Goffman, 1968), c'est-à-dire une activité destinée à satisfaire les besoins d'autrui, nécessitant un travail de «réparation» ou de maintien de l'état du mandant (aide, conseil ou soin). Les enquêtes ont porté sur les configurations productives de ces services à domicile marquées par la co-construction du service dans l'interaction du prestataire et du bénéficiaire. La relation de service structure l'organisation du travail, les concepteurs de l'activité sont aussi co-élaborateurs du service. Plus en amont, les services prescripteurs en charge de l'application de la politique gérontologique et des aides aux personnes fragiles sur les territoires participent aussi à la construction de la relation de service.

L'analyse des niveaux organisationnel et situationnel a été renseignée par un échantillon de :

- 36 agents (Dirigeants, encadrants, intervenants) de onze SAD Meurthe et Mosellans,
- 10 responsables de formation et formateurs employés par quatre organismes de formation lorrains,
- 15 agents employés par une fondation luxembourgeoise (Directeur Général, DRH, responsable des soins, cadres infirmiers, intervenants),
- 6 agents employés par trois SAD à Kassel, en Allemagne (Dirigeants, encadrants)

Au total, sur les trois sites d'investigation, 67 enquêtes par entretiens ont été réalisées de juin 2009 à décembre 2010.

Questions de départ et objectifs de recherche

[5] En 2010, moins d'une dizaine d'organismes de formation est, en Lorraine, destinataire des appels d'offre de formation concernant les qualifications du secteur de l'aide à domicile.

Au départ des investigations, quatre questions étaient posées par l'équipe de recherche :

1. Comment l'offre de service est-elle construite? Quelle est la part du marché des services de proximité et des régulations publiques ?
2. La structuration des emplois est-elle orientée vers la reconnaissance en qualification des compétences formées dans les situations de travail ?
3. La qualité de la relation de service apportée aux bénéficiaires de l'aide à domicile est-elle conditionnée par la rationalisation de l'organisation et du contrôle du travail et par les savoir-faire et savoir-être des agents intervenants ?
4. L'aide au domicile de personnes dépendantes fait-elle appel à des savoirs professionnels relatifs au travail social, aux métiers du *care* et a des compétences communes qui nécessitent des apprentissages systématiques en vue de leur qualification et comment l'offre de formation parvient-elle à qualifier ces compétences spécialisées ?

Le principal objectif de recherche est d'améliorer la connaissance des relations emplois/activités/fonctions/compétences/certifications et d'identifier les liens qui se construisent entre les conditions d'emploi, l'organisation du travail, les formes de relations de service, les compétences mobilisées et transférables, les référentiels professionnels, les cursus de formation pour proposer une analyse de l'articulation des pratiques et des référentiels, condition supposée de la qualité du service aux personnes fragiles[6] .

Le présent rapport propose un état des lieux de trois dimensions du secteur censées contribuer à la professionnalisation et à la qualité des emplois :

1- ***les systèmes d'emploi et les voies d'accès et de maintien dans les emplois*** de services à la personne. Les emplois d'encadrement, les mutations des organigrammes, des postes de travail et des qualifications professionnelles, et les parcours typiques et atypiques de professionnalisation.

2- ***l'organisation du travail et les « configurations productives relationnelles»*** (Du Tertre : 2005), la formation des compétences dans l'activité de gestion, de production des services et dans la mise en œuvre de la relation de service (Gadrey : 2003 ; Bessucco et alii : 2002, Goffman : 1968),

3- ***les référentiels professionnels et de certification, les systèmes de formation,*** les procédures d'accès, d'admission, les financements affectés, les contenus de formation au regard des référentiels, les dispositifs de formation par alternance.

Principale hypothèse de recherche

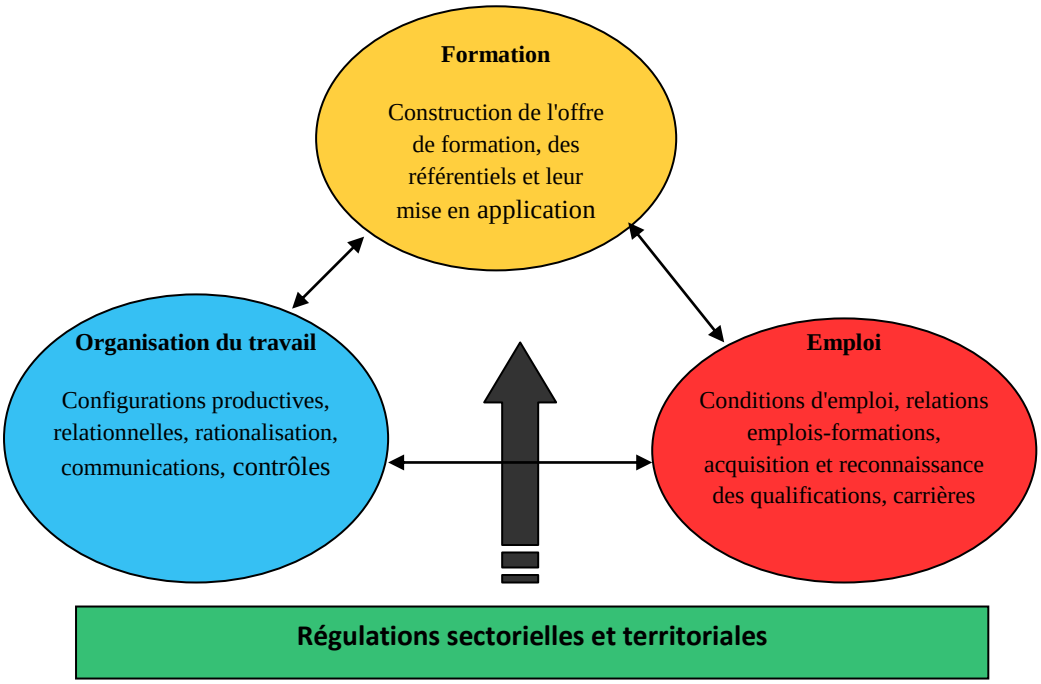
Nous formulons l'hypothèse que la qualité du service se construit à l'interaction de trois espaces qui entretiennent des rapports dialectiques:

- celui de la formation : construction et organisation de l'offre de formation;
- celui de l'emploi: construction et organisation des emplois, plus largement organisation du marché du travail (relations formation-emploi, modes d'acquisition et de reconnaissance des qualifications…);

[6] Cet objectif de recherche est destiné à couvrir pour partie les deux derniers volets de l'axe 3 « Liens entre les conditions de travail et d'emploi et la qualité de l'aide dispensée » qui proposent d'étudier les objets de la formation professionnelle et continue (référentiels, outils pédagogiques), de l'accès à la formation qualifiante, de la portée de la VAE, des conditions d'organisation de travail, de la structuration de l'emploi concourant à la « soutenabilité du travail et à la satisfaction des personnes aidées », et du rôle de l'encadrement intermédiaire (Appel à projet de recherche, 2008, p.6/26).

- celui de l'organisation du travail et des configurations productives qui s'en dégagent.

Les régulations sectorielles et territoriales (non uniquement locales) participent à dessiner les contours et le sens de ces trois espaces.



Questionner la qualité ou qualifier les services ?

Dans le contexte des politiques publiques qui interviennent pour inciter la qualité des prestations à domicile, particulièrement pour protéger les personnes « fragiles » (petite enfance, personnes âgées dépendantes, personnes handicapées)[7], la question des conditions de la « qualité de l'aide aux domiciles des personnes fragiles » doit prendre en compte une dimension subjective et évaluative qui est interprétable comme une construction sociale, objet d'évolutions et d'ajustements. Comme le souligne le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (Roussille et alii : 2009), l'exigence de qualité se diffuse à tous les niveaux de l'aide à domicile, que ce soit en amont de l'agrément qualité ou de l'autorisation, ou dans le fonctionnement des services d'aide à domicile et dans l'accompagnement des bénéficiaires de services. Pour autant, l'impératif de qualité décline une exigence de normalisation des processus de production du service à domicile au regard de la commande figurant dans le plan

[7] Les services des Ministères du travail et de la Cohésion Sociale interviennent dans le cadre de l'instruction d'une demande d'agrément dit *qualité* et les Conseils Généraux sont compétents pour habiliter des services au regard de leur qualité professionnelle, l'Agence nationale de l'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) publie des recommandations sous la forme de *guides de bonnes pratiques*[7] dans l'intention de sensibiliser les établissements et services prenant en charge des personnes en situation de handicap au sein des structures comme au domicile, l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) et la première fédération d'employeurs de l'aide à domicile, l'union nationale de l'aide, des soins et services à domicile (UNA), soulignent avec force, sur leurs sites internet[7], la nécessité de *pratiques vertueuses* dans les aides à apporter aux personnes fragiles. Différents labels émanant d'organismes de certification nationaux (AFNOR à travers la norme NF X 50-056, QUALICERT) ou internationaux (ISO) renvoient à des *référentiels qualités* ayant pour finalité d'apporter une valeur ajouté aux prestations délivrées dans l'aide à domicile.

d'aide et au regard des contingences économiques et financières du service. La mesure des écarts entre la prescription des tâches et leur réalisation effective en situation est, toujours selon l'IGAS, incomplète, au sens où elle n'intègre guère les caractéristiques concernant la mise en œuvre effective du service rendu à la personne car, « le maintien à domicile témoigne d'abord d'une volonté de liberté et de libre choix des personnes, avec une grande diversité des situations, ce qui est peu compatible avec toute tentative de normer ou même de cadrer un concept de qualité » (2009, p.11).

Pour notre part, nous privilégions l'hypothèse méthodologique de la relativité et du caractère évolutif de la notion de qualité dans les systèmes d'emploi, l'organisation du travail, les contenus de la relation de service et les systèmes de formation. Pour avancer dans la compréhension des processus de construction de la qualité des services et des emplois, nous proposons de regarder au plus près des logiques de décision et d'action, de caractérisation et de justification des pratiques, ainsi que les *dissensus* ou *consensus* qui animent les acteurs du champ.

Démarche méthodologique

Le parti de recherche mobilise une méthodologie qualitative d'investigation et d'analyse des données qui propose de mettre à l'étude un ensemble de variables devant caractériser les éléments structurant de ce sous-secteur de l'aide au domicile des personnes fragiles, saisis à partir des pratiques des agents telles que rationnalisées par leurs propos en réponses à nos questions.

La démarche d'investigation s'est déroulée en trois étapes sur une amplitude de deux ans en distinguant trois niveaux d'action à étudier, ce de manière comparative, en vue d'une mise en perspective des formes de gouvernance territoriale, des formes d'organisation du travail d'aide à domicile et des processus de formations qualifiantes. Ont été abordés :

1°- le niveau des acteurs institutionnels régionaux et départementaux[8], situés à la convergence des remontées d'informations sur les besoins quantitatifs et qualitatifs, dont la fonction consiste à rendre effective l'articulation des orientations institutionnelles et des processus locaux d'offre de service et de professionnalisation. Pour le cas de l'Allemagne, ont été étudiées les orientations institutionnelles ainsi que les programmes de professionnalisation.

2°- le niveau des services à domicile (Administrateurs, Directeurs, cadres) qui coordonnent les activités en réponse aux demandes d'aide à domicile, participent à la gestion des emplois et de la formation professionnelle, ceci dans les trois bassins étudiés (Agglomération de Nancy, Bassin de Longwy et Luxembourg, bassin de Kassel).

3°- le niveau des opérateurs de services à domicile (intervenant(e)s, et aussi de formation (responsables de formation, formateurs) qui contribuent directement à la production des services, à la formation des compétences en situation et à la formation qualifiante.

Cette construction en trois niveaux d'analyse compose le rapport final des résultats de ces

[8] Le projet de recherche initial, en décembre 2008, prévoyait l'étude du niveau national des politiques en matière de qualifications professionnelles et de formation (Enseignes, CNSA, UNAFORIS, DGAS, CPNE, UNIFAF…). Or, l'équipe de recherche a jugé plus pertinent de focaliser le recueil d'informations au niveau départemental et régional considérant que cette échelle territoriale avait une incidence plus directe sur la construction du secteur professionnel. Les politiques publiques nationales ont été renseignées par des recherches documentaires, comme pour le cas allemand de Kassel et le cas luxembourgeois.

investigations empiriques et documentaires en quatre chapitres qui développent des éléments de compréhension des :

I. Processus de structuration des emplois, de construction-déconstruction du secteur professionnel par les régulations sectorielles et territoriales.
II. Formes d'organisation du travail et configurations productives relationnelles.
III. Formes d'articulation entre formation, qualification et emploi et émergence des marchés professionnels.
IV. Processus de construction locale de l'offre de formation.

Processus méthodologique

Etape n°1 (mars 2009 à décembre 2010) : Plusieurs séries d'entretiens sont été conduits, et certains renouvelés, auprès des acteurs institutionnels (DDTEFP, DRJSCS, URRIOPS, OREFQ Lorraine, Conseil Général, CLIC sur la base d'un guide de questions sur :
- la déclinaison des directives nationales (macrodécisions) dans l'application des politiques publiques au local,
-les objectifs et choix d'orientations en matière de schéma gérontologique, agréments et autorisation des organismes prestataires et mandataires, habilitation des organismes de formation et des services instructeurs et accompagnateurs de la VAE,
-pour la partie traitant de l'Allemagne, ont été étudiés les dispositifs et documents concernant de telles directives et objectifs.

Etape n°2 (avril 2009 à janvier 2011) : des entretiens semi-directifs, dont certains ont pu être renouvelés et des analyses documentaires auprès de 15 organismes prestataires et mandataires ont été conduits sur la base de trois guides de questionnement :
1°- Un premier questionnaire proposé aux dirigeants des organismes associatifs et commerciaux (2 administrateurs, 6 directeurs en Lorraine, 4 directeurs au Luxembourg) consacré aux emplois (références conventionnelles, organigrammes, critères de recrutement, qualifications, plan de gestion prévisionnelle des emplois et des formations professionnelles, recours à la VAE), aux données organisationnelles (situation économique, formes de gouvernance, partenariats, etc.), aux projets de développement et de diversification des activités, à l'engagement dans les procédures d'évaluation interne et de qualité.
2°- Un deuxième guide d'entretien auprès de15 encadrants cadres (4 statutaires et 4 faisant-fonction en Lorraine, 4 cadres au Luxembourg, 3 cadres à Kassel) concernant principalement : les formes de management et de configurations productives (animation, coordination des intervenantes, planning des interventions, gestion des déplacements, ajustements des horaires et contrats de travail, régulation de contrôle et évaluation et gestion de la qualité) et le positionnement des cadres dans les systèmes d'action et de décision, leurs orientations managériales et la traduction qu'ils font d'animation des demandes des bénéficiaires et des salariés.
3°- Un troisième guide d'entretien est proposé aux intervenant(e)s des SAD (20 en Lorraine, 7 au Luxembourg)9 sur des données factuelles (études de situation, fiches activités, budget temps et déplacements quotidien et rapport d'incidents critiques) et données valorielles (évaluation des besoins des bénéficiaires, dispositions relationnelles, relations aux aidants familiaux, organisation du travail, compétences intériorisées et objectivées), savoirs du care mobilisés, conditions de travail et santé, espaces de dialogue et de formation collective au sein de l'organisation de travail, parcours professionnel, projet de formation continue ou qualifiante et perspective de carrière et de professionnalisation.

Etape n°3 : des entretiens semi-directifs auprès des responsables de formation et formateurs de quatre organismes de formation lorrains sélectionnés pour leur contribution à des diplômes ou certifications les plus fréquemment mobilisés dans le secteur (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale, titre Assistant de Vie aux Familles, Mention Complémentaire Aide à Domicile du BEP Carrières Sanitaires et Sociales, Titre Homologué Employé Familial Polyvalent, Certificat de Qualifications Professionnel Assistant de Vie). Le guide d'entretien porte sur les critères de sélection des candidats, les besoins de formation, les dispositifs de formation et de

[9] Le programme de recherche sur Kassel a prévu de réaliser les enquêtes uniquement auprès des dirigeants et cadres.

certification, l'application des référentiels professionnels, l'accompagnement de la VAE, le positionnement des qualifications sur le marché local, les conventions et modalités de financement[10].

[10] La rencontre avec des stagiaires, initialement prévue, n'a pas été retenue, les données de la phase I recueillies auprès des intervenants à domicile étant abondantes et diversifiées en matière d'information sur les parcours de socialisation professionnelle.

L'exploitation des données, complétées pour certains items par les données de l'équipe allemande, a procédé de différents types de traitement :
1°- traitement de l'ensemble des entretiens par enregistrement audio puis saisie thématique par traitement de texte.
2°- enregistrement des entretiens conduits auprès des 20 intervenants lorrains dans des grilles d'indicateurs construits sur le logiciel Sphinx afin d'établir des tableaux descriptifs sur : les parcours d'emploi, l'accès à la qualification professionnelle, les conditions de travail, les contenus de l'activité et de la relation de service, les compétences mobilisées, et les projets de formation et de professionnalisation[11].

Les résultats de la recherche sont présentés dans la suite de ce rapport sous la forme d'extraits discursifs significatifs choisis pour typifier les pratiques de direction, d'encadrement, d'intervention et de formation.
Les données d'opinion, de positionnement éthique sont analysées en considérant que les discours valoriels expriment des projets à concrétiser ou à défendre, donc des perspectives de développement du champ du point de vue des acteurs.

La méthodologie de l'étude exploratoire locale à Kassel

Les résultats présentés ici sont tirés d'une étude de cas locale, menée entre novembre 2009 et juin 2010 dans une grande ville de Hesse. L'enquête se base sur des entretiens avec des experts locaux en politiques de soins et d'aide, des cadres supérieurs et des superviseurs de prestataires. Concernant les prestataires, des entretiens semi-directifs (trois par structure) ont été réalisés pour trois différentes organisations, incluant une association de bien-être, un prestataire à but lucratif et un prestataire de type associatif pour les soins et l'aide aux personnes handicapées. Ils portaient sur la situation générale de l'organisation, leurs expériences quant aux processus de contrôle autour et dans les services de soins, et sur les perceptions des conditions de travail. Plusieurs données sur les structure elles-mêmes ont également été recueillies, y compris par l'analyse des documents. Pour limiter le côté intrusif de l'enquête, les entretiens n'ont pas été enregistrés, mais nous avons reconstitué leur contenu de mémoire. Les possibilités et risques liés à l'utilisation des données mémorisées ont été soigneusement évalués (Keightly 2010). Deux intervieweurs étaient présents pour la plupart des entretiens pour que la reconstruction se fasse selon le principe du double contrôle. Les entretiens incluaient d'abord des questions ouvertes qui mènent vers une narration, ensuite, nous abordions des dimensions plus spécifiques. L'analyse des entrevues a été réalisée suivant, grosso modo, la procédure d'analyse de contenu qualitative (Mayring 2007). Dans ce rapport uniquement les résultats de l'évaluation sont présentés, et non le processus d'évaluation.

Equipes de recherche

Ont collaboré aux deux premières étapes :
Streicher Frédérique, (IRTS de Lorraine et LASURES-Université de Nancy2), Ouhaddi Ahmed, (doctorant, ERASE-Université de Metz), Khristova Andréana, (IRTS de Lorraine et GREE-Université de Nancy2), Hirlet Philippe, (IRTS de Lorraine et GREE-Université de Nancy2), Gérard Patricia (doctorante, ERASE-Université de Metz), Estienne Geneviève (sociologue).

Les étudiants préparant le Dipôme d'Etat d' Ingénierie Sociale ont réalisé un travail de recherche sur une partie de l'échantillon et ont présenté les résultats de leurs travaux aux acteurs de l'aide à domicile le 2 février 2010 : Schoenahl Marc, Santollini Lionel, Montesinos Cédric, Minet Marie-Josèphe, Ouhaddi Ahmed.

L'équipe allemande est composée de : Ingo Bode, Professeur de sociologie (Université de Kassel) Sébastien Chartrand (assistant, Université de Berlin), Markus Laabs-Rode, étudiant en sociologie

Ont collaboré à la troisième étape : Wojcik Marie-Hélène (IRTS de Lorraine), Schoenahl Marc (Ingénieur social), Streicher Frédérique, (IRTS de Lorraine et LASURES-2L2S), Estienne Geneviève (sociologue).

[11]Le croisement des données par variables significatives n'a pas été probant, du fait de la dispersion des réponses à de nombreuses questions ouvertes. Les résultats sont présentés en *verbatim*, primo traitement proposé par le logiciel SPHINX.

CHAPITRE I

Structuration des emplois et (dé)sectorisation professionnelle

Par Frédérique Streicher et Ingo Bode

1. Construction et déconstruction du secteur de l'aide à domicile

Par secteur professionnel de l'aide à domicile, nous entendons le cadre législatif et institutionnel qui autorise le développement d'activités générant des créations ou transformations d'entreprises et d'emplois et le développement, garanti ou non par des conventions collectives de branches professionnelles, de qualifications mobilisables dans la relation d'emploi et dans les postes de travail au sein des entreprises. Au cours de son histoire, le secteur de l'aide à domicile s'est construit comme un sous-secteur du secteur de l'intervention sociale. En effet, la « branche professionnelle de l'aide à domicile » regroupe des emplois et contrats de travail mis en œuvre par des entreprises majoritairement de statut associatif, les qualifications requises pour ces emplois étant inscrites au Répertoire National des Certifications Professionnelles de l'intervention sociale. Or, le sous-secteur de l'aide à domicile a toujours accueilli des personnels sans qualification, sur la foi d'une représentation communément partagée que l'activité au domicile est réalisable sur la base de savoir-faire domestiques largement acquis dans la population active, notamment féminine. Dans cette perspective, les demandeurs d'emploi trouveraient des emplois d'insertion qui permettraient à terme la transition vers des secteurs exigeant des qualifications plus spécialisées et complexes. C'est pourquoi, deux voies d'accès aux emplois de l'aide sociale et médicosociale à domicile sont rendues possibles :

- La première voie d'entrée dans l'emploi est légitimée par des qualifications appuyées sur des référentiels professionnels mobilisés autant par les prescripteurs, les employeurs et les intervenants à domicile, aussi par les organismes de formation et par les branches professionnelles. Les qualifications de la branche professionnelle de l'aide à domicile sont fixées dans des accords et convention par les grandes fédérations associatives, la FEPEM (Fédération des Particuliers Employeurs) et par l'Etat dans le Répertoire National des Certifications ; l'accès à l'emploi est, en principe, structuré par les conventions qui fixent l'adéquation des titres et des postes ;
- La deuxième entrée se fait par la voie de l'insertion professionnelle mise en place par les dispositifs de retour à l'emploi du Service Public de l'Emploi (SPE)[12]; l'accès à l'emploi est structuré par les offres d'emploi émanant des SAD dont le volume d'activité est en principe régulé par la structuration de la demande de services. Ces voies locales d'accès à l'activité, qui qualifient la main-d'œuvre par l'adaptation au

[12] Le secteur des services à la personne devait, selon les objectifs du PDSP (Plan de Développement des Services à la Personne) atteindre la création de 500 000 emplois entre 2005 et 2008. Le poids des emplois est estimé de 1,5 millions à 2 millions incluant les différents régimes en modes prestataire, mandataire, gré à gré et les différents sous-secteurs d'activités. En effet, le dénombrement des créations et des types d'emplois est compliqué par l'hétérogénéité des données (Jany-Catrice : 2010).

contenu du travail concret, sont largement mobilisées dans le cadre d'un rapport salarial contraint par les économies publiques.

1.1. Construction du secteur et accès à l'emploi par la qualification

Les qualifications professionnelles sont appuyées sur des référentiels professionnels (Fonctions/activités/compétences) qui participent à la reconnaissance en qualification des compétences mises en œuvre par les agents dans les fonctions occupées. Un rapport au premier Ministre (Bouquet et de Rozario : 2009)[13], rappelle que différents ministères (Agriculture, Santé et Cohésion sociale, Travail et formation professionnelle, Education Nationale) ainsi que l'Institut FEPEM, représentant la « branche professionnelle du particulier employeur » et d'autres organismes de formation privés, sont à l'origine de la création de certifications portées par des secteurs professionnels variés du « champ des services aux personnes fragiles » (aide à domicile et prise en charge en établissement). Selon le rapport, le nombre de titres « a quadruplé de 1990 à 2008 » en passant de « 5 titres dans les années 1980 à 19 certifications de niveau V ». En Lorraine, 16 titres ont été répertoriés par l'OREFQ (Observatoire Régional de l'Emploi, des Formations et des Qualifications)[14]. La plupart de ces certifications sont inscrites dans des accords collectifs ou des conventions collectives et référencées dans des nomenclatures de postes et des grilles indiciaires de salaires[15].

En raison de ces multiples formations, on constate aujourd'hui qu'il existe un nombre considérable de titres d'emploi. L'Agence fédérale pour l'emploi (*Bundesagentur für Arbeit*), dans son document sur la formation et l'information professionnelle pour l'aide aux personnes âgées, répertorie 21 titres d'emploi, et plus de 70 titres dans le champ des soins. Il convient de noter que, derrière des titres semblables – par exemple, technicien aux soins (*Fachkraft-Betreuung*) et aide-soignant (*Fachkraft-Pflegeassistenz*) – peuvent se cacher des réalités très différentes. On retrouve également des emplois pour lesquelles aucune formation réelle n'est proposée. C'est le cas des titres suivant : aidants temporaires, personnes en service civil, étudiants en soins infirmiers et également

[13] Une mission d'expérimentation a été confiée au Président de la Commission Nationale des Certifications Professionnelles aux fins d'une « démarche de simplification de l'offre de certification comprenant des recommandations aux différents certificateurs » par « la définition de référentiels d'activités et de compétences, au plan interministériel, dans un secteur où le statut des personnes, comme celui des structures et des entreprises présentent une grande variété » (Bouquet et de Rozario : 2009, p.7). Six Commissions Professionnelles Consultatives, dont « Travail Social et Intervention Sociale » (Ministère des Affaires Sociales) et « Autres services » (relevant du Ministère de l'Emploi) ont été réunies afin d'harmoniser les référentiels métiers de différentes certifications en vigueur et de construire des passerelles horizontales et verticales entre les titres pour favoriser les mobilités professionnelles.

[14] Source : OREFQ, INFFOLOR, ONISEP : *Diplômes, Titres et Certifications Professionnelles préparant aux Métiers de l'Aide à Domicile* ; 2ème édition-octobre 2008. Intitules et contenus des référentiels sont présentés en ANNEXE du présent rapport.

[15] Par exemple, les principaux « métiers » relevant de l'intervention sociale et du paramédical identifiés par l'UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins, et des Services aux Domicile) regroupent des activités qui requièrent des titres ou diplômes d'Etat dont le Ministère de la Cohésion Sociale et le certificateur : de niveau V, Auxiliaire de vie sociale (accompagnement et aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne, dans les activités sociales et relationnelles, etc.), aide-soignant (dans le cadre de services de soins infirmiers) ; de niveau IV, Technicien de l'intervention sociale et familiale (activités ménagères et action sociale préventive et éducative auprès des familles), aide Médico-Psychologique (assistance individualisée et tâches éducatives) ; de niveau III, l'infirmier (soins techniques, prévention et éducation sanitaire). Par contre, des postes ne nécessitent pas de titres mais leurs intitulés sont conventionnels : Agent à domicile (activités domestiques et administratives simples), Employé à domicile (assiste et soulage par son aide dans les activités quotidiennes). Les postes d'encadrement (responsable de secteur, coordinateur, directeur, etc.) sont, en théorie, qualifiés du niveau III au niveau I, selon la taille de la structure de services à domicile. Les titres conventionnels privilégiés dans le sous-secteur de l'aide aux personnes fragiles sont tous les titres de niveau III de l'intervention sociale et du sanitaire, et le CAFERUIS et CAFDES, certificats d'Etat du Ministère de la Cohésion Sociale.

les personnes avec des titres d'emploi, mais sans avoir complété de formation formelle telle que les auxiliaires gériatriques. Depuis les années 1990, on élargit l'offre de « qualifications en deça d'une formation professionnelle ordinaire » (Boecker & Meifort 1997: 51). Selon la manière de calculer, la proportion des travailleurs sans formation ou semi-qualifiées dans le secteur des soins avoisine 50 %.

Ainsi, la première condition d'entrée dans l'emploi par le recrutement de personnels qualifiés et par la fixation de règles conventionnelles d'articulation des titres et des postes prend appui sur des référentiels d'activités dits référentiels « métiers ». Lorsque le personnel recruté n'est pas titulaire d'un titre, le poste et l'activité sera référée à une grille indiciaire et à un niveau de qualification du poste (par exemple, dans la convention collective de l'ADMR, ces postes sont en Catégorie A). C'est ainsi que des parcours-types dans l'emploi se construisent sous l'impulsion des acteurs du secteur, employeurs, salariés, pouvoirs publics qui ont ouvert les perspectives de la création d'une branche professionnelle de l'aide à domicile des fédérations associatives (emploi prestataire et/ou mandataire) et d'une branche de l'aide à domicile du « particulier employeur » (emploi direct). Ce processus est considéré comme une voie de « professionnalisation » des agents employés et, par conséquence, des entreprises qui créent ces emplois. En effet, la professionnalisation du secteur se constitue par l'application de conventions collectives et de régulations institutionnelles (Reynaud : 1993). Ce processus est le fait d'un mouvement qui se dote d'un ensemble d'institutions construites par des « coalitions » qui expriment des « rhétoriques »[16] pour tenter de justifier une compétence insubstituable, un esprit de service, au nom d'une science, en vue de la satisfaction d'un besoin social (Paradeise : 1985). Dans cette perspective, on peut considérer que le secteur de l'aide au domicile des personnes dépendantes s'organise pour la reconnaissance d'un groupe professionnel sur les critères des professions ou des « occupations professionnelles » : savoir spécialisé, objet scientifique et/ou technique délimité, contrôle de la formation initiale et de l'accès aux titres et aux emplois (Wilenski : 1961). Ces critères de reconnaissance professionnelle sont mobilisés par des groupements organisés (grandes fédérations associatives, Ministères, syndicats de salariés et d'employeurs, Organismes Paritaires Collecteurs Agréés, etc.) qui tentent de défendre la pérennité et la stabilité des dispositifs conventionnels[17]. Il s'agit d'un des enjeux majeurs de ce sous-secteur social et médicosocial de l'aide à domicile, confronté à une croissance rapide de ses effectifs. C'est pourquoi, le sous-secteur de l'aide à domicile auprès des personnes dépendantes est inscrit par nombre d'acteurs et de chercheurs dans l'économie sociale et solidaire car producteur d'utilités sociales, de protection sociale et d'externalités positives en matière de relations sociales de proximité (Laville et Nyssens : 1994). Ses promoteurs l'affirment comme un des idéaltypes des services à la personne et comme un secteur professionnel prometteur en matière de création d'emplois qualifiés car, dans les faits, constitué d'emplois mieux structurés relativement aux autres segments d'activités redécoupés par le PSDP en 2005.

Au Luxembourg, le secteur de l'aide à domicile est régi par la « convention collective des soins à domicile et des maisons de retraite »[18]. En 2010, des négociations collectives animées

[16] La notion de rhétorique (du grec *rhêtorikê*, art qui donne les règles du bien dire, ou art de détourner le sens des mots par des figures de style) est empruntée aux sciences littéraires et linguistiques pour analyser tout discours socialement construit qui déploie un argumentaire logique en vue de justifier de la véracité d'une opinion ou d'un fait. La notion de "Profession" signifie par son étymologie l'action de "professer", du latin *profero*, qui signifie porter à la connaissance du public, le substantif *professio* signifiant "déclaration, manifestation, expression de sa pensée et puis par extension, l'art de bien dire".

[17] La branche de l'aide à domicile est créée en 1993 et s'est engagée dans un processus d'unification conventionnelle à partir notamment l'accord collectif de 2002. Un observatoire de branche est fondé en 2004 dans le cadre de la CPNE, en vue de suivre l'évolution des métiers et des qualifications. En 2006, 5000 structures sont adhérentes aux grandes fédérations : ADESSA, UNA, ADMR, A DOMICILE, FNAAFP/CSF.

[18] Les qualifications mobilisées pour le personnel d'intervention sont : infirmier, aide-soignant, aide-socio familial, aide-sénior. L'appellation Aide-Sénior, correspond à des postes non qualifiés, équivalent à la catégorie A de l'accord collectif de

par l'Etat, visaient l'intégration du secteur dans la « convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers luxembourgeois ». Deux références sont en vigueur pour la convention collective du travail des personnels occupés dans les établissements hospitaliers. Cependant, après une période de construction de l'emploi qualifié et une politique de hauts salaires, la tendance est au recentrage sur la qualification des postes : « En tant qu'employeur, je fais l'effort de promouvoir une rémunération par fonction plutôt qu'une rémunération purement axée sur les diplômes de départ » (Directeur Général). Des restrictions budgétaires sont appliquées par la Caisse Dépendance depuis la crise financière de 2008. Le SAD enquêté est alors mis devant la question de son équilibre financier face à des recettes variables pour des charges salariales très élevées.

1.2. Déconstruction du secteur et nouvelles segmentations

L'évolution économique et les transformations des « systèmes d'aide à domicile » (Enjolreas : 2005) mises en œuvre en France et plus largement en Europe et en Amérique du Nord, infléchissent la tendance à la qualification des métiers vers une pente contraire de déqualification des activités et des postes. En effet, une nouvelle segmentation du secteur, des activités et des emplois de services à la personne est alors organisée par la cohabitation de plusieurs régimes d'habilitation publique et l'ouverture du secteur à des activités hétérogènes. Afin de structurer ce nouveau secteur des services à la personne et fédérer les multiples opérateurs anciens et nouveaux qui entreprennent dans l'intervention à domicile, l'ANSP crée la catégorie des OASP (Organismes Agréés de Services à la Personne). Le « Baromètre de la qualité et de la professionnalisation des emplois des services à la personne » relève que les services à la personne s'organisent « autour de 11 activités qui déterminent six grandes catégories de salariés : travaux ménagers, assistance aux publics fragiles, garde d'enfants, assistantes maternelles, soutien scolaire, assistance informatique ». Des associations et des entreprises commerciales bénéficient soit, d'un agrément simple délivré par le Préfet du Département pour des activités à domicile de ménage, bricolage, garde d'enfants, transport, informatique, jardinage, etc., soit d'un agrément qualité et/ou de l'autorisation des Conseils Généraux pour l'assistance aux personnes fragiles. Dans le deuxième cas, les SAD sont censés se spécialiser dans les interventions à caractère social et médicosocial auprès de personnes fragiles (entretien de l'environnement, accompagnement, prise en charge corporelle, activités de *care*) parfois proches des activités du secteur paramédical. Pourtant, une étude de l'Observatoire de la branche à domicile montre qu'en 2008, les SAD associatives fédérées développaient un ensemble d'activités de confort listées par le PDSP, mais qu'une part très majoritaire du volume d'activité était consacrée pour 87 % en moyenne à l'aide aux personnes dépendantes, et 28 % aux services de soins (SIAD). Ceci très majoritairement sur le mode prestataire : de 50% à 93 % selon les régions, les SAD lorraines déclarant 79% des heures effectuées en prestataire pour les personnes dépendantes[19]. Dans le paysage de l'aide à domicile où domine l'emploi direct non qualifié, ces associations maintiennent un relatif niveau de stabilité et de qualification des postes car :

- 70 % des emplois sont en CDI à temps partiel, avec modulation du temps de travail sur l'année.
- 54% des employés sont des agents de catégorie A, 14% de catégorie B et 16% de catégorie C.

2002, en France. Par contre, les aides-séniors doivent obligatoirement se qualifier après deux ans d'exercice dans la fonction, en s'inscrivant dans un organisme de formation agréé.

[19] Source : Observatoire de la branche de l'aide à domicile. 2009. *Etude Nationale 2008*. Rapport final.

- la part des AMP et de 0,1%, des TISF de 3%, des responsables de secteur de 2%, le poids des personnels d'encadrement étant moins important dans les grandes structures en terme de ratio sur le nombre d'employés (2009, p.16). Il est à noter que, en matière d'emploi d'AVS, la lorraine ferait un faible score : 10% contre 20% environ dans les autres régions.

Au regard de nos enquêtes, les qualifications en catégorie C, notamment le DEAVS, sont minoritaires, les SAD invoquant des motifs budgétaires de maîtrise de la masse salariale au profit des catégories moins qualifiées rémunérées au niveau du SMIC. Cependant, la diversification des entreprises (associatives ou commerciales) et des formes d'emplois (CDI ou gré à gré), l'inclusion par le PSDP en 2005 du sous-secteur de l'aide à domicile dans le vaste et hétérogène secteur des « services à la personne », la diversification des activités de confort jouxtant les activités de *care*, provoque une porosité des frontières entre les emplois qualifiés et non qualifiés. Cette « désectorisation » (Haddad et du Tertre : 2008) est déclenchée en grande partie par la concurrence des nouveaux segments d'activité et d'emploi et l'augmentation remarquable des emplois de services à domicile (+6,4% en 2006, + 7,6% en 2007, +5% en 2008)[20]. En effet, concernant le sous-secteur proprement dit de l'aide au domicile des personnes fragiles, à partir de sources ACOSS-URSAFF et MSA, l'UNIOPSS relève une faible progression de 2700 emplois en 2009 et une croissance nulle début 2010 et fait le constat d'une destruction des emplois dans certaines régions et de la disparition de 4 % d'associations et de 10 % d'entreprises commerciales[21]. Ces dernières ont cependant été compensées par la création de 427 établissements à but lucratif en 2009, ces entreprises connaissant une progression régulière depuis 2005[22]. Ainsi, en 2009, étaient recensés 6729 établissements, dont 4326 de statut associatif, 2054 de statut commercial (30%) et 349 du secteur. Une « crise » de la création d'emplois semble s'être installée en 2010, du fait de la crise du financement des aides aux personnes dépendantes (Rosso-Debord : 2010) et de régulations territoriales qui instaurent des restrictions tarifaires aux SAD. Un récent rapport de l'IGAS et de l'IGF (Bruant-Bisson, Reboul et Aube-Martin : 2010) dresse un bilan des « questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles ». Dans le cadre de la réforme de la prise en charge de la dépendance discutée au parlement depuis mi-2010, les rapporteurs constatent l'impasse financière dans laquelle se trouve le secteur des SAD du fait de l'explosion des besoins qui dépasseraient les capacités des financeurs publics, l'Etat et les collectivités territoriales, ainsi que des ménages. De plus, le niveau des tarifications au titre de l'APA et de la PCH est inférieur aux coûts horaires de prestation ce qui freine toute élasticité budgétaire pour les SAD qui fonctionnent avec une masse salariale approchant 80% à 90% des budgets. Les propositions des rapporteurs visent, entre autres, la confortation du régime de l'autorisation afin de reconstituer la catégorie des SAD « soumis à des sujétions particulières de service public », en prenant en charge les publics les plus vulnérables, par exemple classés en GIR 1 et GIR 2, et les publics dont « les ressources sont les plus faibles », les tarifs étant fixés par conventions « d'objectifs et de moyens » établies avec les autorités publiques territoriales. Dans cette perspective, le sous-secteur des SAD verrait se réaffirmer le principe de la délégation de service public, alors que

[20] Fait notable, l'emploi prestataire, minoritaire dans l'ensemble des services à la personne, après une progression plus forte que l'emploi direct, aurait progressé moins rapidement en 2008 (+10,1 % en 2006, +13,9% en 2007, +6% en 2008) et les services prestataires, associations et entreprises commerciales, observeraient un fléchissement de créations d'emplois en 2008

[21] Recherches et solidarités. 2010. *L'importance économique de l'emploi de l'aide à domicile. Analyse sur 10 ans et conjoncture au 1er semestre 2010*. Rapport pour l'UNIOPSS et Centre National d'Animation et de Ressources Social, Médicosocial et Santé. Décembre 2010.

le grand secteur des OASP est constitué, depuis 2005, sur le principe d'une libéralisation des activités et des tarifs, bien que fortement encadré par le régime des agréments publics.

Force est de constater que la « désectorisation » en marche au cours des années 1990 et 2000 pourrait trouver les conditions d'une « re-sectorisation » (Haddad et du Tertre : 2008) des activités de services aux personnes dépendantes par la voie d'un encadrement des institutions et des conventionnements sur un secteur d'activités qui pourrait se resserrer sur des catégories de besoins sociaux particuliers. La confirmation d'une telle perspective de restructuration des segments de l'aide à domicile, conforterait la voie de la professionnalisation du sous-secteur et l'emploi de qualifications spécialisées dans la relation d'aide sociale et médicosociale.

1.3. Accès à l'emploi par les voies d'insertion et de transition professionnelle

La qualification des personnels d'intervention n'est pas obligatoirement requise dans le grand secteur des services à la personne, contrairement au secteur de l'intervention sociale et médicosociale (protection de l'enfance, accompagnement personnes handicapées, assistance sociale aux familles, etc.) et au secteur paramédical[23]. Or, dans le sous-secteur de l'aide à domicile auprès de personnes fragilisées, ressortissant pour certaines d'une prise en charge médico-sociale et paramédicale, les règles publiques de recrutement et d'affectation des personnels ont toujours cohabité avec des emplois d'insertion et de transition professionnelle[24]. Traditionnellement, les associations et, depuis 2005, les entreprises commerciales ont ouvert les voies locales d'accès à l'activité par l'adaptation des personnels au contenu du travail concret, par l'élaboration en situation de compétences transférables largement employées dans le cadre d'un rapport salarial contraint par les économies publiques. Les offres d'emplois font appel à des prérequis de savoir-faire domestiques banalisés, censés être acquis par des femmes sans qualification. Cette deuxième condition d'entrée dans l'emploi par la voie du recrutement de personnels non qualifiés par des réseaux locaux et par le Service public de l'emploi participe des régulations d'insertion (Laville : 1994) qui s'intègrent dans les politiques publiques de développement des services à domicile. C'est pour appuyer cette perspective d'insertion de publics demandeurs d'emploi que le Plan des Services à la Personne a modifié les règles de structuration du secteur en incitant fortement les opérateurs et les tarificateurs à développer les emplois destinés à résorber un chômage endémique, en favorisant le développement d'un marché professionnel offrant des emplois de moindre « qualité » (Devetter et alii : 2008). La réorganisation du secteur se fonde aussi sur une rationalisation de la division du travail qui discrimine les statuts d'emploi (CDI, CDD, Contrats aidés, temps partiel) et les voies de l'accès à la qualification professionnelle. Le sous-secteur de l'aide à domicile aux personnes fragiles s'ouvre alors à des emplois de transition pour une main-d'œuvre faiblement rémunérée en quête d'emplois stables et de promotion professionnelle. Dans ce contexte, les employeurs des SAD, et aussi les organismes de formation, sont face à des objectifs contradictoires :

---

[23] Cette relative fermeture de l'accès à l'emploi par la qualification (diplômes d'Etat) est motivée par les caractéristiques des publics à prendre en charge. Les habilitations publiques d'établissements obligent l'ensemble des acteurs du secteur de l'intervention sociale et médicosociale et du secteur sanitaire à respecter les règles des qualifications des personnels affectées à des postes hiérarchisés en fonction de la complexité et la technicité des savoirs à mettre en œuvre.

[24] Si, selon l'observatoire de la branche de l'aide à domicile, 54% des employés sont des agents de catégorie A, 14% de catégorie B et 16% de catégorie C l, le taux de personnes non qualifiées est majoritaire, les emplois qualifiés étant situé à niveau V, donc avec une reconnaissance indiciaire proche du SMIC. Cette forme de structuration de l'emploi favorise l'appel à des demandeurs d'emploi sans qualification.

- d'une part, la représentation largement partagée par les régulateurs publics qui considèrent que l'activité domestique (ménage, entretien du linge, soins d'hygiène) ne nécessite pas d'apprentissages complexes, les amènent à considérer que ces emplois sont accessibles à des demandeurs peu ou pas qualifiés ;

- d'autre part, le modèle de la qualification est privilégié pour ce qui concerne les activités de soins aux personnes très dépendantes et les fonctions d'encadrement. Il se combine avec le modèle de la gestion des emplois par la compétence. Les critères de recrutement des intervenants à domicile, les contrats de travail sont fondés sur les principes de confiance et d'initiative nécessaires aux activités relationnelles, en prenant appui sur leurs dispositions subjectives et sur une technicité de l'intervention dans des environnements complexes en réponse à des besoins à évaluer *in situ.*

2. Régulations et régimes territoriaux d'action : essais de comparaisons

Considérons que la notion de régulation désigne les règles applicables à un ensemble de pratiques organisées sur un territoire, une entreprise, un collectif. L'objet de la régulation est d'harmoniser et coordonner les actions soit, pour réaliser un accord sur des objectifs communs, soit pour réduire les facteurs de désaccords en donnant une direction aux actions. Généralement, les règles mobilisées sont appuyées sur des lois, des réglementations, des référentiels d'évaluation, etc. Elles sont appliquées par un ou des pouvoirs légitimes dans le champ d'application concerné (politique, administratif, organisationnel, professionnel, etc.) par la voie de conventions, de contrats et de contrôle de la réalisation des engagements. Les acteurs concernés par ces régulations (élus, services de L'Etat, dirigeants d'entreprises, experts, professionnels, etc.) sont partie prenante de l'adaptation de ces conventions quand ils discutent et délibèrent sur le contenu des règles et leur modalité d'application.

Considérons aussi que la régulation sectorielle participe de « l'encastrement systémique des différents niveaux de régulation, micro, méso et macro » (Perrat : 2004), et tout secteur d'activité économique peut être appréhendé comme un espace d'accumulation de valeurs et de « compromis institutionnels historiquement construits » (Allaire : 2002). Selon Perrat (2004), les « dynamiques sectorielles » articulent les relations entre le travail concret dans les entreprises qui le mettent en œuvre et les institutions qui régulent le développement de l'activité économique. Ainsi, le secteur très particulier de l'aide à domicile développe des services de proximité destinés, en théorie, à la « cohésion sociale » des territoires et à l'action publique ciblée sur certaines catégories de besoins sociaux. Cependant, il se développe comme un secteur d'activité économique, créateur d'emplois et de richesses[25]. Les res régulations publiques se déclinent non seulement comme une politique sociale mais aussi comme une politique économique et conditionnent les stratégies de développement des Services d'intervention sociale et médicosociale à domicile, quel que soit leur statut juridique (associations, fondations, entreprises commerciales, coopératives). La gestion territorialisée des emplois est fortement déterminée par les restrictions budgétaires au niveau institutionnel, conditionnant le rapport salarial et influençant les formes d'organisation du travail. De même, l'impératif de « qualité » des services, se décline diversement aux différents niveaux de décisions dans leurs emboîtements plus ou moins étanches (institutionnel, organisationnel,

[25] L'observatoire des emplois et des activités dans les services à la personne constate une valeur ajoutée de 15,4 milliards d'euros, en progression de 11,3% en 2008.

situationnel). Il s'agit alors, pour les observateurs, d'étudier les formes de régulations territorialisées engagées par les pouvoirs publics comme des « ajustements institutionnels stratégiques et normatifs » (Palier : 2007) qui configurent « des régimes territoriaux d'action » particuliers (Itçaina : 2007) et qui, au final, influencent les régimes organisationnels des SAD et la structuration des emplois.

2.1. Régulations publiques conventionnées et marchandes

2.1.1. Segmentation des aides et modalités de financement en France

En France, les législateurs ont inscrit les services « d'aide au domicile des personnes dépendantes » dans le secteur « des services à la personne », (Plan de Développement des Services à la Personne, loi du 26 juillet 2005) et/ou dans le secteur de l'intervention sociale (régime de l'autorisation, loi du 2 janvier 2002). Les organisations de Services d'Aide au Domicile de personnes dépendantes sont l'objet de régulations publiques dont un des objectifs est de protéger les bénéficiaires « fragiles ». Le secteur de l'aide à domicile, et plus particulièrement le sous-secteur de l'aide aux personnes dépendantes, est partiellement administré (prescription des plans d'aide, fixation des tarifs, contrôle de la réalisation du service) et partiellement subventionné (allocations aux bénéficiaires et/ou exonérations de charges pour les prestataires), par l'Etat et les collectivités territoriales (Haddad, 2003). .

Plusieurs sous-secteurs ou « créneaux » d'activités sont construits par type de besoin d'aide et source de financement :

1°- Le sous-secteur paramédical concerne les soins à domicile, financés par les caisses de sécurité sociale, appuyés sur les professions paramédicales du secteur libéral et des SSIAD (Services de Soins à Domicile). La démarche de soins infirmiers à domicile est prescrite par un médecin, confiée à un infirmier libéral ou à un SSIAD. Les SSIAD sont autorisés par le Préfet du Département, sur avis du CROSM (Comité Régional d'Orientation Sanitaire et Médicosociale) et financés par une enveloppe globale (alors que les SAD sont financés par les allocations attribuées aux bénéficiaires sur un volume d'heures prescrites par les services du Conseil Général). Ces services sont généralement des petites structures, souvent portées par des associations, qui emploient des personnels paramédicaux (infirmier coordonnateur, aides-soignants, infirmiers salariés ou libéraux, auxiliaires paramédicaux : ergothérapeute, pédicure, etc.) D'autres services spécialisés dans l'intervention au domicile des personnes handicapées (Services d'Accompagnement Médicosocial pour Adultes Handicapés et Services d'Aide à la Vie Sociale) sont placés sous le régime de l'autorisation du Conseil Général (loi 2 janvier 2002) et interviennent sur les mesures décidées par la CDPAH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

2°- Le sous-secteur des services dits « d'aide aux personnes fragiles », encadré par l'agrément qualité et le régime de l'autorisation, sur lequel interviennent des services mandataires et/ou prestataires, l'emploi direct étant possible aussi. Les financements de l'acte sont principalement l'APA ou la PCH dont le montant est partiellement conditionné par les ressources du bénéficiaire, celles-ci pouvant intervenir en complément pour l'emploi d'intervenants à domicile en gré à gré. Les financements mutualistes, assurantiels sont aussi mobilisables dans ces situations. A l'intérieur de ce segment, deux sous-segments relèvent de l'évaluation des besoins liés à la dépendance qui discrimine la perte d'autonomie (niveaux 4 et 3 de la grille AGGIR) et la grande dépendance (niveaux 2 et 1). Ces deux sous-segments de

l'aide aux personnes se juxtaposent dans les SAD agréés et autorisés. Le type d'intervention varie en volume horaire, en contenu des tâches et compétences des intervenants pour des actes proches des actes médicosociaux, voire paramédicaux.[26]

3°- le sous-secteur des services à la personne dits « de confort », encadré par l'agrément simple, sur lequel interviennent des agents par emploi direct (particulier employeur), ou avec l'appui d'un service mandataire ou d'un service prestataire. Les financements de l'acte sont multiples : pour les personnes qui ne présentent pas de fragilité (Personnes âgées, handicapées, petite enfance), les mutuelles, assurances, caisses de retraite contribuent ainsi que les ménages qui, de leur côté bénéficient d'exonérations fiscales sur une partie des charges salariales. Pour les personnes qui présentent une relative fragilité (classées dans la nomenclature des Groupe Iso Ressources à niveau 5 et 6), les mêmes sources de financement sont mobilisées. L'APA n'est plus distribuée aux personnes de ce niveau de faible perte d'autonomie.

2.1.2 Segmentations et régulation publique du secteur en Allemagne

Le regard des configurations étrangères nous démontre l'importance de la culture nationale pour le dessin du cadre institutionnel du secteur de l'aide à domicile. Tout d'abord, les frontières entres segments de prestations paraissent essentielles. En *Allemagne*, il n'existe pas une compréhension du secteur englobant différents types d'intervention sous le concept des « services à la personne ». Le soutien aux personnes fragiles est structuré de manière différente, avec :

- un sous-secteur des soins à domicile qui se concentre sur les activités autour du bien-être corporel des personnes fragiles (principalement les personnes âgées dépendantes) et qui est soumis à un système de régulation spécifique: la caisse assurance-dépendance pour le paiement des bénéficiaires et des prestataires, le Service médical pour l'évaluation des besoins, les prestataires à but lucratif ou non-lucratif pour la prestation des services ; quelques services liés au ménage sont assurés par ces prestataires et sous ce régime.

- un sous-secteur qui prend le relais du « système caisse-dépendance » et qui est sous le contrôle de l'administration sociale des municipalités, finançant (de manière rudimentaire, il faut le dire) quelques aides légères autour des soins proprement dits (information, accompagnement, activités culturelles) et, comme la loi le demande, « l'aide sociale aux soins » (Hilfe zur Pflege), une prestation qui a vocation de couvrir *tous les besoins* d'un ménage fragile (y compris ménagères) et qui pèse beaucoup dans le panier des activités municipales

- un sous-secteur s'occupant des personnes ayant un statut de « personne handicapée lourde » qui peut recevoir des services ménagers à un niveau élevé (selon les besoins constatés) dans le cadre de « l'assistance sociale » (assurée par des travailleurs peu formés, recrutés par des structures associatives au bénéfice de leur clientèle) ; ce sous-secteur est soumis aux

[26] Dans le « Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes », Valérie Rosso-Debord (2010, p.41) indique que l'APA étant « une prestation plafonnée forfaitairement, en fonction du degré de dépendance, elle se révèle bien souvent insuffisante pour financer le soutien à domicile des personnes les plus fragilisées ». L'APA, financée pour partie par l'Etat et abondée par la CNSA, gérée par le département, permet aux personnes âgées de plus de 60 ans de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. L'APA est accordée sur évaluation des niveaux de perte d'autonomie sur la base des critères du Groupe Iso Ressource du niveau 4 à 1. L'APA est accordée sans conditions de ressources sur le principe d'un droit universel pour toutes personne de plus de 60ans, mais le montant est diminué par le calcul d'un ticket modérateur relatif aux revenus du bénéficiaire.

dispositifs nationaux généraux de l'aide aux personnes handicapées (des dispositifs clairement séparés de règlements en vigueur au profit des personnes âgées), sachant que l'implémentation de ces dispositifs est la responsabilité des instances (inter)communales.

Grosso modo, on peut dire qu'au cœur de ce système, on trouve des services paramédicaux (tels qu'ils sont couverts par l'assurance dépendance), tandis qu'on peut faire état, en sa périphérie, d'autres intervenants et institutions impliqués dans le processus de soutien aux personnes fragiles (Karl 2009). Les sous-secteurs ne se recoupent pas de la même manière comme en France, et les régulations sont très différentes d'un sous-secteur à un autre.

Le premier sous-secteur des *soins (majoritairement) corporels* est caractérisé à sa base par les dispositions du onzième chapitre du code social (Sozialgesetzbuch, SGB XI). La loi et le processus d'examen prévoient que doivent ou peuvent être accordés soit des services infirmiers de base ou approfondis (« grundpflegerische » ou « behandlungspflegerische » Leistungen), les soins « approfondis » étant pris en charge par l'assurance maladie. Le reste est pris en charge par l'assurance dépendance, dans la limite des plafonds ce qui fait que toutes les aides nécessaires ne peuvent pas être financées par l'allocation. Plus encore que l'assurance maladie, la caisse-dépendance est financée par des cotisations sociales (partagées plus ou moins entre employeurs et salariés). Cela dit, les plus démunis ont droit aux prestations supplémentaires, financées par les municipalités dans le cadre de « *l'aide sociale aux soins* », à la base des impôts. Il n'y a pas de plafonnement de la couverture dans ces cas, le nombre de services offerts pour un bénéficiaire est laissé à la discrétion de l'administration concernée (et dépend souvent de la situation financière de la municipalité). Nous observons en tout cas de grandes différences entre municipalités en ce qui concerne les allocations qui sont en fin de compte accordées. L'aide sociale, qui est un droit personnel *en fonction des besoins,* concerne moins que 10 pour cents de la population des seniors fragiles. En théorie, elle peut apporter aux bénéficiaires tout l'amalgame des « services à la personne », mais souvent, les services municipaux examinent s'ils disposent des aides informelles dans leur entourage personnel (dans ce cas, ils n'accordent que peu de soutien formel).

Ce qui est frappant est la forte séparation institutionnelle avec les prestations d'aide (et d'assistance) aux personnes souffrant d'un handicap lourd. Alors que les aides à la vie quotidienne (*Alltagshilfen*) sont relativement disponibles pour les *personnes lourdement handicapées,* ils sont peu accessibles aux personnes âgées dépendantes. Pour ce qui de ces personnes handicapées, il existe un offre assez généreuse en « assistance personnelle », un service financé selon les besoins par les affaires sociales de la municipalité (souvent fusionnées par des structures intercommunales). En fait, les possibilités de demander des aides sont assez considérables ici, même si une réglementation explicite et uniforme sous le forme par exemple, d'une loi de services séparée n'existe pas. L'assistance personnelle est généralement offerte sous la forme d'un non-professionnel rémunéré qui ne possède qu'une courte formation et une expérience pratique plus ou moins importante. Les instructions spécifiques des usagers qui agissent en tant qu'employeurs (touchant des allocations directes, voir ci-dessous) auprès des assistants personnels sont tout à fait primordiaux dans cette relation de service. Au centre du travail des assistants se trouve tâches quotidiennes dans les domaines de la gestion financière, des soins personnels et de l'accompagnement ainsi que de l'assistance pour les déplacements (utilisation de fauteuils roulants, ascenseur, etc.), mais parfois également d'un soutien à l'aide médicale (tel que l'utilisation d'un appareil respiratoire). C'est le Code social (*SGB*) IX qui régit le droit aux allocations pour l'obtention d'un assistant personnel. Le Code social comprend comme objectif général la promotion de la participation des usagers à la vie sociale, en parallèle aux droits aux services sociaux, selon la

sévérité des besoins individuels. Le but est que des aides, nommées « allocation d'insertion » (Eingliederungshilfe), soient effectuées de telle manière que les usagers n'aient plus à recourir à d'autres prestations. Pour cette raison, l'éventail des services est relativement large: il inclut l'aide à la réadaptation, une aide de subsistance (*Unterhaltssicherung*), et des services complémentaires pour assurer le plus possible une vie autonome. Plusieurs organismes payeurs sont ici impliqués : Les soins infirmiers sont confiés en priorité aux caisses de l'assurance maladie et non pas aux affaires sociales. Toutefois, en raison du plafonnement des prestations des autres financeurs, une grande partie des coûts sont finalement couverts par les affaires sociales de la municipalité. C'est également le cas pour d'autres prestations, malgré le fait que d'autres organismes payeurs doivent normalement assumer les coûts engendrées : que ce soit les mutuelles d'employeurs (caisses accident, Berufsgenossenschaften) qui paient pour les accidents du travail, des dommages occasionnés par des vaccins ou autres fautes professionnelles médicales, d'autres paiement d'assurances ou même le patrimoine individuel. L'assistance personnelle peut prendre la forme d'une aide en nature provenant des prestataires de services à domicile diverses. Dans de nombreux cas, ce sont des prestataires associés aux associations de défense des droits des personnes handicapées qui offrent ces services, avec très souvent un profil spécialisé. De plus, depuis les années 1990, il existe une option de transfert monétaire, sous forme d'allocation directe. Dans ce cas, la personne handicapée joue le rôle d'employeur auprès de son assistant, elle peut elle-même engager ou congédier l'assistant personnel et s'occupe des questions légales et administratives quant à l'embauche de cet assistant. Depuis le mois de mai 2008, une demande peut être faite pour un soit-disant budget personnel : dans ce cas de figure, les bénéficiaires achètent directement sur le marché tous les services sociaux dont ils ont besoin. Les services fournis sont offerts en tant qu'ensemble de prestations dans le cadre conventions d'objectif entre les bénéficiaires et les organismes payeurs.

D'autres services de soutien classés, au niveau international, par le terme générique de « home help », sont beaucoup moins développés en Allemagne, à la différence de nombreux autres pays. Il est important de noter que le rôle des familles est traditionnellement très important s'il s'agit d'apporter l'aide-ménagère aux personnes âgées fragiles. Comme les allocations dépendances (l'APA allemande) peut être, et en fait est souvent, utilisée comme prestation *monétaire* pour compenser des proches, la majorité des personnes âgées dépendantes sont encore pris en charge par les familles. La caisse dépendance ne paie qu'une part minime des dépenses liées à l'aide-ménagère. Normalement, une personne en besoin des soins corporels aura peu de manœuvre pour choisir des services ménagers inclus dans le panier d'aides prévus dans le régime de l'assurance-dépendance.

Finalement, à la périphérie du système d'aide et de soins à domicile on retrouve également le support pour la démence et des services de soins palliatifs (hospices). Dans les deux domaines, des changements ont été apportés au Code social V et XI, comprenant, entre autres, un financement étatique régulier pour institutionnaliser d'avantage ces soins d'aide. Néanmoins, ces services appartiennent plutôt à l'espace de l'aide informelle et sont souvent basés sur l'intervention d'agents peu qualifiés, moyennant des subventions spontanées. Le plus souvent, il s'agit d'un soutien assuré en dernier recours par des travailleurs précaires, des non-professionnels rémunérés à l'heure ou des bénévoles.

2.1.3 Segments et modes de financements des aides à la dépendance au Luxembourg

Au Grand-Duché du Luxembourg, l'Etat est chargé de décliner la politique de prise en charge

des personnes dépendantes par l'intervention de la Caisse Dépendance qui est une branche de la Caisse Nationale de Santé. L'assurance dépendance a pris place dans la sécurité sociale à côté de l'assurance maladie et fonctionne selon les mêmes principes : chacun paie une cotisation obligatoire et lorsqu'un assuré devient dépendant, il a le droit de bénéficier des prestations de l'assurance. En effet, l'assurance maladie comprend un fond d'Assurance Dépendance qui prend en charge l'aide à domicile sur le segment des personnes âgées en perte d'autonomie[27] et finance aussi les actes infirmiers prescrits par les médecins, au domicile ou en établissement « *financés de la même façon sur cette assurance dépendance, ce qui est unique en Europe* » (Directeur Général du SAD enquêté).Le financement de la caisse dépendance est abondé, pour 60 % des fonds, par la contribution de l'impôt à hauteur de 1,4% des revenus (salaire brut et revenus patrimoniaux). Des taxes viennent abonder les 40% restant « *dont la majorité sont prélevées sur le secteur de la finance* ». Dans un premier sous-secteur paramédical, les « prestations d'aide et soins à la personne » sont fournies à domicile ou en établissement par des équipes professionnelles, médicosociales et paramédicales. Pour avoir l'assurance dépendance, le client doit présenter trois types de besoins : nutrition, hygiène, ou mobilité pour 3h30 par semaine sur une période d'au moins 6 mois. Dans un deuxième sous-secteur, une « prestation en espèce », financée par le Ministère de la famille et exonérée d'impôts, peut être versée quand le bénéficiaire souhaite financer l'aide d'un aidant familial. Ce financement est calculé sur un tarif horaire en fonction des revenus des ménages, dit « tarif social », qui donne accès à des prestations de confort, ou à des accueils de jour, permettant la solvabilisation partielle des bénéficiaires. L'autorité publique instruit la demande et inscrit l'intervention dans un plan de prestations à fournir. Par le biais de l'Assurance Dépendance, l'Etat détermine la nature de l'aide apportée au bénéficiaire.

2.2 Régulations territoriales tutélaires et marchandes subventionnées

Ces situations locales observées en Lorraine, au Luxembourg et en Allemagne sont en grande partie comparables car elles présentent tous les traits d'une «régulation tutélaire» combinée à une «régulation marchande subventionnée »[28].

2.2.1. Régulations tutélaires conventionnées

Le sous-secteur de l'aide au domicile des personnes dépendantes est régi par des régulations tutélaires, principalement dans le cadre du régime de l'autorisation par le Conseil Général, référé aux dispositions du code de l'action sociale, mais aussi, plus indirectement le régime de

[27] L'article 247 du code de la Sécurité Sociale Luxembourgeoise stipule que « L'assurance dépendance prend en charge des prestations en nature, des aides et soins à la personne dépendante fournis partiellement ou totalement dans le cadre de l'aide à domicile ou d'un établissement de soins ainsi que des aides techniques et des adaptations au logement ».

[28] Dans une contribution à l'Année de la Régulation (1999, Vol.3, p213-236), C. Du Tertre définit les mutations des politiques en matière de développement des services de proximité. Dans la période de «défamilialisation» de l'aide sociale, la régulation tutélaire par l'Etat a prévalu durant le régime fordiste d'accumulation par le développement des politiques sociales de solidarité nationale et délégation à des associations conventionnées. L'offre était planifiée et déterminait la demande. Dans les années 1980 des principes de «dérégulation concurrentielle» introduisent des règles de financement des services de proximité par le marché (bénéficiaires solvabilisés par des réductions d'impôts ou sous discrimination de ressources). Une troisième phase de «régulation marchande subventionnée» mobilise les grandes entreprises sur le marché des services de proximité sous l'impulsion de l'orientation européenne de «marchandisation» des services sociaux. La dernière phase (1990-2000) met en place une «régulation conventionnée territorialisée» entre partenaires publics et privés, visant à formaliser des conventions sur les engagements financiers, les types de services, leur localisation et leurs destinataires (Du Tertre, 1999).

l'agrément qualité instaure une tutelle publique, notamment sur la tarification des actes subventionnés. Le secteur de l'aide au domicile des personnes fragiles est caractérisé par une offre de service fournie par des prestataires qui reçoivent des fonds publics, sous l'égide d'un conventionnement et d'une commande de prestations pour un public dont les besoins ont été évalués par des référentiels construits par l'administration publique. Dans ce cas de figure, les organismes prestataires sont directement ou indirectement contrôlés par le bailleur de fonds et/ou les instances publiques sur :

- le contenu et la qualité des prestations,
- la réalisation des objectifs,
- l'usage des fonds au bénéfice des usagers et de la satisfaction de besoins sociaux,
- la gestion des moyens, notamment des emplois et des catégories professionnelles (qualifications, technicité, encadrement, gestion des compétences),
- le rapport salarial (coût du travail et de la protection sociale, grilles de classification et grilles indiciaires).

En France, concernant l'assistance au domicile des personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées, le principal prescripteur-tarificateur est le Conseil Général, échelon départemental, compétent en matière d'action sociale et médicosociale. Ainsi, les associations et entreprises agréées sont placées sous la tutelle partielle des collectivités territoriales mais aussi, pour certaines catégories de besoins, des caisses de retraite et de l'assurance maladie. Un régime de conventions très réglementé (Autorisation du Président du Conseil Général, Agrément qualité délivré par le Préfet du département sur avis du Président du Conseil Général) engage les parties prenantes dans des objectifs et des moyens précis qui définissent les publics et les conditions des interventions. Sur le département étudié, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), anciennement dans le département étudié, des Permanences d'Accueil et d'Information sociale (PAIS), positionnées sur cinq territoires, dont le territoire de Longwy et de Nancy Couronne. Ils ont pour mission de coordonner l'action gérontologique locale en partenariat avec les Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées et les « réseaux de santé personnes âgées » qui, dans le cadre du Schéma Régional de Santé (SROS) constituent des filières gériatriques de proximité. De plus, les régulateurs publics territoriaux fixent les tarifs horaires d'intervention à domicile et incitent les SAD à internaliser des règles de gestion des emplois et de la qualité des actes prestés à domicile et, aussi, de limiter le coût des services. Dans ce cadre, les SAD se trouvent face à une injonction contradictoire :

- d'une part, ils sont incités à développer des prestations de qualité professionnelle (Charte signée par les associations et le Conseil Général), à mettre en œuvre l'évaluation interne et externe sur recommandations de l'ANESM, ainsi que des procédures de certification de la qualité et de qualification du personnel ;
- d'autre part, la pression sur les coûts de fonctionnement les oblige à limiter le recrutement de personnels qualifiés tout en respectant, autant que faire se peut, le tarif horaire de la prestation adossé au montant des allocations versées aux bénéficiaires.

Ces situations sont en grande partie comparables car elles présentent tous les traits d'une «régulation tutélaire» combinée à une «régulation marchande subventionnée ».

La solvabilisation partielle de la demande par l'APA, la PCH ou le Tiers payant mis en place par les Caisses de retraites et des mutuelles, incite les SAD de statut associatif ou commercial, à développer d'autres niches d'activités pour une « clientèle » solvable (services de confort,

téléalarme, portage de repas, etc.) et à diversifier des activités créatrices de valeur sur des aires territoriales de proximité. Ainsi, dans les systèmes contemporains d'aide à domicile institués sur le modèle du marché, les prescripteurs publics chargés d'organiser l'aide à domicile sur les communes, les départements ou les provinces, ont gardé le contrôle de tout ou partie des activités prestataires portées par des associations ou des fondations, ainsi que par des entreprises à but lucratif. Ces contrôles se déclinent dès l'amont par les conventionnements et agréments publics, jusqu'à l'aval des comptes rendus budgétaires et des évaluations de la qualité des actes. Les traits caractéristiques des régulations territoriales sont[29]:

1°- La mutualisation des fonds destinés à financer la construction de l'offre et de la demande de services : par exemple, en France, les SAD sont éligibles à des exonérations de charges salariales et fiscales (en baisse en 2010) et le système de la solvabilisation des bénéficiaires est doublé d'un accès à d'autres formes financements (Caisses de retraites, assurances privées) offrant une palette coordonnée au niveau local et départemental de financements croisés de la demande.

2°- Des règles d'évaluation de la demande et de construction des besoins et l'apport de garanties de protection contre les risques mises en œuvre par les collectivités territoriales:

- par l'action de proximité des conseillers gérontologiques (département français), agents de la cellule d'évaluation et d'orientation (Luxembourg), agents du service médical de l'assurance maladie (Allemagne) qui évaluent au domicile des personnes les facteurs de dépendance, les risques du maintien à domicile et conseillent le type de service adapté.
- par le système des agréments délivrés par les pouvoirs publics au vu de garanties de professionnalité et de respect de procédures de réalisation du service fixée par des référentiels publics ;

3°- des actions de soutien à la professionnalisation des organismes par la qualification de leurs agents, et la formation des compétences en interne via le financement de la formation continue : en Lorraine, par exemple, le Conseil Régional, le Service Public de l'Emploi et le Conseil Général croisent leurs interventions pour favoriser la montée en qualification du secteur des services à la personne et plus particulièrement du sous-secteur de l'aide au domicile des personnes dépendantes ;

4°- l'identification et la promotion des utilités ou « externalités positives » produites par les services à domicile sur les territoires, non seulement en matière de créations d'emploi et d'accumulation de valeurs économiques dans le cadre de l'application d'une politique sociale, mais surtout en matière de « cohésion sociale » et d'intégration des populations résidentes dans un dispositif public territorial de proximité qui contribue à mailler le territoire par des solidarités multiples.

En France, au Luxembourg et en Allemagne, les systèmes d'aide à domicile présentent les traits de la régulation tutélaire-conventionnée car ils sont encadrés par des pouvoirs publics, dans le cadre d'un régime de conventions, et financés en quasi-totalité par des fonds publics concernant les segments régis en France par les SSIAD, l'APA et la PCH (Caisse

[29] Les services de proximité relèvent de la « capacité d'intervention des collectivités territoriales à partir d'un cadre de références qui doit prendre forme au niveau national » concernant « les modes de mutualisation des fonds contribuant à solvabiliser la demande, les processus d'expression et de formalisation de la demande, les procédures d'évaluation et de professionnalisation de l'offre, la régulation des temps sociaux » (du Tertre : 1999, p.233), .

d'assurance Maladie, Conseils Généraux et fonds déconcentrés de l'Etat), et au Luxembourg et en Allemagne par les allocations apportées par la prestation dépendance (Caisse Dépendance de l'Assurance Maladie). La régulation des dispositifs est en amont, appliquée par les Conseils Généraux, ou le Ministère de la Santé luxembourgeois, ou en, Allemagne, par l'Assurance maladie et les municipalités. Sur les territoires, en proximité des bénéficiaires, des agents publics (CLIC ou Cellules d'évaluation et d'orientation) soutiennent la demande des bénéficiaires et évaluent l'offre des prestataires.

La tutelle dans les systèmes allemands

En *Allemagne*, le fait qu'existe un système d'allocations quasi-publiques (Caisse Dépendance de l'Assurance Maladie), fait en sorte que la logique de tutelle joue un rôle non négligeable. L'accès aux allocations ou services se fait par une évaluation d'une instance publique (le Service médical établissant un panier d'aide) tandis que la loi prescrit une négociation entre caisses et fédérations de prestataires sur les tarifs. Les principales conditions de service sont négociées dans le cadre d'un contrat régional au niveau des « Länder », des divisions territoriales les plus importantes en Allemagne. Ces contrats-cadres (Landesrahmenverträge) entre les caisses d'assurance dépendance et les associations de prestataires fixent, entre autres, le panier de soins remboursable, très souvent sur la base d'unités de temps. En outre, les dispositions du Code social mentionnées précédemment contiennent de nombreuses dispositions pour les prestataires et surtout concernant les normes de qualité à respecter, accompagnés d'un régime de contrôle assuré, lui aussi, par le Service médical (visites annuelles les structures, évaluation standardisée sur place). Cette régulation tutélaire concerne uniquement le segment « paramédical « (soins essentiellement corporels). Elle est aussi présente pour les autres sous-secteurs : Concernant « l'aide sociale aux soins », il y a une évaluation supplémentaire assurées par les municipalités (mais non pas un contrôle de qualité standardisé). Pour les services en faveur des personnes lourdement handicapées, des mécanismes similaires s'appliquent. Mais il est important de noter que l'intervention tutélaire se limite, dans tous les sous-secteurs, à l'instruction des paniers de services et au contrôle de la prestation. Le reste est cédé aux lois du marché (v. ci-dessous).

Régulations tutélaires et conventionnées au Grand-Duché du Luxembourg

Au Grand-Duché du Luxembourg, des « conventions cadres » sont conclues entre l'assurance dépendance et les organismes prestataires d'aide et de soin, qui s'engagent par un contrat d'aide et de soins à fournir des actes pour une catégorie de besoins sur une zone géographique délimitée, ceci pour des « périodes indéterminées ». La convention cadre peut mais être dénoncée par les parties signataires. Concernant les compétences territoriales en matière d'action sociale, « l'Etat, la commune ou l'office social qui ont secouru un indigent » pendant la période au cours de laquelle il touchait la prestation dépendance, pourront se faire rembourser par la une zone géographique délimitée, ceci pour des « périodes indéterminées. En 2010, le tarif de l'heure d'intervention médicosociale à domicile en mode prestataire, au titre de la prestation dépendance, était fixé à 58 euros laquelle il touchait la prestation dépendance, pourront se faire rembourser par la caisse dépendance.

2.2.2 Régulations marchandes subventionnées et « quasi-marché »

Cependant, les systèmes d'aide à domicile contemporains, se développent depuis les années 1990 sur le modèle « marchand » soutenu par des subventions publiques[30]. Concernant les services aux personnes âgées et handicapées, les traits d'une régulation par le « marché » sont plus particuliers aux segments de prestations de confort, en direction de populations âgées dites « non fragilisées » du fait de l'introduction, par exemple, en France du CESU et des exonérations d'impôts. En France et en Allemagne, mais aussi au Luxembourg, les subventions publiques ont glissé vers le principe de la subvention directe aux ménages, pour

[30] I. Bode, constate une « marchandisation protéiforme » qui s'est développée en Europe et sur le continent Nord-américain, analysable à partir d'une typologie des facteurs de la marchandisation : paiement privé des services, financement par l'assurance privée, intervention des prestataires à but lucratif, concurrence entre prestataires, allocation directe, développement d'un marché de « petits boulots » domestiques (2007, p.213).

qu'ils puissent, théoriquement, choisir, payer et accéder à une offre plus diversifiée, adaptée à leurs besoins spécifiques, en plus grande proximité de leur lieu de résidence. Mobilité, flexibilité, réduction des coûts, sont les principaux attendus de ces réformes qui transforment le régime tutélaire jugé trop bureaucratique et trop coûteux face à l'augmentation de la demande du au vieillissement des populations en Europe[31].

Dans les trois pays, le recours à l'assurance privée ou à l'assurance parapublique est encouragé pour couvrir les besoins domestiques de base, qui ne requièrent pas de soins médicosociaux et paramédicaux (ménage, interventions corporelles de confort) ce qui stratifie les capacités des ménages à se faire aider en fonction de leurs revenus et des cotisations payées à des assurances et des caisses de retraites.

La régulation marchande subventionnée en Allemagne

En *Allemagne*, comme on l'a pu noter, le panier des soins (y compris quelques tâches ménagères) ainsi que le contrôle des prestataires sont fortement encadrés par la tutelle publique (compartimentée). Mais le choix de l'arrangement du « care » est laissé au gré des bénéficiaires et/ou de leur famille. Ainsi, sur la base de l'‘évaluation et la liste de besoins, corporels ou autres établie, le bénéficiaire décidera s'il souhait des l'allocation monétaire ou des services professionnels, et quand ce sera la dernière option, il négociera avec un prestataire de son choix un panier de services individualisé. En effet, un élément central de la régulation du système de la dépendance allemand est que les organismes à non lucratif et les prestataires à but lucratif soient ouvertement en concurrence pour offrir leurs services aux personnes dépendantes et leurs proches. Cette compétition se réalise sur la base d'une offre de modules de services réglementés de manière uniforme pour le secteur en entier, ainsi que sur la base de paniers de soins prédéterminés. Toutefois, puisque qu'il existe une forte pression au rendement et que les employeurs peuvent jouer sur leur masse salariale, les services offerts sont dans les faits toujours négociables. En même temps, les incitations générées par la gouvernance marchande motivent les prestataires à offrir leurs services strictement en fonction de ces catalogues de services et des horaires prévus ; les services effectuées, qui sont, au mieux, en accord avec le contrat, mais dans certains cas, inférieurs au contrat.

Ainsi, de plus en plus, l'accès aux soins et son déroulement sont laissés au libre jeu de la concurrence, donc laissés à des pouvoirs non coordonnés. Les prestataires (associatifs), traditionnellement tournés vers une organisation holistique du soutien aux personnes dépendantes tendent a organiser leurs services à domicile de manière de plus en plus autonomes comme ils sont soumis à une gestion économique caractéristique comme toute entreprise ordinaire. Cela est vrai quelle que soit l'effort réalisé pour des services périphériques comme l'accompagnement bénévole soient liés au régime d'aide professionnalisé. L'unité familale représente le dernier, mais (empiriquement) le plus essentiel des maillons de la chaîne d'approvisionnement, étant donné que celle-ci assure la coordination des aides et peut être impliqué elle-même dans la prestation de soins. Les prestataires à but lucratifs se sont plus clairement orientés vers la concurrence. Il s'agit souvent des professionnels individuels (infirmiers, le plus souvent) qui crée leur propre entreprise et gagne leur vie par « faire du chiffre ».

Compte tenu de la configuration des prestations offertes, les frontières notamment entre le système de qualification des divers domaines professionnels sont de plus en plus floue. Ainsi, des prestations de soins quasi-infirmiers (par exemple l'administration et le contrôle des médicaments) sont de plus en plus « éliminés des soins spéciaux et ajoutés à l'aide générale à la personne » (Voges 2002: 170). Ils entrent donc dans le panier de soins dans le cadre de l'assurance-dépendance. L'aide de vie inspirée de la gérontologie sociale ou axée sur la vie quotidienne sont à leur tour en grande partie déléguée à d'autres acteurs et logiques de régulation: l'aide municipale aux personnes âgées en milieu urbain, des organismes à but non lucratif et les services marchands d'accompagnement ou d'aide domestique. Il est important à noter ici que beaucoup de personnes ont recours au marché gris pour le travail ménager. Il est vrai qu'existe un contrat de travail particulier (400€-Job) qui ne

[31] La Directive européenne relative « aux services dans le marché intérieur » (novembre 2006) considère que les Services sociaux (SSIG) et certains services économiques (SIEG) sont exclus de la directive de libéralisation et libre circulation sur une exigence de la France intervenue pour éviter le démantèlement du secteur social européen. Cependant, la commission européenne a considéré, à l'appui du traité de Lisbonne que « les services exclus du champ d'application de la directive continueront de relever des règles et principes » de « concurrence libre et non faussée » respectant la « marge de manœuvre des Etats et collectivités » dans la fourniture des services d'une manière qui réponde autant que possible aux besoins des utilisateurs, sur critères de « qualité, sécurité, accessibilité, droits des utilisateurs » (JO le 19/05/2009, p.4837).

requiert que peu de prélèvements en cotisations sociales et impôt. Mais il est une pratique très courante d'employer des « femmes de ménage » au noir, y compris parmi les (familles des) personnes dépendantes. A ce niveau également, c'est le marché qui règne.

En France, les entreprises à but lucratif sont en progression par l'effet de l'application des dispositions du Plan de développement des Services à la Personne. Dans le sous-secteur de l'aide aux personnes dépendantes, ces entreprises atteignent, en 2008 selon l'observatoire de l'ANSP, 50 % environ des SAD bénéficiant des agréments qualité. Cependant, la mise en concurrence de prestataires, particularité du système d'aide à domicile des Etats-Unis (Bode : 2007) n'est pas développée sous la forme d'appels d'offre auquel devraient soumissionner les SAD dans les régimes français et allemand de l'aide à domicile. Par contre, le processus de passage du régime tutélaire vers un régime marchand subventionné a des effets sur la structuration de l'emploi car, pour minorer les coûts des services, le rapport salarial se transforme dans le sens d'une baisse tendancielle des rémunérations et aussi des niveaux de qualifications professionnelles. Auparavant, la subvention publique soutenait l'offre de service fournie par des associations et des centres communaux, actuellement, les régulations publiques ont inversé l'objet de leurs interventions au profit de la demande. Ce processus s'applique aussi aux segments des aides au domicile des personnes les plus fragiles (médicosocial et paramédical). Cette réorientation de l'offre publique place les SAD prestataires, sous l'égide de règles quasi-commerciales. Ce qui les amènent à réorganiser le service en fonction des attentes et besoins individuels des personnes aidées, dont le statut est, en théorie, celui d'acheteurs de services.

Dans ces conditions, les systèmes d'aide à domicile sont analysables comme des « quasi-marchés » (Bode : 2007) destinés à pallier les restrictions budgétaires de la protection sociale : la système de prestations est reconstruit en s'appuyant sur la fonction du marché comme régulateur du financement des services et de leur rapprochement de la demande locale (Eme et Laville : 1987, Bode : 2005). Bien que soutenues par des fonds publics et des incitations politiques à la création d'emplois, ces activités évoluent progressivement vers la diversification des prestataires privés et publics inscrits dans des formes de concurrence. Les SAD qui développent ces activités sont incités à s'autofinancer par des prestations facturées aux allocataires.

Cette tendance au développement d'un « marché providence », destiné à pallier les faiblesses de « l'Etat Providence » s'observe en Europe et aux Etats-Unis dans le cadre des systèmes d'aide à domicile quand les usagers assument partiellement les coûts des services (Enjolreas : 2005, Bode : 2007, Laville : 1999, 2001). En effet, le principe de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et de la Prestation Compensatoire du Handicap, de la Prestation Dépendance, de l'allocation pour services non paramédicaux au Luxembourg et du « Panier de soins » en Allemagne : créé les conditions de l'achat individualisé de services à domicile. Ceci implique que les « clients » soient équitablement solvabilisés et suffisamment informés sur les différents types de services proposés par des organismes mis en concurrence (du Tertre : 1999). Or, cet objectif théorique suppose que le marché des services à domicile soit transparent, que la publicité des enseignes et des SAD associatives et commerciales soit équivalente, que l'information donnée par les agents publics de proximité soit objective et complète. Et pour ce qui concerne les populations « fragiles », se pose la question récurrente de leur capacité à arbitrer de manière rationnelle entre les offres de multiples prestataires, face à la complexité des agréments et des modes de financement. Ensuite, se pose le problème de l'évaluation de la qualité technique, relationnelle et professionnelle de l'intervention qui se situe, dans de plus en plus de cas, sur un segment proche du paramédical ou de l'hospitalisation de jour.

Le système quasi-marchand des services de gré à gré, des services mandataires prestataires trouve là ses limites en termes de protection sociale et médicosociale. C'est pourquoi, en France, le maintien des régulations publiques conventionnées sont recommandées par les observateurs, notamment par les rapporteurs de l'IGAS et de l'IGF (Roussille et Alii : 2009 ; Bruant-Bission et alii : 2010).

2.3 Régimes territoriaux d'action

La notion de régime est utilisée ici pour décrire les fonctions remplies par une autorité qui fixe les règles de la décision, du contrôle et du débat sur les questions posées à une communauté, une organisation, un territoire, une nation[32]. Un régime est fondé sur des lois et des réglementations qui donnent la direction, orientent les actions. Au centre du régime, s'incarne un gouvernement habilité et légitime (pouvoirs publics mandatés par élections démocratiques) garant de l'application des lois définies dans les assemblées qui s'appuient sur des compromis locaux entre acteurs économiques, institutionnels géographiquement proches en vue de la résolution des problèmes de développement (Gilly, Dupuy, Lung, 2007**). C**es systèmes de décision produisent des régulations à partir de cadres législatifs (européens, nationaux, départementaux et locaux) et des jeux d'acteurs aux différentes échelles de décision (territoriale, institutionnelle, organisationnelle). Le concept de « régime territorial » est destiné à expliquer les conditions du « développement territorial » et « d'un système d'action qui associe étroitement sur un territoire donné, des représentants de l'ensemble des sphères d'activité directement impliquées : économique, politique, éducative… » (Itçaina et Palard : 2007, p.12). Pour notre part, nous considérerons qu'un régime territorial est constitutif des formes d'autorité qui président à la décision, aux processus de délibération, de participation à la définition des objectifs, aux modalités d'application des cadres de l'action publique et privée. Cet ensemble de procédés s'appliquent à des territoires particuliers et à des « sociétés locales » différemment structurées par des formes de rapports de pouvoirs.

Dans le cas du développement des services aux personnes à domicile sur l'agglomération de Nancy et sur le bassin de Longwy, les régulations publiques sont déterminées par la structure des financements et par les contrôles croisés de plusieurs centres de décision (DRJSCS, DIRECCT, Service Public de l'emploi, Conseil Général dont responsables territoriaux et CLIC, Communes, CRAM, caisses de retraites, fédérations associatives, grandes enseignes, CA des entreprises associatives, etc.). Des contractualisations formelles et des accords informels relient ces acteurs constituant ainsi un régime territorial d'action spécifique au département et territoires d'implantation des services de proximité. Des réseaux actifs s'organisent aux différentes échelles de décision afin de mobiliser les informations pertinentes et d'influer sur les décisions. Sur les espaces locaux d'intervention, les prestataires à but non lucratif et lucratif sont théoriquement mis en concurrence par les bénéficiaires mais aussi par l'attribution d'agréments ou d'autorisations publiques sur critères de qualité des prestations. Mais des réglages sont discutés pour réduire les effets délétères de la concurrence.

Parmi les principales préoccupations évoquées par ces acteurs territoriaux, trois principaux problèmes sont l'objet de discussions et de transactions dont l'issue aura des incidences directes ou indirectes sur la structuration des emplois :

1er problème : l'évaluation des besoins individuels des demandeurs par des agents de la fonction publique qui construisent les besoins et orientent vers l'offre de services.

[32] Le verbe latin « Rego » signifie « diriger, guider, mener » et « gouverner, régler », notamment « gouverner les cités » (Gaffiot F.1934. Dictionnaire illustré Latin Français, p.1334).

2ème problème : la tarification par des agences publiques des actes par segment d'activité

3ème problème : l'articulation des offres et demandes d'emploi.

Nous présentons ici, quelques-uns des éléments du régime d'action territorial départemental qui structure fortement la gestion économique des SAD, l'organisation de leurs activités, et la structuration des emplois.

Le premier problème ressort des procédures d'évaluation des besoins, confiées depuis 2006 à des agences publiques ou conventionnées. Les SAD n'ont plus la possibilité de prescrire directement à leurs bénéficiaires le contenu des aides qu'ils fourniraient. L'évaluation et la prescription du plan d'aide sont réalisées par les conseillères gérontologiques du PAIS-CLIC, à partir de la grille AGIR et sur des principes médico-sociaux (les conseillères sont généralement assistantes sociales). Ce dispositif prévoit une évaluation neutre et objective des besoins au plus près des critères du déclenchement des aides publiques. Ensuite, la procédure prévoit d'informer l'usager sur l'ensemble des prestataires du bassin de vie susceptibles de prester des services à la personne en perte d'autonomie. Mais, de fait, les SAD les plus connus de la population et implantés depuis plusieurs années sur le territoire, reçoivent la majorité des demandes de la part des bénéficiaires de l'APA et la PCH. Le département compte 9994 bénéficiaires de l'APA en 2008 et 9453 en 2010 qui se répartissent à 95% sur les 14 SAD associatifs inscrits sous le régime de l'autorisation du Conseil Général. La PCH était en 2010 attribuée à 1950 personnes qui se sont adressées aux associations autorisées pour 90% des demandes de prise en charge. Les 5% et 10% de demandes restantes s'orientent sur les 25 SAD bénéficiant de l'agrément qualité. En conséquence, le « marché » est fortement structuré par la cartographie d'implantation et de réputation des SAD, elle-même structurée par des décennies de développement des services de proximité en relation conventionnelle avec un Conseil Général très engagé dans la politique gérontologique territorialisée. Ce régime territorial induit des revendications de reconnaissance de la part des SAD nouvellement installés qui engage des discussions avec les agents en charge de la politique gérontologique et les élus, afin de pouvoir bénéficier du même « capital de confiance ».

Le deuxième problème évoqué de manière récurrente par l'ensemble des acteurs rencontrés au cours des enquêtes concerne la tarification des actes au titre de l'APA et de la PCH. La tendance est à la baisse des financements des actes conventionnés. Par exemple, depuis janvier 2005, la CRAM de Lorraine ne finance plus les personnes nées à partir de 1929 quand elles sont situées aux niveaux 6a et 6b de la grille GIR (pas ou peu de dépendance). Par exemple, le Conseil Général pratiquait un alignement des coûts horaires pour l'ensemble des SAD du territoire (16,62 euros en 2006, 17,65 en 2009). Mais, selon nos différents entretiens, en 2010, les tarifs sont ajustés au type de prestation et aux coûts fonctionnement des services autorisés, allant de 18,64 à 20,48 euros/heure d'APA et de 18,16 à 20,66 euros/heure PCH. Le tarif pratiqué pour les SAD agréés est de 18,35euros en 2010 Euros en 2010. Dans tous les cas, ces tarifs restent inférieurs aux coûts réels des services[33]. C'est pourquoi, dans le département étudié, les services instructeurs et tarificateurs ont admis la modularité de la tarification à l'acte au regard des comptes de résultats. En effet, certains SAD associatifs dont

[33] En effet, le rapport de l'IGAS-IGF d'octobre 2010 constate que la tarification nationale moyenne de 13 à 26 euros/heure « ne couvre pas le coût de revient des services » alors que la part des coûts de personnel constitue 80 à 90 % des charges des SAD

l'économie dépend à 90 % des fonds publics, ont rencontré des difficultés majeures. C'est pourquoi les services du Conseil Général étudient les modalités d'ajustement des ressources aux charges, afin de soutenir le secteur associatif en difficulté du fait de la sous-tarification des heures de prestation et pour limiter la répercussion du manque à gagner sur les bénéficiaires. La logique du service public est ainsi mise en débat et en équilibre avec la logique de l'initiative privée sur un quasi-marché. Ce point est l'objet de discussions dans le milieu des SAD, car les entreprises commerciales et les associations bénéficiant de l'agrément qualité, rencontrent aussi des problèmes d'équilibre budgétaire, au moins sur le poste des aides aux personnes fragiles financé par l'APA et la PCH par versement direct au bénéficiaire, quand les SAD autorisés sont conventionnellement abondés directement. C'est pourquoi, les autres SAD, pour des facilités de trésorerie, revendiquent le même système de « tiers payant », qui prendrait en charge par le tarificateur la part d'allocation publique non financée par le bénéficiaire, restant de leur responsabilité de fixer le prix et de facturer le différentiel au bénéficiaire.

Au Luxembourg, le problème de tarification et les négociations territoriales sont similaires même si la prestation dépendance couvre mieux les frais de fonctionnement des SAD à 58 euros de l'heure prestée. Les employeurs préconisent de contenir les salaires des intervenants (en 2010, compris dans une fourchette de 2000 à 4000 euros mensuels) alors que les syndicats négocient avec l'Etat dans le cadre d'une refonte de la convention collective du secteur en vue d'une revalorisation des rémunérations de l'aide à domicile accrochée au « contrat collectif » des établissements hospitaliers. La pression tarifaire sur le montant et le volume des actes a conduit les dirigeants du SAD enquêté à divisionnaliser l'activité en créant une filiale sur laquelle ont été externalisées les activités de ménage afin de recentrer le SAD sur les soins paramédicaux et le care.

Le troisième problème concerne la relation offres et demandes d'emploi et la gestion prévisionnelle des emplois de l'aide à domicile sur le territoire. Les services déconcentrés de l'Etat et les délégués territoriaux de l'ANSP ont mis en place une Plateforme de Développement des Services à la Personne, suite à la mise en place d'un EDEC Services à la Personne, afin de soutenir le développement des SAD et des emplois. L'observatoire de cette plateforme constate localement, les même processus de « tassement » de la montée en qualification, alors que les activités et les créations d'entreprises progressent. La difficulté pour les SAD d'équilibrer les exercices comptables était déjà constatée en 2008. La plateforme anime des projets de rencontre avec les tarificateurs-prescripteurs d'aides à domicile et les donneurs d'ordre en matière de formation et des actions « d'appui à la modernisation des structures, aux démarches qualité, aux actions de professionnalisation.

Ce dispositif a enrôlé les grandes SAD très engagées dans la modernisation du secteur et qui ont mis en place une Gestion Prévisionnelle des emplois (GPEC). Par contre, parmi les SAD enquêtées, les petites SAD visées par le projet, ont inégalement participé à ces projets, du fait d'un taux faible taux d'encadrement et de la difficulté à libérer les dirigeants et cadres pour ces concertations.

Une autre expérience s'est développée entre 2008 et 2011, sur le nord du département frontalier avec le Luxembourg et la Belgique, dans le cadre d'un programme INTEREG IV-A. Les axes de ce programme sont :

- « observation et analyse du secteur de l'aide à domicile sur l'espace transfrontalier,

- Proposer localement une réponse adaptée en termes de formation et de professionnalisation, par exemple par la mise en place d'une formation d'Assistante de Vie à Longwy, comportant un module de langue luxembourgeoise pour favoriser la mobilité transfrontalière,
- Concrétiser la coopération et l'échange d'expériences entre les acteurs, par la mise en commun des informations et la création d'un réseau d'acteurs ».

Des formations actions de formation ont été mises en place, basées sur l'échange d'expériences et de compétences entre aides à domicile des trois pays transfrontaliers.

Une association pour le développement des emplois familiaux a été créée en 1997 pour porter porteuse une plateforme de services mutualisés par et pour les associations d'aide à domicile du bassin de Longwy : son objet est le traitement des offres d'emploi, le conseil et le développement des services de proximité par étude des besoins des familles, informations, orientations des demandes de services.

Ainsi, sur les zones les plus touchées par la destruction des emplois industriel, ont été élaborés des régimes territoriaux d'action qui mobilisent tous types d'acteurs, dont les professionnels de l'aide à domicile et les agents des services publics afin d'élaborer des systèmes d'échanges d'informations et des « compromis de coexistence » destinés à limiter les effets délétères de la concurrence économique[34] et à favoriser le déploiement de bénéfices collectifs en terme de promotion des territoires et des emplois.

[34] Les acteurs en interrelation sur un espace d'action collective sont des « régulateurs mixtes », formels et informels qui allient les connaissances personnelles et des jeux impersonnels (Remy, 1994 : p. 294). Ainsi, les réseaux d'interconnaissance informels, stratifiés sur le territoire, contribuent à la délimitation d'une « aire commune d'intervention » et « entrent en tension avec les instances qui promeuvent un espace interchangeable régi par des règles uniformes », (Remy, 1994 : p. 296).

CHAPITRE II

FORMES D'ORGANISATION ET CONFICURATIONS PRODUCTIVES

Par Frédérique Streicher et Ingo Bode avec la collaboration de Aby Kane

1. Statuts des organisations enquêtées et régimes conventionnels

En Meurthe et Moselle, les Services d'aide au domicile des personnes fragiles depuis 2005, sont en progression numérique[35] avec une diversification des statuts, incitée par le Plan de Développement des Services à la Personne et par les actions de l'ANSP, de la CNSA ainsi que par la mobilisation des services déconcentrés de l'Etat en vue de la structuration du secteur et de la professionnalisation des SAD.

Le Conseil Général comptabilise sur le département, parmi 36 SAD spécialisées auprès des Personnes âgées et handicapées en activité en 2009 :

- 5 SAD de statut associatif bénéficiant de l'agrément qualité (13%) ;
- 18 SAD de statut commercial bénéficiant l'agrément qualité (47%) ;
- 13 SAD de statut associatif et 2 CCAS bénéficiant de l'autorisation (39%) ;

La dynamique du secteur de l'aide à domicile aux personnes fragiles en Meurthe et Moselle est marquée par la segmentation des statuts d'entreprise, les associations étant en presque totalité sous le régime de l'autorisation, les entreprises commerciales en totalité sous le régime de l'agrément qualité. Le régime de l'autorisation du Président du Conseil Général[36] leur confère des obligations particulières en matière de protection des publics fragiles et d'évaluations budgétaires conjointes avec le Conseil Général. Les autres SAD bénéficiant de l'agrément qualité, délivré par le Préfet du département, sont pour leur très grande majorité de statut commercial. Entre 2009 et 2010, deux SAD à but lucratif ont disparu, notamment une SARL de l'échantillon (l'agence d'une entreprise franchisée basée sur Longwy) et deux SAD commerciales ont été créées.

Parmi les 36 SAD référencés, ont été enquêtés par le département de recherche de l'IRTS de Lorraine, onze organismes prestataires et mandataires de Meurthe et Moselle, localisés sur les agglomérations de Longwy et de Nancy, ainsi qu'une fondation portant des services à domicile sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

En Allemagne, trois SAD ont été enquêtés par l'équipe de L'Université de Kassel, en vue de recueillir des éléments comparatifs des formes de régulations et d'organisation des services

[35] En Meurthe et Moselle, en 2010, 173 SAD bénéficiaient de l'agrément simple, en progression de 78% depuis 2006 et 65 SAD bénéficiaient de l'agrément qualité en progression de 30% depuis 2006. Ces agréments qualité portent sur tous publics fragiles et incluent les SAD spécialisées auprès des personnes âgées et handicapées au titre de l'APA et de la PCH.

[36] L'autorisation du Conseil Général est délivrée si le projet répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale. L'autorisation peut être refusée au motif de qualité et aussi de régulation de l'offre. L'agrément qualité délivré par le préfet du département s'appuie sur des normes qui prévoient un bilan annuel quantitatif et qualitatif (Raymond, Roussille, Strohl, 2009).

d'aide à domicile Statut des SAD. L'échantillon lorrain est composé de cinq SAD bénéficiant de l'autorisation du Président du Conseil Général, et de six SAD bénéficiant de l'agrément qualité du Préfet du département. A cela s'ajoutent le SAD du Luxembourg, qui a le statut d'une fondation[37].

Agglomération de Nancy						**Bassin de Longwy et Luxembourg**					
Associations prestataires-mandataires autorisation Conseil Général			Entreprises franchisées mutuelle Agrément qualité			Associations prestataires-mandataires autorisation Conseil Général Fondation luxembourgeoise			Entreprises franchisées, SCOP Agrément qualité		
	Création	**Taille**		**Création**	**Taille**		**Création**	**Taille**		**Création**	**Taille**
SAD1 (P)	2006	73	**SAD6 (P)**	2007	20	SAD4 (P)	2005	80	**SAD10 (P)**	2006	22 (67)
SAD2 (PM)	2005	36	**SAD7 (P)**	2008	30	SAD5 (PM)	2006	135	**SAD 11 (P)**	2009	22
SAD3 (P)	1960	1636	**SAD8 (P)**	2005	19 (214)	SAD 12	1999	1600			
			SAD9 (MP)	2009 (1984)	13 (50)						
3			**4**			**3**			**2**		

P : Prestataire ; PM : Prestataire et mandataire

L'activité mandataire est minoritaire car en régression : la plupart des SAD la maintiennent pour satisfaire des demandes particulières, mais déclarent ne pas souhaiter développer ce mode d'intervention. Les SAD de l'échantillon ont été créés, en majorité, au milieu des années 2000, du fait de l'opportunité du PDSP de 2005. Les associations « historiques » de l'aide à domicile ont suivi la tendance, en créant des « antennes » ou en affiliant de nouvelles associations sur Nancy et Longwy. La taille des SAD associatifs en effectifs d'emplois (de 70 à 780 salariés), après avoir progressé de 2002 à 2008, à la faveur de la mise en place de l'APA, puis de la PCH, s'est stabilisée, surtout pour les cinq SAD associatifs, dont l'activité est couverte pour 80% à 90% des heures prestées par des mesures d'APA et de PCH.

La taille des SAD à but lucratif (SARL), mutualiste (Mutuelle) ou coopératif (SCOP) est moindre, comprenant des effectifs de vingt à cinquante salariés affectés aux interventions dans le cadre de l'APA et la PCH sur l'agglomération de Nancy et le bassin de Longwy. Deux entreprises se sont développées hors périmètre de l'enquête, l'une sur Metz (67 salariés) et l'autre en Alsace et Moselle (214 salariés). La progression des effectifs qualifiés est lente, ces entreprises ayant choisi de développer une diversité d'activités de services, hors agrément qualité, à l'exception d'une d'entre elle (SAD10) centrée principalement sur des interventions de *care* à domicile. Au Luxembourg, la structure enquêtée a été créée en 1999 par une fusion de trois sociétés reprises par une fondation confessionnelle (CARITAS). La fondation luxembourgeoise a organisé son activité sur 25 « Centres d'Action Sociale » (CAS) qui couvrent la totalité du territoire luxembourgeois et font intervenir au total 1600 salariés (dont cadres et intervenants).

Les prestataires de l'enquête allemande sont :

[37] Les modalités de construction et les caractéristiques de l'échantillon sont présentées en ANNEXE 1.

-une association de bien-être (Wohlfahrtsverband) de grande taille, liée à l'église
- un prestataire de type associatif de taille moyenne, lié au mouvement des handicapés
- un prestataire à but lucratif de plus petite taille.

1.1. Les associations sous régime tutélaire-conventionnel

Le segment associatif bénéficiant du régime de l'autorisation est caractérisé par une relative ancienneté dans le secteur, du moins pour les fédérations auxquelles les associations locales sont affiliées (ADMR, ADAPA, ASSAD, Esprit Tranquille). Du fait de leur ancienneté sur le territoire et d'une longue collaboration sur plusieurs décennies, ces SAD ont noués des relations stables avec les prescripteurs publics, en matière d'intervention sociale. Parmi les cinq associations exerçant sous le régime de l'autorisation, l'association qui porte le SAD 3 est très anciennement implantée en région Lorraine et dans le département de la Meurthe et Moselle, depuis 1960. Quatre autres associations, récemment créées, sont affiliées à des fédérations également très anciennement implantées en région lorraine et/ou en France :

- **Le SAD 1** est porté par une association récemment fondée en 2005, avant le PDSP, par un ancien cadre commercial et un groupe de professionnels du secteur de la santé, sur le constat d'un déficit de prise en charge médicosociale spécialisée de qualité après hospitalisation. La création du SAD a été soutenue par un Dispositif Local d'Accompagnement (DLA) ainsi qu'un financement par la chambre régionale des métiers. La CNSA est intervenue pour l'aide à la professionnalisation des services financiers et de la fonction Ressources Humaines. Le choix de la forme associative est surtout motivé par les « *valeurs de départ* », mais secondairement par un contact en 2005 avec le CG 54 *« qui n'a pas laissé d'autres choix car les banques avaient refusé de capitaliser le projet de SAD* » (Directeur). le statut associatif est alors jugé comme le meilleur support au développement des relations avec les pouvoirs publics pour entrer dans le régime de l'autorisation.

-**Le SAD 2** fut porté par une association indépendante, créée en 2005 par un groupe de personnes handicapées « *suite à la canicule de 2003, pour répondre aux besoins* ». Confrontés à des difficultés de gestion, de nouveaux administrateurs, après démission des fondateurs, ont affilié l'association à une grande fédération d'associations d'aide à domicile en 2008, à l'occasion de la demande d'autorisation au Conseil Général.

-**Le SAD 4** est une antenne longovicienne, créée en 2005 d'une association basée à Nancy, qui développe des services à domicile depuis les années 1970.

-**Le SAD 5** est porté par une association créée en 2006, par des transfuges d'une association localement implantée depuis plusieurs décennies, et qui s'est affiliée à une grande fédération départementale, tout en restant relativement indépendante, alors que l'objectif était de proposer une alternative locale au monopole pluri-décennal d'une grande association spécialisée dans l'aide à domicile.

-Le SAD 12 est une fondation créée en 1999, par la fusion de trois associations d'orientation chrétienne du Grand-Duché de Luxembourg : Aide Familiale Aide Senior, fondée à l'origine par la Caritas luxembourgeoise pour soutenir les familles en cas de maladie ou d'absence de la mère et dont le champ d'action a été élargi dans les années 80 plus spécifiquement vers les besoins des personnes âgées ; Foyers Seniors, née dans les années 80 avec l'objectif de créer des foyers d'accueil pour personnes âgées et Hëllef Doheem Krankefleg, crée en début des années 80 par sept congrégations religieuses et dispensant des soins à domicile à travers le pays. La fondation s'engage dans de multiples projets visant la diversification des prestations (projet dans le domaine de la pédiatrie, poursuivre le projet au sujet de la

diététique et développer l'offre de services dans le cadre de la rééducation, de l'éducation et de la prévention) et des projets avec l'Etat pour le maintien de la qualité de l'aide apportée aux bénéficiaires grâce à une offre de formations et de formations continues pour les collaborateurs.

1.1.1 Essor et stabilisation de l'aide à domicile aux personnes dépendantes

Les dirigeants des services associatifs constatent les mutations du secteur d'activité, leurs effets sur la taille des SAD et sur la structuration des emplois et des qualifications, ainsi que sur le contenu des interventions à domicile et la planification des activités. En effet, les associations « historiques » spécialisées depuis une quarantaine d'années dans l'aide à domicile, constatent les effets du « virage » initié par la mise en œuvre de l'APA en 2002 et de la PCH en 2005 :

- *la création de l'APA qui prenait le relai de la PSD, ça a été clairement un essor de l'activité, un bond, un tirage de secteur d'activité : sur 2 à 3 ans, on a employé plus de 250 personnes. La PCH a été aussi un virage, un peu moindre. Par rapport à ces deux boums, il a fallu aussi que derrière on fasse en sorte que les personnels s'adaptent aussi à ces nouvelles situations. Avant, il y a dix ans, quand on parlait de structure d'Aide à Domicile, ça se limitait dans 90 % des cas à des tâches purement ménagères » (Responsable des Ressources Humaines).*
- *Les 30 associations fédérées et les 4 SIAD ont connu un développement fulgurant : en 2000, l'ensemble des associations locales avaient 150 salariés et en 2008, nous comptons 770 ETP en 2009, soit une croissance de plus 70% par an. Le réseau a pris conscience de la nécessité de créations d'emplois soutenues pour répondre aux demandes croissantes d'intervention au titres de l'APA et plus récemment de la PCH, attribuée à moins de personnes, mais demandant plus de volumes horaires d'intervention. Cette croissance est actuellement normalisée : il faut maintenant mettre l'accent sur le management et les Ressources Humaines. C'est une entreprise qui a besoin de se poser face à tous ces changements (Directeur Général).*
- *de juillet 2008 à juillet 2009, après l'intégration dans la fédération, l'activité a été multipliée par deux ». (Cadre de secteur).*
- *En 2005, nous avions 60 salariés pour 15000h d'intervention, en 2006 : 102 salariés 53 ETP. Les élus ne se rendent pas compte que c'est une entreprise qui a créé 100 emplois en un an et demi (Animateur de proximité).*
- *Notre activité a progressé de plus 13% entre 2008 et 2009 (Directeur).*

Cependant, la période de croissance paraît révolue car les récentes règles d'attribution des mesures et de tarification horaire des actes, ont conduit les associations autorisées à des difficultés économiques majeures, les conduisant à revoir leur modèle de gestion et leurs coûts de fonctionnement. Deux associations « historiques», dont une est dans l'échantillon, ont mis en place une procédure d'alerte au motif d'un déficit accru (600000 à 700000 euros en 2009), malgré les efforts de modernisation en termes de réorganisation, de réduction des temps d'intervention, et de recomposition des zones géographiques. C'est pourquoi, les SAD associatives revoient leur organisation pour s'adapter aux caractéristiques des publics bénéficiant de l'APA et de la PCH et pour correspondre aux exigences de qualité et de maîtrise des coûts de prestations. Le développement d'autres entreprises de services à la personne et l'emploi de gré à gré, ont touché les SAD spécialisées pour les personnes fragiles par une concurrence sur le segment de l'activité du ménage à domicile. Ceci a des incidences sur le contenu de l'activité d'aide à domicile :

- *le CG nous recentre vraiment sur la dépendance des personnes, sur cette notion d'aide à la personne et moins sur l'entretien du logement qui devient presque du confort aujourd'hui. Le public a évolué, aujourd'hui ce sont des personnes très dépendantes avec des besoins spécifiques et elles ont aujourd'hui les*

financements. Ceci explique une baisse d'activité qui malheureusement ne va pas s'améliorer ; en 2006 on était sur un volume de 712 000 heures d'intervention, en 2007 on est sur 706 000 heures, 2008 on est sur 703 000 heures environ ; en 2009 on est sur un prévisionnel de 685 000 heures, tout confondu, sachant que l'APA, c'est plus de 80% de notre activité ; on est sur une activité qui prend de plein fouet une baisse ; donc c'est vrai que c'est un discours tout à fait différent du discours médiatique (DRH).

- *sur l'agglomération, nous avons un gros challenge. Le marché est tendu avec plus de 30 structures, dont de plus en plus d'agréments qualité. Pour les associations, ça devient plus complexe car elles ont la relation d'aide à développer » (Cadre de secteur).*

Le SAD 12, situé au Luxembourg, a connu un développement depuis la mise en place de la prestation dépendance. Mais, les dirigeants contraints récemment à des restrictions budgétaires. Des décisions émanant de la direction générale sont prises afin de mettre en place des ajustements et stratégies financiers au sein de la structure mais aussi en cherchant des compromis avec les partenaires sociaux :

- *A un moment donné, nous avions enregistré une perte considérable car nous avions plus de salariés avec des contrats CDI que d'actes. Mais nous avons à peu près redressé la pente avec nos prestations de qualité. Il est vrai qu'on est loin des années grasses du Luxembourg. Sur un bénéficiaire de l'assurance dépendance on peut avoir jusqu'à 27500 euros sur une année pour une personne de niveau A1 (équivalent à GIR 1-2). Je crois que c'est l'Allemagne qui vient après nous. Nous ne voulons pas qu'ils nous donnent plus, mais qu'ils ne laissent pas les salaires aller vers l'indéfini et freiner sur les axes, il faut un équilibre. Maintenant on essaye d'avoir un contrat collectif unique (Convention Collective) au niveau des salariés. Nous employeurs, préconisons d'aller vers le plus bas avec des périodes d'adaptations alors que les syndicats veulent aller plus haut (en faisant allusion aux salaires). En tant qu'employeur, je fais l'effort de promouvoir une rémunération par fonction plutôt qu'une rémunération purement axée sur les diplômes de départ. Cela peut mettre en évidence la complexité de la gérance d'une société où le coté recette est très variable et le coté dépense est très fixe avec une capitalisation de 50000 euros (Directeur Général).*

1.1.2 Projets associatifs aux risques économiques des régulations marchandes subventionnées

En France, au Luxembourg et en Allemagne, le sous-secteur de l'aide sociale et médicosociale à domicile, est l'objet de transformations organisationnelles induites par le régime de financement des prestations qui privilégie la solvabilisation directe et partielle du bénéficiaire. En France, Traditionnellement, l'action sociale à domicile, était déjà financée par les caisses de retraite et/ou les départements et déjà, par des allocations directes aux ménages. Cependant, l'APA et la PCH, introduisent des règles de plafonnement des allocations et surtout, la régulation par les prescripteurs et tarificateurs des temps d'intervention à domicile, en vue de maîtriser les dépenses publiques ou assurantielles. Les bénéficiaires, amenés au statut de « client » qui aura à financer pour partie les services dont il a besoin, sont considérés en capacité de choisir le meilleur rapport qualité-prix proposé par le SAD le mieux disant social et le moins disant économique (Raymond et alii : 2009). Les cadres réglementaires entrainent un glissement des associations vers la forme d'organisations prestataires construites pour répondre à la fonction du marché comme régulateur du financement des services et de leur rapprochement de la demande locale (Laville, 1999, Bode, 2005, Enjolreas, 2005). En conséquence, les associations étudiées ont transformé leur organisation et leurs modèles de gestion économique et les systèmes d'emploi. Sous l'effet de l'application de normes gestionnaires, les associations se sont transformées sur le modèle des entreprises à but lucratif marqué par la coordination rationalisée des fonctions, l'intensification du travail, le contrôle

des temps et des gestes, le contrôle de la « qualité » des prestations et de la satisfaction des clients (Ughetto, Besucco, Tallard, Du Tertre, 2002) :

- *face au développement du réseau, une priorité de modernisation. La première démarche a suivi le plan ANSP-ARACT qui implique une démarche GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences), sur les conditions de travail, les missions bénévoles, le travail des administratifs, la qualité service auprès des personnes fragilisées. Quarante jours de consultants ont été financés dans le cadre de la démarche THETIS. La démarche « coût-qualité » CQDIS a été engagée en vue d'innovation sociale et de développement des compétences (…). Un travail a été fait avec un groupe d'AD bénévoles afin de capter divers avis » (Directeur Général).*
- *En fonction de l'évolution du public et des financements, les conditions de travail ont changé et le temps qui était imparti aux aides à domicile pour faire une tâche ont été réduits ou découpés de façon à assurer différentes missions : temps plus courts, déplacements plus importants. Ceci fait qu'aujourd'hui, les salariées ont l'impression de ne plus faire correctement leur travail, mais nous devons essayer de gérer au mieux » (DRH).*

Cependant, si les grandes fédérations et grandes associations internalisent les outils de gestion proposés par l'ANSP et dans le respect des directives de la loi 2002 « de rénovation de l'action sociale », les méthodes de la gestion entrepreneuriale et commerciale, pénètrent timidement dans les pratiques des dirigeants. Les cinq SAD associatifs autorisés sont sous le régime de l'obligation de l'évaluation interne (loi 2002-2) : les procédures d'évaluation ont été engagées en mobilisant la direction et des encadrants ou responsables des ressources humaines. Les procédures de certification sont en cours pour deux SAD, qui possèdent des ressources d'encadrement à consacrer à ces travaux d'analyse de de rédaction. De plus, les SAD associatifs enquêtés se sont engagés dans la diversification de leurs activités par anticipation d'une éventuelle refonte des modalités de financement de l'APA et de la PCH, ou de nouvelles restrictions de financement par les caisses de retraites. Cette orientation fait l'objet de débat au sein des Conseils d'administration, car les choix de gouvernance économique sont déterminants pour marquer la spécificité du fait associatif par rapport aux projets commerciaux développés, dans l'espace local, par les autres SAD de statut privé lucratif. De même, le SAD 12, au Luxembourg développe des activités de confort (…….) prioritairement auprès des bénéficiaires de la prestation dépendance, mais externalise le segment « ménage » sur une filiale.

Ces associations d'aide aux personnes à domicile correspondent à la caractérisation de Eme et Laville (1987) : activité marchande ou partiellement marchande, fonction sociale relationnelle, réponses à des besoins non satisfaits de particuliers relatifs aux pratiques de la vie quotidienne, référée à un principe d'utilité sociale. Ces services de proximité se sont construits à partir d'une dynamique d'externalisation des activités domestiques et de solidarités informelles. A Longwy, particulièrement, elles participent d'un mouvement associatif et syndical très actif dans la période où la sidérurgie sructurait les rapports socio-économiques. Le milieu associatif qui représentait les salariés de la sidérurgie et leurs réseaux de solidarité (syndicats, partis, mouvements d'éducation populaire, mouvements de soutien aux familles) s'est aussi transformé par l'effet de son instrumentation par les « acteurs dominants de la protection sociale » (Deshayes et Balzani, 2006). Selon les auteurs, s'est ensuivie une modification des formes de l'engagement associatif, perceptible aussi aux niveaux nationaux, caractérisée par un engagement bénévole marqué par l'accomplissement individuel plus que par un idéal collectif (Simonet, 2004). Comme sur d'autres bassins, des associations se sont constituées en entreprises prestataires de services. Ces « entreprises associatives » (Hély, 2004) ou « entreprises sociales » (Sainsaulieu et Laville, 1997), sont

devenues créatrices d'emplois et sont l'objet d'intervention des politiques publiques de développement économique local et sont identifiées comme des gisements d'emplois à développer dans le mouvement de progression générale des services (Gadrey, 2003).

Il apparaît, au regard des mutations récentes, que les SAD associatifs, présentent une forme d'hybridation des ressources économiques et sociales (Laville, 1994) (produit de la vente des biens et services aux usagers et but non lucratif, salariat et bénévolat) se traduisant par des tensions entre orientations gestionnaires et les valeurs de l'entreprise marchande et orientations fondées sur les valeurs de l'action sociale (relation d'aide) et de l'économie solidaire (entraide et redistribution). Les associations mettent en place des modalités de gestion de la ressource humaine qui tente de concilier une gestion entrepreneuriale et une logique de solidarité envers les bénéficiaires et les agents salariés et bénévoles de l'association. Le rappel du mythe associatif fondateur est récurrent. Le discours des dirigeants et responsables des SAD associatifs, est marqué par les thèmes des valeurs de solidarité et d'humanité censées fonder l'action historique et les nouvelles orientations de la réorganisation des services :

- *Une question reste centrale : réécrire et refonder le projet associatif, c'est le plus en termes de légitimité et de respect pour le réseau. C'est trop tôt pour dire ce qui va changer : l'association à 60 ans d'existence, elle s'est fondée sur l'implication bénévole, mais aujourd'hui nous ne pouvons pas ignorer la loi et l'usager (DG).*
- *« l'esprit associatif, c'est la solidarité » (Animateur de proximité).*
- *La fondation fait partie d'un mouvement sociétal qui se compose de 80 adhérents, qui prône la responsabilité sociale et sociétale des entreprises. Les entreprises se rencontrent pour réfléchir sur la gouvernance d'entreprise (…) pour faire bouger les gens et créer des rencontres. En ce moment, nous collaborons avec le réseau CARITAS qui souhaite intervenir dans les Centre d'Action Sociale et les hôpitaux concernant la prise en charge écologique, la gouvernance financière (Directeur Général).*

En outre, le SAD12 prône une philosophie des soins basée surtout sur l'accès universel aux prestations, le maintien à domicile, l'implication de l'entourage, le "mënschlech a kompetent" qui signifie «humain et compétence », et une vision chrétienne de l'homme. Ce dernier postulat est au centre des préoccupations du mouvement social et sociétal dont il fait partie en collaboration avec d'autres associations et fondations dont CARITAS. Ils ont pour but de venir en aide les personnes pauvres et exclues en leurs offrant par exemple un service de qualité.

1.1.3 Relations conventionnelles avec les tarificateurs publics et entrée en économie concurrentielle

Dans leurs projets d'organisation de services à domicile, les associations lorraines entretiennent une adhésion forte au modèle de l'action sociale et médicosociale, fixé par la loi de rénovation de l'action sociale de janvier 2002, dont elles dépendent. Elles entretiennent des relations privilégiées avec les pouvoirs publics (Conseil Général, services déconcentrés de l'Etat, communauté de communes) du fait de décennies de collaborations autour de la prise en charge des risques de la dépendance sur les territoires. Cependant, les fondateurs des deux associations autorisées plus récemment créées en 2005 (SAD1) et en 2006 (SAD2), ont choisi le statut associatif pour la relative sécurité des tarifications et des soutiens publics afférant au régime de l'autorisation (négociation des tarifs d'intervention à domicile, droit de regard sur les excédents, reprise des déficits. En effet, le régime de l'autorisation présente des avantages

au regard de l'encadrement de la gestion des flux financiers des SAD par les services du Conseil Général, en contrepartie de l'engagement des dirigeants à développer des services professionnalisés de qualité médico-sociale tout en maîtrisant les coûts de production :

- *La tarification par le CG de l'heure APA est un peu supérieure pour les associations car elles ont des coûts de fonctionnement qui différent de ceux des petites structures privées lucratives. Cependant, nous sommes confrontés à une sous tarification, depuis 2004 pour les services soumis à l'autorisation et le tarif est fixé depuis 2005. Avant il y avait péréquation, c'est-à-dire ajustement sur la partie salariale. Aujourd'hui, c'est le résultat consolidé qui sert de base au calcul du coût de l'heure prestée, qu'il y ait excédent ou déficit. Nous devons faire une prospective des dépenses (diplômes, charges, activité prévisionnelle, charges fixes), c'est très complexe. Le CG calcule les taux moyens à partir de l'état des réserves. Se rajoutent les déficits passés ou les excédents (…) La fédération était excédentaire avant 2007, et affiche un déficit en 2008 car l'exonération des cotisations accidents du travail n'est plus accordée par l'Etat. De plus, la fédération a décidé la revalorisation du point indiciaire et des indemnités kilométriques pour les déplacements des salariés, au regard de la convention collective et de l'arbitrage de Bercy dans le cadre de l'accord de branche : déficit 300000euros auquel s'ajoute 200000 pour les transports (Directeur Général).*
- *L'association a peu de fonds propres ce qui a des répercussions sur la mise en place de la certification qualité (…) Le budget 2010 est toujours en négociation avec le CG, mais il lui manque 7 millions d'euros non décentralisés par l'Etat (Directeur).*

Ainsi, les associations autorisées se voient incitées à mettre en place des règles de gestion à internaliser en vue de limiter les coûts de la politique sociale engagée. Les services publics compétents en matière d'action sociale et gérontologique et les caisses de retraite font pression sur les coûts de fonctionnement des SAD en imposant les règles de la tarification des prestations et de l'accès aux allocations afin de maîtriser la progression des coûts horaires des SAD autorisés, dans un contexte de libre tarification par les moins disant économiques que sont, en théorie, les entreprises bénéficiant de l'agrément qualité. Là, les associations tentent de ne pas désister de leur projet d'accès aux services pour tous, de se recentrer sur l'aide à domicile aux personnes fragiles, conformément à la mission conventionnée avec les tarificateurs publics et de diversifier des prestations à coût moindre, surtout pour les ménages solvabilisés par des allocations publiques:

- *les attentes du bénéficiaire sont de trouver des réponses au volume de ses besoins de soins et de ménage : peu importe si l'intervenant est qualifié ou bien payé. Ce qui compte c'est le prix bas (Directeur Général).*
- *le plan Borloo a permis à des structures de se créer, il y en a beaucoup qui se sont créées, il y en beaucoup aussi qui ont fermé ; la concurrence existe, elle est un peu plus importante qu'il y a 10 ans, mais je ne peux pas dire que ce soit ça qui nous porte préjudice aujourd'hui ; et quand j'entends « tant d'emplois doivent être créés », je fais des bonds parce que la réalité, ce n'est pas ça (…).; c'est le CG qui fixe le tarif, donc on est complètement soumis à cette tarification et aujourd'hui, ce tarif est en dessous de ce que nous coûte effectivement le fonctionnement de la structure (…) et c'est à nous de trouver des solutions, de revoir nos coûts de fonctionnement (Responsable Ressources Humaines).*

Les régulations territoriales « quasi-tutélaires », en réglant les allocations sur une échelle de tarifs, orientent la structure des activités dans les SAD, contribuant à segmenter les interventions (« aide à la personne » ou « aide à l'environnement ») par type de besoins (soins médicosociaux ou entretien du logement) et en conséquence, orientent aussi la structure des qualifications. En effet, ces règles tarifaires ont des conséquences sur la division du travail et sur la structure des emplois :

- *Avant, nous pouvions avoir une activité de 6-7h de ménage par bénéficiaire et par semaine, puis il y a eu un recentrage sur l'aide à la personne. Le paradoxe c'est qu'on nous incite à la professionnalisation des AD sans les moyens (Cadre de secteur).*
- *C'est le CG qui fixe les objectifs et qui les finance pour, par exemple, plus d'intervenants qualifiés en catégorie C et plus de bénéficiaires en GIR 1 (Directeur Général).*
- *il y a des structures –on est concurrentes sur le terrain mais on se réunit sur des projets- qui ont fait complètement le choix de ne pas recruter des personnes en catégorie C. (DRH).*

L'objectif départemental consiste à développer les qualifications au sein des SAD autorisés, afin de garantir aux bénéficiaires les plus fragiles un service adapté aux formes de dépendances les plus lourdes, évaluées en GIR 1 et GIR2 . Mais un paradoxe évoqué par les responsables des SAD associatifs fait référence à la « Charte de modernisation de l'aide à domicile », signée en 2004 par certaines associations avec le Conseil Général qui prévoyait un objectif de 53 % de personnel qualifié ou diplômé en 2004 :

- *Aujourd'hui, c'est la contradiction complète : pour aider ces publics spécifiques, il faut des salariées formées avec des compétences spécifiques et de l'encadrement ; mais il faut que les coûts soient modérés (…) Notre politique a toujours été une politique de professionnalisation et de formation, mais aujourd'hui, on va mettre un frein et ce n'est pas normal parce que derrière, le public qui est là, il doit être aidé : on est dans cette contrainte complètement contradictoire. (DRH).*

Les dispositifs d'attribution de mesures APA et PCH contribuent, au final, à faire porter aux SAD et à leurs bénéficiaires une part de l'effort financier pour la création et la pérennisation des services de proximité. Ces régulations publiques influencent les formes organisationnelles associatives en :

- contrôlant la construction de l'offre de service par des conventions ou des agréments sur un nombre estimatif d'interventions à l'année, sur garantie de qualité du service, d'engagement sur les objectifs, d'obligation de moyen et de résultats, de présentation de budgets soumis à l'autofinancement partiel des activités ;

- incitant une gestion prévisionnelle des emplois par des objectifs précis, ré-évaluables conventionnellement, afin d'insérer des demandeurs d'emploi dans le secteur de l'aide à domicile.

L'objectif de développement de services qualifiés entre en contradiction avec une des grandes orientations du secteur des services à la personne : le développement d'un « gisement » d'emplois, que nombre d'interlocuteurs considèrent comme des emplois de substitution à la destruction des emplois industriels et comme des activités «occupationnelles» qui, en l'état des marchés de l'emploi locaux, ne sont pas en mesure de qualifier et de sortir les salariés en CDI dans les entreprises du bassin, mais de constituer une main-d'œuvre faiblement rémunérée au regard des capacités de financement des associations. Celles-ci contribuent alors à appliquer les règles d'un rapport salarial déterminé par les conditions de production locales «d'utilités sociales», aux risques de la dérégulation des conditions d'emploi et de rémunération.

1.2. Les entreprises lucratives et non lucratives sous le régime de l'agrément qualité

Le segment des entreprises commerciales à but lucratif est composé dans l'échantillon lorrain de six SAD, tous bénéficiant de l'agrément qualité. Ces SAD, ont été fondées récemment, après 2005, le PDSP offrant l'opportunité de structurer le secteur de l'aide à domicile dans des segments de marché périphériques aux monopoles associatifs. Sur les deux agglomérations Lorraines, 18 SAD de statut commercial ont été mis en place (soit 47% des SAD présents en

2009). Outre les statuts juridiques de SARL, SCOP ou Mutuelle, les caractéristiques de ces organisations diffèrent notablement des caractéristiques des SAD associatifs autorisés :

- Taille de petite PME (de 13 à 50 salariés) ;
- Primo création soutenue par des réseaux franchisés ou par des Compagnies d'Assurance ou Mutuelles ;
- Gouvernance par un groupe de fondateurs, dont émane le gérant salarié, et adhésion à des réseaux de franchises, hormis la mutuelle fondée par une société d'assurance mutualiste en convention avec une association d'aide à domicile, anciennement implantée sur l'agglomération de Nancy ;
- Diversification des activités en « bouquets de services » et variété des services dans le cadre d'agréments simples (jardinage, transport, ménage-repassage, accompagnement de vie, téléassistance, portage de repas) puis, garde de nuit, aide à domicile (toilette, ménage) dans le cadre de mesures APA-PCH, sous le régime de l'agrément qualité, en seconde ou première orientation ;
- Conventions avec des partenaires (entreprises, banques) pour le développement de services aux ayants droits.

1.2.1 Création et structuration des entreprises agréées

Ces entreprises, qui bénéficient toutes de l'agrément qualité et de l'agrément simple, ont été fondées par des professionnels, tous issus des secteurs des services marchands ou du secteur des assurances sociales. Les relations conventionnelles sont prioritairement instituées avec des financeurs privés (banques, assurances, mutuelles et réseaux de franchises). Les SAD ont demandé à intégrer le cadre réglementaire de l'agrément simple pour toutes activités de services à la personne, puis l'agrément qualité, en vue de développer des services aux personnes fragiles (Personnes âgées, petite enfance, personnes handicapées). Dans ce cadre réglementant les activités, les relations conventionnelles sont instituées avec des prescripteurs-tarificateurs publics, la DIRECCT et le Conseil Général.

Le SAD 6 est une Société Anonyme créée en 2007 à l'initiative de son actuel gérant salarié, électrotechnicien, anciennement responsable de chantier sous la forme d'une Société Anonyme. Les capitaux ont été apportés par le gérant-salarié, aidé par OSEO[38] qui se porte garant auprès de la banque CIC. Il n'y a pas d'administrateurs, le CA n'est pas mis en place[39]. Le SAD 6, est une filiale indépendante d'un réseau franchisé créé en 1991, lui-même filiale, à partir de 2005, d'une caisse d'assurance nationale, dont les actionnaires sont la Caisse d'épargne, la Poste, la Caisse des dépôts et consignations. Le réseau compte en 2009 « 184 implantations » alors que 55 implantations ont été mises en place avec le PDSP en 2005 : le nombre de services franchisés a presque triplé en 3 ans. Le SAD6 franchisé bénéficie de l'agrément simple depuis sa création, et développe diverses activités de services (transport, ménage-repassage, accompagnement de vie, téléassistance, portage de repas), dont une partie se fait dans le cadre de conventions avec la SNCF, Air France, la Caisse d'Epargne, Europe

[38] OSEO est un établissement public d'intérêt industriel et commercial créée dans le cadre du « Plan de relance pour l'économie » (ordonnance n°2005-722 du 29 juin 2005), qui gère une société anonyme (décret n° 2010-1672 du 28 décembre 2010), placée sous la tutelle du Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi, ainsi que du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Cette entreprise offre des « soutiens à l'innovation » et la garantie de financements bancaires et interventions d'organismes de fonds propres. L'objectif est d'accompagner des entreprises à chaque stade de développement. Des missions d'intérêt général sont confiées par conventions par l'Etat, les Régions en matière de développement de l'activité des PME.

[39] Les informations confiées par notre interlocuteur sont partielles, au motif de la maîtrise de leur diffusion.

Assistance. Les interventions à domicile au titre de l'APA concernent, au moment de l'enquête (juillet 2009), 55 bénéficiaires, en 2010. Des interventions après sorties d'hospitalisation financées par la CRAM concernent 100 bénéficiaires. Pour répondre aux règles de l'agrément qualité en matière de professionnalité des agents d'intervention, le SAD6 a recruté une responsable de secteur titulaire du DEAVS, cinq AVS, 9 Assistantes de vie. Les autres agents sont jardiniers, livreurs, installateurs.

Le SAD7 est une UERL franchisée créée en 2008 sur l'agglomération de Nancy. Les fondateurs sont issus du secteur commercial, seule la responsable du personnel est titulaire d'une qualification du secteur social (Bac Sciences médicosociales).Le service a été fondé à l'initiative d'un groupe de jeunes entrepreneurs emmenés par une personne handicapée physique, qui fait le projet d'un service mieux adapté aux besoins des personnes handicapées au regard des offres de services existantes sur l'agglomération : « *il faisait partie de notre équipe et il nous a sensibilisé et ,au début, c'est quelque chose qui nous paraissait un peu insurmontable parce qu'on se disait : on va se lancer où ? ... Comment on va s'y prendre et donc on a mis quelques mois avant de monter le dossier d'agrément* » (Responsable du personnel). D'autres conventionnements ont été engagés avec la CRAM, des Caisses de Retraites, la MSA ainsi que des partenariats locaux (MATMUT, CIC, Leroy Merlin, COFINOGA, etc.). Une mise de fonds personnels de 15000 euros et un emprunt de 30000 euros ont permis la création de l'entreprise, au départ indépendante suivis par un conventionnement avec un réseau de franchise national créé en 2005, dont 130 agences portent le nom en France en 2010 (110 en 2009. Le « Réseau d'entreprise agréées par l'Etat en qualité de prestataire de services à domicile » est une enseigne fondée après la vente d'une société de déménagement par un groupe d'entrepreneurs intéressés par le développement des services à la personne. L'agence nationale, spécialisée dans tous services à la personne (ménage, repassage, bricolage, jardinage, gardiennage, multimédia) a noué des partenariats économiques (Galeries Lafayette, BNP Paribas, Monoprix, Mondial Assistance). Le réseau s'est aussi spécialisé dans l'aide aux « séniors » et le maintien à domicile et la garde d'enfants.

Le SAD 8 est l'agence lorraine d'une SARL, créée en 2000 qui gère une vingtaine d'agences sur le territoire national. Filiale d'un groupe de 34 sociétés, « Dans un monde Multiservice » (DMMS) elle a des partenaires parmi les grandes enseignes de services à la personne (La Poste, SERENA, DOMISERVE, BNP services à la personne, Crédit Agricole) et de grandes compagnies d'assurance ainsi que de Caisses de retraite. Le SAD 8 est l'agence localisée en Moselle d'une maison mère implantée en Alsace, créée en 2005, qui développe des activités de services auprès des personnes âgées ou handicapées (lever-coucher, toilette, repas, transferts, accompagnement de vie), de garde d'enfants et des services de confort sur les départements alsaciens, la Moselle et la Meurthe et Moselle. La création de l'agence d'Alsace-Lorraine a été financée pour partie sur fonds propres par le gérant, issu de secteur de l'hôtellerie. En contact avec des professionnels du secteur sanitaire, le projet de création d'une entreprise de service à la personne dépendante a été concrétisé par l'obtention d'un agrément qualité. En 2010, 215 salariés sont employés sur les agences Nord Est, alors que sur l'agglomération de Nancy et de Longwy, 19 salariés interviennent dont l'équipe de responsables de secteur basée en Moselle.

Le SAD 9 est une association, fondée par mutuelle, issue du transfert de l'activité de la société Mutualiste des Entreprises et des Collectivités (SOMUTEC), implantée en Lorraine à NOVAMUT, et de la création en 1998, de la société Domicile Partenaire pour séparer la mutuelle de ses œuvres sociales, conformément à la réforme du code de la mutualité en 2002.

Le SAD 9 fait partie du groupe NOVAMUT. Les interventions de confort et soutien technique à la vie quotidienne, régies par l'agrément simple (ménage-repassage, gardiennage, jardinage, accompagnement, aide administrative) sont portées par une SARL partenaire :

- *Comme il y a un bouquet de différents services proposés par la même structure, la mutuelle avec des filiales afin d'intégrer une diversification au niveau du public, on intervient avec l'activité prestation jardinage et bricolage auprès de tout le public, le public mandataire et prestataire de la mutuelle (SAD9) et on intervient aussi auprès du public de l'association partenaire (Cadre de secteur).*

Un partenariat conventionnel est engagé avec une grande association de service d'aide à domicile, qui oriente une partie des demandes vers la mutuelle, surtout pour les contrats mandataires en cas de besoin de garde de nuit. Un autre conventionnement est engagé avec la CAF pour des mesures de PAG (Prestation d'Accompagnement du jeune enfant à domicile) dans un cadre mandataire et prestataire, depuis 2007, renouvelé au moment de la création de la mutuelle qui porte le SAD9. Le SAD9 s'est aussi spécialisé dans les interventions au domicile des personnes âgées dépendantes, régies par l'agrément qualité. Les interventions sur le mode mandataire concernent 70 % des activités et emploient une cinquantaine d'intervenantes. Dans le mode prestataire, 13 Equivalent Temps Plein sont mobilisés en 2010 sur l'agglomération de Nancy.

Le SAD 10 est une SARL au capital de 20000 euros fondée en 2006 et dirigée par trois associés. Le gérant non salarié, actionnaire majoritaire, est à l'initiative de la création de la société. Il était au chômage après avoir occupé des fonctions de directeur juridique dans le secteur de l'hôtellerie. Le SAD 10 est affilié à un réseau de franchise de 110 implantations en France, spécialisé dans la prise en charge à domicile des sorties d'hôpital, de différentes pathologies (Alzheimer, handicaps et toutes « maladies évolutives »), dans la garde à domicile d'enfants malades ou de personnes dépendantes, ainsi que de prestations d'entretien du logement et d'accompagnement de vie. L'orientation du réseau est paramédicale et médicosociale, les évaluations des besoins et les interventions étant coordonnées en collaboration avec les professionnels du secteur médical libéral ou hospitalier. Le choix du statut de SARL a été motivé par la « souplesse et la réactivité d'une société commerciale » alors que les associations, en grande partie dirigées et animées par des bénévoles, auraient des problèmes d'organisation administrative et technique :

- *Les bénévoles « ne sont pas payés, ils font ce qu'ils peuvent, alors que dans ce secteur il faut faire bien (…) Les directions sont salariées mais leurs interlocuteurs bénévoles retraités ne sont pas toujours disponibles et mettent les choses en suspens, alors que nous, la forme entrepreneuriale de cette activité permet au contraire d'avoir un responsable de tous les salariés même les administratifs» (Gérant).*

Le choix d'un réseau de franchise est motivé aussi par la garantie pour les bénéficiaires de la continuité des interventions 24/24h et sur la semaine complète. L'orientation paramédicale du réseau qui oblige à mobiliser des infirmiers et aides-soignants qualifiés est aussi un argument pour différencier le SAD10 des autres SAD œuvrant sur l'agglomération. Fin 2009, le SAD 10 a connu une progression de ses activités et de ses effectifs d'employés, sur son agence messine qui emploie 45 salariés, après un début en 2006 avec 7 salariés, alors que sur le site de Longwy la progression est plus lente avec 22 salariés, dont une faisant fonction d'encadrement, aide-soignante qualifiée.

Le SAD 11 est une SCOP créée début 2009 par des transfuges du Conseil d'Administration d'une grande association fédérées au plan départemental. Le capital est apporté par le gérant non salarié, issu du secteur de la formation professionnelle et du bénévolat associatif dans le secteur de l'aide à domicile. La SCOP a été soutenue par des fonds de Lorraine Activité Du

Conseil Régional et par le crédit coopératif. Elle a obtenu l'agrément d'entreprise solidaire par la Direction Départementale du Travail et de la Formation Professionnelle. Le SAD 11 obtient, en 2009, l'agrément simple pour des prestations de confort auprès de tous publics (transport, ménage, informatique, jardinage, bricolage) et, en juillet 2009, l'agrément qualité pour des interventions au titre de l'APA et PCH et des interventions de garde d'enfants. Les activités dans le cadre de l'agrément qualité se développent peu en 2009 et connaissent un début de progression au cours du premier semestre 2010 ce qui aura un effet sur les effectifs : en 2009, trois ETP, soit 12 à 15 salariés étaient employés à toutes activités (dont jardinage et transport) et en 2010, cinq et demi ETP, soit 22 salariés. Un partenariat est établi avec une association d'aide à domicile longovicienne pour les activités de confort. Une convention avec la CAF est établie et une convention avec la CRAM est en cours de négociation.

1.2.2 Projets d'entreprises aux risques des agréments publics et de l'entrée en économie sociale

Pour l'ensemble de ces entreprises, les projets d'installation sont tous argumentés et justifiés par une vocation à s'investir dans le service à autrui et dans l'action sociale auprès de personnes fragilisées avec l'ambition d'apporter une valeur ajoutée en matière de qualité et d'efficacité et ,ensuite, par la saisie de l'opportunité ouverte par le PDSP, qui en 2005, ouvre à tout entrepreneur la possibilité de développer des activités de services à domicile. Sur les sites d'information des entreprises franchisées, les thèmes de la reconversion professionnelle et de l'intérêt « éthique » au développement des services à la personne minore le thème de la libre tarification des actes, soutenue par les exonérations fiscales et des marges bénéficiaires potentielles. Quelques exemples :

- « Le réseau s'adresse aux chefs d'entreprises ou salariés à la recherche d'une « nouvelle aventure professionnelle » pour laquelle il faut « avoir esprit d'entreprise, capacités commerciale et sens du service ».
- « notre action est guidée par la déontologie de notre secteur professionnel », « l'usager est acteur » et « nous garantissons une attitude de respect, réserve et discrétion, une relation qui protège l'usager ».
- Le site mutualiste communique en termes de « protection égale pour tous publics », quelque soit leurs niveaux de revenus et de besoins.

Cependant, à la différence des associations, le thème la solidarité collective, récurrent dans les projets associatifs, est remplacé par le thème de la solidarité interindividuelle dans l'expression des motivations des fondateurs des services à statut commercial. Le thème des externalités positives de l'entreprise sur l'environnement économique est évoqué par la création d'emplois et la fourniture de services à des particuliers. Par contre, le thème de l'innovation et de l'efficacité et de la qualité entrepreneuriale est récurrent. :

- *Monsieur J., qui est lui-même en fauteuil roulant et qui s'occupe de la dépendance, c'est lui qui nous a sensibilisés au niveau de la personne handicapée ; il nous a expliqué sa façon de voir les choses et on a voulu se lancer là-dedans parce que, lui, quand il s'est retrouvé vraiment en difficultés au niveau de la prise en charge par certaines structures, il y avait quand même des manques ; c'est vrai qu'on a beaucoup travaillé avec lui au niveau de la qualité et on travaille encore et on travaillera encore là-dessus au niveau de la qualité et de la prise en charge client » (Responsable RH).*
- *J'ai dû prendre en charge ma grand-mère dépendante. J'ai constaté que ma famille n'avait pas trouvé d'interlocuteur responsable, qui imposait l'heure du coucher, ou qui ne venait pas ; ils nous laissaient nous débrouiller, système D. Il y avait un manque de respect des personnes, c'était chaotique. Les personnes qui*

viennent chez nous n'ont pas ces aléas : nous quand on ne vient pas on prévient ou on décale un petit peu. (Gérant).

- *Je suis père d'un enfant atteint d'une maladie orpheline. Le concept du service articule le registre commercial au registre « éthique » : l'aide à la personne, faire passer la personne avant l'aspect financier. Concrètement ceci se manifeste en acte : par exemple, il nous arrive d'intervenir gratuitement chez la personne dans l'attente de la notification du CG (Gérant).*

Par contre, l'engagement contractuel avec un réseau franchisé exige que des marges financières soient dégagées pour pouvoir honorer le paiement mensuel d'un part du chiffre d'affaire en contrepartie de soutiens publicitaires, de formations des gérants, de la fourniture d'outils de gestion de la qualité et de mise en relation avec des partenaires fournisseurs de clientèle.

Le régime de l'agrément qualité, comme le régime de l'autorisation, présente l'avantage d'un apport de clientèle ciblée qui présente des besoins spécifiques censés générer des coûts majorés du fait d'une technicité plus valorisée des interventions. Ces coûts sont partiellement subventionnés par les tarificateurs publics (Conseil Général, CRAM, Caisses de retraites, CAF) ce qui devrait, à condition d'une bonne gestion, générer une valeur ajoutée aux services fournis. Ce calcul microéconomique est théorique, car les SAD à but lucratif, comme les associations, sont confrontés à des investissements en matière de ressources humaines et aux aléas d'un marché en grande partie encadré par les prescripteurs publics et à des prix fixés pour partie par ces mêmes tarificateurs. La libéralisation des services au domicile des personnes fragiles est limitée, ce sous-secteur restant largement sous tutelle des pouvoirs publics et/ou des agences et caisses de l'économie sociale. L'aspect « tutélaire » de ces régulations territoriales se remarque aux différentes étapes du développement des SAD commerciaux :

1°- les critères et processus de décisions pour l'obtention de l'agrément qualité,

2°- la tarification des prestations au titre de l'APA et de la PCH et la « sur tarification » au bénéficiaire que peuvent s'autoriser les SAD agréées par le Préfet,

3°- les règles de la concurrence définies dans le cadre du régime territorial d'action particulier à chaque département, les négociations et régulations croisées entre les services de l'Etat et du Conseil Général et l'action des acteurs intermédiaires qui évaluent les compétences des SAD.

L'obtention de l'agrément qualité suit la procédure définie par la loi sur le développement des services à la personne : l'agrément est délivré par le Préfet du département après le diagnostic réalisé par la DIRECT, service déconcentré de l'Etat, sur des critères prioritaires de la qualification des dirigeants, des statuts et contenus des emplois à créer, les capacités techniques et gestionnaire des opérateurs. L'avis du président du Conseil Général est ensuite requis, avant décision finale d'agrément du SAD, qui pourra ainsi intervenir au domicile de personnes dépendantes. Dans notre échantillon, deux SAD récemment agréés ont connu des délais longs pour l'obtention de l'agrément qualité :

- *L'agrément simple, c'est quand même plus facile (que l'agrément qualité) même si c'est du public fragile, ce n'est que du ménage, si l'intervenante ne peut pas y aller pour faire du ménage, je ne vais pas dire que ce n'est pas fondamental, mais ce n'est pas vital ; par contre, quand c'est une personne qui a besoin d'un lever, d'une toilette etc. des prises de repas, ça fait partie des choses élémentaires de la vie, donc on ne peut pas se permettre d'avoir des personnes qui ne soient pas qualifiées, qui ne peuvent pas venir il faut vraiment que, nous, on un ait un fond de roulement au niveau de notre personnel parce qu'on ne peut pas se*

permettre de laisser la personne comme ça toute la journée, alitée ; nous l'agrément simple, c'est un peu la facilité, c'est un peu pour ça qu'on a voulu se lancer dans l'agrément simple avant de se lancer dans l'agrément qualité parce qu'on voulait se faire un peu la main. (…) Pour l'obtention de l'agrément qualité, honnêtement, au niveau de la dépendance, on a beaucoup de mal à se faire un petit chemin dans ce domaine-là (….). Le conseil général avait donné son désaccord, avait demandé des compléments d'information et apparemment ça ne suffisait pas, c'est pour ça que après on a fait un point avec la direction du travail et la direction du travail a jugé que c'était abusif de donner un refus. (Responsable du personnel).

Les relations conventionnelles avec les tarificateurs publics sont conditionnées par le statut particulier de ces SAD qui, sur le segment de l'aide au domicile des personnes fragiles, sont financés indirectement par les allocations publiques émanant du Conseil Général et versées aux bénéficiaires, alors que la reconnaissance de leur savoir-faire est signifiée par les services de l'Etat. Cette double « allégeance » conduit les SAD commerciales à modifier leur culture professionnelle et internaliser les méthodes et formes d'organisation des associations du secteur social, en recrutant (voire en débauchant) des personnels qualifiés par la branche social-médicosociale ou sanitaire.

La contractualisation avec les prescripteurs publics entraîne aussi des problèmes de gestion très particuliers, auxquels ces jeunes SAD commerciales ne sont pas rompues par des années de relations tutélaires et conventionnelles, à l'instar des associations :

- *même la DGCS veut me contrôler. C'est vrai que les associations travaillent très bien, par exemple A. fait un super boulot, mais à des tarifs de 21 euros de l'heure. Ma politique n'a pas changé : satisfaire les bénéficiaires, essayer d'avoir un service de qualité avec une équipe qui tourne bien, avec la responsable de secteur. Mais à18,13 euros de l'heure, nous sommes obligés de limiter les frais de structure, alors que nous avons des besoins en secrétariat (Gérant).*
- *Le CG quand il parle de l'APA évalue le nombre d'heures chez la personne et en fonction des ressources de la personne, décide une prise en charge jusqu'à 1% des revenus. Nous, nous facturons à 20, 43 euros /heure dont TVA, alors que le CG donne par exemple 17,81 à 80% et il y a un reste à charge de 20% pour la personne. Nous facturons aux bénéficiaires dans le 54 la totalité des heures prestées, la famille reçoit l'aide de l'APA et va nous faire patienter pour le paiement. Alors pour les personnes fagiles, c'est pesant de montrer les factures trois fois ans aux évaluatrices du Conseil Général. Dans le 57 je facture avec déduction « participation du CG » en fonction des heures que nous avons effectuées. Nous facturons aussi à la prestation « à l'acte », ça mutualise le temps de travail des intervenantes (Gérant).*

Alors que les gérants des SAD commerciaux et coopératifs déclarent ne pas pouvoir se rémunérer personnellement au-delà du niveau du SMIC, les entreprises commerciales sont amenées à aligner leur gestion sur le régime de régulations territoriales des différents départements dans lesquels elles exercent, et certaines résistent au motif de leur indépendance économique.

2. Formes de gouvernances et formes d'organisation

Les régulations publiques du secteur, contribuent à faire porter aux SAD et à leurs bénéficiaires une part croissante de l'effort financier pour la création, la pérennisation et la qualité des services de proximité. Les règles produites par les orientations des politiques publiques encadrent et déterminent la formation des organisations dès leur création sous le format d'agréments, de conventions, d'objectifs et de contrôles de résultats. Ce cadre a un impact sur le fonctionnement des SAD et contribue à infléchir leur « gouvernance

institutionnelle » et leur « gouvernance organisationnelle » (Enjolreas : 2005)40, notamment en matière de création et de gestion des activités de services et en matière de structuration des emplois. La construction externe d'une partie des règles de fonctionnement des SAD associatif et commerciaux contribue à infléchir leur gouvernance fortement incités par les cadres nationaux et locaux des politiques sociales, ainsi que par l'influence des instances politiques et économiques du territoire. C'est pourquoi, les SAD mobilisent, à l'échelle locale, des stratégies qui leur permettent de financer leurs activités et d'assurer, en retour, leur pérennisation, tout en mettant en œuvre les directives définies par les instances politiques nationales et locales. La gouvernance des SAD est fortement mobilisée par les effets sur l'organisation des activités des nouvelles règles économiques du secteur. Par exemple, le rapport moral et d'activité 2009 du Président d'une association, fait état des effets du changement de politique sociale en matière d'exonération de charges et des obligations conventionnelles de revalorisation des salaires et frais de déplacement « prévisibles au moment de l'établissement du budget prévisionnel mais non agréés, donc pas opposables ». Les bureaux des associations sont chargés de piloter le redressement comptable, ceci dans la plupart des associations enquêtées, dont certains commissaires aux comptes ont déclenché une procédure d'alerte. C'est dans ce contexte de forte tension économique que des conseils d'administrations ont connu des remaniements, parfois successifs. Parmi les entreprises de statut commercial, les difficultés financières ont conduit à des restructurations et pour l'une d'entre elles, à une faillite en 2010, expliquée pour partie par la perte de clientèle conséquente à la sur tarification des actes subventionnés par l'APA.

Les Services d'aide à domicile observés présentent des formes de structuration variables selon d'une part, la taille des effectifs d'agents et d'autre part, la période de création. Le statut de l'entreprise, n'est pas discriminant, les petites associations et les petites entreprises commerciales présentant globalement les traits des configurations professionnelles (Mintzberg : 1982). En revanche, le type de régime conventionnel avec les prescripteurs publics apparaît comme le facteur le plus opérant sur la forme et le développement des SAD, car il conditionne une part souvent importante de la ressource économique des SAD enquêtés, surtout dans les cas où les prestations aux personnes dépendantes sont majoritaires dans les volumes d'activités. Ces régulations externes infléchissent les formes du travail tant au niveau de la gouvernance, de la direction des équipes, qu'au niveau de la réalisation des activités à domicile. Le « sommet stratégique » (Mintzberg : 1982) des associations et entreprises étudiées sont dirigés par des professionnels pour la plupart, issus des secteurs de l'action sociale, médicosociale, et sanitaire. Minoritaires sont les dirigeants issus du secteur commercial, notamment du secteur des services hôteliers. Dans le cas des associations et de la fondation luxembourgeoise, les conseils d'administration sont composés de manière variable de bénévoles en activité ou retraités. Dans le cas des entreprises à but lucratif, les CA sont réduits à deux ou trois actionnaires fondateurs, dont le gérant, qui n'est pas toujours salarié. Les capitaux investis ont été apportés par ces fondateurs, majoritairement par le gérant qui dirige le SAD avec le soutien de prêts bancaires. Pour les SAD de statut associatif, une

[40] A propos de la gouvernance, B.Enjolras (2005) propose de distinguer trois acceptions du terme correspondant à trois dimensions de la gouvernance : la gouvernance organisationnelle, la gouvernance institutionnelle et les régimes de gouvernance. La gouvernance organisationnelle s'intéresse aux modalités de coordination et d'interactions entre des acteurs au sein de l'organisation ; la gouvernance institutionnelle s'intéresse aux modalités de coordination et d'interaction entre d'une part, une organisation et, d'autre part, les acteurs constitutifs de son environnement ; les régimes de gouvernance sont concernés par les modalités de coordination et d'interaction des acteurs au niveau d'un secteur ou d'une collectivité.

tendance à la professionnalisation des administrateurs se confirme, pour répondre à la complexification des enjeux conventionnels avec les pouvoirs publics, et savoir gouverner les nouvelles règles et techniques de gestion.

Les 12 SAD enquêtées peuvent être schématisées par trois types de structuration :

1°- La grande entreprise sociale centralisée, dont la configuration est une bureaucratie professionnelle ouverte sur un environnement géographique étendu,

2°- La grande et moyenne entreprise sociale divisionnalisée, dont la configuration est une bureaucratie professionnelle décentralisée, les divisions (agences, antennes locales) se présentant comme des structures entrepreneuriales simples ouvertes sur des environnements de proximité relativement étendus ;

3°- La PME associative ou lucrative, configurée comme une structure entrepreneuriale simple ouverte sur un marché très local.

2.1 La grande entreprise sociale centralisée

Le premier type d'organisation est de taille supérieure en effectifs d'agents et caractérisée par un degré de division des fonctions et de stratification des postes qui les rapprochent de la forme de la grande entreprise de service ou de la grande administration. Cette forme d'organisation est l'héritage de la période des régulations tutélaires (1970-1990) durant laquelle des associations ont pris de l'ampleur et se sont développées par effet de mimétisme avec les administrations qui avaient externalisé pour partie des missions de services public. En contrepartie, les associations avaient des garanties quant à leur pérennisation, à condition qu'elles puissent internaliser les modes bureaucratiques de gestion des services et d'organisation du travail. Parmi les douze SAD enquêtés, un relève de ce modèle d'institutionnalisation et d'organisation. Le SAD 3, sur l'agglomération de Nancy est porté par une association implantée depuis 50 ans, qui emploie 1136 agents en 2009[41]. Ses activités sont concentrées sur des prestations spécialisées et financées au titre de l'APA-PCH (73% des heures prestées en 2008 en progression en 2009 et 2010).

Premier type d'organisation : « l'entreprise sociale de service centralisée »

	SAD 3
Aire d'intervention	Agglomération de Nancy et secteurs ruraux
Segments d'activité	73 % pour 481721 heures APA-PCH[42] Baisse des heures CRAM Prestations de confort
Nombre d'agents en 2009	1136 dont 623 en CDI[43]
ETP	650
Direction	1 Direction Générale, 1 Direction des Ressources Humaines

Le SAD 3 est dirigé par un sommet stratégique composé :

[41] Sur le département, nous comptons trois associations présentant la forme de l'entreprise sociale centralisée qui emploie plus de 500 salariés.
[42] Source : Service Personnes Agées et Personnes Handicapées du Conseil Général.
[43] Source : rapport d'activité 2009.

- d'un conseil d'administration de vingt administrateurs et d'un bureau de six administrateurs,
- d'une direction à qui s'associent une ligne hiérarchique de trois chefs de service : chef du personnel, chef du service comptabilité-informatique, chef du Service Aide à Domicile.

Le service du personnel est composé de :
- une fonction de conseil Ressources Humaines-référent qualité,
- une fonction assistance aux Ressources Humaines,
- deux fonctions d'assistance de gestion et de secrétariat.

Le service comptable est composé de :
- fonctions de comptables, d'assistance facturation, paie, informatique.

Le service Aide à Domicile est composé de :
- une ligne hiérarchique intermédiaire composée d'une conseillère technique et de neuf responsables de secteur,
- un centre opérationnel de secrétaires, hôtesses d'accueil, assistantes de secteur.

Au total le centre administratif du SAD 3 totalise 28 cadres et agents, dont quatre cadres dirigeants, deux conseillères techniques, neufs responsables de secteur et treize agents sur des fonctions d'assistance et de secrétariat.

Le centre opérationnel de 1136 agents est réparti sur plusieurs zones géographiques dans un rayon de 60 km autour de l'agglomération de Nancy. La structure des qualifications présente :

- 127 Auxiliaires de vie Sociale en Catégorie C, soit 11%,
- 107 assistantes de vie en catégorie B, soit 9% des effectifs totaux de salariés.

L'organisation du travail dans le SAD 3 est caractéristique des configurations bureaucratiques professionnelles (Mintzberg)[44] qui ne se sont pas constituées en structure en division, c'est à dire qu'elles n'ont pas essaimé en agences locales sur les territoires. En conséquence, la ligne hiérarchique procède à la coordination et au contrôle par des communications à grande distance géographique avec les intervenants à domicile. Les Instances Représentatives du Personnel (Délégués du personnel, Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail, Comité d'Entreprise) sont actives au sein de l'entreprise, des sections syndicales participent aux négociations salariales (modulation annuelle des salaires, par exemple).

2.2 Grandes et petites Entreprises divisionnalisées

Le deuxième type d'organisation est, comme le premier type, de taille importante en effectifs d'agents (plus de 500) et caractérisé par un degré de division des fonctions et de stratification

[44] Minztberg définit six modèles d'organisation (d'après Amblard et alii, 1996, p.15-17):
1. la configuration entrepreneuriale, structure simple, organisée autour du centre décisionnel et la ligne hiérarchique ;
2. la configuration bureaucratique mécaniste, organisée sur la technostructure et la rationalisation des procès de travail et standardisation des tâches ;
3. la configuration divisionnalisée, organisée autour d'unités de production autonomes et de lignes hiérarchiques et visant la performance financière ;
4. la configuration professionnelle, centrée sur l'autonomie et l'expertise et la coordination des savoirs et des qualifications (environnements complexes mais stables : hôpitaux, université, associations, bureaux d'études..)
5. la configuration innovatrice ou "adhocratie », centrée sur l'expertise d'équipes pluridisciplinaires qui collaborent conjointement avec les managers dans un contexte dynamique et instable (ingénierie, associations)
6. la configuration missionnaire, centrée sur une culture d'entreprise et la diffusion d'un message pour mobiliser le personnel (PME franchisées, associations).

des postes qui les rapprochent de la forme de la grande entreprise de service ou de la grande administration. Cependant, pour adapter le service aux besoins identifiés sur les territoires, ces organisations ont essaimé sur des zones géographiques du département et du Grand-Duché du Luxembourg. Parmi les douze SAD enquêtés, six relèvent de ce modèle de développement.

Deuxième type d'organisation : Entreprises sociales divisionnalisées

	SAD 12 Fondation	**SAD 2 Association**	**SAD5 Association**	**SAD 4 Association**	**SAD 8 SARL**	**SAD10 SARL**
Aire d'intervention	**Luxembourg-ville et provinces**	**Grand Nancy**	**Longwy et zones rurales**	**Longwy**	**Nancy Longwy**	**Longwy**
Segments d'activités[45]	Majoritaire au titre de la prestation dépendance Activités annexes financées par les ménages partiellement solvabilisés par le Ministère de la Famille	21 873 heures Dont 72% APA et PCH Part aide aux familles et non tarifé : 21%	77205 heures dont 93% APA et 4% PCH Autres financeurs (CRAM, Mutuelles) : 11,2 % Non tarifé :1,6%	86 000 heures dont 80%heures APA-PCH	Toutes activités : 5000h/mois Garde enfants, garde malade, transport, Mesures APA-PCH	Service hygiène tarifé à l'acte ; Service ménage, repas, courses Mesures APA-PCH 8112h[46]
Nombre d'agents	2010 : 1600	2009 : 36	2009 : 82 dont 50ETP	2009 : 72 dont 40 ETP 2010 : 108 dont 86 ETP	sur 3 agences inter-régionales : 214 (2010) Sur agence lorraine : 91	22 dont 10 ETP
Direction	Luxembourg-ville : Direction générale, direction financière, DRH, Responsable Santé Grand-Duché : 25 Centres d'Aide et de Soins animés par cadres supérieurs et coordinateurs	Direction Générale à Nancy CA à NAncy Direction locale : Cadre de secteur	Direction Générale à Nancy CA à Longwy Direction locale : coordonnateur de proximité	Direction Générale à Nancy. Antenne de Longwy : cadre de secteur	Direction en Alsace : Gérant Responsable commercial Agence : Responsable d'agence Responsable secteur	Direction à Metz : -Gérant non salarié actionnaire principal Agence Longwy : -Agent de maîtrise (aide-soignante qualifiée)

Le SAD 12, situé au Luxembourg, est dirigé par un sommet stratégique, établi en 1999, composé d'un conseil d'administration et d'une direction, localisés à Luxembourg, qui remplit les fonctions de :

- direction générale
- direction financière et administrative
- direction des ressources humaines
- direction des soins.
- Chef de la cellule Développement et Orientation

[45] Sources : rapports d'activité et enquêtes auprès des dirigeants et cadres.
[46] Les volumes agrégés des heures APA et PCH fournis par les SAD commerciaux sont déclaratifs.

- Secrétaire Général

Chaque direction s'appuie sur un(e) assistant(e) de direction.

Une restructuration du « staff » a conduit à la suppression de la direction des ressources humaines qui s'appuie désormais, pour partie, sur l'assistant de direction.

Trois secrétariats de direction viennent soutenir les fonctions du siège, basé à Luxembourg.

Au total, environ 400 personnes sont affectées à des fonctions administratives et de gestion ou de supervision dans les unités décentralisées de la fondation.

Le centre opérationnel est réparti sur 25 Centre d'Aide et de Soins (CAS) localisés sur cinq zones couvrant la totalité du territoire du Grand-Duché.

D'autres activités sont développées et gérées au niveau du siège :

- 12 Centres Psycho Gériatriques, organisent l'accueil en journée de personnes « ayant besoin, pour des raisons psychiques, sociales et/ou physiques, d'un accompagnement professionnel et un accompagnement de groupe ».
- Une équipe d'ergothérapeutes, de psychomotriciens de diététiciens intervenant à domicile auprès des bénéficiaires de l'assurance dépendance ou du « tarif social ».
- Une équipe de psychologues intervenant auprès des familles et des bénéficiaires de l'assurance dépendance ou du « tarif social ».
- Une équipe d'infirmières « de liaison » coordonne les transferts entre l'hôpital et le domicile.
- Une activité de garde de nuit.

Sur le segment d'activités de confort, une filiale a été créée, spécialisée dans les « aides domestiques » (préparation des repas, nettoyage, courses, etc.). Ce service s'adresse aux personnes non bénéficiaires de la prestation dépendance, qui peuvent être soutenus par le financement du ministère de la famille.

Sur le segment paramédical et médicosocial, 25 Centres d'Aide et de Soins (CAS) sont délocalisés à plusieurs dizaines de kilomètres du siège et emploient de quarante à cinquante agents, dont la moitié en équivalent temps plein. Ils sont organisés sur une ligne hiérarchique simple :

- Un cadre supérieur, titulaire d'un diplôme d'infirmier ayant une expérience en milieu hospitalier. Certains cadres supérieurs sont titulaires du diplôme d'éducateur spécialisé ou d'un titre en gestion associés à une expérience dans le secteur bancaire. Les cadres supérieurs supervisent chacun deux CAS, depuis la restructuration de 2009 : le niveau hiérarchique de la fonction de « manager », fonction support de la direction générale a été supprimée pour une réorganisation de la ligne hiérarchique sur la fonction de « cadre supérieur », dont les effectifs ont été divisés par deux.
- Deux cadres « coordonnateurs », infirmiers diplômés, occupent des fonctions d'encadrement intermédiaire et animent, dans chaque CAS les équipes :
    - d'aides sénior, sans qualification, affectés plus particulièrement aux activités sociales (accompagnement de vie) et de soutien dans les tâches domestiques. Les aides séniors sont en nombre restreint (moins de 10 par CAS).
    - d'aides socio-familiaux, qualifiés par un titre délivré par une école conventionnée (équivalent au titre Assistante de Vie en France), affectés à

des activités de care (aide à la toilette) et d'appui aux équipes paramédicales et, opportunément, des activités domestiques.
- aides-soignants, chargés des soins paramédicaux sous l'autorité des coordonnateurs et cadres infirmiers ; ils peuvent effectuer des tâches ménagères, comme les aides socio-familiaux, quand la situation du bénéficiaire le nécessite.
- Infirmiers chargés des soins prescrits par les médecins hospitaliers ou libéraux et de la veille sanitaire aux domiciles des personnes aidées
- Secrétaires

Cette entreprise sociale présente une configuration organisationnelle professionnelle combinée avec une structure en division :

- d'une part, le centre opérationnel est prédominant pour la réalisation des objectifs de l'entreprise, l'activité étant répartie sur différentes qualifications professionnelles en fonction d'une division technique du travail précise articulant clairement les titres et les postes, le principal mécanisme de coordination étant mis en œuvre par l'encadrement de proximité s'attachant à distribuer et contrôler l'activité.
- d'autre part, la délocalisation des activités sur des unités opérationnelles en proximité de marchés locaux de prestations est appuyée sur une ligne hiérarchique courte ; suite à la réorganisation du centre décisionnel, la standardisation des données informationnelles, l'informatisation pour le contrôle des performances et de la qualité des interventions inscrivent le SAD 12 dans la « configuration divisionnalisée » fondée sur le principe d' une relative autonomie des unités locales, afin d'assurer leur flexibilité et leur adaptabilité aux environnements de la demande de services.

Les Instances Représentatives du Personnel (Délégués du personnel, section syndicale) participent aux négociations sur les salaires et sur les modalités d'application de la convention collective en cours de renégociation au moment de l'enquête. Les représentants du personnel sont intervenus dans un conflit du travail au moment de la restructuration des effectifs d'agents intervenants et de cadres.

Les SAD 2 situé à Nancy, le SAD 5 situé à Longwy sont deux organisations de taille moyenne, assimilables à des PME de services. Elles emploient chacune moins de 100 salariés mais sont organisées en tant que divisions d'une grande fédération associative nationale et départementale, qui leur fournit l'ensemble des services administratifs et économiques depuis le siège social Meurthe et Mosellan. Ce centre politique fédère et soutient 30 SAD associatifs, dont trois SIAD, localisés sur le département, et comptabilise 1295 salariés, dont 770 en ETP. Une commission « Ressources Humaines » est mise en place en 2008, composée de bénévoles et de professionnels, qui « travaillent activement au développement, de dossiers, d'outils et de projets » dont la mise en place d'un outil de Gestion Prévisionnelle des Emplois. Au niveau des deux SAD locaux, statutairement autonomes vis-à-vis du siège, le sommet stratégique est composé d'administrateurs bénévoles et professionnels, le CA représentant un collège d'élus par les adhérents de l'association, et un collège représentant les élus du personnel intervenant, pour ¼ des sièges. L'organigramme du SAD 2 présente une structure hiérarchique courte : un cadre de proximité assure la direction du SAD, assistée par quatre Assistantes de Proximité et de deux chargés de secteur. L'organigramme du SAD 5 présente le même type d'organigramme : un animateur de proximité et deux cadres de secteur, deux secrétaires administratives.

Les deux SAD sont investis principalement sur le segment des personnes âgées fragiles et des personnes handicapées, mais d'autres services sont développés en vue de diversifier les sources d'activité : petite enfance et aide aux familles, intervention de confort financées par les ménages et partiellement par la CRAM et des mutuelles. Pour le SAD 5, les qualifications employées sur le segment des personnes fragiles sont :

- de niveau V en catégorie C (AVS): 10 %
- en catégorie B (AVF, MCAD) : 24 %
- En catégorie A (66%).

Pour le SAD 2, deux employées sont en catégorie C, sur 36 salariées, soit 5,5%. Cette politique de recrutement est motivée par des difficultés économiques.

Le SAD 4, de statut associatif, présente une structuration que l'on peut assimiler aussi à une configuration professionnelle combinée à une structure en deux divisions. L'agence de Nancy intègre le siège social dans ses locaux, « l'antenne » de Longwy est délocalisée à 100km du siège. Le sommet stratégique, Conseil d'Administration et direction, est situé à Nancy. Ainsi les décisions politiques et administratives s'appliquent à distance, à l'unité de Longwy. L'agence de Longwy, qui a été enquêtée, présente une configuration entrepreneuriale simple. Le centre décisionnel et de contrôle est composé d'une hiérarchie courte :

- un cadre de secteur remplit, par délégation, toutes les fonctions de direction, gestion du personnel, organisation du travail et contrôle, ainsi que les relations partenariales et institutionnelles avec les services du Conseil Général territoire d'action sociale de Longwy.
- Un appui administratif local par une assistante technique (Catégorie D), et un secrétariat : secrétaire d'antenne et secrétaire d'accueil (Catégorie D).
- Des responsables de secteurs qui organisent et animent les activités par zones, dans un rayon de 60 km.

Le centre opérationnel compte, en 2011, 100 intervenantes à domicile (72 en 2009), dont 40% de personnel qualifié :

- En catégorie C : quatre aides-soignantes affectées aux bénéficiaires handicapés ou classés en GIR1 et 2 et six Auxiliaires de Vie Sociale, soit 10% ;
- En catégorie B : 30 Assistantes de vie aux Familles en catégorie B, soit 30%.

Les SAD 2 et SAD 4 ont mis en place récemment des Instances Représentatives du Personnel (Délégués du personnel). Le taux de participation à l'élection des délégués du personnel est pratiquement nul, 10% des salariés sont votants. « Les aides à domicile ne comprennent pas les fonctions de délégué du personnel ». Le comité d'entreprise ne s'est pas encore réuni. La responsable ne connaît pas les modalités de constitution et de réunion du comité d'entreprise.

SAD 8 est une agence localisée en Moselle qui intervient en Meurthe et Moselle. Cette agence dépend d'un siège situé en Alsace. Le siège est le centre de gestion financière, comptable et le centre d'appel pour tous bénéficiaires. La division lorraine opère sous l'autorité d'une responsable d'agence, secondée par deux responsables de secteur, en relation informatique permanente avec le siège. Les qualifications employées par l'agence lorraine sont :

- Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF) en responsabilité d'agence
- CESF et Technicienne en Economie Sociale et Familiale en responsabilité de secteurs.

Les intervenantes à domicile sur Nancy et Longwy sont au nombre de cinq. Le personnel d'intervention est recruté pour partie avec le DEAVS, et le titre Assistante de vie aux familles. La majorité du personnel d'intervention est recruté sur la base de trois années d'expérience.

Le SAD 10 est une SARL franchisée dont le siège est basé à Metz, en Moselle (département limitrophe) qui se divise par une agence, créée en 2006 à Longwy. Le Conseil d'Administration est composé de trois membres fondateurs dont deux médecins, qui ont apporté le capital de la SARL. La direction des deux agences est assurée par le gérant non salarié, actionnaire majoritaire, secondé sur l'agence de Longwy par une aide-soignante ayant la fonction d'agent de maîtrise. Sur l'agence de Longwy, 22 salariés dont 10 ETP (45 salariés à Metz, dont 28 ETP) sont employés pour des interventions à domicile diversifiées (Actes d'hygiène, ménage, préparation des repas) et des activités spécialisées auprès des personnes fragiles, au titre de l'APA et de la PCH[47]. La stratégie de développement vise depuis la création des deux agences de centrer l'activité sur les personnes dépendantes fragiles et de ne pas souscrire aux autres créneaux des services à la personne (bricolage, garde d'enfants…). L'organigramme est une structure simple composée, sur l'agence de Longwy :

- Du directeur (issu du secteur hôtelier)
- D'un agent de maîtrise chargé de l'organisation du travail et de la gestion du personnel sur l'agence de Longwy ;
- De deux animatrices, chargées de réguler les interventions et d'ajuster les plannings ;
- Un secrétaire en Contrat d'Insertion par l'Economique ;
- De quatre intervenantes titulaires du DEAVS ;
- De douze intervenantes titulaires du BEP Carrières Sanitaires et sociales ;
- De deux intervenantes sans qualification.

Il est à noter, l'emploi de 6 Contrat d'insertion-RMA (en 2009). Au total, sur l'effectif, « plus de 80% des salariés ont un diplôme » (Directeur). La référence contractuelle est le code du travail, dans l'attente de la convention collective des entreprises de services à la personne, dont la discussion est soutenue en Lorraine par le Syndicat régional des entreprises des services à la personne, fondé par le directeur du SAD 10.

2.3 Les PME associatives ou commerciales

Le troisième type d'organisation indépendante, de statut associatif ou commercial, est de taille moyenne (moins de 100 salariés) ou de petite taille (moins de 50 salariés) et n'est pas constituée en divisions. Le sommet stratégique est localisé au même endroit et dans les mêmes locaux que l'activité de service, et se confond avec la fonction de direction. Ces organisations sont configurées comme des structures entrepreneuriales simples ouvertes sur un marché très local. Elles présentent un organigramme plat et une faible division technique

[47] La part des prestations spécialisées sur mesures APA-PCH ne nous a pas été donnée précisément lors des différents entretiens.

du travail d'encadrement. Les zones géographiques d'intervention sont limitées aux agglomérations urbaines dans lesquelles ces SAD sont implantés. Parmi les douze SAD enquêtés, sept relèvent de ce modèle de développement.

Troisième type d'organisations : PME associative ou commerciale

	SAD 1 Association	**SAD6 SARL**	**SAD7 UERL**	**SAD 9 Association**	**SAD11 SCOP**
Aire	Nancy	Nancy	Nancy	Nancy	Longwy
Segments d'activités	APA : 49449h(2009) 43589h(2010) PCH : 14066h(2009) 22459h(2010) 87% de l'activité sur APA-PCH	APA-PCH : 36000h (2010) CRAM : Sorties hospitalisation 100bénéficiaires 90 repas/jour Téléassistance Transport Jardinage ménage	Pôles : « sénior-dépendance » « ménage » « garde d'enfants » « jardinage » « informatique » Mesures APA-PCH	Gardes de nuit en mandataire Gardes d'enfant Mode prestataire : 30% de l'activité	40% des prestations APA ou PCH : 40% des prestations 1300h/mois En 2010: 14 plans APA et 1 plan PCH Autres activités : transport, jardinage, bricolage, ménage, portage de repas.
Nombre d'agents	2009 : 69 Dont 55,88 ETP 2010 : 73 dont 57,6 ETP	2009 : 22 2010 : 34 dont 27 ETP	2010 : 31 Dont 15 ETP (4 auxiliaires de vie)	2010 : 50 en mode mandataire 30 en mode prestataire dont 13 ETP	2009 : 22 dont 5 ETP 2010 : 30 dont 7 ETP
Direction	Directeur Responsable ressources humaines et paies	Gérant Responsable de secteur	-Responsable d'agence -Responsable technique- qualité -Responsable secteur dépendance -Responsable clientèle	-Direction -Cadre de secteur pour les services à la personne	Gérant salarié-responsable de secteur Actionnaire (25% du capital)

Le SAD1 est une association indépendante, autorisée par le Conseil Général, fédérée au plan national, qui se développe depuis 2005 autour de 87% de son activité financée par l'APA et la PCH. Une partie de l'activité (6% des ETP) est sur le mode mandataire. L'organigramme montre une organisation simple de type professionnel dans laquelle se répartissent les fonctions essentielles de gestion des interventions à domicile : un sommet stratégique composé d'un CA de membres fondateurs (professionnels du secteur sanitaire et paramédical), d'une direction qui assure, en binôme avec le responsable des ressources humaines, le développement économique, la gestion de la main d'œuvre et des prestations, l'organisation interne du travail. Le service comptable est assuré par une assistante comptable. Les plannings sont établis et suivis par deux responsables de secteur, appuyées par une assistante responsable de secteur. Au total, le centre décisionnel et la ligne hiérarchique réunissent six salariés, dont un cadre (directeur), un responsable RH, deux responsables de secteur et deux assistantes. Les qualifications mobilisées par sont :

- Cadre commercial (maîtrise universitaire)
- Comptable (diplôme d'études comptables et financières et DUT de gestion des entreprises) ;
- DEAVS (responsables de secteur).

Parmi le personnel d'intervention :

- Catégorie C : 18 agents dont 16 DEAVS, 1 Aide-soignante, 1AMP (25% des effectifs) ;

- Catégorie B : 26 agents dont 7 Titres assistantes de vie, 10 BEP Carrières sanitaires et sociales, 9 titres d'Employé Familial Polyvalent (35% des effectifs) ;
- Catégorie A : 29 agents (40% des effectifs).

La référence conventionnelle est l'accord de branche du 29 mars 2002. Les instances représentatives du personnel (délégués du personnel, Comité d'Entreprise) sont actives, et représentées par une section syndicale.

Le SAD 6 est une PME de 34 salariés (en 2010) dont le statut est une SARL franchisée qui développe depuis 2007 une diversité d'activités de services aux personnes. L'agrément qualité est accordé peu après la création pour des mesures APA-PCH qui couvrent une part de l'activité[48] (3000h par mois, soit une estimation de 36000 heures années). Des interventions sont conventionnées avec la CRAM et des caisses de retraites (accompagnement de sorties d'hospitalisation, par exemple), et par des interventions de « confort » (transport, ménage, portage de repas, téléalarme) financées par les ménages. L'organigramme est restreint à la fonction de direction, assurée par le gérant-salarié, actionnaire principal, par une responsable de secteur titulaire du DEAVS, assistés par deux secrétaires. Selon les informations orales données au cours des entretiens, les intervenants à domicile sont en grande partie qualifiés pour des interventions auprès de personnes fragiles :

- Deux aides-soignantes
- Deux intervenantes titulaires du DEAVS
- 20 titulaires du titre Assistante de vie ou titres de la FEPEM
- deux jardiniers
- Un livreur de repas
- Deux installateurs de téléalarme.

La référence conventionnelle est le code du travail.

Le SAD 7 est une petite UERL qui s'est installée en 2008, sur l'agglomération de Nancy, avec un agrément simple pour des activités de ménage, repassage, jardinage, cours d'informatique, réception, garde d'enfants. Fin 2008, l'obtention de l'agrément qualité permet aux fondateurs de développer des activités auprès de personnes dépendantes dans le cadre de mesures APA-PCH. Le sommet stratégique se confond avec la ligne hiérarchique, les agents du « staff » partageant les informations relatives à la gouvernance économique, à la gestion des contrats de prestation et des emplois, l'organisation du travail :

- un Responsable d'agence ;
- un Responsable technique-qualité (titulaire d'un Bac Sciences médicosociales) en charge de la gestion du personnel ;
- Responsable secteur dépendance
- Responsable clientèle.

Parmi les 19 intervenantes à domicile, une est titulaire du DEAVS, les autres sont « auxiliaires de vie sans diplôme ». Tous les salariés sont en CDI.

Le SAD 9 est une association fondée par une mutuelle en juillet 2009 qui intervient sur la

[48] Concernant la plupart des entreprises à but lucratif de l'échantillon, les informations chiffrées relatives au chiffre d'affaire et à la structure de l'activité n'ont pas été livrées avec précision par les directions.

grande agglomération de Nancy. L'activité consacrée principalement à des gardes de nuit. est majoritairement mandataire, afin de limiter les coûts horaires, Les contrats de travail en mandataire sont référés à la convention collective du salarié du particulier employeur.. Une activité prestataire se développe (30% de l'activité en 2010) pour des activités domestiques au domicile d'ayants droits de la mutuelle (ménage, sorties d'hospitalisation, garde d'enfants). et pour une nouvelle clientèle apportée par des partenaires. Une activité de jardinage et bricolage a été externalisée sur une SARL, titulaire d'un agrément simple, qui intervient, entre autres, auprès des bénéficiaires du SAD9. Une convention de partenariat a été signée avec une grande association d'aide à domicile qui sous-traite les gardes de nuit en mandataire au SAD9 et d'autres interventions « sur une dimension sociale plus importante avec un public beaucoup plus fragilisé » (Cadre de secteur). Le sommet stratégique est composé d'un conseil d'administration dans lequel sont représentés des membres du conseil d'administration de la mutuelle, ainsi que d'une direction[49]. La Service d'aide à domicile est géré par l'association partenaire et dirigé par délégation par un cadre de secteur (deug de Psychologie et BTS Action commerciale) assistée d'une « employée administrative » . Une « trentaine » d'agents d'intervention, soit « 12 à 13 équivalent » temps plein interviennent en mode prestataire, une cinquantaine en mode mandataire.

Le SAD 11 est une SCOP créée en 2009 pour développer des aides au « confort pour tous publics » ainsi que des services aux personnes dépendantes. Le choix du statut coopératif est motivé par le constat « du peu de considération pour les exécutants, très sollicités mais sans retours en terme de salaires» (Gérant). Le projet d'entreprise consiste à intéresser les salariés au développement de l'activité et à développer des relations solidaires pour la promotion sociale et la qualité des emplois. Le sommet stratégique est composé d'un bureau de trois administrateurs. Le gérant-salarié est diplômé à niveau I (DEA de Chimie) a apporté plus de 50 % du capital. Les salariés participent sur leur salaire au capital de la SCOP pour 1% du chiffre d'affaire. En 2010, sur 30 salariés, 7 sont en catégorie C, les autres étant des assistantes de vie de niveau A :

- *Il y en a une qui a un bac sciences médicosociales qui a une expérience de plus de 8 ans dans l'aide à domicile auprès de personnes âgés avec un contact qui passait très bien. Avec un bac pro. Le diplôme d'assistante de vie, niveau deug de psycho. Je n'ai pas à ce jour une personne aillant une qualification particulière auprès de la petite enfance. Par contre les personnes qu'on a mises en place sont des personnes qui, dès le départ elles présentaient toutes les qualités qui étaient demandées auprès de la famille à savoir l'écoute, l'autonomie, la prise en charge, beaucoup de bon sens et à partir de là elles avaient déjà une expérience significative dans l'aide à domicile, on sait que ce sont vraiment des personnes sur lesquelles on peut compter pour leur ponctualité, leur sérieux. Mais autrement, nous n'avons pas de qualification particulière. (...)Pour l'instant, on vient à peine de signer les premiers CDI, il y a 4 intervenants en CDI. Pour passer du CDD au CDI, il y a une fidélisation et le salarié sait qu'il y a une partie de son salaire qui est versée dans le capital donc il a intérêt à participer, à s'engager dans la démarche, c'est une responsabilisation de son emploi. Les contrats sont réévalués une fois par an soit à la hausse soit à la baisse. (Gérant).*

Le service n'a pas encore mis en place de délégué du personnel. Les contrats sont des CDD et des CDI pour la plupart les emplois sont à temps partiels, nombre de salariés étant employés par d'autres services à domicile. La SCOP est en référence à l'accord collectif de la branche de l'aide à domicile.

Au final, les régimes d'organisation des SAD entrepreneuriaux et associatifs se rapprochent des entreprises de services en s'organisant sur le principe de la singularisation des prestations

[49] La composition du conseil d'administration n'a pas été donnée par notre interlocuteur.

et d'une relation de service particulière, nommée « relation d'aide », adaptable aux situations particulières des bénéficiaires. En conséquence, l'organisation du travail s'est transformée (modèles de gestion, systèmes d'emploi, organigramme et forme du travail salarié), présentant un double visage. A première vue, les SAD aux personnes dépendantes sont représentatives du type de « Structure professionnelle » décrite par Osty et Hualde (2007) que représentent, entre autres, des organismes des secteurs sanitaire et sociaux : hiérarchie structurée, autonomie et participation aux décisions des échelons opérationnels, logique gestionnaire et contrôle des performances sur les activités de « métiers ». Mais, l'hybridation avec un type de « Structure simple de marché » (ligne hiérarchique courte, décentralisation, unités opérationnelles localisées sur zones géographiques, adaptation des produits et services, coordination par évaluation des résultats des activités) apparaît dans la plupart des SAD, du fait de la nécessaire délocalisation en proximité des interventions. Les organigrammes prennent des formes différentes selon la taille des entreprises associatives (de 13 à 700 salariés) qui se structurent :

- soit, sur le modèle pyramidal (centre décisionnel composé du Conseil d'Administration et bénévoles actifs du bureau, une direction, une fonction DRH et des «responsables de secteur»),

- soit sur une ligne hiérarchique aplatie, sans direction salariée mais une fonction de coordination et de développement, le CA faisant office de centre décisionnel. Les moyens économiques pour financer ces fonctions étant limités, les employeurs concentrent les fonctions d'encadrement sur quelques postes. Dans ce type d'organisation, coexistent des salariés permanents diplômés qui occupent des fonctions de responsables et un volant important de salariés, sous contrats de travail atypiques, dans des fonctions d'exécution (entretien, animation, accueil, secrétariat, intervention à domicile). La dualisation des emplois participe d'un construit organisationnel en deux pôles, l'un de décision-conception chargé de la rationalisation et l'autre d'exécution relativement autonome, mais majoritairement sous-qualifié, chargé de la production finale du service (Streicher : 2008). Dans ce contexte, hormis les grandes entreprises sociales de plus de 500 salariés (SAD 3 et SAD12), les organisations sont peu hiérarchisées, la fonction de direction étant remplie par des cadres, ou faisant fonction qualifiés, du niveau III (DUT) à niveau II (Licence) voire niveau I (DEA). L'encadrement intermédiaire, qui n'a généralement pas le statut de cadre, remplit les fonctions managériales de recrutement, de coordination, d'animation, de contrôle. Ainsi, les les fonctions décisionnelle et stratégique sont concentrées par le Bureau et CA et la direction (dans les SAD privées les directeurs sont aussi les actionnaires). Hormis pour les grandes entreprises (SAD 3 et SAD 12) organisées par une hiérarchie des qualifications et des fonctions de direction et d'administration, dans les autres SAD, les directions confient par délégation, à des professionnels qualifiés (DUT, BTS, TISF, CESF, Aide-Soignante, AVS) le fonctionnement des services (recrutement, gestion du personnel, tutorat, visites de contrôle aux domiciles, gestion des conflits, veille, évaluation des compétences, animation des réunions avec ou sans la direction.

Les trois SAD enquêtés à Kassel, deux associations et une entreprise à but lucratif représente les trois formes d'organisation :
-une association de bien-être (Wohlfahrtsverband) de grande taille, liée à l'église (type W)- un prestataire de type associatif de taille moyenne, lié au mouvement des handicapés (type V)- un prestataire à but lucratif de plus petite taille (Type P)
La structure de la main-d'œuvre - Pour le type W: 182 employés (équivalents temps plein 108), 127 à temps partiel, 26 salariés à temps très partiel, huit bénévoles, 69 infirmières pour personnes âgées, 49 infirmières, 9 aidants familiaux et autres, 25 aides-soignants sénior et autres, 3 bénévoles, un total de 1 + 3 + 8 cadres - Pour le type V: 70 salariés (25 équivalents temps plein), soit environ 45 pigistes (assistance) ou employés à temps très partiel, un total de 1 + 4 cadres, quelques bénévoles dans le conseil d'administration - Pour le type P: 18 employés, 15 à temps partiel, dont l'un employé 12h par semaine (à temps très partiel), aucun bénévole, 17 soignants pour les personnes âgées ou infirmières incluant une infirmière familiale, au total 2 + 1 cadres
Profils d'activité (en nombre d'heures)- Pour le type W: 40 % soins de traitement (caisse maladie), 55% de soins de base (caisse dépendance), 5% d'activités de soutien, en tout environ 25% du volume des heures en aide ménagère- Pour le type V: 35% d'aide aux personnes handicappées au niveau régional (LSW,), 10 % de soins de traitement, 30% de soins de base, le reste étant de l'aide offerte au niveau local - Pour le type P: 30% des soins de traitement, le reste étant essentiellement des soins de base, une petite portion est d'autres formes d'aide
chiffre de fluctuation du personnel estimé- Pour le type W: 8-10% par an- Pour le type V: 5-10% par an- Pour le type P: très aléatoire, aucune information supplémentaire
Normes émanant de la négociation collective/rapport salarial - Pour le type W: convention collective TVöD / BAT avec la sécurité sociale habituelle (statut particulier pour les employés à temps très partiel)- Pour le type V: convention collective uniquement pour les salariés-prestataire, d'après les lignes directrices Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands (A.v.R.), les employés permanents bénéficient de la sécurité sociale habituelle (statut particulier pour les employés à temps très partiel) – aucune sécurité sociale pour les pigistes- Pour le type P: pas de convention collective, accord avec les employés, protection sociale habituelle
A partir de 2010, un salaire minimum s'applique (8,50 €) à tous les prestataires ; les salaires réels sont en moyenne plus élevés mais varient fortement entre les prestataires (ils sont plutôt bas chez la structure à but lucratif).
Quelles sont les stratégies des organisations?
À partir du portrait tracé par les directeurs (*Geschäftsführer*) et superviseurs des unités de soins (*PDL*) interrogés pour cette enquête, nous pouvons à peu près définir le profil de ce qui peut être décrit comme une *stratégie organisationnelle centrale*. Premièrement, tous les prestataires voient la nécessité d'être compétitifs, même s'il y a d'importantes différences à cet égard. Le prestataire à but lucratif est tourné vers la croissance et ne considère pas comme un problème de faire face à une demande plus forte. En revanche, le prestataire de type associatif suggère que la pression exercée par la concurrence, même si elle ne représente pas un problème aigu, reste un défi constant pour son organisation. Il note que cette dernière devra s'engager plus vers la « publicité ciblée » et « envisager de nouvelles façons de rejoindre la clientèle ». Pour les grandes associations de bien-être, il s'agit de maintenir une position dominante malgré une concurrence perçue comme menaçante – tout en maintenant son engagement à l'égard d'une approche humaine des soins et respectueuse des bénéficiaires : « Nous devons nous dépasser, pour répondre aux attentes ».

3. Configurations productives immatérielles et relationnelles

3.1 Hybridation du modèle industriel et du modèle serviciel d'organisation

Les organisations étudiées s'inscrivent dans la mutation de la forme taylorienne en œuvre dans l'industrie et les services (Ughetto et alii, 2002) au profit d'organisations plus réactives et flexibles face à un accroissement de la concurrence et à l'introduction de la demande du client dans la dynamique productive. Organisés pour développer sur un territoire des réponses opérationnelles à une politique publique de soutien à la dépendance, les SAD se rapprochent des « configurations productives immatérielles relationnelles» décrites par Du Tertre (2005)[50].

[50] Du Tertre (2005) réfère le concept de configuration productive au concept marxien de «procès de travail» intégrant la «création de la valeur liée à la qualité des agencements entre acteurs» et à la «coproduction du service» avec le bénéficiaire,

En effet, comme toutes entreprises (marchandes ou non marchandes ; industrielles ou servicielles), les organisations de services à la personne et aux personnes fragiles, sont confrontées à des problèmes économiques qui conditionnent très directement l'organisation du travail. Pour les organisateurs du service, il s'agit de garantir la « performance » économique des investissements matériels (outils de production, informatique, etc.) et immatériels (ressources humaines, connaissances techniques, informations, etc.). En termes microéconomiques, la création de la valeur, dans ces entreprises de services, est conditionnée par l'intensité des engagements humains dans la relation au client, la satisfaction de la demande, sa fidélisation pour assurer la pérennisation du contrat de services. La valeur économique d'une entreprise de service se calcule au final par le solde entre les coûts d'investissements dans le travail relationnel et technique et la plus-value financière en terme de marge positive et/ou en terme de valeur ajoutée immatérielle évaluée sur des critères de satisfaction du client, ainsi que d'externalités positives des services rendus sur la population et son environnement[51]. Pour parvenir à ces objectifs, l'organisation du travail peut s'adosser à deux types de modèles :

- le modèle industriel hérité des principes d'organisation taylorienne, met en œuvre les « trois registres de la performance » (Du tertre : 2009) : la qualité des produits et services, les gains de productivité, la rentabilité. Dans ce type de configuration productive industrielle, la rationalisation des moyens de production procède à la standardisation des activités, à la mesure des gains de productivité par la mise en œuvre d' « économies d'échelles », de « l'intensité directe du travail », de « l'innovation technologique », et de l'évaluation de la « qualité » sur des standards d'activité stables, prévisibles et mesurables ;
- Le modèle serviciel[52] n'est pas réductible aux critères de la performance industrielle car il met en œuvre des ressources immatérielles (connaissances et savoir-faire techniques, informations, subjectivités et initiatives, confiance, etc.) difficilement mesurables car ni tangibles, ni stables, mais adaptables à la situation à chaque fois particulière du client, même si des profils de demandeurs de prestations ont été standardisés. Dans une micro-économie de services, le problème principal est de contrôler les incertitudes de la production finale, qui ne peut pas être totalement standardisée et codifiée[53].

---

particulière à la configuration «des services immatériels et relationnels». Les compétences des salariés et celles des bénéficiaires se combinent avec les technologies et l'organisation du travail. La production de service s'appuie sur les « subjectivités » des agents investie dans la « relation de service », alors que la « performance financière » de l'entreprise, « l'efficacité des investissements » dépendront de la « qualité » du service. Ce processus de production tend à rationaliser et à intensifier le travail relationnel, ce qui produit des effets sur les conditions de travail et des effets sur la santé des salariés.

[51] Dans le cas des associations « historiques » qui ont développé des services de proximité assimilés par certains au développement local et à l'économie solidaire, les organisateurs et les opérateurs définissent l'activité par ses externalités positives sur le territoire (Haddad et Du Tertre : 2008), ne serait-ce que le maintien des personnes dépendantes dans leur habitat, la prévention médico-sociale, et la réduction des coûts de santé publique. Aussi par les bénéfices collectifs (Gadrey, 2002) attendus et prescrits par les collectivités territoriales.

[52] A la différence des produits industriels, les services ne sont pas stockables car ils sont consommés au même moment qu'ils sont produits : le service est un bien qui doit se renouveler en permanence, à chaque rencontre entre prestataire et bénéficiaire qui participe lui aussi à la « coproduction du service » en adaptant sa demande (Du Tertre : 2009 ; Gadrey : 1992). De plus, la prestation de service ne peut être produite qu'à la condition de l'organisation de son accessibilité dans le temps et l'espace (Du Tertre : 2009).

[53] Gadrey (2003) rappelle que le concept de productivité est un concept fordiste qui « convient mal à la production de biens et services très diversifiés et faiblement standardisés » (p.68). Par exemple, l'analyse des performances économiques d'activités de services nécessite « une étape préalable de mise au point de conventions d'évaluation ». C'est pourquoi, les services de santé, en particulier les services hospitaliers, sont l'objet d'évaluation de leur « efficience opérationnelle » au regard de la diversité des prestations produites. Par extension, nous considérons qu'une même préoccupation d'évaluation de l'efficience et l'efficacité se manifeste dans le secteur de l'action sociale et médico-sociale, en particulier dans le secteur des services aux personnes dépendantes.

Les activités de services à la personne sont typiquement des activités immatérielles parce que relationnelles, donc évaluables à partir des appréciations subjectives des protagonistes de l'échange et reconductibles, si les conditions de la relation sont à nouveau réunies. Ces conditions structurent encore plus particulièrement les services aux domiciles des personnes fragiles qui présentent des pathologies et des demandes pour une intervention spécialisée, qui doit en réponse être finement adaptée à chaque situation concrète de vie quotidienne et de soins. C'est pourquoi, le résultat des activités relationnelles n'est pas directement mesurable par les organisateurs du service, qui ne pourront opérer que des contrôles *a posteriori.* Pourtant, les organisations étudiées se sont transformées pour adopter des éléments du modèle industriel, et ceci sur les recommandations des instances nationales et territoriales qui délivrent les agréments, prescrivent l'activité à partir des plans d'aides instruits par des agents publics à la demande des bénéficiaires et fixent les tarifs d'intervention. En effet, les prescripteurs et tarificateurs d'actes prestés aux domiciles des personnes fragiles sont confrontés à deux types de problèmes :

- La qualité des actes et particulièrement les garanties de « bientraitance » dans la sphère privée, fermée à toute intrusion de contrôle public,
- La maîtrise des coûts de production des services financés pour partie par la fiscalité ou les cotisations des ayants-droits.

En conséquence, les régulations publiques s'appuient sur des recommandations de rationalisation par l'introduction de normes d'organisation et de contrôle de l'activité au sein des organisations de services, ceci par le biais de plusieurs dispositifs incitatifs : procédures de certification, d'évaluation interne et externe, Dispositif Local d'Accompagnement (DLA), programme THETIS de l'ANSP sur le développement de la qualité, programme ARACT sur l'amélioration des conditions de travail, Charte sur la professionnalisation des emplois, etc.

Ces incitations sont diversement appliquées par les SAD enquêtés, hormis la fondation Luxembourgeoise qui applique le plus strictement possible des critères de qualité du service. Par contre, dans les SAD lorraines étudiées, la pression la plus structurante en matière de rationalisation est effectuée par les plans d'aide instruits par les conseillères gérontologiques du CLIC à partir d'une évaluation des besoins sur les critères de dépendance de la grille AGGIR et d'une prescription des actes à produire dans des termes précisant le contenu (soins corporels, préparation du repas, entretien du logement, etc.) et les temps de réalisation des actes prescrits (30 mn à 3h).

Dans ce contexte des nouvelles régulations publiques qui s'appuient sur des modèles gestionnaires et sur le régime de l'allocation personnalisée et la singularisation du service, les SAD ont tendance à développer une forme présentant :

- d'une part, les traits du modèle industriel taylorien en œuvre dans l'industrie et les services, la division technique du travail et la standardisation des qualifications et des activités, la rationalisation du travail qui discrimine les statuts d'emploi et limite relativement l'accès à des postes qualifiés car, dans ce contexte d'un régime organisationnel typique qui inclue les commandes publiques dans l'organisation du travail, les pressions tarifaires conditionnent le niveau de qualifications des personnels ;
    - d'autre part, les traits du modèle serviciel d'organisation plus réactive et flexible face à un accroissement de la concurrence et à l'introduction de la demande du client dans la dynamique productive *(*du Tertre : 2009, Gadrey : 1996). La relation de service

> devient prédominante et structure l'organisation du travail entièrement tournée vers la production en aval, le centre opérationnel étant structurant dans la définition des conditions de réalisation et de finalisation du service. En conséquence, l'évolution de la demande au profit d'activités de service entraîne une transformation de l'organisation et du contenu du travail. En effet, la part du travail, de l'engagement relationnel et de l'organisation du travail sature les budgets de fonctionnement des associations de services et appelle le financement de la « qualité » et de la qualification, donc de la formation professionnelle des agents prestataires, exigées par les dispositions de la loi dite de « cohésion sociale » de février 2005.

De fait, l'hybridation des modèles industriel et serviciel s'observe dans les SAD étudiés, qui combinent les modèles d'organisation de l'action sociale d'utilité publique, d'héritage bureaucratique, à des modèles d'organisation qui se rapprochent de la forme de l'entreprise commerciale, mobilisant des outils de gestion financière et de la « ressource humaine » importés du secteur industriel et des services marchands. De plus, les SAD à but lucratif participent à l'hybridation du modèle industriel par l'introduction dans l'organisation du travail et la gestion de la main-d'œuvre, d'un modèle serviciel d'aide médico-sociale, propre au secteur associatif. C'est pourquoi, ces organisations ont réalisé de nombreuses innovations techniques et organisationnelles dont la principale se trouve avant tout dans la construction d'activités informationnelles et relationnelles dont la mesure de la rentabilité et de l'efficacité ne se réduit pas aux mesures appliquées aux productions industrielles. Les formes de mobilisation de la main d'œuvre s'appuient alors sur l'engagement des agents dans la construction de l'activité, par conséquent sur leurs aptitudes personnelles et « subjectivités », ensemble de qualités nommées « compétences » mobilisées pour améliorer la productivité du travail dans des contextes d'instabilité de la demande (Besucco et Alii 2002)[54] émanant d'un public de plus en plus informé.

3.2 Coordination par les procédures et les communications formalisées

Pour comprendre leur fonctionnement, ces organisations hybrides peuvent s'analyser à partir des modélisations de Mintzberg (1978, 1982) en prenant en compte les éléments observés de la division du travail administratif, d'encadrement et du travail technique, les voies empruntées par l'organisation en matière de décision, de coordination des activités, de communication interne, de contrôle et d'évaluation. Hormis les deux grandes entreprises sociales, les SAD de l'échantillon, ainsi que les trois organisations du bassin de Kassel, sont organisés sur des fonctions simples avec un faible degré de division du travail d'encadrement, fonction réduite à une direction parfois appuyée par des administrateurs bénévoles, et à quelques agents sur des fonctions d'encadrement très polyvalentes. Par contre, la division du travail technique est poussée, caractérisée par l'atomisation des agents dans les espaces diffractés des domiciles des bénéficiaires. La distance géographique entre le centre décisionnel et de coordination et les lieux de production finale des services pose nombre de contraintes à l'organisation du travail liées à leur environnement et aux objectifs de ces

[54] Les auteurs s'appuient sur des travaux relatifs au modèle de la compétence en tension dans les entreprises et sur la tendance observée de définir la performance des salariés par leur capacité « d'appréciation, de décision et d'intervention autonome et non plus seulement une obéissance aux directives fixées » (Zarifian, 2001), les services étant considérés comme des contextes de travail où ces formes de compétences sont plus particulièrement développées (Ughetto, 2002, Lichtenberger et Paradeise, 2001, Zarifian, 2001).

organisations : livrer dans l'espace géographique environnant et dans la sphère privée des domiciles, un service spécialisé. Le problème crucial est de construire en amont, dans le « back Office » (Gadrey : 1982) les conditions de la relation de service en « front office », tout en contrôlant à distance le respect de la prescription du travail et des normes de production. Si toute organisation pour exister et fonctionner a besoin d'un système de coordination (Mintzberg : 1982), les SAD étudiés sont confrontés à un problème très particulier que peu d'entreprises rencontrent, si ce ne sont les PME et TPE du secteur de certains services marchand (assurances, artisanat, professions libérales, etc.). Il s'agit de coordonner des interventions dans des espaces privés, non accessibles aux procédures de supervision directe et de contrôle. Dans le contexte de rationalisation nécessitée par les nouvelles régulations du secteur, la principale préoccupation des organisateurs des services à domicile étudiés concerne les mécanismes de contrôle et de coordination qui pourront être mobilisés par les centres décisionnels des SAD et par leurs lignes hiérarchiques[55]. En effet, des «investissements immatériels» (Du Tertre, 1999-b, 2005) sont privilégiés (communication, formation, professionnalisation, partenariats) et, dans une moindre mesure, les investissements matériels (équipements informatiques, immobiliers…).

3.2.1 Standardisation des qualifications et adaptation des postes

La « standardisation des qualifications » (Mintzberg : 1982) est assurée par l'accord de branche de mars 2002, appliqué par les SAD associatifs, et qui fait relativement référence en matière de structuration des qualifications et des postes pour les SAD à but lucratif. Cependant, le modèle fordien qui articule les titres et les postes sur des nomenclatures contrôlées paritairement par les syndicats de salariés et les syndicats d'employeurs, n'est appliqué que partiellement dans les SAD. Ainsi, il est affirmé par les responsables de SAD lorrains que le travail est prescrit en fonction des qualifications, mais surtout en fonction des savoir-faire des agents, privilégiant ainsi une logique de reconnaissance des compétences :

- *Elles ont un CAP des collectivités, elles interviennent pour faire le ménage à domicile tout en sachant que le ménage c'est quand même un métier à part entière qui nécessite aussi une technicité avec une autonomie. Non, elles ne peuvent pas être amenées à faire des toilettes, ce n'est pas du tout le même métier. C'est mettre la salariée en situation de difficulté et c'est mettre aussi la personne aidée en danger parce que qui dit toilette, dit manipulation avec un minimum d'ergonomie. Si c'est quelque chose qu'elle ne maitrise pas et qu'elles n'ont jamais fait, non elles ne le font pas. Ce sont des personnes qui ont des formations d'aides ménagères, elles font du ménage auprès des personnes âgées ou actives ; autrement, nos aides à domicile formées font tout le métier demandé avec aide à la toilette, aide à l'habillage, préparation des repas (Cadre de secteur, PME).*
- *-Les AVS, c'est surtout pour des handicaps lourds, nos quatre auxiliaires vont surtout chez des personnes qui sont en fauteuil, Alzheimer ; les auxiliaires de vie, elles sont là pour tout ce qui est accompagnement de toilette, tout ce qui est public difficile ; nous on a estimé que les aides ménagères ne sont pas habilitées aujourd'hui pour faire cela (et inversement les AVS ne font pas de ménage). Certaines ont quelques heures de ménage au début : si j'ai une intervenante qui veut avoir 25 heures par semaine, je vais dire j'ai 20 heures à vous proposer en dépendance pure et dure mais j'ai aussi 4 heures en ménage est-ce que ça vous convient ? Par contre, s'il y a des actes de la vie quotidienne et du ménage, c'est l'auxiliaire de vie qui intervient (Responsable du personnel, PME).*

[55] Selon Mintzberg, cinq mécanismes de coordination sont généralement mobilisés par les entreprises industrielles et de services : « l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédures, des produits et des qualifications » (2010 ; p.19)

Si une partie de la main-d'œuvre possède une qualification correspondant au poste à aux activités confiées (au maximum 25% des effectifs d'intervenantes dans les SAD associatifs lorrains étudiées), des glissements de tâches sont courants. Par exemple, les auxiliaires de vie diplômées ou les aides-soignantes sont amenées à réaliser des tâches non médico-sociales dans le cadre d'un service complexe qui doit concilier aide à la personne et entretien du logement dans un espace-temps particulier. Ainsi, les qualifications ne peuvent pas correspondre aux standards industriels qui affectent mécaniquement un agent à un poste et à une séquence d'activité. Les auxiliaires sont amenées à prodiguer des petits soins et les aides-soignantes à faire du ménage, cela en périphérie du planning et le plus souvent ponctuellement :

- *nous on ne fait pas les soins…Mais cela m'arrive de mettre les bas de contentions si une dame tombe je fais les premier soins arnica ou talc (Assistante de Vie aux Familles).*
- *Pour des personnes hémiplégiques, on a fait des choses qu'on ne devait pas, par exemple, mettre les bas de contention. En tant qu'auxiliaire de vie, ce n'est pas à nous de le faire, c'est une Aide-soignante ou une infirmière. C''est une IDE qui doit faire la douche parce qu'il y a des problèmes neurologiques. C'est la famille qui demandait, moi je suis allée voir le Directeur. Finalement je ne l'ai pas fait, je l'ai dit au bénéficiaire (Auxiliaire de vie non diplômée).*
- *Quand je fais le ménage, après la toilette, je fais en sorte que la dame soit avec moi, elle s'assoit sur une chaise et on discute (Aide-Soignante).*
- *J'ai le client qui peut me contrôler en me disant que la fille d'hier m'a fait comme ça, ou bien il peut appeler au bureau pour se plaindre, parfois il peut dire qu'il souhaite qu'on lui fasse quelque, on en discute, si c'est raisonnable on le fait sinon je lui explique que c'est mieux de ne pas le faire. Généralement c'est moi qui décide mais pas tout le temps car dés fois je ne suis pas sure, j'appelle l'infirmière ou au bureau pour demander est ce que j'ai le droit ou pas, je connais mes limites (Aide sociofamiliale).*

Par contre, la logique de gestion des activités et des postes par la qualification est prédominante dans la configuration productive du SAD12, au Luxembourg qui organise des tâches spécifiquement par qualification. Chaque salarié connait les tâches qu'il doit exécuter et les tâches attribuées aux autres intervenants. On distingue par ordre croissant les aides séniors qui font essentiellement du ménage, les aides socio-familiales et les aides-soignants, qui n'ont pas les mêmes diplômes mais qui accomplissent les mêmes tâches (douche, repas, accompagnements, courses, sorties…) et enfin les infirmières (soins infirmiers). Les salariés sont bien informés des périmètres d'activités, ce qui leur permet de réaliser normalement le travail prescrit :

- *On ne fait pas de pansements, ce sont les infirmières qui le font (ASF) ;*
- *Il peut arriver qu'une cliente ait des plaies aux jambes, je peux téléphoner à l'infirmière pour lui demander si je peux lui faire une douche. C'est seulement dans des cas très particuliers que je ne prends pas de décisions (ASF).*
- *Si l'infirmier de Bettembourg n'était pas disponible j'aurais appelé celui de Differdange car on n'a pas le droit d'appeler l'ambulance, on doit toujours passer par l'infirmière (ASF).*
- *J'ai jamais fait des soins médicaux malgré les situations, il n'y a que les infirmières qui s'occupent de cela, c'est défendu de le faire, on peut même risquer sa place. On peut mettre les bas de contention mais pas les bandages (ASF).*
- *Le ménage est attribué aux séniors, nous, on ne le fait pas (aide-soignant).*
- *Ici on a dédié les grosses toilettes, les actes techniques, aux aides-soignantes car on travaille quasiment en exclusivité avec une fondation sclérose en plaque. Ce sont des actes qui exigent un certain niveau de formation, un certain niveau de connaissances en manutention, en pathologies, en transmissions ciblées aussi (Cadre supérieur).*

Il apparait par ailleurs une conception de la qualification par le diplôme véhiculée par certains

cadres. La qualification renvoie aux diplômes obtenus et non aux compétences, les agents sont recrutés sans diplômes, les aides séniors, font le travail de ménage.

3.2.2 La standardisation des procédures et leurs ajustements

Deuxièmement, la standardisation des procédures est peu aboutie dans les SAD étudiés même si des efforts managériaux sont déployés pour fixer nombre d'outils de gestion, mais diversement selon les types et statuts de ces organisations. Dans tous les cas, la normalisation de la prescription du travail est initiée par la demande des ménages directement aux SAD et par le plan d'aide prescrit par les conseillères gérontologiques du CLIC, ou par la MDPH. La demande sera traduite par l'encadrement de proximité dans des plannings d'activités répartis sur les agents intervenants et sur un « zonage » des domiciles des bénéficiaires :

- *Il y a deux cas de figure : Soit on va être sollicité directement par la famille, alors je me présente, je présente la structure et à partir de là on discute de la mise en place des aides par rapport au coût, à ce qu'ils veulent, par rapport aux besoins de la personne ; Soit c'est le réseau via Conseil Général qui reçoit une demande d'APA ; la conseillère en gérontologique va au domicile et analyse les besoins. D'autres associations fonctionnent ainsi : Ils vont avoir des demandes en direct sans que le conseil général soit sollicité au préalable puis après ils vont avoir des demandes via le conseil général (Cadre de secteur, PME).*
- *Avec les clients particuliers pour le moment, sachant que ce sont les clients qui viennent à nous par le biais du bouche à oreilles, mon rôle, c'est d'aller les rencontrer chez eux, de leur expliquer comment on fonctionne et puis après coup de déléguer au niveau de l'équipe et de mettre en phase les demandes clients et les disponibilités des intervenantes. Après on présente la personne au client, on y retourne, après. J'ai un rôle de suivi, que ce soit en ménage, repassage, ou même garde d'enfants puisque là j'avais positionné une intervenante embauchée exprès pour la garde d'enfants, ce n'est pas pareil que le ménage repassage, c'est tout un lien qu'il faut avoir avec le client (Responsable du personnel, PME).*
- *Pour le Plan d'aide APA, quand la demande arrive directement au service, je fais le découpage avant ou après l'AS du Conseil Général, ça dépend de son humeur et de qui c'est. Il arrive que l'AS me téléphone car j'ai demandé une augmentation pour une dame qui a besoin de ménage ; on faisant ses courses mais pas le ménage. L'AS me demande s'il y a besoin de plus de toilette, non ça va on s'en sort avec une douche par semaine et le repas de midi sinon elle ne mange pas. Je me mets d'accord avec l'Assistante Sociale du Conseil Général par téléphone ou par mail. Mais la coordinatrice replanifie tout, recompose, refait le devis, compte les déplacements et fixe les prix, fait le planning du salarié. Tous les ans le CG demande les factures pour se faire rembourser si toutes les prestations n'ont pas été fournies à la personne. C'est plus contrôlé en France qu'au Luxembourg où il y plus d'autonomie du fait que les aidants familiaux peuvent être payés (Coordinatrice, agence décentralisée).*
- *Ce sont les secrétaires qui sont en charge de l'instruction des dossiers administratifs de nos bénéficiaires. Le principe est le suivant : les Conseillers gérontologiques du CG vont au domicile du bénéficiaire, nous envoient une fiche de liaison, pour nous donner les informations nécessaires pour mettre en place l'aide, mais l'aide ne se met en place qu'à partir du moment où on reçoit la notification ; la secrétaire et la responsable peuvent anticiper. Puis, Quand on a reçu la notification, elle est suivie par la secrétaire qui transmet à la responsable de secteur pour la mise en place (Responsable Ressources Humaines, Grande entreprise centralisée).*
- *On ne va pas au domicile de manière automatique ; ce serait à faire : à chaque fois il faudrait que la responsable se rende au domicile, explique ce qui sera fait, fasse le point sur le logement et les risques professionnels, parce qu'on est dans la prévention des risques pour nos salariés aussi ; ça c'est mon idée, mais ce n'est pas réalisable parce que le temps nous manque ; mais on travaille avec des bénévoles qui sont au sein de la structure et qui justement font ce travail préalable qui est vraiment très intéressant ; sinon, les échanges se font la plupart téléphoniquement avec un responsable de secteur qui va prendre contact avec la personne aidée pour la mise en place de l'aide apportée. (Responsable Ressources Humaines, Grande entreprise centralisée).*

Un point commun à tous les SAD étudiés est à relever, celui d'une formalisation des

communications entre le centre décisionnel et le centre opérationnel. Par contre, les supports écrits et informatisés varient dans leurs formes, ainsi que la distance géographique et temporelle que parcourent les informations descendantes et ascendantes, selon le type d'organisation. En effet, les SAD constitués comme entreprise sociale centralisée, divisionnalisée ou PME ont tous mis en place des outils destinés à la traçabilité des actes prestés aux domiciles et des déplacements. Il s'agit, tout d'abord, des supports « papier » représentant, les « règlements de fonctionnement », les « plannings » d'intervention hebdomadaire affectés à chaque intervenante, établis sur la base des prescriptions des instructeurs-tarificateurs (Conseil Général, CRAM, Caisses de retraite, mutuelles, etc.).

Les « plannings » sont élaborés soit, par le cadre de secteur ou la responsable de secteur soit, par un pool de secrétaires affectées à la réception des plans d'aide et à leur saisie dans un logiciel informatique, en vue de leur traduction en activité des temps prescrits, incluant le calcul des temps de déplacement entre les domiciles des bénéficiaires. Là, les encadrants sont mobilisés pour la quasi-totalité de leur temps, surtout en début et en fin de semaine, pour la prescription, puis la coordination des interventions, les ajustements et arbitrages avec les intervenantes et les bénéficiaires :

- *Le plan d'aide du conseil général définit par semaine le nombre d'heures alloué pour telles tâches ; par exemple, si on intervient pour une aide à la toilette, ça va être une heure par jour tous les matins du lundi au samedi pour une aide à la toilette, plus par exemple 2 heures par semaine pour l'entretien du logement ; donc c'est quand même bien défini au niveau des tâches et du temps d'intervention ; après, concernant les jours d'intervention, c'est avec la personne aidée et le planning de l'AD que c'est vu, mais il y a des choses qui sont bien fixées dès le départ (Responsable RH).*
- *J'essaye de relativiser dans la mesure du possible pour les interventions pour les toilettes, le matin. On essaie de s'adapter au maximum aux vœux des personnes relatifs aux horaires. Le problème concerne les interventions à l'environnement, c'est-à-dire au ménage. Elles sont souhaitées le matin par les bénéficiaires alors qu'elles sont réalisées esse*ntiellement l'après-midi pour donner la priorité aux toilettes le matin. Je dois faire *un travail de persuasion auprès des personnes aidées pour expliquer la priorité donnée aux toilettes. Je consacre beaucoup de temps (une demi-heure) auprès des personnes aidées ou leur enfant pour leur apporter l'explication des changements d'horaire (Responsable de secteur).*
- *c'est vrai qu'on jongle avec les plannings, alors, les associations qui ont beaucoup plus de clients que nous, je comprends ; il y a des absences aussi, des maladies ... Quand je suis arrivée on était obligés de faire tout manuellement, je ne vous parle pas de la gestion, il fallait parfois passer plus de temps ... maintenant on a un logiciel plus ou moins adapté à notre activité parce qu'on est obligé ; il nous fait les plannings, la facturation, presque les attestations fiscales, presque, on sera obligés de les faire à la main cette année, pour 300 clients, ça va être bien (Responsable du personnel).*
- *Mon profil de poste c'est, dans les grandes lignes, la gestion du personnel dont le recrutement et la gestion des plannings, confier les missions directement aux intervenantes car je n'ai pas de secrétariat sur place ; je fais les plannings sur le logiciel APOLOGY (connu dans le secteur de l'aide à domicile) : chaque responsable de secteur gère le planning de ses salariées par secteur le logiciel permet l'accès à toutes les salariées, sur tous les secteurs. Cela permet de gérer les remplacements et d'avoir une continuité 7 jours sur 7 et 24h sur 24h. Le Planning est envoyé par courrier aux salariés tous les mois : c'est un ordre de mission qui reprend le plan d'aide, avec un planning détaillé des interventions. A la fin du mois, elles envoient par la poste au siège leurs feuilles d'heures, parfois recalculées en fonction des changements intervenus dans le mois. Si un changement n'est pas noté, c'est que la salariée ne nous a pas averties. Théoriquement c'est censé coller (Responsable de secteur, Agence décentralisée).*

Le plan d'aide ne pose pas le détail des activités : on parle d'entretien du linge et de l'entretien du domicile. Dans le cadre de l'APA, on parle de « pièce à vivre » et de la « personne ». La conseillère attribue un volume d'heures à l'environnement, au maximum 2 heures pour une personne seule, contre 6 heures auparavant. La surface du logement n'est pas

prise en compte. Ces forfaits horaires, calculés par une agence externe sur des standards d'activités, amènent les agents d'encadrement et d'intervention à calculer au plus juste les temps de déplacement et d'intervention pour tenter de tenir dans les volumes horaires prescrits. Et tenir aussi dans l'enveloppe prescrite. Par exemple, de prendre en compte que la différence entre le montant de la prestation et l'allocation peut être réduite par des chèques emplois. Dans tous les cas, la tarification à l'heure prestée ne compense pas les frais de déplacement. C'est pourquoi, les temps de déplacement sont calculés au plus juste, ce qui amène les intervenantes à limiter les temps de pause ou à accumuler les retards dans l'exécution des temps d'intervention planifiés. Ce point de l'intensification du travail est l'objet de conflits et de négociations permanentes dans le cadre informel des ajustements avec le centre décisionnel, et plus particulièrement les encadrants de proximité :

- *Elles n'assistent pas à la réunion des délégués du personnel. Elles sont pour autant en contact. Elles r*eviennent sur les conditions de travail dont l'absence d'anticipation et les réponses face *à l'urgence : peut-être qu'on ne respecte pas toujours les repos, les amplitudes de travail bien qu'on essaie de faire au mieux (Responsable de secteur).*

- *Souvent c'est et une heure de prestation pour faire tout : la grande toilette, donner médicaments dans le pilulier, le lit, le ménage en 1 h. Les personnes ne sont pas contentes. Avant on avait 2h, on pouvait discute. Le matin je dois aller chez Mme A et après chez Mme B, et je n'ai que 5 mn. Alors que le temps de trajet c'est 15 mn. Allez leur expliquer que c'est eux qui donnent de trop petits temps de parcours. Pareil le dimanche, ¼ d'heure de rue de N. à rue M. Si Je n'ai pas le bus…. Je lui ai montré mon planning. Après, je quitte rue de M. vers avenue de B., il faut presque une heure ! Et le soir rebelote. Les personnes reçoivent les horaires et nous attendent. Je leur ai dit, donnez les heures réelles. Ca retombe toujours sur nous les intervenantes. On doit tout gérer même les remplacements. Là je suis en vacances, je ne sais pas si c'est accordé. Elles sont surchargées (AVS).*

Mais, la majorité des aides à domicile rencontrées au cours des enquêtes organisent leur temps de travail dans le cadre des temps et tâches prescrits. Les journées-type de travail s'étalent généralement sur de grandes amplitudes, dans lesquelles s'intercalent des temps de pauses courtes :

- *Ce matin de 8H à 9H j'ai fait une toilette une préparation un déjeuner de 9h10 à 10h10 puis une toilette et un peu de ménage chez une autre personne. Je prends ma voiture et je pars chez une autre personne, par l'autoroute. Puis de 10h20 à 11h20, je fais une toilette pour un Monsieur qui a un Parkinson ; je le lève et je fais une douche complète. Puis de 11h20 à 12h je fais un repas jusqu'à 13h. Puis à 13h20 jusqu'à 15h20 je fais du ménage et je le promène, on sort, jusqu'à 15h40. Je repars pour deux heures pour une dame qui a besoin d'aide à gérer l'argent, les courses, je la promène puis je fais du ménage puis je rentre chez moi pour une demi-heure de pose, et je repars pour 19h jusqu'à 20h : je fais le repas du soir et le couché. Je ne mange pas à midi. Le lundi je fais 8h -17h30 mardi 8h à 20h non stop. Mercredi je ne travaille pas. Jeudi de 8h à 17h30 et je reprends à 19h jusqu'à 20h. Je reprends vendredi de 8H à 16h et de 19h à 20h. Le samedi de 8h à 13h et 19h à 20h. Le dimanche je fais 8h à 9h puis 11h30 à 12h30, puis 19h à 20h (ADVF).*

Les plannings sont affectés aux intervenantes au regard des contrats de travail établis sur des volumes horaires hebdomadaires théoriques et modulables. Dans les SAD lorrains, la fourchette des volumes contractuels est de 20 à 30h, plus rarement 35h ou 40h, dans le cas d'intervenantes qualifiées, spécialisées qui effectuent des remplacements. Si le temps de travail est directement conditionné par les agences externes qui prescrivent des prestations tarifées à l'acte et configurent les plans d'aide, le volume hebdomadaire et mensuel des heures travaillées par les aides à domicile est négocié avec les intervenantes, censées pouvoir accepter ou refuser les conditions de planification et leurs conséquences salariales, ceci dans le cadre de la « modulation » annuelle qui lisse les à-coups de programmation :

- *celle qui veut travailler 20heures elle travaille 20, 30 heures si elle veut travailler 30 heures » (Responsable de secteur, antenne associative).*

- *J'ai demandé à faire du ménage, et de l'accompagnement car j'ai besoin d'activité physique, et d'accompagnement, je m'investis totalement dans l'accompagnement, je suis attentive que pour la personne, et aux besoins non-dits. J'essaie d'anticiper, et faciliter la vie de la personne…lorsque je suis en accompagnement, je me concentre sur la personne. Lorsque je suis en ménage c'est répétitif, je me relâche. J'ai besoin des deux pour mon équilibre, j'alterne. Je peux donner les horaires et ce que je fais du plan d'aide (…). Notre planning et notre disposition sont très élastiques, je vous donne une semaine mais qui ne peut pas être type : actuellement, je n'ai pas de repos cette semaine, je l'ai accepté, en accord avec les personnes (ADVF).*
- *Mon volume horaire : 9h 30 par jour, sur 4 jours, les heures en plus sont payées en décembre, ce ne sont pas des heures supplémentaires. Dans le mois il faut faire 151h, si tu fais plus tu as un cumul positif, si tu fais moins tu as un cumul négatif. Je dois être à 157 heures par mois payées 151 heures qu'ils me payeront au mois de décembre dans la limite de 50h. J'essaie de sauver mon mercredi, ce qui n'est pas toujours possible. Je travaille un week-end par mois. Tu as beaucoup d'heures perdues, mais tu te bases un fixe par mois. le travail est là. Le reste tu prends sur toi. Comme tu as besoin de temps. Je me fais un fixe de 1300 à 1400 euros par mois mais j'ai les frais (portable, voiture, gants). Tu peux être basculée chez une autre personne par exemple pour des couchers qui entrent dans les 50 heures, la limite des heures en plus de l'année. Il y a peut-être moins de travail quand la personne est en vacance, en repos, à l'hôpital…. C'est bien, je peux gérer mon temps de travail (Auxiliaire de vie).*
- *Je fais 40h par mois sur deux services employeurs (prestataire et mandataire). Ça varie selon les semaines ; des fois 3h ou 15h par semaine. Ce n'est pas un emploi du temps fixe : une dame je peux l'avoir 10h ou 5h dans la semaine. Ça se relaie tous les jours, il y a cinq filles : une le matin, une le midi, une le soir, ils peuvent avoir l'après-midi 3h et des fois de 15h à 20h, 5h de suite. Ce n'est jamais fixe. J'y suis de temps en temps quand ils ont besoin. Les filles elles ont énormément d'heures, je n'en reviens pas, 160h /mois. Le service leur donne toujours des heures. C'est incroyable. Que ce soit pour les remplacements, c'est pour elles ou pour moi. Elles n'ont pas le temps de rentrer chez elles, ce n'est pas vivable (AVS).*
- *Actuellement, je suis à 22h par semaine. Je souhaite travailler plus : 35 à 38h. Il était prévu que j'ai 35h, mais ces heures ont été perdues. Le service ne peut pas assurer 35h. Il y a des décès, des changements de structure, hormis les personnes handicapées car les horaires sont fixes et ce sont des aides permanentes. Une semaine je peux avoir 22h et la semaine d'après 30h. (Auxiliaire de vie).*

Par contre, dans le cadre du SAD12, au Luxembourg, le temps de travail étant généralement un temps plein de 39h pour les intervenants, les plannings sont établis sur la semaine en journées pleines. Le plan d'aide et prescrit dans le dossier du patient. Ce dossier constitue le support sur lequel s'appuient les prestataires de services pour connaitre l'aide à apporter au client. Ainsi, pour bénéficier de cette assurance dépendance, la personne doit être dépendante c'est-à-dire présenter un besoin qui rentre dans les besoins essentiels de la vie. Il faut ensuite que le besoin d'aide regroupe au moins 3,5 heures par semaine. Si toutes ces conditions sont remplies, la Cellule d'Evaluation et d'Orientation établit un dossier qu'elle remettra à la structure prestataire de service qui devra respecter strictement les prescriptions c'est-à-dire se conformer à ce qui a été mis en place pour que la prestation soit bien prise en considération :

- *Il existe un triangle entre nous, l'évaluateur et la famille (bénéficiaire et son entourage). Nous ne faisons que ce qui nous est demandé de faire. Entre la rentrée du besoin et le début du service, il y a la visite de la cellule d'évaluation où les prestations que nous fournissons sont remboursées. Si le client désire encore plus d'actes que ceux prescrits par la cellule d'évaluation, il doit les payer. Pour avoir l'assurance dépendance, le client doit présenter ces trois besoins : nutrition, hygiène, ou mobilité pour 3h30 par semaine sur une période d'au moins 6 mois (Directeur Général)*
- *Les procédures d'intervention sont écrites, il y a des dossiers mobiles, ils voyagent de l'aide-soignante, à l'infirmière… ils passent de personne en personne et d'équipes en équipes. C'est un dossier de transmission pour tout le monde. Il y a toutes les indications médicales dans ce dossier, toutes les informations que l'on doit connaître sur la personne (Aide Socio Familiale).*

L'assurance dépendance répond uniquement au besoin d'aide de chaque personne dépendante par le à travers les services de structure d'aides et de soins. Chaque plan de prise en charge est adapté à la personne qui demande les prestations. La cellule d'évaluation peut accorder des

aides pour l'hygiène corporelle (se laver, se brosser les dents, laver ses cheveux, couper ses ongles, se rendre aux toilettes) ; des aides pour la nutrition (manger, boire) ; des aides pour la mobilité (s'habiller et se déshabiller, mettre une prothèse, se déplacer, se lever, se coucher, s'asseoir, se positionner convenablement au fauteuil et au lit, monter et descendre les escaliers, sortir et entrer dans son logement) ; des aides pour la réalisations des tâches domestiques (entretien courant du logement, entretien du linge et des vêtements, la vaisselle). Elle peut également accorder du soutien à la personne (la garde individuelle à domicile, les courses ou démarches administratives avec la personne, les activités individuelles) ; la surveillance ou garde en groupe (la prise en charge en groupe spécialisé dans le cadre d'un centre semi-stationnaire, la prise en charge en groupe spécialisé dans le cadre d'un établissement). C'est pourquoi, les plannings attribués à chaque intervenant sont établis sur la journée car le volume d'activité chez un même bénéficiaire est suffisant pour occuper un ou plusieurs agents dans une semaine-type. De plus, si la personne dépendante présente des besoins non répertoriés par la Caisse Dépendance et qui ne figurent pas dans son dossier de prise en charge, elle sera obligée de payer par elle-même ces prestations (soins capillaires, couper les ongles, se maquiller etc.) et les intervenants pourvoiront sur place :

- *Soins signifie : laver le dos, laver les jambes, laver la tête, mettre des bigoudis de temps en temps… Ce qui est prévu par la Caisse Dépendance. Si le client nous demande de faire quelque chose, on demande la permission à la coordinatrice qui nous donne la permission de le faire, ce sera facturé après. On note tout ce qu'on fait sur les fiches d'assurance dépendance (ASF).*

- *L'assurance dépendance parle uniquement en actes minimaux, partiels, ou totaux. S'il y a besoin de plus, mais que l'assurance dépendance a refusé, cela va être financé au tarif social c'est-à-dire que le ministère de la famille va aider toutes les personnes de plus de 60 ans au tarif horaire en fonction des revenus. Les personnes de moins de 60 ans peuvent être aidées mais sur une demande plus formelle et plus documentée moins souvent acceptée» (cadre infirmier).*

Dans le SAD 12, situé au Luxembourg, les mêmes questions d'intensification du travail sont posées car, comme en France, la tarification à l'acte, qui pourtant est censée couvrir les frais de fonctionnement de l'entreprise, induit une rationalisation de la division du travail, des temps d'intervention et des temps de déplacement :

- *Ça arrive que l'on soit stressé parfois surtout quand il y a du retard, mais au niveau de la coordination, ils essaient de modifier les tours car on leur dit que l'on court tout le temps. Ils font ouvrir des tours mixtes pour alléger. Mais ce n'est pas que seulement des réglages et des remplacements, il faut aussi embaucher (Aide-soignante).*

Le SAD 12 présente la forme organisationnelle d'une grande entreprise sociale de services divisionnalisés. Le management vise, à toutes les échelles de la ligne hiérarchique, à intégrer les agents dans le projet d'entreprise et à standardiser les modes d'intervention :

- *C'est un job très demandeur d'attitude, d'approche, de flexibilité, de maturité mentale ; il y a X facteurs perturbateurs qui ne le facilitent pas. D'ailleurs j'ai fait des visites postes avec mon équipe, les gestionnaires et on est sorti sur le terrain, on a fait toutes les visites des différents CAS pour que tout le monde voit le visage du gestionnaire, du cadre supérieur et des cadres. On a fait des échanges ouverts. (DRH).*

L'entreprise accorde une primauté à l'amélioration matérielle des conditions de travail et à une prise en charge individuelle de l'intervenant :

- *On a investi ici dans des boitiers anti agression reliés 24h sur 24, reliés par point GPS avec la police, le SAMU, surtout pour sécuriser les filles qui interviennent le soir. On investit dans des vestes en Cortex, des lampes torche pour le soir, elles ont des véhicules derniers cris avec climatisation, des téléphones dans la voiture et aussi une valorisation de l'individu et une individualisation de la prise en charge des soignants (cadre supérieur).*

3.2.3 Maîtrise des flux d'informations ascendantes

Un autre support « papier » est fréquemment mobilisé par les SAD, le « cahier de liaison », déposé aux domiciles des bénéficiaires sur lequel toutes les informations relatives aux tâches réalisées effectivement durant le temps d'intervention sont notifiées, ainsi que les incidents ou remarques particulières qui seraient utiles aux autres aidants professionnels et familiaux. Ceci en vue d'assurer une certaine continuité de la prise en charge entre des services différents (SAD, infirmier libéral, médecin, intervenante en gré à gré, etc). Si les transmissions se font toujours sur des supports papier, tous les SAD enquêtés ont choisi d'informatiser la transmission d'informations sur les tâches réalisées en vue de leur comptabilisation et aussi du contrôle du respect des temps et contenus d'activités prescrits. Soit, la ligne téléphonique des bénéficiaires est mobilisée à l'arrivée de l'intervenante et à son départ, les informations étant immédiatement saisies dans l'ordinateur par le secrétariat, soit un boîtier électronique dit de « télégestion », attribués à chaque intervenante, est renseigné sur l'heure du début et de la fin de l'intervention, le message étant directement signalé dans le logiciel comptable :

- *Le principe de la télégestion est le suivant : quand les AD arrivent à domicile, elles composent un numéro vert et un code sur le téléphone de la famille et raccrochent ; ça enregistre l'heure à laquelle elles arrivent et elles font pareil quand elles repartent, c'est l'heure effective à laquelle elles repartent ; c'est le système informatique qui collecte toutes les données, ce qui nous permet de savoir combien d'heures sont effectuées auprès de chaque personne aidée ; ça se bascule dans le logiciel, d'une part vers la facturation et d'autre part vers la paie des salaires ; la télégestion est mise en place depuis plus de 3 ans ; avant c'était des fiches papier signées par les personnes aidées ; on a les informations en temps réel. Quand il manque un appel, ça ressort en anomalie : la responsable de secteur corrige tous les jours les anomalies ; si le bénéficiaire n'a pas le téléphone, c'est la méthode papier qui est utilisée. Par le système de télégestion, on enregistre l'heure réelle, s'il y a urgence, les salariées préviennent la responsable de secteur ; le principe est de ne pas dépasser le temps mensuel ou alors soit c'est récupéré, soit la personne accepte de payer (Responsable des ressources humaines, grande entreprise centralisée).*
- *Nous on travaille avec les feuilles de présence, alors que une grande association travaille avec le système Domiphone : quand les salariés arrivent, ils ont un numéro à faire, tout est centralisé ; nous on n'a pas ce système, c'est prévu qu'on le mette en place, c'est quelque chose qui sera fait à terme, mais actuellement on travaille encore avec le système de feuille de présence. Les salariés en début du mois me rapportent leur feuille de présence en prestataire et mandataire, je fais la vérification, je transmets à la comptabilité qui va élaborer les factures et les fiches de payes par rapport aux contrats de travail au niveau des salariés et les feuilles de présence ainsi que des factures de frais de gestion (Cadre de Secteur).*
- *Tous les messages sont notés, pour chaque agence. Trace de l'heure de l'appel, de la personne qui le prend, le responsable concerné, les coordonnées téléphoniques, l'indication de rappeler si urgent, date du traitement de l'appel, le commentaire éventuel du standard. Ce logiciel a été réalisé par le Siège et mis sur le serveur : il est consultable automatiquement depuis tous les PC. On met au point une utilisation plus poussée du logiciel qui permettra à la standardiste de saisir le message en temps réel, envoyé à toutes les personnes qui doivent en avoir une trace, elle sélectionnera un ou plusieurs Responsables de secteur qui aura une fenêtre sur son PC, sera averti en temps réel et le commentaire sera automatiquement inscrit dans la fiche du bénéficiaire et du salarié si son intervention est concernée. La salariée n'a pas accès à cette fiche. Si c'est un appel du bénéficiaire, uniquement répertorié dans sa fiche. Si le bénéficiaire appelle pour l'intervention de la salariée, nouvel arrangement des horaires d'intervention. C'est répertorié pour voir s'il y a des récurrences. Tout doit passer par la RS. Juste à titre informatif (Responsable de secteur ; agence décentralisée).*
- *L'ordinateur n'existait pas quand je suis arrivée, j'ai créé l'outil informatique, il a fallu ensuite l'apprendre à mes collègues. Je me suis positionnée cette année à faire les formations pour les nouvelles infirmières qui arrivent et je me suis positionnée aussi pour un projet informatique de dossier de soins pour ne pas m'ennuyer. Si on est trop dans la routine, on ne va plus se remettre en question. Dès que j'en ai un peu marre, je fais une petite formation (cadre infirmier).*
- *Actuellement on a des fiches techniques mais on va passer à la « badgeuse » : il y aura le nom de la personne bénéficiaire, son intervention, comment elle paie. Nous on pointera l'heure d'entrée, de sortie et*

les kilomètres. On aura un socle sur lequel on pose la badgeuse et en fin de semaine ça rentre dans l'ordinateur du service (Auxiliaire de vie).

Ces systèmes d'enregistrement à distance sont accueillis avec circonspection de la part d'intervenantes qui évaluent l'efficacité de l'outil au nom de certains bénéficiaires :

- *Je me présente, je prends votre téléphone pour faire domiphone, et là ça ne passe pas. Les personnes ne veulent pas. Leur téléphone c'est privé. Je le fais quand même. On a affaire à des êtres humains, pas à des machines comme dans les usines. Elles sont réticentes. Je n'ai pas le temps de faire la causette comme avant. Il n'y a plus de complicité, c'est un peu déshumanisé. Pourtant c'est une preuve, elles ne peuvent plus dire que je ne suis pas venue, pour contester les factures. Là je suis d'accord (Auxiliaire de vie).*

Un autre support de communication utilisé par l'ensemble des SAD est le téléphone portable dont la possession est fortement recommandée. Les frais de téléphonie mobile sont, dans certains SAD à la charge des intervenantes. D'autres SAD ont forfaité contractuellement la prise en charge du téléphone portable, par exemple à de 5 à 10 euros par mois.

Dans tous les cas, que ce soit en support « papier », téléphonique ou informatique, l'information en temps réel sur la durée de l'intervention est cruciale pour les SAD qui actuellement plus qu'avant, cherchent à se conformer aux nouvelles règles tarifaires et aux temps prescrits par les CLIC et à limiter les coûts salariaux et donc à contrôler à distance les temps de production du service. En conséquence, l'intensification du travail est ressentie par les agents, qui ne peuvent plus autant qu'auparavant prendre les « respirations » relationnelles avec les bénéficiaires et les petites pauses physiques entre deux interventions. L'application stricte du plan d'aide est requise, toute interprétation de la tâche à accomplir et tout incident ne faisant pas, en théorie, partie de la prise en charge. Or, cette approche taylorienne du découpage temporel et technique de l'activité n'est généralement pas applicable dans les faits et les pratiques car, comme dans tout atelier, de nombreux impondérables surgissent qui mobilisent les agents pour la recherche de solutions non écrites.

3.2.4 Contrôle de la qualité des prestations

Les SAD étudiés ont tous mis en place des procédures d'évaluation interne relevant des directives de la loi de rénovation de l'action sociale de janvier 2002 et/ou des procédures de certification qualité. Parmi les SAD associatifs, la démarche de certification qualité a été conduite par la grande entreprise centralisée, est en cours ou en projet pour les autres associations autorisées. Parmi les SAD commerciales franchisées, toutes ont acquis ou sont en cours d'acquisition de la certification qualité, généralement sur la norme Qualicert. Il est à noter que, dans l'ensemble des SAD étudiés, les processus de certification ou d'évaluation interne ont été engagés sans la participation des agents d'intervention, pour des motifs d'économie budgétaire, les temps de réunion n'étant pas financés :

- *Nous sommes certifiés selon la norme NF, on vient de l'avoir, c'est un travail de longue haleine de 2 à 3 ans ; on a été audité, des procédures existaient mais la certification nous a permis de les mettre à plat et d'avancer ; c'est aussi un label vis-à-vis de nos bénéficiaires, c'est aussi quelque chose qui est demandé à nos financeurs, il faut le savoir (Responsable RH, grande entreprise sociale).*
- *Les salariés ne participent pas aux décisions. Ils n'ont pas été consultés pour qualicert : je regrette car la qualité la plus importante pour nous est sur le terrain et pas dans les bureaux (Coordinatrice, Agence).*

Au-delà des documents fixant les normes de « bonnes pratiques » et les règles de la qualité, la qualité des prestations est conçue par l'ensemble de nos interlocuteurs au principe de la « conscience professionnelle » et de l'engagement de chaque intervenant dans le respect de la personne aidée, ainsi que le respect des prescriptions et recommandations rappelées par les

encadrants et aussi par les pairs. Des contrôles systématiques sont mis en place par les encadrants auprès de bénéficiaires, afin d'estimer le niveau de leur satisfaction pour les services rendus, mais surtout, recueillir des informations détaillées sur les procédures et actes prestés par les intervenants, aux risques d'intrusion des contrôleurs dans la vie privée des bénéficiaires et dans leurs relations particulières avec les intervenants :

- *il y a eu une proximité commerciale entre les clients et le responsable d'agence auparavant, c'était lui qui s'occupait des RDV clientèle, maintenant c'est la responsable clientèle et le responsable dépendance. C'est surtout un travail de proximité ; les clients nous appellent, nous on les appelle aussi, on les appelle régulièrement tous les mois pour savoir si tout va bien, s'ils n'ont pas de doléances, on en prend acte ; le suivi dans notre métier, c'est très important. Mais les clients, une fois que ça marche bien avec l'intervenant, on n'en entend plus parler (Responsable du personnel, PME).*
- *Le contrôle du travail des intervenantes concerne le temps travaillé, le respect des horaires par le boîtier de contrôle. Il concerne la qualité du travail par des visites surprises pour l'aide à domicile. La visite permet de contrôler l'effectuation du travail. Le motif de la démarche est masqué à l'intervenant. La sanction est appuyée par une lettre du bénéficiaire qui énonce les points reprochés. Les enfants de la personne aidée peuvent signaler le travail non fait, les vitres non nettoyées, la poussière sur les meubles et les sols, un temps de travail écourté. Les conséquences sont, dans une situation, la réaction de l'aide à domicile par l'arrêt de travail (Responsable de secteur, antenne associative).*
- *Nous avons deux types d'évaluation : on fait une enquête annuelle auprès des personnes aidées et une enquête de premier contact au bout d'un mois de prise en charge ; les personnes sont satisfaites, c'est important pour nous parce que même s'il y a des contacts, l'important c'est d'avoir le point de vue des personnes ; on n'a pas dégagé de pistes d'amélioration, on a pointé certaines choses mais on ne peut pas dire qu'il y a des insatisfactions particulières. Si ils ne sont pas satisfaits, on sait que c'est un métier où il y a beaucoup de relationnel, et qu'on est on peut être sur de l'incompatibilité d'humeur, refaire le point sur les horaires, sur les missions spécifiques.(responsable du personnel, PME).*

Les responsables et encadrants de proximité sont chargés de veiller à la qualité des relations et des actes produits au domicile des particuliers. Pourtant, les procédures d'alerte, en cas de doute sur la bientraitance de la personne dépendante, sont fondées sur les déclarations des personnes entrant dans le domicile, et donc possiblement interprétables et non vérifiables. Pour autant, les cas de non-respect du travail prescrit ou de maltraitance sont des analyseurs du fonctionnement de la structure prestataire, car dans ce mode d'intervention, le bénéficiaire comme le salarié, peuvent s'appuyer sur les régulations managériales de l'entreprise :

- *La procédure est la convocation, l'avertissement. La réitération du travail non fait est considérée comme une faute professionnelle pouvant conduire au licenciement. La mise en place d'un dossier est l'occasion d'informer la personne aidée ou la famille d'appeler en cas de questions. Les visites de contrôle permettent aussi d'écarter les malvaillances des bénéficiaires. Dans ce cas, les visites ne sont pas annoncées (Responsable RH).*
- *les AD sont en première ligne sur les accusations de vol ; c'est très dur à gérer ; on voit tout, du simple soutien-gorge à l'argent ; ce sont des choses qu'on traite de façon très soignée ; déjà, je dis aux personnes aidées que ce sont des accusations graves, après j'entends les salariées, je ne suis pas juge, je dis aux personnes aidées que si elles ont des faits avérés, elles doivent porter plainte et après il y a décision de justice ; l'employeur la dessus est vraiment très limité à moins que la salariée ne reconnaisse (Responsable RH).*

Dans le SAD luxembourgeois, les cadres sont mobilisés sur ces questions de la qualité et de la satisfaction des bénéficiaires :

- *Les informations sur les dysfonctionnements arrivent par les clients eux-mêmes. Chaque cadre est référent d'un client, on a divisé les clients, pour avoir un contact privilégié. Ensuite les erreurs dans notre code qualité doivent être dénoncées au niveau de l'équipe dirigeante. Par contre si ça ne fonctionne pas comme ça devait l'être, on accentue notre contrôle sur le terrain sur base de dossiers de soins (Cadre infirmier).*

- *On a une liberté dans notre travail, on ne se sent pas surveillé, sauf que j'ai été contrôlée deux fois sur le terrain sur comment on travaille, comment on procède… (Aide-soignante).*
- *J'ai participé à une évaluation il y a deux ans en mettant à jour les dossiers mobiles. Ils se sont entretenus également avec les salariés pour voir si on était satisfait, sur les procédures dossiers… ils n'ont pas interrogé sur les procédures de soins car ils savent ce qui se passent ici, ils font partie de la fondation (ASF).*
- *Rappel à l'ordre, avertissements, licenciement après trois avertissements. Il n'y a pas eu de licenciements dans mon CAS (cadre infirmier).*
- *Ça peut arriver, la maltraitance, moi je n'en ai jamais eu. Là par exemple on a une cliente qui est au foyer, on a eu une plainte juste après les fêtes de Noel. Le 27 Décembre la fille nous téléphone parce que la dame a une plaie de la jambe et elle nous accuse d'être les responsables de cette plaie avec la chaise roulante, le personnel dit non, en plus ils ont transporté la vielle dame en voiture donc il y a un doute et je ne peux pas accuser le personnel (Cadre supérieur).*

3.3 Communications informelles et ajustements mutuels

Ainsi, le mode de coordination qui domine dans l'ensemble des SAD étudiées, est l'ajustement mutuel, décrit par Mintzberg (2010, p.19) comme une forme de « coordination du travail par simple communication informelle », le contrôle du travail restant « entre les mains de l'opérateur ». Si selon, Mintzberg, ce type de contrôle direct est utilisé dans les « organisations les plus simples » mais aussi dans les « organisations complexes » dans le cas de « circonstances extrêmement difficiles ». Les ajustements mutuels apparaissent dans tous les SAD étudiés, notamment dans les grandes entreprises centralisées et divisionnalisées car leur taille et l'éloignement géographique du centre décisionnel et de la ligne hiérarchique induit des ajustements structurants majeurs de la part des intervenants lorsqu'ils sont en relation avec les bénéficiaires dans les lieux de production des services. En effet, la mise en place des plannings et des contrôles ne sont pas réductibles aux procédures et aux standards d'activités mis en place dans les SAD, quelque soit leur taille et la forme de l'organisation du travail. C'est pourquoi, dans les configurations productives des SAD étudiés, le principal problème d'organisation du travail n'est pas la seule division technique des missions par type de qualification et la gestion des flux d'activités, mais toutes sortes d'ajustements mutuels qui contribuent à l'adaptation de la prestation aux conditions particulières présentées par chaque bénéficiaire. Un premier type d'ajustement se met en place sur la question de l'adaptation du plan d'aide et du planning par les intervenantes sur des motifs d'appropriation des temporalités d'intervention et des jugements de compétences. En effet, les motifs de conflits créés par les aides à domicile, concernent leur perception de la nature des activités et la manière dont elles les réalisent. Elles énoncent ce qui doit être fait, fixant des modalités des réalisations des tâches. Les encadrants valident généralement ces arrangements pour fluidifier l'organisation du travail, introduire de la flexibilité et améliorer les conditions de la satisfaction au travail :

- *Elles vont décider du fonctionnement de la maison. La personne âgée va dire à la collègue qui vient en remplacement que l'aide à domicile a dit qu'il ne fallait pas faire comme ça, et pour la collègue s'est entendu comme un ordre qui lui est donné 'ce n'est pas à la collègue de me donner des ordres. Le problème se pose pour les binômes utilisant le cahier de liaison pour indiquer ce qu'il y a à faire par la seconde intervenante. Les interventions du matin sont vues comme plus intéressantes que celles de l'après-midi ou du soir où on fait le sale boulot (prendre la lessive, faire du ménage, descendre la poubelle)…alors que la personne du matin s'est occupée de la personne, elle a fait la toilette. Les personnes diplômées essaient d'avoir un ascendant sur celles qui ne le sont pas, à qui on peut donner les tâches les plus ingrates » (responsable de secteur, entreprise décentralisée).*

- *Les infirmières sont affectées dans des tâches bien particulières mais les aides-soignants et les aides socio-familiales sont affectés presque aux mêmes tâches. Un équilibre entre les aides-soignants et les aides socio-familiales est recherché. Sur le plan financier, une aide-soignante coute beaucoup plus chère qu'une aide socio-familiale car elle a des compétences d'analyse différentes que n'a pas forcément une aide socio-familiale. Par contre pour le soin courant, les aides socio-familiales savent bien faire car elles ont été formées pour. Il faut quand même une petite différence parce que les aides-soignantes ont besoin d'être valorisées, c'est difficile d'être aide-soignante et de faire le même problème qu'une aide socio-familiale, la récompense devient uniquement par le salaire et ça ne suffit pas tous les jours. Par contre, on ne peut pas trop les mettre en avant parce que sur le terrain ce sont les aides socio-familiales qui vous diront qu'elles font la même chose. Donc il y a un jeu à trouver pour que cela soit équilibré. » (Cadre supérieur).*

Les ajustements peuvent aussi se discuter entre pairs, afin de flexibiliser aussi les espaces et temps d'intervention au profit de la demande du bénéficiaire et/ou de la gestion des contraintes techniques de la situation, parfois pour compenser les aléas de l'organisation du travail à distance :

- *Il arrive qu'une fille sollicite de l'aide, et on essaye de l'aider parfois il y a des soucis pour les hommes car les clientes refusent d'êtres lavées par les hommes, il y a aussi des clients qui sont gênés par le fait d'être lavés par une fille (Aide-soignant).*
- *Quand j'ai un problème, je demande à ma collègue, on se croise dans la rue ou dans le bus et on parle du travail, on s'échange des petits trucs. On est entre nous, on parle du métier. On s'entraide, on se donne des petits trucs (Auxiliaire de vie).*
- *Les collègues, je prends de la distance avec eux je ne dis rien sur les clients. J'ai des contacts surtout avec le binôme on s'appelle une à deux, trois fois par semaine : elle me demande des choses, on s'aide (ADVF).*
- *Les filles ont un classeur de liaison où on trouve la fiche de présence les heures les actes, le suivi toilettes, le shampoing une fois par semaine, la fiche suivi repas, une fiche, de correspondance, une fiche de transmission entre nous. Par exemple : je n'ai pas eu le temps de faire le shampoing, peux-tu le faire ? Une fiche transmission avec le médecin, pour le kiné et l'assistante sociale aussi, la fiche pour décrire la prestation en quoi consiste la prestation. Le téléphone, on n'a un téléphone de travail, fourni par le service, on échange avec les Aides à Domicile, on l'utilise pour communiquer entre les assistantes et le bureau, on communique souvent, elles ont aussi un téléphone, elles se passent des infos dés fois, oui cela arrive, sur les clients. S'il y a quelques choses qui n'ont pas été faites, elles peuvent intervenir. Elles peuvent aussi voir sur le classeur, elles voient les toilettes les repas, elles peuvent nous appeler aussi (Assistance animatrice).*
- *Les clés c'est sur les clous, des clés se perdent. Un bénéficiaire peut voir dans la semaine plusieurs intervenants, à cause des arrêts maladie ; ils oublient des interventions pour les couchers le soir. Des personnes attendent à 1h du matin. On a un planning de base à la semaine, ici c'est au mois. J'appelais mon binôme pour vérifier et corriger les oublis, surtout les week-ends. On s'autogérait en fait. Le weekend on faisait tout : par tel portable, le secrétariat, l'intervention (Auxiliaire de vie).*
- *On n'a leur numéro, s'il y a un, problème on peut appeler au bureau. Par exemple ce weekend, j'ai eu un problème. Le monsieur ne voulait pas se servir du lève-malade. La directrice m'a conseillé de téléphoner à ma collègue qui intervient aussi chez lui. Elle m'a conseillé (Auxiliaire de vie).*

3.4. Régulations conjointes et temps connexes

Nous avons constaté que la question de l'efficience s'impose aux directions des SAD, ce qui entraîne l'élaboration de modèles de prestation de service les plus codifiables possibles. Les cadres intermédiaires sont placés en première ligne dans cette élaboration des activités ajustées aux réalités de la production de services dans le cadre de rapports complexes entre de multiples acteurs (collaborateurs directs, directions et administrateurs, partenaires, prescripteurs, bénéficiaires…). La recomposition des organisations de services à domicile, comme par ailleurs dans le secteur industriel et tertiaire, a développé des exigences envers les salariés, leur demandant de mobiliser de manière procédurale des capacités dans «l'espace social concret de l'entreprise», et notamment « une intelligence globale de leur contribution à

la production de valeur par l'organisation » (Paradeise et Lichtenberger, 2001 : p.37).

C'est pourquoi, les SAD ont développé, ou tentent de développer, au-delà des ajustements mutuels, des espaces de régulations conjointes (de Terssac : 2003)[56], animés par l'encadrement, destinés à construire l'activité de service par retour d'expériences sur les procédés d'engagement des salariés, les résolutions d'incidents et de conflits à partir des expériences concrètes et des innovations réalisées par les salariés intervenant sur les lieux de production. Cependant, ces «temps connexes»[57], ont tendance à se réduire au profit de la programmation serrée des temps d'intervention. Au regard des diverses modalités mise en place, selon la taille de l'organisation, les moments dédiés à la rencontre entre salariés et cadres pour ajuster conjointement les règles de la production des services sont de trois types :

1°- les réunions formelles et séquences de formation interne,
2°- les entretiens individuels et les « briefings » collectifs
3°- les délibérations informelles.

3.4.1. Les réunions formelles

Les ateliers de production étant séparés du centre décisionnel par la distance géographique, la parcellisation des temps, l'isolement relatif des agents, tous les SAD étudiés ont mise en place des temps et lieux de rassemblement (bi-annuels, trimestriel ou mensuels) des intervenants aux fins de transmission d'informations par les encadrants, ou de remontées d'informations par les agents d'intervention. Quelques propos représentatifs :

- *Tout à fait, on met en place des réunions, on essaye de faire en sorte de les réunir au moins deux fois dans l'année. Et autrement, dans le cadre de l'activité mandataire, quand il y a des gros plans d'aide, c'est que je suis amenée à y intervenir, avec les salariées on se réunit, on fait un peu le point avec les salariés et les employés, c'est quand même très intéressant. Dans le cadre de l'activité prestataire, on fait des réunions, autrement les salariés peuvent me solliciter à tout moment dès qu'il y a quelque chose. Une fois encore quand elles sont vraiment en difficulté ou qu'elles ont besoin de me parler pour X choses, je suis toujours à leur écoute il n'y a pas de problème (Cadre de secteur).*

- *On a une réunion une fois par mois avec toutes les personnes du secteur de L. et de V. et les assistantes (les aides à domicile). Les réunions, cela dépend des sujets que l'on aborde : si il y a des problèmes sur le terrain, cela permet de faire un échange, entre les problèmes du terrain, un échange, on cherche ensemble des solutions. Tout le monde joue le jeu. C'est dans l'échange que l'on trouve des solutions (assistante animatrice).*

- *Une fois par mois, une réunion formalisée qui dure toute la journée est organisée au siège et regroupe tous les cadres supérieurs avec un ordre du jour, des axes stratégiques à développer, des suivis… Et au-delà de ça, on a régulièrement des formations managériales internes. Ensuite, les orientations stratégiques sont déclinées par procédure ou standard (procédures à appliquer ou standard d'aides et de soins par exemple).*

---

[56] A partir de la question des régulations posée par J.D. Reynaud (1993), G. de Terssac (2003, p.44) problématise la notion de régulation conjointe entre direction et salariés d'une entreprise : « la promotion de la régulation conjointe par le pilote repose originellement sur l'offre unilatérale d'un pari, selon lequel l'interaction est porteuse d'un avenir plus riche que la simple action d'organisation, assortie de ses régulations de contrôle. Cependant, jusqu'à ce que la réciprocité s'instaure à travers la co-construction de ce pari, la régulation conjointe n'existe que sous la forme d'une déclinaison particulière d'une régulation de contrôle dans un espace de concurrence des régulations ».

[57] Selon Du Tertre (1999-b, p.94), l'intensité directe du travail correspond à la possibilité d'obtenir des économies de temps par division du travail, spécialisation et intensification des tâches élémentaires ; l'intensité connexe du travail, par contre, correspond à la possibilité d'obtenir des économies de temps sur les séquences productives par une progression de la qualité des tâches de régulation du dispositif opératoire (..) et sollicite explicitement la mobilisation de la subjectivité individuelle et collective des salariés ».

On a une réunion infirmière de 2h, une fois par mois et une réunion que l'on appelle CAS où tout le monde est là. (Cadre supérieur).

- *« Les intervenants font des démarches de soins entre elles mais aussi avec l'infirmières qui leur permettent de faire une analyse. La démarche de soin est quelque chose qui a été structurée à partir de notre fondation, j'ai aidé à sa mise en place dans notre CAS, quand je sens des groupes perdus, de temps en temps je les anime mais il y a des groupes qui sont totalement autonomes, qui fonctionnent très bien. Ce serait super si j'arrivais à 4 h par semaine dans la démarche de soin mais je n'en suis pas là. Concernant l'encadrement, on s'est mis un objectif par cadre de 5 h tous les 15 jours. (Cadre infirmier).*

Par contre, ces temps programmés sont contredits par l'organisation éclatée et intensifiée des interventions. En conséquence, l'absentéisme aux réunions est important :

- *On a une réunion une fois par mois, le matin ou l'après-midi, mais le souci c'est qu'on ne nous libère pas. Peuvent venir, les filles qui ont du ménage : là le ménage ne sera pas fait. Je préviens avant que je ne viendrais car je serai en réunion. C'est à la réunion que l'on nous fournit les gants : si je n'y vais pas je les paye moi-même. Moi je ne travaille pas sans gants. Ma responsable sait que quand je suis tous les jours avec le monsieur qui a un Alzheimer, je ne peux pas venir aux réunions (Auxiliaire de vie).*

Les formations internes sont proposées aux agents d'intervention dans tous les SAD enquêtés. Ces formations courtes portent sur l'acquisition de connaissances des publics et de techniques de la prise en charge. Dans les grands SAD centralisé et divisionnalisé, ces moments sont l'occasion de d'identifier les collègues du service, sans pour autant être le lieu de la constitution d'un collectif de travail. Par contre, ces temps connexes particuliers, destinés à rappeler les normes de la qualité du service, sont appropriés comme des moments de ressourcement individuel :

- *Le centre de Longwy et Metz ont formé deux personnes France Alzheimer sur les ateliers mémoire. Actuellement, 80% du personnel a été formé par ces personnes. Dans cas lourds, (sclérose en plaque, maladie de charcot) ; l'infirmière fait un topo à l'équipe qui va chez la personne. Comme on a du personnel médical, on utilise leurs compétences (Gérant).*

- *Les réunions sont animées par une bénévole, elles se passent bien. On nous apprend de choses comme la pandémie de la grippe, on nous explique ce qu'il y a à faire en cas de vol, de clés qui disparaissent. On m'a aussi proposé une formation de connaissance de l'A. sur une journée. Puis sur les maladies, les enfants, l'entretien de la personne, les handicaps. Je me suis inscrite mais le dossier m'est retourné sans réponse. Même si j'ai déjà suivi ces formations, je voudrais faire d'autres modules pour tenter une VAE, après (Auxiliaire de vie non diplômée).*

- *la violence, l'agressivité de la personne âgée, on a été beaucoup formées. J'ai été beaucoup aidée par les formations parce que c'était des nouveaux cas qu'on n'avait pas vus avant ; j'ai fait par exemple « comment gérer la violence, l'agressivité de la personne âgée », « les personnes en fin de vie » avec une psychothérapeute. On a eu l'ergonomie, la psychologie de la personne âgée ; j'ai été faire des stages dans les hôpitaux, ..., il y en a tellement eu ..., le stress au niveau du travail, ça on sait comment faire parce que on bouquine pas mal, mais ce qui m'a le plus aidée, c'est « l'agressivité de la personne âgée » et les personnes en fin de vie, ça a duré au moins deux semaines, je crois, au moins 10 jours, ça m'a vraiment beaucoup aidée (AVS).*

Trois des SAD enquêtés ont mentionné le recours à des psychologues en soutien des intervenants :

- *Dans la structure, il y a une psychologue bénévole….pour moi elle est importante….il est prévu de la voir avec ma collègue….je suis bien dans cette structure (ADVF)*

- *Une équipe de pédagogues dédiée à l'équipe, qui est là pour soutenir en cas de soucis, de difficultés majeure en cas de prise en charge, ex : prise en charge fin de vie d'un enfant atteint d'un cancer, accident de la route avec blessés dans le cadre de la tournée, discussion de cas (groupes de parole qui dure 2 heures avec l'équipe concernée. (Cadre Supérieur).*

3.4.2. Entretiens individuels et « briefing » collectifs

Les entretiens annuels d'évaluation sont mis en place dans une minorité de SAD. Ces temps sont aménagés autour de la rencontre entre l'agent d'intervention et la direction et/ou le cadre de proximité en vue de lister les éléments qui participent de la qualité du service et les éléments d'évolution professionnelle (projet de formation qualifiante, etc.), et plus rarement, les éléments qui contraignent le travail (conditions de travail, effets sur la santé) :

- *Nous faisons des Entretiens annuels, dans le cadre de la certification qualité, en plus des évaluations lors des rencontres chez les bénéficiaires (Responsable de secteur).*
- *Les entretiens professionnels sont effectués avec le Président et le cadre de proximité : on fait le point sur le métier, leur projet. Mais ils ne portent pas sur les conditions de travail (Responsable de secteur).*
- *Donner des missions supplémentaires aux personnes, valoriser ce qu'elles savent faire, mettre en avant leurs compétences particulières dans un domaine, ça passe aussi par ce qu'on appelle les MAG c'est-à-dire des entretiens individuels annuels en mettant en avant la valorisation des compétences et des attitudes positives chez la personne (Cadre supérieur).*

Le SAD luxembourgeois a mis en place des temps de régulation particulièrement cadrés dans le temps de la journée, ceci pour animer les équipes nombreuses qui interviennent quotidiennement et pour organiser les « tours » **:**

- *On a divisé et responsabilisé chaque infirmières de quartiers. Il y a 6 quartiers et dans chaque quartier il y a une équipe qui est bien dédiée : à 6h30 le matin, il y a l'infirmière de référence qui va faire son tour infirmier mais qui est avant tout la responsable du quartier pour les aides*-soignantes, c'est elle qui anime un temps de parole minimum 15 minutes le matin autour *des aides et des aides-soignantes pour reprendre les dossiers des personnes ciblées et dire ce qui s'est passé chez le client. A 13 h l'équipe du soir se rencontre ici pour la même chose (Cadre supérieur).*

Les SAD lorrains s'organisent de manière plus aléatoire, les « briefing » étant mis en place en tant que de besoins et empruntent les circuits de communication formels, le plus souvent au moment de la restitution hebdomadaire ou mensuelle des « fiches de présence » pour l'enregistrement des temps de travail effectués :

- *Alors on a les deux cas de figure, celles qui travaillent sur le secteur de P., c'est sûr que là on va avoir directement un envoi de courrier. J'aurais tendance à dire que les trois quart aiment ramener leur fiche de présence ici en début de mois, ça nous permet de leur donner directement leur feuille de présence pour le mois d'après. Si elles ont besoin de me solliciter, en général il vaut quand même mieux prendre rendez-vous parce que je suis quand même pas mal prise. Si je suis là que j'ai un petit peu de temps à leur consacrer cela peut se faire, auquel cas on prend un rendez-vous (Responsable RH).*
- *Les personnes sont en demande d'expression, à la fin du mois, quand elles passent pour les fiches de salaire, il faut prendre 15 à 20 mn avec chaque aide à domicile pour parler, il y a un besoin énorme (responsable de secteur).*

3.4.3. Les régulations conjointes informelles

Dans ces configurations productives de services relationnels, les agents selon leur position dans l'organigramme, déploient leur implication subjective dans des relations intenses, expriment des orientations éthiques nécessitées par la relation d'aide et de l'intervention auprès de personnes fragiles. Les encadrants de proximité sont en première ligne dans ce processus de l'appropriation individuelle et collective des contenus de la relation de service :

- *Ce qui joue c'est la responsable qui est au-dessus de toi, tu as un rapport de travail si non pas de rapport humain…Et là tu t'amuses…elles ne voient les aidants, les personnes, il y a beaucoup d'arrêt maladie, de plainte des personnes aidées. Elles jouent un gros rôle au-dessus de nous ; elles sont à l'écoute. Cela m'arrive d'appeler ma responsable, je lui dis que j'ai passé une journée de merde, la personne a été*

exécrable, je peux lui dire je n'étais pas dans mon état. Là aussi je peux en parler à quelqu'un, à ma collègue, la seule que je connaisse. La responsable on a beaucoup de chance car elle a été aide à domicile, 32 ans de boîte (Auxiliaire de vie).

- *Je suis vidée, c'est ce qui il y a de plus épuisant car on ne peut rien faire, sinon écouter les problèmes que rencontrent les aides à domicile. Par exemple, le décès de Madame B. à 98 ans, elles n'acceptent pas. En général, ce que je dis au chef : tout le monde vient déverser, et là je le fais sur vous. C'est ce qui il y a de plus épuisant car on ne peut rien faire, sinon écouter (agent de maîtrise, Agence décentralisée).*
- *« La présence est très, très importante. Les gens ont besoin d'être calmés, ils ont besoin que l'on soit là pour les écouter, je crois qu'ils ont besoin de se défouler en fait. On fait des transmissions à midi et quand elles viennent à midi on écoute leurs doléances (…) Il y a beaucoup de temps qui est investi par les cadres dans l'écoute, dans le relationnel avec l'équipe parce qu'il y a beaucoup de difficultés exprimées (Cadre Supérieur)*

C'est pourquoi les temps informels de régulations des manières de prester l'acte à domicile, des effets des contraintes et des « incidents critiques » qui se produisent dans les situations, que les intervenants sont censés maîtriser, sont l'objet de délibérations permettant des jugements interactifs sur la qualité de la relation de service, la construction collective des critères d'évaluation, les «bonnes pratiques», des arbitrages concertés sur les moyens et les résultats de l'activité, l'incorporation des apprentissages organisationnels qui, comme dans d'autres formes d'organisation de services, sont autant de «processus informels complexes et souvent conflictuels débouchant sur une norme sociale» (Du Tertre, 1999-b : p.90). Or, les salariés ne parviennent pas à mutualiser ces procédures d'arbitrage car les temps de rencontre et de négociation sont peu fréquents, du fait de la délocalisation des espaces d'intervention. Les encadrants, situé à l'interface entre les directions et les instances de prescription des aides, sont alors investi de la fonction de traduction, de régulation conjointe et de contrôle procédural (Bertaux, Hirlet, Prépin, Streicher : 2006). Ils se positionnent le plus souvent en porte-parole des salariés et des bénéficiaires quant à la production et la diffusion de règles localisées qui peuvent s'élaborer en règles collectives et protocoles d'intervention normés.

3.5 Spécificités de la relation de service

Dans le secteur des services à domicile, l'organisation du travail participe d'une certaine conception de la relation de service fondée sur un engagement du prestataire dans le respect de l'intimité du bénéficiaire et de ses marges de décidabilité, tout en prenant en charge les facteurs de l'environnement social et familial qui contribuent au maintien des solidarités informelles. Dans la configuration productive des services relationnels de l'aide à domicile, la prestation est un construit social par délibérations et diffusion interne d'un appareillage cognitif progressivement enrichi des savoirs d'expérience élaborés à partir des pratiques individuelles. En effet, nous constatons que dans les SAD étudiés, l'organisation du travail présente une composante structurelle majeure: la subjectivité des agents et leurs compétences relationnelles. En effet, l'activité de travail mobilise la subjectivité des agents en tant que capacité à traduire une relation à autrui, dans une logique productive d'utilités valorisables par le bénéficiaire, et mobilise la capacité du bénéficiaire et de son environnement social et familial (aidants familiaux) à co-construire le service et à fournir les moyens de l'intervention et de son résultat. Au fondement de la production du service (aide-ménagère, confection des repas, aide à la toilette, soins paramédicaux et médicaux ainsi que dialogue, prise en charge psychologique, sociabilités…) se retrouve le modèle de la relation de service décrit par Goffman (1968) : une activité destinée à satisfaire les besoins d'autrui, nécessitant un travail de «réparation» ou de maintien de l'état du mandant (aide, conseil ou soin). La relation de service confère un pouvoir au «praticien» sur la personne aidée et sur l'objet de l'intervention,

car il possède des savoirs et des informations utiles au demandeur. Dans les SAD de petite taille et de grande taille, les planificateurs prennent, autant que faire se peut, en compte ce facteur de l'intersubjectivité de la relation d'aide en considérant que, en création de valeur économique, l'efficacité relationnelle est supérieure à l'efficience du rapport coût/temps de déplacement et d'intervention.

C'est ainsi que les intervenant(e)s contribuent directement à l'adaptation de la prestation de service et pour ce faire, s'approprient individuellement et collectivement des marges d'initiative et une partie de l'organisation du travail (adaptation de la planification des tâches, évaluation des besoins et des effets de l'intervention, estimation de la pertinence du volume horaire prescrit, etc.). La relation de service se compose, selon Goffman, de trois parties : une partie « technique » concerne les informations et le déroulement opératoire de l'intervention, une partie « contrat » concerne les modalités juridico-économiques de la prestation (prix, engagement des parties, horaires, fréquences…), une partie « civilités » concerne les « échanges de politesse et les marques de respect » (Goffman, 1968 : p.383). Pour que la relation de service s'établisse, il faut que le bénéficiaire soit en confiance et participe activement au déroulement de l'action en donnant les informations utiles au prestataire qui pourra en interpréter la pertinence et décider les modalités de son intervention. Dans le cadre des SAD étudiés, la prestation est rendue possible dans la mesure où se construit en front office, c'est-à-dire en aval de l'organisation du travail, la relation de service, comme décrite par Goffman en trois pôles, technique, contractuel, et civilités. Sur le plan technique, les intervenants élaborent des « routines » adaptée à chaque bénéficiaire et à chaque domicile[58] :

- *Cela dépend de la personne : si c'est la toilette et si elle finit seule sa douche, je prépare ses vêtements, puis je fais le lit, ou une bricole. Si ce n'est pas le cas, je reste tout près pour lui donner sa douche, mais ce n'est pas moi qui décide comment faire, c'est à sa demande. C'est la même façon de faire du premier au dernier contact et je garde ses habitudes, mais je m'adapte si elle change ses habitudes.*
- *Je mets la personne en sécurité, je l'installe, je prépare le savon, la brosse les affaires de rechanges.*
- *J'ai appris la manipulation de la personne handicapée, utiliser le fauteuil roulant, le lève malade je savais déjà ; parce que la chose la plus importante c'est de mettre la personne en sécurité, c'est important.*
- *ce matin par exemple, je vais lever la dame, lui changer sa couche, faire son café, son lait, après j'ai nettoyé les WC avec de la Javel, après elle est allée aux toilettes et je l'ai mise dans son fauteuil avant de partir ; je suis arrivée en retard de 10 mn chez l'autre personne qui m'attendait pour faire chauffer son eau.*

Ces quelques propos illustrent la technicité, la mise en œuvre concrète du travail. On peut noter l'importance de la maîtrise des tâches dans le discours des salariés et régulièrement le plan d'aide est cité pour définir la nature du travail technique. On y trouve du ménage, des toilettes, faire des courses, les notions d'hygiène sont également abordées. Il est à noter que le plan d'aide indique une prescription de résultat et non pas les tâches ni leur ordonnancement. Le pôle relationnel de la relation de service est évoqué comme un échange d'informations destinées à la « civilité » commune de toute relation sociale qui fait support à la technique de l'aidant et surtout à la compréhension de la dimension psychosociale de la relation d'aide :

- *On parle de tout et de rien, des infos au journal, d'animaux, elle sait que j'ai un chien alors.*
- *je ne fais pas des gestes brusques, mais je dois parler plus fort ; elle parle de sa famille, de ses enfants, de son mari. Quand je fais du repassage, on discute en même temps, quand je suis dans la cuisine elle est au salon. Avec le monsieur, on parle des actualités car il lit beaucoup, regarde la télé. Il me parle de la politique. Je l'écoute bien sûr.*

58 Extraits du rapport collectif d'étude de terrain en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale .

- *je demande toujours à la personne qu'est ce qui lui fait plaisir, qu'est ce qui ne lui fait pas mal. Des fois je leur chante, ça les faire rire, des blagues ça les amuse.*
- *Il faut être très organisée, être à l'écoute, respecter les gens, les comprendre, ne pas s'arrêter à la première chose négative*
- *Chaque personne est différente, il faut comprendre ses besoins ce qu'il lui faut le plus.*
- *Beaucoup de douceur, de patience de compréhension, 60 % de qualité humaine et 40 % de qualité technique.*
- *le relationnel c'est très important, le sourire, nos problèmes on les laisse devant la porte. Plus c'est compliqué, plus j'aime bien. Si je tombe sur un cas, je laisse le message à l'association, on n'est jamais seule. Il faut avoir la tatche, mais avec du respect. Si on n'aime pas les gens, on n'aimera pas le métier.*

Concernant le pôle contractuel, les interventions se situent délibérément dans le respect des prescriptions du plan d'aide et dans le cadre de la prescription des temps de production du service. Cependant, les intervenants observent tous la nécessité d'adapter l'activité au motif de nombreux paramètres surgissant ici et maintenant dans la situation et l'interaction avec le bénéficiaire. C'est ainsi que des arrangements « contractuels » informels sont définis pour assurer la sécurité et la satisfaction des personnes fragiles :

- *on essaie que les interventions d'une demi-heure soient les plus restreintes possible pour que le travail se fasse au mieux derrière ; on milite un peu pour ça, mais clairement aujourd'hui, on est dans une pure enveloppe financière qui dit « la personne, elle a besoin à tant et pas plus ». C'est vrai que ça demande derrière une adaptabilité de l'AD (responsable RH).*
- *Je fais la chose qui arrange tout le monde ; l'association dit ce qu'on doit faire après c'est à nous de voir comment faire.*
- *Il y a ce qui est écrit et ce qu'il y a sur le terrain, le CG dit une heure ménage, une heure de courses, une heure de ceci, mais ce n'est pas comme ça la réalité, on s'adapte.*
- *Une demi-heure pour la toilette ce n'est pas assez. Je prends ¾ d'heure, j'ai besoin de ¾ h. je dépasse et je rattrape. Si tu veux avoir un bon contact avec la personne, parler, rigoler. La toilette pour moi je la fait en ¾ d'heures. Les gens me connaissent et personne ne se plaint car en fait, la relation est mise en place.*
- *Normalement, pendant la matinée on n'a pas le droit de faire des courses, chercher des médicaments, mais je l'ai quand même fait en se mettant d'accord avec le client que cela ne va pas avoir des conséquences sur la gestion de mon temps. Je ne veux pas déranger ma chargée juste pour ces choses-là mais après je la mets au courant de ce que j'ai fait.*
- *Ça m'est déjà arrivé de passer en dehors de mon temps de travail, il ne faut pas le dire, une fois la personne est tombée je suis restée une heure de plus, gratuit, c'est humain.*
- *On est le dernier maillon de la chaîne, on est toujours obligé de dépasser, plus ou moins. Il y a des personnes qui n'ont pas les moyens d'avoir des services annexes, se couper les ongles, donc on le fait. Si on ne le fait pas, personne ne le fera.*

Ces quelques réponses affichent l'importance de la satisfaction des bénéficiaires dans ce qui structure cette construction de la qualité du système relationnel entre le salarié et les bénéficiaires. Ainsi, la qualité du service est, dans sa finalisation, négociée avec le bénéficiaire et ses proches, dans une sorte de laboratoire secret, qui conditionne très directement la fidélisation de la clientèle et la réussite économique de la prestation de service, loin des normes gestionnaires de performance financière, car « dans cet espace borné par des limites temporelles strictes qu'est l'intervention à domicile constituant ce système d'action, le discours sur les modalités de l'intervention à domicile et sur ce qui constitue la qualité dans

cet espace, est déterminé par la satisfaction des usagers » (Montesinos et alii : 2009)

L'ensemble des intervenants enquêtés en lorraine et au Luxembourg ont fait mention de microdécisions qu'ils prennent quotidiennement et du « travail invisible » technique, éducatif et psychosocial qu'ils développent afin d'ajuster la prestation aux réalités contextuelles locales et aux besoins concrets des aidés :

- *Ils nous ont montré un beau cahier qui devait aller chez les personnes, mais il n'y a pas tout le temps un cahier. Le premier jour, je suis plus attentive au médical, quand tu arrives chez la personne tu essaie de savoir d'avoir des choses qui t'interpelle, j'observe, j'essaye de parler, de savoir.*
- *pour moi des fois ils ne sont pas bien, ils parlent de leurs enfants, ils se sentent seuls, ils ont besoin de parler. Je prends mon temps, car sinon ils iraient plus mal, je leur demande pourquoi. Ça les rassure. Pour moi c'est normal, on est là pour eux, on doit s'occuper d'eux pendant le temps qu'on est chez eux. Il n'y a pas que les gestes, ils ont besoin de s'exprimer, on ne peut pas faire les choses et ne pas leur parler, partir comme ça.*
- *Là c'est une prise en charge différente, il faut s'adapter, jouer sur l'affectif, rentrer en contact. Moi, mon rôle c'est de rester avec lui, pour qu'il ne lui arrive rien, mais 6h de temps et de tourner en rond je préfère faire des ateliers pour lui redonner goût à la vie et moins regarder l'heure. C'est tout un travail : au début il était alité, il ne bougeait pas, maintenant il mange, il se ressert de la fourchette car ça c'était complètement perdu, il se repère dans l'espace, ne serait-ce que pour aller aux toilettes. Et je lui propose de rénover un meuble : le matin quand j'arrive il dit alors on attaque ! Ma collègue l'emmène faire les magasins. On arrive à stabiliser en travaillant, en répétant. Je travaille avec les saisons, avec la nature… je fais des choses qu'on n'a pas le droit de faire, sinon on reste assis à côté d'eux.*
- *Je passe l'aspirateur, je fais les sols. La vaisselle est faite je l'essuie. Je discute tout le temps. Je lui explique. Je lui demande si elle veut un verre d'eau, un petit gâteau. Je discute tout le temps j'adore. Je ne reste pas assise. Je ne suis pas là pour le café si non dix minutes avant la fin…je discute un peu, je reviens à 18H. Il y a des membres de famille qui sont là d'autres qui sont loin. J'ai des contacts cela se passe bien avec d'autres moins bien. Il n'y a jamais des choses négatives c'est toujours le vouvoiement…il m'appelle par mon prénom cela ne me dérange pas mais moi j'appelle madame ou Mr ;*
- *Il y a des familles qui n'ont pas d'enfant alors j'écoute. J'ai l'écoute, la confidentialité, la discrétion, c'est important. L'entretien de l'environnement, je le fais pendant qu'elle mange, il y a une organisation que je fais. Comme je connais les personnes depuis que je suis là, si on manque de matériel d'entretien, c'est la personne qui achète. Nous n'avons pas le droit d'acheter, alors on l'emmène en cours et c'est elle qui paie. Les personnes qui ne sont pas sous tutelle, c'est un membre de la famille qui le fait pour les personnes à l'UDAF c'est plus compliqué : j'appelle et on me dit ce qu'il faut faire.*
- *Ma collègue, elle suit le règlement, mais des fois, je l'ai vue pleurer. T'es basculée chez des gens, tu as l'impression qu'ils sont corrects, et puis la responsable l'appelle : vous n'avez pas eu un souci chez untel. Elle dit non, mais la personne est tellement de mauvaise foi et elle, elle est tellement sensible, elle se donne tellement à fond dans le ménage, et les personnes peuvent dire elle a mal fait le ménage et n'en veulent plus parce qu'elle ne fait pas son travail, c'est affreux pour elle. Moi, je suis intervenue chez ces gens, la dame veut et le monsieur ne veut pas, elle ne te laisse pas faire ton travail et après elle appelle la responsable parce que tu n'as pas fait ton travail. La responsable me laisse rappeler cette dame : vous ne faites pas votre travail. J'arrive à comprendre qu'elle souffre, que nous ont peut-être le bouc émissaire. Finalement, ils ont mis une fille qui ne tient pas non plus, et on va devoir faire un placement.*
- *Si le client a des problèmes on peut le soutenir mais on ne donne pas de conseils car la famille peut se fâcher et se retourner contre nous. On est là pour eux, pour les aider mais on ne rentre pas forcément dans tous les problèmes, il faut toujours faire attention. Mais Parfois on se rend compte qu'ils ont de petits problèmes et nous on essaie de les aider par exemple un client qui n'arrive pas à joindre sa banque on peut l'aider à téléphoner… sinon on peut appeler la famille en faisant une transmission ici, s'il veut du pain on peut lui en acheter même si on n'a pas le droit de le faire.*

Dans le cas d'incidents critiques et d'évènements non prévisibles, qui mettent les bénéficiaires et/ou le salariés en insécurité, les agents témoignent d'une réactivité absolument nécessaire en partiellement encadrée par les règlements de fonctionnement des SAD. Dans l'urgence, l'initiative personnelle est la seule réponse possible :

- *Une fois, la personne n'ouvrait pas. C'était une personne handicapée chez qui je devais aller le matin. J'ai sonné, mais il était tombé et ne pouvait pas ouvrir. Le voisin a pu ouvrir la porte. Je lui ai fait des petits massages, j'ai fait un petit diagnostic, je lui ai demandé si il avait mal. Le soir, j'ai vérifié, il n'avait pas appelé le médecin. Là, j'ai appelé l'association.*
- *L'enfant dont je parlais a des traits autistiques qui a besoin de câlins. le non est mal vécu. Il n'aime pas l'échec, il se punit. Je me suis fait taper dessus pendant une heure, il a cassé sa PlayStation. J'ai des atouts, pour moi cela a été de tenir et de maintenir la violence dans un lieu clos. j'ai gardé mon calme.*

Dans les SAD, la mobilisation du personnel d'intervention s'appuie prioritairement sur l'engagement des agents dans la construction de l'activité, par conséquent sur leurs aptitudes personnelles et leurs «subjectivités», ensemble de compétences mobilisées pour améliorer la productivité du travail dans des contextes d'instabilité de la demande[59]. Ainsi, les intervenant(e)s, relayé(e)s par les cadres, considèrent que leur marges d'initiative sont constitutives de leurs compétences et de leur projet professionnel fondé sur des valeurs de soutien à autrui et constitutives de leur professionnalité.

[59] Les travaux relatifs au modèle de la compétence constatent la tendance à définir la performance des salariés par leur capacité d'intervention autonome par rapport aux directives, les services étant considérés comme des contextes de travail où ces formes de compétences sont plus particulièrement développées (Ughetto et alii, 2002)

CHAPITRE III.

Gestion de la main-d'œuvre et articulation entre formation, qualification et emploi : vers l'émergence de marchés professionnels ?

Par Andréana Khristova

Par-delà la simple question des caractéristiques de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile, il est question dans cette partie d'analyser les rapports entre formation, qualification et emploi. Pour ce faire, nous interrogerons les pratiques de recrutement, de formation et de gestion de la main-d'œuvre.

Au regard de notre matériau, nous avons privilégié une méthode qui combine plusieurs approches empiriques. Nous avons analysé en premier lieu les entretiens réalisés auprès des directeurs, des responsables de ressources humaines et des responsables de secteurs. Cette analyse a été confortée par les entretiens auprès des salariés qui ont fait l'objet d'une analyse quantitative[60]. Cependant, nous faisons le choix de ne pas reprendre les résultats quantitatifs, qui n'ont d'autre vocation que de dégager des grandes tendances, puisque même s'il a une représentativité[61], notre échantillon n'est pas suffisamment important pour en faire une analyse quantitative. Pour cette raison, nous avons consolidé l'analyse par les résultats des rapports d'activité qui nous ont été fournis par les structures.

A l'aune des facteurs institutionnels ayant un rôle déterminant dans les politiques de gestion et de formation de la main-d'œuvre (section 1), nous nous proposons d'étudier les caractéristiques du rapport entre formation, qualification et emploi dans le secteur de l'aide à domicile œuvrant auprès des personnes fragiles (section 2). Cette mise à plat des pratiques observées nous permettra, dans un troisième temps, de comprendre les formes et segments de marchés de travail qui s'organisent au sein du secteur (section 3). A cet effet, nous nous appuierons sur les approches en termes de segmentation du marché du travail.

1. Les facteurs institutionnels jouant un rôle déterminant

Plusieurs facteurs institutionnels, souvent interdépendants, participent à façonner les modes de gestion de la main-d'œuvre par les organismes employeurs et contribuent à forger la grande diversité des pratiques dans le secteur.

Le *statut du service d'aide à domicile*. Le caractère non lucratif ou lucratif des organismes pèse sur la gestion de la main-d'œuvre et sur le rapport à la formation : les premiers constituent le secteur historique dans les aides à domicile et bénéficient de facilités relatives à l'autorisation d'exercer auprès des personnes fragiles (même s'il y a un contrôle financier annuel, le renouvellement de l'autorisation est « quasi-automatique ») ; les seconds sont des structures de statuts juridiques différents (SARL, SCOP…), très récentes créées à la suite de

[60] A l'aide du logiciel Sphinx.

[61] Dans cet exercice, nous sommes confrontés à ce qui constitue une contrainte classique dans ce type d'enquêtes, le choix des salariés même s'il répond à un certain nombre de critères prédéfinis (âge, ancienneté, type d'activité exercé…) ne peut être complètement maîtrisé par les enquêteurs.

la loi Borloo de 2005, et faisant l'objet d'un agrément qualité qualifié de « contraignant » par l'ensemble des responsables. Le statut influence aussi bien le volume que la pérennité de l'activité.

Au statut des structures s'ajoute *l'effet de taille*. Le clivage reste, à l'heure actuelle, fortement corrélé à l'histoire plus ou moins longue de l'organisme : ceux à but non lucratif étant plus souvent de grande, voire parfois de très grande taille[62], et ceux à but lucratif, plus récentes, plutôt de petite taille. Il sera donc parfois difficile à démêler et déterminer à quel point l'impact sur la gestion de la main-d'œuvre est lié à l'effet de taille ou à l'effet du statut. A ces deux facteurs, s'ajoutent le *degré et les formes d'institutionnalisation* (appartenance à des fédérations, unions nationales, signature de conventions collectives, franchises…). Parmi les organismes la diversité est grande, mais l'appartenance à une fédération nationale, par exemple, engendre l'inscription des modes de gestion de la main-d'œuvre dans d'une politique globale d'orientation et de gestion, et, réciproquement, permet de participer à son élaboration. Le *mode de financement* et *le degré de dépendance de l'Etat* (par le financement de l'activité APA, PCH notamment) pèsent également sur l'organisation et la composition de l'activité, conditionnent sa pérennité. Enfin, c'est la nature même de l'*activité dominante* (prestataire ou prestataire/mandataire, part de l'activité liée à l'APA et PCH) qui a une incidence sur les modes de gestion, de formation et de qualification de la main-d'œuvre.

2. Caractéristiques du rapport formation/qualification/emploi

A la suite des travaux fondateurs des théories de la segmentation de Doeringer et Piore (1971), plusieurs approches s'accordent sur les critères de distinction[63] entre marché interne, marché professionnel et marché externe (Osterman, 1982 ; Marsden, 1989 ; Eyraud, Marsden et Silvestre, 1991)[64]. Ces critères ont trait à l'accès et au maintien dans l'emploi, l'acquisition et la reconnaissance de la qualification, la mobilité de la main-d'œuvre et les carrières professionnelles.

2.1 Un accès à l'emploi variable : à la fois ouvert et sélectif

L'entrée dans le secteur est relativement ouverte si on prend en considération le mode d'embauche, même si le poids des représentations sociales demeure et si les critères de sélection se durcissent.

Deux types de pratiques d'embauche, spontanée ou institutionnellement organisée, se côtoient, l'accès par candidature spontanée étant un mode de recrutement particulièrement apprécié. L'organisation institutionnelle peut prendre des formes différentes. Elle se fait soit en interne, soit en externe. Dans le premier cas, par un travail conjoint avec les organismes de formation et l'accueil de stagiaires (AFPA, ALAJI…). Les stages peuvent ainsi servir d'étape de présélection. Dans le second, les recruteurs font appel à des intermédiaires de l'emploi (Pôle Emploi, forums). Les usages et les combinaisons de ces pratiques restent propres aux SAD avec peu de corrélation au statut ou la taille des établissements. Quant aux méthodes de

[62] Dans notre échantillon, la fourchette des effectifs va de 35 à 1600 salariés pour le secteur associatif et de 10 à 30 salariés pour le secteur lucratif.

[63] Pour autant, il n'y a pas de consensus ni sur les raisons de ces distinctions (facteurs technologiques, facteurs institutionnels), ni sur ce qui prime dans la distinction (relations professionnelles pour Osterman, système de qualification pour Marsden).

[64] Pour une description des caractéristiques des différents types de marchés voir l'encadré à la fin du chapitre 3.

recrutement, elles ressemblent à celles utilisées couramment dans les autres secteurs : CV, entretiens, mais aussi de plus en plus tests de simulation, mise en situation. Les demandes d'embauche étant très supérieures aux possibilités effectives de recrutement, les critères de sélection se multiplient.

Quel que soit le mode d'entrée dans l'emploi, les exigences en termes d'expérience acquise de manière formelle ou informelle, d'empathie, de disponibilité et de mobilité sont dominantes. Les jugements portés sur les qualités requises pour exercer l'aide à domicile en général et auprès des personnes fragiles en particulier sont encore fortes même si en évolution. Des attributs individuels comme l'âge (l'âge plus avancé étant considéré comme synonyme de maturité) et le sexe (les femmes étant les principales visées par les emplois auprès des bénéficiaires[65]) font également parti des critères de sélection. En témoigne le constat fait par un responsable de secteur qui recourt à Pôle Emploi et à la sélection par les tests professionnels en situation (méthode Lemoine) : *« sortent des profils de personnes qu'on n'aurait pas recruté en direct ; des jeunes femmes de 19, 20, 30 ans »*. Pour un autre de nos interlocuteurs, le profil-type est celui de l'aidant familial déjà expérimenté entre 35 et 40 ans *« capable de s'occuper de tout »* (SAD1). Ou encore : *« Aujourd'hui les personnes ont majoritairement entre 40 et 50 ans mais on n'a pas de critères d'âge. On a des personnes de 22-25 ans qui vont très bien passer au niveau des personnes âgées, alors que d'autres personnes âgées vont nous demander des personnes matures »* (SAD3). En effet, les données fournies par ces deux structures laissent apparaître des logiques différentes : dans l'une, la part des 16-30 ans ne représente que 6% des aides à domicile, elle est encore marginale ; dans l'autre, la proportion des 16-26 ans s'élève en 2010 à 22%, soit plus d'une intervenante sur cinq[66]. Il y a donc une tendance à l'évolution de la structure des âges des aides à domicile pour partie liée au mouvement de professionnalisation et de formation.

Un autre phénomène, moins explicité par nos interlocuteurs mais bien réel, est celui de la surreprésentation féminine : la quasi-totalité des emplois d'aides à domicile auprès des personnes fragiles est tenue par des femmes. D'ailleurs, dans notre échantillon d'entretiens menés auprès des salariés on retrouve un seul homme. Il témoigne de réticences des structures et/ou des bénéficiaires, y compris lorsqu'il s'agit d'effectuer un stage dans le cadre d'une formation : *« le troisième module était 'personnes à domicile' mais comme c'était difficile de trouver à domicile donc j'ai été dans un établissement pour autistes […] les trois stages se sont bien passés »*. Sans prétendre à expliquer ce phénomène des rapports hommes/femmes au regard du marché du travail, qui n'est pas nouveau et qui marque toujours certaines professions, nous pointerons trois mouvements conjoints : une empreinte encore forte malgré l'autonomisation du secteur à l'égard des logiques domestiques[67] ; une surreprésentation des femmes parmi les personnes dites fragiles, essentiellement due au grand âge et à l'espérance de vie des femmes ; une évolution lente des systèmes de représentations. Comme le souligne un aide à domicile « *il y a des hommes qui **préfèrent** être pris en charge par les hommes mais il a des femmes à qui cela **ne dérange pas** d'être prises en charge par des hommes »*[68].

On est dans une situation assez paradoxale. Si on parle aujourd'hui d'ouverture des emplois

[65] Ce constat est moins prégnant au Luxembourg où employeurs et personnes fragiles acceptent plus facilement l'exercice de ces métiers par les hommes.

[66] Remarquons que les données fournies par les SAD (relatives à l'âge, à l'ancienneté, au niveau de formation et de qualification) concernent surtout les salariés prestataires. Il n'y a pas d'informations équivalentes pour ceux intervenant au titre d'une activité mandataire.

[67] La prise en charge des personnes âgées relève traditionnellement des solidarités familiales féminines. C'est d'ailleurs toujours le cas lorsque l'on ne fait pas appel aux services d'aide à la personne.

[68] D'ailleurs, l'expression utilisée dans sa forme négative accentue le poids des représentations.

du secteur c'est en grande partie en raison du peu de qualification, au sens de niveau et type de formation, exigées à l'entrée. Parallèlement, on assiste à un renforcement de la sélectivité à l'embauche ; sélectivité qui se joue sur des critères qualitatifs et de compétences individuelles. Elle trouve sa justification pour les responsables des structures, qui expriment des difficultés d'embauche de personnes adéquates, dans une double tendance :

- la spécificité du public -personnes fragiles- et la professionnalisation du secteur qui tendent à accentuer les exigences. « C'est dangereux sur un secteur qui recrute beaucoup, on ne peut pas recruter n'importe qui. Il ne suffit pas d'avoir gardé sa grand-mère. Ça peut passer mais ça ne suffit pas. » (SAD10), « On voyait plus d'aide à domicile comme il y a 10-12 ans, une dame de compagnie alors que maintenant ce qui est attendu c'est le côté professionnel. Il y a des techniques de travail, le côté aussi de confidentialité, la discrétion, on insiste beaucoup là-dessus aussi, le respect du temps de travail » (SAD1). « J'ai rencontré des personnes qui avaient les compétences techniques, mais pas les compétences physiques et psychologiques, pas de pédagogie. Nous on fonctionne beaucoup avec le feeling » (SAD7).
- la volonté de se détacher des politiques sociales et d'emploi avec l'insertion et la réinsertion des publics en difficultés. « Nous sommes un sas pour l'insertion professionnelle » (SAD2). Et « On ne peut pas faire une activité dans le social, aider des personnes en perte d'autonomie et handicapées fragilisées avec des personnes qui ont des problèmes sociaux » (SAD10).

2.2. Rapport à l'emploi : des conditions d'emploi qui tendent à se stabiliser tout en intégrant des formes de flexibilité

La gestion de la main-d'œuvre dans le secteur est segmentée, et ce selon plusieurs critères : prestataires/mandataires, qualifiés/non qualifiés.

On constate une certaine prévalence des contrats à durée indéterminée, leur part s'échelonne dans les structures de l'échantillon de 60% à 85% de l'emploi total. Cette tendance se renforce si l'on rapproche type de contrat de travail et volume d'activité; ainsi, environ 85% du nombre d'heures travaillées dans l'organisme sont assumés par les salariés ayant un CDI. Ce constat rejoint les résultats de plusieurs recherches effectuées plus largement sur les services à la personne (Devetter, Jany-Catrice, Ribault, 2009), les aides à domicile (Lhotel, Bonnetier, 2004). Pour autant, ce type de contrat n'est pas systématiquement synonyme de stabilité de l'emploi. Une distorsion s'opère selon la nature de l'activité prestataire/mandataire et le sens de l'usage du contrat à durée indéterminé dans ces cas. Si l'accès aux CDI n'est pas réservé aux aides à domicile intervenant au titre de l'activité prestataire, les CDI des mandataires sont plus fluctuants. Ces derniers sont gérés par les associations ou entreprises commerciales du secteur, mais sont conclus avec les bénéficiaires-employeurs. Le phénomène du multi-employeur engendre le caractère discontinu de l'activité dans son ensemble puisque l'organisme mandataire n'est pas charger de palier aux éventuelles interruptions de l'activité avec un bénéficiaire (en cas de décès, par exemple). C'est le salarié mandataire qui fait face à cette interruption. Pour les salariés prestataires, la continuité de l'activité est garantie par l'organisme employeur et la variable d'ajustement sera, dans ses cas, le temps de travail.

Une autre distorsion s'opère, nous supposons[69], en fonction du niveau de formation et/ou du

[69] Nous restons prudent au regard des informations très partielles dont nous disposons quant à la distribution des contrats de travail selon le niveau de formation des salariés. La tendance n'est pas nette, mais néanmoins observable dans certaines structures.

poste occupé selon les catégories socioprofessionnelles. Cette distorsion est moins marquée pour les aides à domiciles à proprement parler : qualifiées ou non, elles passent par une période d'essai en CDD avant de décrocher un CDI. Mais en montant dans la hiérarchie socioprofessionnelle (aides-soignantes, responsables de secteur) l'usage direct des CDI et du temps plein est plus fréquent.

Les structures enquêtées révèlent aussi un double recours aux CDD pour l'activité prestataire : soit en tant que mode de gestion des absences, arrêts maladies ou congés des salariés, soit en tant que période d'essai pendant 3 à 6 mois avant la transformation du contrat en durée indéterminée. Ces deux modes de gestion sont souvent combinés. L'usage des contrats aidés reste très circonscrit, leur part n'excède pas 15% des effectifs salariés. Ils constituent néanmoins une variable d'ajustement[70]. Lorsqu'ils ont un rapport à la formation (comme c'est le cas des contrats en alternance) ces contrats peuvent être considérés comme participant à la professionnalisation, ils sont cependant minoritaires. La plupart des contrats aidés mobilisés visent l'insertion (contrat d'avenir, contrat d'accompagnement dans l'emploi, contrat initiation à l'emploi, contrat d'insertion-RMA). On peut imaginer que s'il n'y a pas de changement structurel dans la tarification des actes des aides à domicile leur usage pourrait s'amplifier. Le recours aux salariés percevant le Revenu de solidarité active est bien présent dans le secteur en partie en raison du caractère partiel du temps de travail mais reste difficilement quantifiable.

La stabilité apparente de l'emploi liée traditionnellement à l'usage des CDI mérite d'être nuancée. Le taux de rotation est différemment apprécié par les structures employeurs qu'il s'agisse d'associations ou d'entreprises. Il n'en reste pas moins que le turn-over élevé et des difficultés de recrutement sont récurrentes dans les structures frontalières, à proximité du Luxembourg en raison des salaires plus élevés qui y sont pratiqués. Les employeurs soulignent une « trop forte mobilité professionnelle », car si les départs sont importants, les retours le sont également à cause des conditions de travail qualifiées de « plus dures ». Par-delà les spécificités territoriales, les interruptions de contrats sont fréquentes, notamment des CDD : *« l'été c'est catastrophique, je ne compte pas le nombre de CDD que j'ai dû rompre avant terme soit pour raison disciplinaire, soit dans le cadre d'un accord ; les personnes se font une autre idée du métier, les personnes ne viennent plus travailler, on n'a plus de nouvelles, c'est très lourd à gérer »* (SAD3). En témoigne aussi des anciennetés relativement modérées. L'appréciation de l'ancienneté des salariés est une tâche difficile puisqu'elle est biaisée par l'ancienneté même des structures (celles créées avant et après la loi Borloo de 2005). Nous nous contenterons donc des seules observations du secteur associatif. D'une manière générale, l'ancienneté est modérée[71] mais progresse pour une partie des aides à domicile en CDI. Dans une des associations pionnières dans le secteur, 75% des intervenantes à domicile ont 4 ans ou plus d'ancienneté et 40% en ont 8 ans et plus. Ramené à l'ensemble des salariés ce constat est bien entendu plus nuancé. Dans une autre association, et c'est ce cas de figure qui semble être largement dominant dans le secteur, l'ancienneté reste relativement faible : elle est de moins d'un an pour un quart des intervenantes à domicile et de moins de deux ans pour 60% des intervenantes.

Les structures qui qualifient leur turn-over de « faible » déplorent un taux d'absentéisme important. Le taux d'absentéisme est relativement élevé, mais il est proportionnellement plus élevé pour les salariés en CDD (autour de 20% contre 10-12% pour les salariés en CDI). Sans

[70] Rappelons qu'il s'agit de contrats à durée déterminée, accompagnés d'exonérations partielles des cotisations sociales patronales et d'aides forfaitaires à l'employeur.
[71] Soulignons que cette tendance n'est pas propre au secteur.

vouloir expliquer en totalité ce phénomène de rotation et d'absentéisme, il semble intrinsèque aux conditions d'emploi dans le secteur. Il est la résultante de mouvements conjoints :

- La persistance d'une activité éclatée, malgré la poursuite de la professionnalisation et la salarisation des aides à domicile. Une partie des salariés garde une activité de gré à gré sans passer par un organisme gestionnaire (rappelons le différentiel salarial au profit du gré à gré, même s'il ne s'agit que du salaire direct), d'autres à temps très partiels travaillent simultanément dans plusieurs structures-employeurs.
- La pénibilité tant physique que psychique d'exercice de cette activité. Il serait, selon une responsable de secteur, un moyen régulateur utilisé par les aides à domicile pour palier à la pénibilité du travail *« il est trop fatiguant, on ne peut pas faire 8 heures de ménage, sans compter les trajets ; pour celles qui font des toilettes, les manipulations sont difficiles et les problèmes de dos sont fréquents »*. S'y ajoutent la « saturation mentale » et la « souffrance morale » des aides à domicile, *« elles avalent beaucoup de souffrance et à la fin de la journée ça fait beaucoup, elles-mêmes ont des problèmes »*. A l'instar de Symons G. (2007), certains sociologues parlent de *emotion work* pour qualifier l'écart entre ce que les salariés travaillant dans le secteur des services ressentent réellement et ce qu'ils devraient ressentir selon leur rôle professionnel. Le travail émotionnel consiste à la gestion et mobilisation réflexive qui permet de combler cet écart. Ce travail est aussi source de souffrance psychique chez certains salariés. Enfin, l'absence est aussi un moyen de palier aux conditions d'emploi, notamment le niveau de rémunération, puisque comme le reconnaît la responsable *« elles n'ont pas les moyens, elles ne partent pas en vacances »*. (SAD5).
- Le nivellement relatif de certains aspects des conditions de travail et d'emploi des organismes lucratifs et non lucratifs. Cette tendance est en partie liée à l'effet de taille : des associations atteignant une taille critique et en difficulté de maintenir des liens privilégiés avec les salariés (fréquences des réunions, modes de communication et d'information, rationalisations) et des organismes lucratifs, pour l'heure, de taille réduite permettant des relations de proximité avec les salariés.

Le temps de travail partiel reste dominant dans le secteur d'activité bien qu'il y ait une volonté des organismes employeurs de redistribuer les heures et consolider les temps partiels plutôt que de privilégier des nouvelles embauches. La distribution des temps partiels se fait de façon différenciée selon l'ancienneté dans l'emploi. *« Pour le ménage ou la dépendance, toutes les filles ont commencé par de petits contrats ; c'est une obligation même si j'ai du 30 heures à leur proposer, je ne le fais pas, parce que même si je fais une présélection, je préfère changer une personne tout de suite sur 3 heures que de changer un planning sur du 30 heures »* (SAD7). Les temps de travail moyens sont inférieurs à un mi-temps pendant la période d'essai ou en début de carrière professionnelle et progressent par pallier en passant à une mi-temps et se stabilisent autour de deux tiers temps dans le secteur lucratif et autour d'un trois quart temps dans le secteur non lucratif. Notons que par-delà le découpage lucratif/non lucratif, le volume d'activité globale et le degré de dépendance à l'égard de l'APA/PCH influencent les logiques en matière de temps de travail. Les structures font aussi des choix en interne : les temps de travail des salariés sans qualification sont souvent inférieurs à ceux ayant un diplôme ou titre (75% d'un temps plein pour les premiers contre 85% pour les seconds). De même, les intervenantes à domicile en CDI s'approchent plus souvent du temps plein que leurs homologues en CDD ; ces dernières peinent à avoir un mi-temps. La montée progressive du temps de travail a pour corollaire l'amorce d'un affaiblissement du poids du multi-employeur.

Le temps partiel est considéré le plus souvent comme étant choisi par les salariés. *« Le volume des heures travaillées par les aides à domicile est choisi, celle qui veut travailler 20 heures, elle travaille 20 heures, 30 heures si elle veut travailler 30 heures »* (SAD5). *« On est soit sur du temps partiel choisi par la salariée, soit sur du temps partiel qui est dû à notre activité parce qu'on n'est pas en capacité de fournir un temps de travail qui permettrait que les salariées passent à temps plein »* (SAD8). Parmi les salariés enquêtés on a constaté la même dualité : au regard de la pénibilité du travail certaines optent pour un temps de travail réduit, d'autres expriment le besoin d'augmenter leur temps de travail pour augmenter leur revenu.

La tendance à la hausse du temps de travail ne doit pas faire oublier que la flexibilité se niche dans la modulation et l'annualisation du temps de travail. A cet égard, on peut même parler d'une normalisation de l'organisation du temps de travail puisqu'elle concerne la quasi-totalité des structures étudiées. Ainsi, des périodes d'activité intenses connues à certains moments de l'année (périodes des grandes vacances, fêtes) ou imprévisibles (remplacements, absences) se traduisent par une augmentation du nombre d'heures travaillées et une récupération pour les salariés lorsqu'il y a une baisse d'activité. Pour autant, derrière le dispositif de modulation du temps de travail se cache une réalité plus nuancée et liée directement à l'évolution du volume d'activité : *« On a mis en place la modulation à un moment où on était dans un essor de l'activité, avec des contrats qui correspondaient à l'activité du moment. Aujourd'hui, on n'est plus dans la même activité ; donc, aujourd'hui, on a des salariées et on n'est plus en mesure de leur fournir du travail à hauteur de leur contrat de travail ; ce qui veut dire qu'elles sont quand même payées par la structure mais, derrière, nous il n'y a pas de rentrée financière donc on se retrouve avec un décalage en volume d'heures »* (SAD3).

2.3 Rapport à la formation : des pratiques hétérogènes

Comprendre le rapport à la formation des organismes employeurs nous amène à distinguer deux volets qui peuvent être corrélées : le premier concerne la politique d'embauche à l'égard de la formation de la main-d'œuvre, le deuxième concerne la politique de formation continue propre à l'employeur.

Ici, les clivages dus aux facteurs institutionnels et au statut des salariés sont les plus forts. La tension entre lucratif et non lucratif est présente dans le rapport à la formation. La première distorsion vient de l'effort financier différencié. Les obligations légales de financement de la formation et la participation à l'effort de professionnalisation ne sont pas les mêmes selon le statut et la taille de l'employeur. Pour ne donner qu'un exemple, le taux de contribution du secteur associatif est fixé à 2,1% de la masse salariale brute, alors que les structures lucratives participent au taux légal de 1,6%. Cette tendance peut être nuancée par la répartition des salariés relevant de la gestion prestataire et mandataire (le taux de contribution au titre de la professionnalisation des particuliers employeurs étant de 0,15% du salaire global). Parmi les structures lucratives la grande majorité a privilégié la seule activité prestataire, la forme mandataire présentant des coûts de gestion important. En revanche, les associations œuvrant auprès des personnes fragiles sont souvent biactives même si l'activité mandataire est en diminution et relativement contenue[72]. Autrement dit, si les associations semblent contribuer davantage au financement des formations, elles distribuent les formations de manière sélective au profit des salariés prestataires, et selon le type d'intervention au profit de ceux intervenant dans le cadre de la PCH et/ou de l'APA.

[72] Dans notre échantillon l'activité mandataire des structures biactives s'échelonne de 1% à 10% du volume d'heures effectuées, sauf une structure où il constitue l'esessentiel de l'activité soit près de 70% (SAD9).

Une deuxième distorsion vient de l'engagement historique dans les processus de qualification et professionnalisation. Les associations avec les fédérations nationales travaillent depuis longue date dans ce sens, signataires de la convention collective de 1983, ayant des obligations légales de formation avec un plan de formation, et ont développé une politique de formation qu'elles qualifient de « intensive ». Si on calcule le ratio (nombre d'heures de formation par an / nombre d'aide à domicile salariés), le nombre d'heure de formation par salarié varie entre 6 et 8 heures[73] dans ses structures. Dans les organismes à but lucratif, du fait de leur développement récent, l'engagement dans la professionnalisation des salariés et plus complexe. Ils soulignent souvent le manque ou la faiblesse du budget consacré à la formation, mais affirment un engagement de participation dans les processus de formation par l'accueil de stagiaires.

C'est au regard de ces éléments que nous pourrons lire la dichotomie des politiques de recrutement et de formation des organismes. Un critère semble déterminant : celui du statut de l'organisme (lucratif/non lucratif). Le secteur lucratif ayant une importante activité auprès des personnes fragiles privilégient des aides à domicile ayant déjà un titre reconnu (BEP carrière sanitaire et sociale, assistante de vie, AVS, AS) ou ayant déjà acquis une expérience longue au sein du secteur associatif. D'ailleurs, le taux de qualification dans ces structures est relativement élevé, notamment le taux de qualification en catégorie C[74] pour laquelle il oscille autour de 20%. Le taux de qualification au sens large, c'est-à-dire en catégories B et C[75], atteint pour l'une des SAD 50%. Pour les autres organismes, l'accent est mis sur l'expérience professionnelle des intervenants. Le personnel reconnu qualifié est considéré par les employeurs comme étant la garantie d'un certain professionnalisme, leur permettant d'asseoir la reconnaissance du Conseil Général dans les interventions auprès des publics fragiles (APA, PCH). Dans ce dernier secteur, la logique d'embauche de personnes qualifiées est couplée d'une logique de formation qualifiante des aides à domicile en interne par le biais de la VAE ou en cours d'emploi, mais qui reste marginale[76].

Dans le secteur associatif, deux logiques politiques coexistent. Une première conjugue recrutement d'un fort taux de personnes non qualifiées et politique clairement marquée par la formation qualifiante. Une autre associe des proportions maîtrisées de personnes qualifiées/non qualifiées à l'embauche et une politique dominée par les formations non diplômantes. Dans les deux cas, les taux de qualification en catégorie C restent maîtrisés, le plus souvent autour des taux de 10%, sauf pour une association où ce taux est de 25%. Le taux de qualification des intervenants à domicile en catégorie B et C est, quant à lui, compris entre 20 et 60% selon les structures.

Par-delà ces différences, quatre points communs émergent. **Primo**, dans une grande majorité des structures[77] la part des personnes dites « non qualifiées » (catégorie A) est toujours prédominante, même si leur proportion tend à décroître. Malgré l'affirmation que la formation

[73] Il s'agit d'une valeur moyenne purement indicative puisque la notion de formation recouvre des situations très disparates (allant du tutorat à la formation qualifiante) et que l'ensemble des salariés ne bénéficie pas simultanément d'une formation.

[74] Il s'agit du ratio nombre d'intervenants en catégorie C par rapport au nombre d'intervenants de catégories A, B et C.

[75] Ce taux est calculé en faisant le rapport entre les intervenants à domicile de catégorie B et C et l'ensemble des intervenants (catégories A, B et C).

[76] Pour autant, la volonté affichée et les projets dans ce sens ne manquent pas.

[77] Dans deux structures de notre échantillon sur onze, la tendance est inversée : la part des salariés de catégorie A est inférieure à celle des autres catégories sanctionnées par un titre ou diplôme quel qu'en soit le niveau. Cette part est de 20% pour l'une des structures (SAD10) et de 45% pour l'autre (SAD1).

constitue *« un des éléments indispensables à l'amélioration des prestations et à l'adaptation des évolutions du métier et des besoins d'aide à domicile »* (SAD5) et la priorité au « personnel expérimenté et diplômé », la composition des niveaux de formation dans les organismes reste dominée par les personnes sans qualification socialement reconnue.

Secundo, dans l'arbitrage des niveaux de qualification et donc catégories de personnels, il semble émerger une préférence lors des recrutements et/ou des formations qualifiantes pour les salariés de catégorie B et donc les titres assistantes de vie de l'AFPA, BEP carrière sanitaire et sociale. Cette préférence semble, cependant, moins liée au contenu des formations elles-mêmes qu'au coût salarial généré par le passage d'une catégorie à l'autre. Cette difficulté plus souvent évoquée par les organismes associatifs : *« Trop de personnes sont en catégorie C par rapport à notre budget, donc déjà au niveau du recrutement si le salarié a un diplôme dons dans la catégorie C, on ne recrutera pas. C'est complètement paradoxal par rapport aux salariés qui font des formations comme AVS ou AMP. […] on ne recrutera pas et on ne passe personne en catégorie C et c'est vrai que quand on passe quelqu'un en B, ça fait un petit plus au niveau du salaire mais entre B et C il y a beaucoup d'écart »*[78]. (SAD) Ou encore : *« Si on serait dans des critères uniquement financiers, je n'ai aucun intérêt aujourd'hui, c'est malheureux, de recruter un salarié en catégorie C, j'ai plutôt intérêt à recruter en B parce qu'en début de carrière, B et A sont très similaires au niveau rémunération. […] mais d'un autre côté, c'est malheureux parce qu'on a un public plus dépendant, donc il faut des compétences plus pointues et c'est très incohérent »*. (SAD3) *« La branche fait des qualifications qu'elle ne peut pas payer »*. *« Les niveaux C sont de trop, c'est trop à payer, mais pourtant c'est une force de développement »*.

Tertio, un constat semble partagé : la corrélation entre diplôme et compétence attendue par l'employeur[79], même si elle est forte, n'est pas systématique. Cette déconnection serait surtout observée pour les diplômés DEAVS, et ne concernerait pas les Aides-soignantes. *« Les personnes formées qui connaissent leur limite, mais l'effet pervers est de dire aux personnes aidées 'je ne peux pas faire votre lustre' ou 'je ne fais pas ça', c'est le côté pervers du métier parce que quand vous êtes face à une personne âgée, seule et isolée, la moindre des choses c'est de le faire, quand même. Le problème des personnes qualifiées c'est ça, elles ne dépassent pas du cadre »*. Pour autant, plus loin le même interlocuteur dit à propos des critères de recrutement *« une formation qualifiée c'est le minimum »* (SAD5). *« Je préfère un titre AFPA ou du même niveau, car DEAVS, le personnel qui vient ici 'j'ai le DEAVS, je ne fais que de l'aide à l'hygiène', alors que la personne qui a besoins a également besoin de ménage. […] il y a une manière de se concevoir chez les DEAVS… »* (SAD10). Pour autant, ce n'est pas la construction de la qualification qui est en cause, mais plutôt son usage, puisque dans la classification des emplois repères et la description des activités l'exercice de travaux ménagers est bien présent. Nous avons constaté, par ailleurs, lors des entretiens avec les salariés AVS que les travaux ménagers font partie, certes variable, de leur activité. A cet égard, nous rejoignons le constat de Jany-Catrice, Puissant et Ribault (2009) selon lequel la distinction des catégories d'intervenantes à domicile par les grilles de classification (catégories A, B et C) est mise à mal par le principe d'une prise en charge globale des usagers.

[78] En effet, l'écart des indices salariaux, selon la convention collective de 1983 modifié en octobre 2008, entre les catégories A/B est de 8 points, alors qu'entre B/C il est de 49 points la première année et en faisant abstraction de l'ancienneté. Pour autant, ce raisonnement résiste moins à un raisonnement sur le long terme puisque la progression salariale est plus importante pour les catégories B (+64 points en fin de carrière contre +49 points pour la catégorie C).

[79] Bien que le mot souvent utilisé soit celui de qualification, le sens qui en est donné est bien celui de compétence.

« Dans les pratiques, les agents réalisent, quel que soit leur statut, une palette d'activités avec, selon les cas, une dominante soin ou une dominante ménage » (p.83). La question se pose peut-être davantage en termes de proportion dans le ratio activité soins/ménage.

Définition des emplois repères

Catégorie	Emploi repère	Principales activités
A	**Agent à domicile**	- réalise des travaux courants d'entretien de la maison - assiste la personne dans les démarches administratives simples
B	**Employé à domicile**	- aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne - aide les personnes dans les activités de la vie quotidienne
C	**Auxiliaire de vie sociale**	- accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation…) - accompagne et aide les personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (aide à la réalisation des courses, aide aux repas, travaux ménagers) - accompagne et aide les personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle (stimule les relations sociales, accompagne dans les activités de loisirs…) - participe à l'évaluation de la situation et adapte son intervention en conséquence - coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs

Source : Extrait de l'Accord collectif du 29 mars 2002 relatif aux emplois et rémunérations

Quarto, la relation formation-emploi est adossée à une politique de formation duale. Cette politique comporte des formations dont la nature et l'impact sur l'articulation formation/qualification/emploi diffèrent. Distinguons les formations non qualifiantes qui n'entraînent ni de promotion ascendante, ni de changement de position dans la hiérarchie de classifications des emplois, ni d'augmentation salariale automatique, des formations qualifiantes menant à l'obtention d'un diplôme ou titre certifié et reconnu et garantissant une mobilité ascensionnelle, en tout cas dans les organismes ayant signé la convention collective.

i) Des formations non qualifiantes sont développées dans l'ensemble des structures. Elles recouvrent de situations et contenus diversifiés allant des formations basiques (connaissance de la structure, tutorat professionnel) aux formations de mise à niveau, d'adaptation à de nouvelles situations et de perfectionnement (maladie d'Alzheimer, personne handicapée psychique eu/ou psychique, gestes et postures, alimentation diététique, repassage pour les aides à domicile ; gestion des plannings, usage des logiciels pour les encadrants). Les formations basiques sont quasi-systématiques et concernent l'ensemble des salariés, elles sont de très courte durée (les séquences « connaissance de l'entreprise » s'étalent selon les structures d'une demi-journée à une journée et le tutorat se traduit par un accompagnement lors de la première intervention des aides à domicile après la prise de fonction). Le deuxième groupe de formation continue non qualifiante est plus maîtrisé et sélectif puisque les demandes émanant des salariés, aussi bien des aides à domicile que du personnel encadrant, sont nombreuses. On peut noter l'extrême diversité des organismes de formation selon l'appartenance ou non à un réseau (OPCA Uniformation, Greta, AFPA, d'autres prestataires privés), des modes d'organisation (au sein ou à l'extérieur de l'organisme, sur ou en dehors du temps de travail, un temps de formation rémunéré ou non, formel ou informel[80]), des modes de certification (caractère certifié ou non de la formation), de la fréquence de ces formations.

[80] Dans certaines structures, des formations informelles et sur le tas ont lieu notamment lorsqu'elles disposent de personnel infirmier ou médical.

Les aides à domicile en CDI et relevant de l'activité prestataire sont privilégiées dans les formations de perfectionnement, alors que l'accès aux formations que nous avons qualifiées « de base » est plus large.

D'une manière générale, les formations continues non qualifiantes sont actuellement dominantes dans le secteur pour les salariés en emploi. Leur développement a pour corollaire l'affaiblissement de la relation formation-promotion. Soulignons que si ce type de formation contribue largement à améliorer la qualité de la relation d'aide, et plus largement la relation de service, il ne se traduit pas systématiquement par une reconnaissance professionnelle et salariale.

ii) A l'égard des formations qualifiantes les organismes employeurs ont un discours convergent et contradictoire : ils reconnaissent leur nécessité pour la professionnalisation du secteur mais pointent l'impact financier (en termes de coûts) et gestionnaire pour tenir l'activité[81] pendant la durée de la formation, ainsi que les risques de mobilité interentreprises. Dans le processus de formalisation des connaissances c'est la validation des acquis de l'expérience qui semble prévaloir, aussi bien auprès des employeurs que des aides à domicile. L'arbitrage entre les diplômes et titres existant se fait en fonction du coût, des durées et des finalités des formations. *« Une personne qui n'a jamais opéré dans le métier, je l'orienterais plutôt vers ADVF qui va apporter une pratique professionnelle plus rapide, alors qu'AVS on est sur la réflexion, sur le projet individualisé […] on n'est plus seulement sur des compétences techniques, on est sur des compétences de communication, d'écriture […] Je pense qu'on est sur des étapes différentes »*. (SAD3) On retrouve aussi un quasi-consensus autour du diplôme AVS difficile à obtenir, mais très complet du point de vue des contenus. Il va sans dire que les formations qualifiantes sont « réservées » aux salariés en CDI ou ayant une ancienneté importante dans l'entreprise.

2.4. Carrières professionnelles, mobilités et reconnaissance salariale

Nous avons vu que deux types de formations, qualifiantes et non qualifiantes, sont développées par les organismes employeurs. Cette dualité engendre le développement d'une **mobilité horizontale** (interentreprises) à deux vitesses.

i) Une mobilité que nous pouvons qualifier de large pour les aides à domicile dont les compétences et/ou l'expérience sont sanctionnées par un titre, quel que soit le mode d'acquisition (VAE, formation continue), et transférables à l'échelle du secteur, voire au delà. D'ailleurs, l'attraction de certains diplômes comme AVS ou Aide soignante est clairement identifiée par les salariés, elle tient à la fois à la reconnaissance salariale et à la possibilité de mobilité intersectorielle, notamment travailler en institution. Le mouvement inverse, de l'institution vers l'aide à domicile, est aussi identifié.

ii) La deuxième mobilité est plus localisée et sur des segments plus étroits, elle se fait au titre de la formation non qualifiante. Ainsi, l'expérience et les formations courtes sont valorisées et reconnues par les entreprises du secteur. La reconnaissance ne passe pas par une reconnaissance salariale, mais prend des formes diverses comme la possibilité d'aménagement de l'emploi du temps, « choix » des horaires, volume de l'activité.

La **mobilité verticale** des salariés, sans être inexistante, est restreinte. La promotion en

[81] L'absence du salarié pendant les périodes de formation, que ce soit par la VAE ou en cours d'emploi, engendre des ajustements et des modifications de planning dans le souci le limiter le nombre d'intervenants auprès d'un bénéficiaire.

interne, par le biais des formations qualifiantes, ne fonctionne que sur les bas et moyen niveaux de formation (titre AFPA, AVS et plus rarement Aide-soignante) : plus on monte dans la hiérarchie des qualifications, plus les structures font appel à des recrutements externes. D'ailleurs, le directeur d'une structure reconnaît en parlant des responsables de secteur *« c'est qu'il n'y a pas véritablement de personnes qui viennent du métier. Moi, à la base, je n'ai pas évolué dans ce domaine-là, mais il y a le terrain qui fait que l'on comprend beaucoup de choses »* (SAD11).

La mobilité ascendante est finalement tassée. Cette tendance est renforcée par l'effet de l'âge. Nous avons remarqué précédemment que l'âge moyen des aides à domicile est, comme l'ont déjà souligné d'autres travaux, relativement élevé. Si l'âge mûr permet de rassurer les bénéficiaires et leurs familles, il présente des inconvénients dans la gestion des carrières professionnelles. D'abord, il compresse les carrières salariales pour les personnes qualifiées puisque leur ancienneté atteint rarement les 30 années prévues dans la convention collective unique. Puis, l'âge peut constituer en lui-même une limite dans l'exercice du métier alors que les possibilités de reconversion du secteur sont réduites. Ainsi, un de nos interlocuteurs souligne l'existence des licenciements pour inaptitude *« des salariés qui sont en arrêt maladie suite à un accident de travail et qui ne sont plus en mesure d'exercer le métier physiquement et psychologiquement ; on a des salariées avec un âge qui est propice à des difficultés physiques »*. Alors qu' *« il y a un nombre croissant d'inaptitudes professionnelles, nos possibilités de reclassement sont quasi-inexistantes puisque 90% de nos salariées, voire 95%, sont des aides à domicile dont les possibilités de reclassement il n'y en a pas »* (SAD3).

La transférabilité des qualifications à l'échelle du secteur met en tensions les entreprises à fort investissement dans le processus de formation/professionnalisation et les entreprises à faible implication dans ce processus mais bénéficiant des externalités positives. Ces tensions se cristallisent dans la régulation de l'emploi à travers la définition du contenu des postes pour limiter les possibilités de substitution entre qualifications. L'exemple que nous avons déjà cité précédemment autour de l'exercice des tâches ménagères par des salariés qualifiés est révélateur.

Afin de mieux appréhender la spécificité du secteur de l'aide à domicile, nous nous proposons de mener une réflexion élargie sur les salaires en incluant le remboursement dépenses annexes à l'activité.

La reconnaissance salariale est réglementée et revalorisée annuellement pour les personnes qualifiées dans les entreprises signataires de la convention collective unique de 1983. Ce lien n'est pas toujours assuré dans les structures non signataires : si le salaire est individuellement négocié au départ, la revalorisation et progression avec l'ancienneté n'est pas automatique. Pour les salariées non qualifiées le SMIC constitue la référence salariale. Le recours aux primes reste modéré dans le secteur mais est utilisé soit comme moyen de régulation de l'emploi avec la prime d'assiduité pour limiter les absences et le taux de rotation, soit comme moyen incitant à la qualité du service avec la prime de qualité faisant suite aux contrôles et enquêtes qualité auprès des bénéficiaires.

Les efforts de réglementation des salaires et la progression du temps de travail moyen ont eu pour effet la hausse des salaires particulièrement pour le personnel qualifié. Cependant, le secteur reste dominé par le niveau général faible des salaires, lié à la structure des emplois et une majorité de personnes non qualifiées, mais aussi à la prise en compte très partielle des frais de déplacement. Le déplacement étant intrinsèque à l'activité d'aide à domicile (les aides à domicile interviennent auprès de 3 à 6 bénéficiaires par jour) il convient d'en tenir compte.

Notre observation fait apparaître l'extrême diversité des pratiques, on peut dire que presque chaque structure a son propre système de prise en charge aussi bien en ce qui concerne les tarifs de remboursement que les modalités. Parmi les principaux critères de différenciation on retrouve : la prise en charge partielle des frais de déplacement (uniquement les trajets entre les interventions, hors trajet du domicile) ; la mise à disposition ou non de voitures de service avec des variations quant au remboursement des frais d'essence ; la fixation d'un barème de kilométrage qui ouvre droit au remboursement ; la distinction des remboursements selon la zone couverte urbaine/rurale ; la comptabilisation ou non des trajets dans le temps de travail.

La reconnaissance salariale rejoint la question, plus globale, de la reconnaissance sociale des métiers de l'aide à domicile[82], ce qui mériterait une étude spéciale. *« C'est un métier qui est sous valorisé moins par les bénéficiaires mais par les cadres et par la rémunération »* (SAD11). Aussi, la reconnaissance en interne, dans la structure et/ou dans le secteur, constitue-t-elle peut-être un levier pour une reconnaissance sociale.

3. Emergence et enchâssement des marchés professionnels dans les marchés externes

La question se pose maintenant de savoir à quel type de système d'emploi et de mobilité aboutissent les pratiques de gestion de la main-d'œuvre. En intégrant les effets de la segmentation, Eyraud, et alii (op. cit.) supposent qu'il existe des formes dominantes de fonctionnement du marché du travail qui orientent la mobilité, la transférabilité des qualifications, la formation professionnelle et l'organisation des travailleurs. Mais selon Osterman (1982) les entreprises ne présentent pas un système d'emploi homogène mais combinent plusieurs sous-systèmes d'emploi différents qui offrent aux salariés des degrés de stabilité et des conditions de travail variables.

Un premier constat va être déterminant pour l'analyse : dans le secteur le mouvement de construction des systèmes d'emploi se fait « à contre-courant » c'est-à-dire dans un sens inverse aux autres secteurs où la tendance est à la déstabilisation d'une part croissante des marchés internes ou professionnels au profit du développement de marchés externes.

Cette dimension constitue l'originalité du secteur. Elle est liée à son développement par l'extension des activités domestiques mais aussi à l'intégration progressive de « nouvelles » activités autour de ce qu'on appelle communément « le cinquième risque » et la dépendance. La structuration inverse peut être identifiée dans l'ensemble des composantes des systèmes d'emploi via des passages de la compétence à la qualification, de la rotation de la main-d'œuvre à une mobilité organisée, des conditions d'emploi hétéroclites et instables à des règles d'embauche et une mobilisation stabilisante de la main-d'œuvre.

Mais cette structuration inverse engendre aussi deux phénomènes. Le premier tient au contexte socio-économique, autrement dit, organiser des marchés internes ou professionnels aujourd'hui n'a pas le même sens que l'organisation de ces marchés en période de croissance soutenue. Il en résulte l'apparition de formes hybrides de marchés intégrant au sein de ce qu'on qualifie d'emplois stables, de mobilités horizontale et/ou verticale, de la reconnaissance des qualifications, des éléments de flexibilité et des possibilités d'adaptation. On n'est donc pas dans des formes historiques de marchés professionnels tels que décrits par les approches de la segmentation. Le deuxième phénomène consiste à une série de contradictions et

[82] Pour une approche plus globale, lire Devetter F.X., Rousseau S., *Du balai. Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*, Editions Raisons d'agir, 2011.

d'incohérences qui viennent nuancer les effets des marchés professionnels et/ou internes en émergence.

Les résultats de notre analyse nous amènent à penser que dans le secteur des aides à domicile, sans qu'il y ait une remise en cause des marchés externes (dominés par l'instabilité des salariés, la forte dépendance des conditions d'emploi, rémunération, allocation et formation de la main-d'œuvre à la conjoncture économique), il s'agit d'une réorganisation de ces derniers en aménageant des poches de mobilités stabilisantes. Ces mobilités prennent la forme de marchés professionnels plutôt que de marchés internes (cf. tableau ci-dessous).

	Marché professionnel	**Marché interne**	**Marché externe**
Entrée	Variable	Limité, peu qualifiés	Variable
Sécurité de l'emploi	Peu importante, fort turn-over	Assurée	Absente, fort turn-over, démissions
Salaires	Elevés, au mérite, réglementé	Déterminés par des règles administratives	Faibles
Formation	Externe à l'entreprise, qualifications transférables	Sur le tas, spécifique à l'entreprise	Peu de formations internes, pas de reconnaissance systématique
Compétence	Elevée	Elevée/cadres, faible/ouvriers	Faible
Progression professionnelle	Progression externe	Promotion en interne sur des échelles strictes	Pas de promotion
Mobilité	Mobilité horizontale Mobilité interentreprises	Mobilité verticale Mobilité interne	Rotations fréquentes Mobilité non valorisée

En effet, nous avons vu que l'accès à l'emploi est relativement ouvert, en ce qui concerne la faible exigence de qualification pour les aides à domicile mais aussi l'extrême diversité des parcours professionnels des responsables de secteur et directeurs (venant du secteur commercial et de l'assurance ou du travail social, par le biais d'une formation qualifiante ou par la mobilité ascendante) et des niveaux de formations (niveau IV à II, dans des spécialités de travail social -TISF, CESF, CAFERUIS- ou non Bac+2 commerce, différents Master). Il n'en reste pas moins que pour les aides à domicile, l'entrée dans l'emploi gagne en sélectivité avec l'accroissement de l'activité liée à l'APA et à la PCH. La sélectivité est aussi poussée et instrumentalisée, par extension des pratiques existantes dans d'autres secteurs, pour donner une image de « sérieux » aux autorités locales et régionales, mais aussi aux bénéficiaires.

Les conditions d'emploi révèlent l'aménagement d'une certaine sécurité de l'emploi pour une fraction des salariées. C'est ce qu'on peut lire dans la généralisation de l'usage du CDI et une progression des temps de travail qui tendent vers le temps plein, tout en restant morcelés. Pour autant, le multi-employeur, la multi-activité (prestataire/gré à gré) sont des phénomènes encore bien présents dans le secteur. Nous rejoignons l'idée d'une démarcation plus prononcée entre prestataires et mandataires, qui s'ajoute à celle couramment admise entre CDI et contrats précaires (CDD, intérim, contrats aidés). Si on peut parler d'émergence de marchés professionnels, ces derniers concernent bien les activités prestataires, laissant ainsi l'activité mandataire au fonctionnement des marchés externes (peu de garanties, peu de formations ou de mobilités ascendantes pour ces salariés). Rappelons que l'activité mandataire recule aussi bien par le nombre de salariés que par le nombre d'heures travaillées. Au niveau national, la part des salariés mandataires dans les organismes agréés est passée de 44% à 33% entre 2004 et 2008. Au cours de la même période, la part des heures prestées a progressé passant de 62% à 75% des heures travaillées. Cette tendance est particulièrement

nette dans le secteur associatif[83]. Alors on pourrait voir dans le repli de l'activité mandataire un recul des marchés externes, sans que ce phénomène soit précurseur de leur disparition car les marchés externes ne se limitent pas à la seule activité mandataire.

L'adossement de la relation salariale à une convention collective unique, permettant de penser les mobilités et les carrières professionnelles, ne doit pas faire oublier le fait que seule une partie des structures du secteur appliquent cette convention. Dans le secteur lucratif, en quasi-totalité non signataire, le débat autour d'un accord collectif propre est en gestation. Mais à l'heure actuelle, la mobilité professionnelle et la reconnaissance des qualifications qui passent par une progression salariale ne sont pas garanties lors des mobilités associatif-lucratif[84]. Au-delà des accords collectifs pratiqués par les grandes associations, les autres organismes ont un faible degré d'organisation des relations professionnelles (absence d'accords d'entreprise, peu de représentation syndicale).

Une grande partie des activités et des fonctions occupées sont dotées d'une certaine transversalité sectorielle. La transversalité concerne aussi bien les aides à domicile dotées d'une formation qualifiante (niveau V), que les responsables de secteur (niveau III ou IV) et les postes de direction (niveau II). Pour les aides à domicile les formations qualifiantes, initiales ou continues, sont envisagées comme la garantie de la transférabilité de la formation à l'échelle du secteur. Il va sans dire que le champ des mobilités possibles est fortement marqué par le type de formation initiale (BEP carrières sanitaires et sociales, titre Assistante de vie, DEAVS). Mais nous avons vu aussi que ces formations ne concernent qu'une faible part des salariées. De même, ce qui semble souligné par nos interlocuteurs et transversal aux métiers des aides à domicile qui interviennent auprès des personnes fragiles, c'est une capacité relationnelle. Cette dernière est un élément de démarcation des salariées ; elle est d'autant plus élevée et d'autant plus demandée que l'activité s'approche de l'aide à la personne et l'aide à la toilette ; elle s'atténue lorsque l'activité est dominée par le ménage[85]. Pour les fonctions de responsables de secteur et de direction la transversalité des compétences est plus apparente, en témoignent la disparité des parcours et des niveaux de formation. Ce qui fait consensus au regard des capacités attendues ce sont les capacités gestionnaires tant pour les ressources humaines qu'administratives et des plannings, les réseaux et les contactes pouvant faciliter la régulation avec les autorités régionales et accroître ou pérenniser l'activité. Ces attentes ne sont d'ailleurs pas propres à ce secteur d'activité.

Convention collective unique, développement des formations initiales et continues sont pensés comme un levier à la construction de la professionnalisation et la reconnaissance d'une certaine technicité de l'activité. Le secteur associatif historique joue un rôle pivot dans le processus de professionnalisation et dans la structuration des marchés professionnels. Il semble davantage impliqué dans une politique de formations qualifiantes et, pour une partie des salariées, dans une articulation valorisante formation/qualification/emploi. Cependant, l'effet conjoint d'une politique de tarification inférieure au coût de l'intervention et la faible incitation à embaucher des personnes qualifiées[86] va à l'encontre de l'extension des marchés

[83] Source : BIPE, DARES. ANSP, Tableau de bord, avril 2009.

[84] Ici, nous forçons le trait pour simplifier, mais il est entendu que l'ensemble des structures associatives du secteur n'adhère pas à la convention collective.

[85] Ce clivage a déjà été mis en évidence par d'autres recherches, notamment celles de Jany-Catrice F., Puissant E., Ribault Th., 2009, « Associations d'aide à domicile : pluralité des héritages, pluralité des professionnalités », *Formation Emploi*, n°107, pp.71-91; et Devetter F.X., Rousseau S., « Services domestiques : quelles perspectives pour une stratégie d'industrialisation ? », *Revue d'économie industrielle*, n°119, 2007, pp.9-24.

[86] Ceci est particulièrement vrai pour les DEAVS pour lesquels l'écart de salaire établi par les grilles de classification est important.

professionnels. De même, le soutien public de l'activité gré à gré (et donc de maintien du phénomène multi-employeur) affaiblit leur place.

En résumé, dans les systèmes d'emploi dans les organismes à la marge des marchés externes toujours dominants il émerge ce que nous pouvons qualifier de marchés professionnels. Cette émergence est explicitement liée à l'activité autour des personnes fragiles, mais son extension à l'ensemble du secteur de l'aide à domicile (voire services à la personne) semble peu probable. Une des raisons tient au caractère profondément dual de l'activité et le processus même de professionnalisation.

Encadré : Marchés internes, marchés professionnels

Afin de décrire des systèmes de mobilité de la main-d'œuvre qualifiée (initialement, il s'agit de la main-d'œuvre qualifiée dans l'industrie manufacturière), Marsden, Eyraud et Silvestre (1991) définissent deux modèles de régulation du marché du travail. Ces modèles se construisent autour du type de mobilité de la main-d'œuvre : intra-entreprises dans le cas des marchés professionnels et au sein de l'entreprise dans le cas des marchés internes.

Les marchés internes orientent le mode d'acquisition scolaire des formations professionnelles. La qualification est acquise progressivement au cours de l'emploi, et donc a priori non transférable car spécifique à l'entreprise dans laquelle est employé le salarié. Ainsi, on privilégie l'expérience dans l'entreprise. Les mouvements se font entre postes au sein de l'entreprise en raison du manque de postes équivalents ailleurs ou en raison de règles institutionnelles qui empêchent l'accès des personnes extérieures au marché du travail. Inversement, dans le second modèle des marchés professionnels, la formation est placée en début de vie active et revêt la forme de l'apprentissage. La qualification acquise correspond aux normes d'un métier et permet à ses possesseurs de travailler dans le secteur et non forcément dans une entreprise particulière.

Sur les marchés professionnels, vu le mode de reconnaissance de la formation, les compétences sont attachées à la personne ainsi que le salaire qui est lié à la reconnaissance de cette compétence. La rémunération sur les marchés internes est liée au poste, quelle que soit la qualification de l'individu qui l'occupe, par un système de codification des qualifications propre à l'entreprise. Elle va dépendre des critères d'ancienneté et de promotion interne.

La régulation de l'accès aux postes et l'organisation de l'action syndicale diffèrent selon les logiques dominantes. Pour les salariés des marchés professionnels, la transférabilité des qualifications et la définition du contenu des postes dans l'entreprise en vue de limiter les possibilités de substitution entre qualifications sont au cœur de la régulation de l'emploi. Pour les ouvriers des marchés internes, la régulation sera basée plutôt sur la défense de l'emploi dans l'entreprise et la reconnaissance de l'ancienneté dans les pratiques de promotion et d'avancement.

CHAPITRE IV

CONSTRUCTION DE L'OFFRE DE FORMATION QUALIFIANTE à Niveau V

Par Marie-Hélène Wojcik, Frédérique Streicher, Marc Schoenahl, Geneviève Estienne

1. Données de contexte sectoriel

Nous avons pu décrire des liens dialectiques entre trois espaces : l'organisation du travail, l'organisation du marché du travail (relations formation-emploi, modes d'acquisition et de reconnaissance des qualifications) et le champ de la formation professionnelle. En effet, comme la construction des emplois, l'offre de formation est l'objet de régulations sectorielles et territoriales qui s'attachent à construire localement la relation emploi-formation dans un contexte de faible attractivité de ces emplois, souvent positionnés comme des emplois de transition.

En Allemagne, selon la manière de calculer, la proportion des travailleurs sans formation ou semi-qualifiées dans le secteur des soins avoisine 50 %.Néanmoins, dans le secteur de l'aide aux personnes âgées il existe une vraie volonté de professionnalisation. [19] Dans plusieurs cas, la qualification professionnelle sert uniquement d'une formation initiale qui se complète par la suite par diverses formations continues. La formation continue permet aux travailleurs également de passer à une autre activité professionnelle. En particulier, les nouvelles qualifications acquises peuvent servir de tremplin pour sortir du champ des soins aux personnes âgées ou au moins d'êtres actif en périphérie du secteur. Des études universitaires peuvent également être envisagées. Cela dit, jusqu'à présent, la pratique de la formation continue n'est pas nécessairement un indicateur de mobilité ascendante dans le champ des soins aux personnes âgées. Au contraire, dans de nombreux cas, cette option se limite aux employés les plus dévoués et motivés, plutôt que de représenter une réelle échelle professionnelle entre deux emplois.

En France, le contexte national dans lequel les formations professionnelles de l'aide à domicile se sont développées est marqué par les caractéristiques particulières du secteur. En effet, les emplois construits autour des activités de service à la personne se démarquent très explicitement par :

- une sur-représentation féminine (97% des personnels en exercice sont des femmes)[87],
- un faible niveau de qualification, les professionnelles les plus anciennement en exercice sont également les moins qualifiées,
- une tendance au vieillissement et à la difficulté de recruter un public plus jeune (en 2010, l'âge moyen des professionnelles intervenant au domicile est de 42 ans),
- des conditions d'exercice professionnel marquées par le temps partiel et les horaires

[87] Agence Nationale des Services à la Personne, mai 2010.

découpés.

Le groupe professionnel des aides à domicile est donc marqué par l'éclatement et une certaine forme de fragilité. Pourtant, le secteur professionnel se construit depuis plusieurs décennies autour de nombreux titres et diplômes d'Etat portés par des organisations professionnelles pour soutenir le développement d'activités spécialisées. Les profils professionnels dépendent des conditions d'accès à la qualification des emplois et à la certification des agents par l'acquisition de titres reconnus dans les conventions collectives et les nomenclatures de postes. Or, les enquêtes réalisées auprès de Services à Domicile en Lorraine, ont montré que les employeurs privilégiaient des recrutements sur des critères de compétences expérientielles, plutôt que de compétences acquises par l'appareil de formation

Le modèle d'emploi qui prédomine, c'est-à-dire l'ensemble de relations existant entre emploi, qualification, mobilité et statut des salariés, est centré principalement sur la gestion de la compétence acquise hors ou dans le secteur de l'aide à domicile. Sur les marchés externes, les compétences traditionnellement acquises par les femmes au service des familles sont mobilisées dans les emplois de gré à gré, et aussi, par défaut, dans les services à domicile auprès des personnes fragiles.

En Allemagne, un sous-secteur d'activité du système de la dépendance et organisé au niveau professionnel s'est établi pour les personnes lourdement handicapées, et ce *parallèlement* à l'activité des professionnels d'aide à domicile (paramédicale ou autre). Il s'agit en fait de personnes semi-qualifiées ou de non-professionnels supervisés. Ainsi, on n'a pas affaire ici d'un vrai champ professionnel qualifié. Le concept d'assistance en vigueur renvoie – aussi pour réduire au minimum le nombre d'aidants qui ont un accès sur la vie privée d'un bénéficiaire/employeur – au principe d'aide provenant d'une seule source. Sont demandées comme compétences sociales précises « l'équilibre, la souplesse, la transparence, l'honnêteté, la flexibilité, la fiabilité, la compétence, l'attention, le respect de la vie privée, l'autonomie, la coopération, le sens des responsabilités, une facilité avec les contacts physiques, la discrétion, la capacité à résoudre les conflits, la loyauté, la tolérance ... » (Rehfeld 2001, 58). En général, les protagonistes de ce sous-secteur d'activité jugent que l'expertise nécessaire doit être transmise par le bénéficiaire et non provenir d'une qualification professionnelle technique.

L'accès à l'emploi dans les SAD étudiés en Lorraine est rendu possible sur des critères de compétences relationnelles et techniques, certifiées ou non par un titre ou diplôme d'Etat. Ces critères liés à des dispositions personnelles sont très généralement mobilisées par les recruteurs. Pour conforter les savoirs expérientiels, les SAD mettent en place des formations pratiques courtes mais régulières pour l'apprentissage de techniques gestuelles, de règles de sécurité et de « bientraitance », de règles éthiques et relationnelles. Ces formations internes s'adressent prioritairement au personnel non qualifié[88].

En France, les premières formations d'aide à domicile ont d'abord relevé de l'initiative privée et que, récemment, se sont développées par initiative publique, des filières de formation spécifiquement dédiées à l'exercice des fonctions d'intervention à domicile. Ainsi, il faudra attendre 1988 pour la création du CAFAD et 1987 pour le BEP Carrières Sanitaires et Sociales. Comparativement à d'autres filières de l'enseignement professionnel, le

[88] « *Au niveau des AD, ça demande effectivement des compétences techniques au niveau de tout ce qui est des soins d'hygiène et notamment, ça va faire maintenant 2 ou 3 ans qu'au niveau formation, nous avons axé les formations sur le handicap moteur, physique, là en ce moment, on a le problème du handicap psychique, de façon à apporter les compétences complémentaires aux salariées ; c'est un public en proportion très moindre ; donc oui ça exige des compétences particulières* » (DRH).

développement de la filière sanitaire et sociale est relativement récent et ne concernait, jusqu'à une période récente, qu'une faible proportion d'élèves de la filière professionnelle.

Les activités de l'aide à domicile nécessitent la mise en œuvre de savoir-faire professionnels spécifiques acquis et mis en jeux par des régulations continues entre politiques publiques, offres de formations, systèmes d'emploi. Ce contexte fait apparaître trois conditions à la formation des qualifications de l'aide à domicile :

- L'appel à des savoirs, des techniques et des postures de travail construites, bien que les compétences des aidants « naturels » et les compétences domestiques soient le socle sur lequel se font les recrutements dans l'emploi ;
- des référentiels de compétences faisant appel à une méthodologie et à une organisation pédagogique spécifique et planifiée ;
- une offre de formation labellisée par des certifications.

Les organismes de formation construisent l'offre de qualification dans un environnement concurrentiel dont les règles du jeu sont constamment redéfinies par les donneurs d'ordres, également financeurs de ces formations. Dans ce prolongement, la construction des compétences à mettre en œuvre dans une formation implique donc des régulations et des rééquilibrages constants entre le formateur, le financeur de la formation, le stagiaire et l'employeur potentiel. En effet, Les formations de niveau V par exemple, formations au Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie, au titre d'Auxiliaire de Vie et des Familles, au Diplôme d'Etat d'Aide Médico-psychologique, et aux certifications de l'Institut de Formation de la Fédération du Particulier Employeur (IFEF), sont aujourd'hui surtout liées à des commandes publiques, du Conseil Régional, de Pôle emploi ou de la DIRECCT, et concernent donc des demandeurs d'emploi. On peut se demander dans quelle mesure les termes de la commande publique contribuent à façonner le dispositif de formation :

- pour pouvoir répondre à de récents marchés (conventions cadre), les organismes de formation étaient invités à se présenter en groupement ; des montages sont ainsi réalisés conjointement avec répartition des contenus de formations et des suivis, par Domaine de Formation ou par module, et coordination entre organismes ; on constate une certaine répartition notamment entre les contenus de formation plutôt technique (par exemple, la cuisine, l'entretien du cadre de vie, le budget) et des contenus portant plutôt sur des connaissances spécialisées comme la connaissance des publics ; la répartition s'opère selon différents critères : le fait d'avoir les compétences en formateurs, d'avoir les locaux ou le matériel qui convient ; on peut se demander si à terme cette forme de travail ne peut pas amener à une certaine spécialisation des organismes de formation, les uns se situant davantage sur les aspects techniques, les autres sur les aspects de connaissances spécifiques.

- les acheteurs publics sont attentifs au placement dans l'emploi et, par retour, ceci peut avoir des effets sur les critères de sélection des candidats à la formation ; il en est ainsi du permis de conduire et de la voiture, voire du fait de s'être organisé (garde des enfants par exemple) pour être disponible à la formation ; concernant le permis de conduire ou le véhicule, ils sont dans certains secteurs ruraux jugés nécessaires par les employeurs et ces critères se répercutent sur le recrutement à la formation d'autant que les problèmes peuvent se poser dès la mise en place des stages.

- le fait de mettre en place des comités de pilotage se réunissant avant le démarrage de la formation, en cours et en fin de formation et associant non seulement les organismes de

formation mais aussi des employeurs, les organismes de placement (Pôle emploi, mission locale) et surtout les financeurs associe plus étroitement les parties prenantes dans la conception des dispositifs et le « profilage » des critères de sélection.

- les organismes de formation sont invités à rendre compte à 3 mois et à 6 mois du devenir de leurs stagiaires ; de plus en plus aussi les acheteurs publics attendent que les organismes de formation les épaulent et fassent des propositions d'orientation pour les candidats non retenus

Nous nous sommes intéressés à la structuration de l'offre de formations qualifiantes à niveau V. Les objectifs de recherches développés sont de :

- réaliser une description monographique de quatre organismes formant aux qualifications les plus fréquemment rencontrées au cours des enquêtes auprès des Services d'Aide à Domicile ;
- identifier les indicateurs de qualité professionnelle retenus par les organismes de formation pour promouvoir des méthodes pédagogiques adaptées aux référentiels de certifications,
- présenter la nature de l'articulation entre offre de formation, parcours des stagiaires et attendus des employeurs,
- typifier les parcours professionnels et de formation ainsi que les modalités de la construction et de l'évolution des représentations et des pratiques relatives à la qualité de l'aide.

2. Les formations sous statut scolaire

par Marie Hélène Wocjik

Dans le contexte national des formations sous statut scolaire, eut égard au profil des professionnelles de l'aide à domicile, il peut être pertinent de revenir sur quelques un des éléments relatifs et aux grandes étapes ayant marqué le développement des scolarités féminines et aux o**rientations politiques nationales relatives à la formation sous statut scolaire des aides à domicile.** Ainsi, les travaux relatifs à la question nous indiquent que :

- la scolarisation féminine s'est, dans un premier temps, difficilement imposée et développée ce, tant dans la filière générale que dans les filières technologiques et professionnelles.
- le développement de la formation professionnelle des filles s'est avant tout réalisé autour de filières spécifiques (aux origines autour des écoles de couture et des écoles ménagères puis, autour des filières professionnelles du secrétariat et du paramédical). On relèvera d'ailleurs, à ce sujet, que si « le Ministère de l'Education Nationale mène une politique volontariste d'information et de valorisation ayant pour but de permettre aux jeunes filles d'accéder plus largement à l'ensemble des filières technologiques et professionnelles » (Pelpel et Troger : 1993) il n'en va pas de même pour ce qui concerne leurs homologues masculins qu'on ne cherche pas à attirer, vers les domaines d'activités féminins (dont l'aide à domicile).

La formation des filles dans le domaine sanitaire et social sous statut scolaire s'est développée et structurée pour l'essentiel autour du niveau V de formation (CAP Petite Enfance, BEP Carrières Sanitaires et Sociales, Mention Complémentaire Aide à Domicile : il faudra attendre

les années 2000 pour voir émerger une offre de formation dans le secteur au niveau IV).[89]

Dans ce contexte on mesure tout l'intérêt qu'il peut y avoir à étudier plus précisément les caractéristiques de l'offre de formation dans la filière de l'aide à domicile et les modalités selon lesquelles est envisagée la question de la formation des futures professionnelles.

Les orientations nationales en faveur de la professionnalisation sont marquées par la signature, en juin 2008 d'un accord-cadre entre le Ministère de l'éducation nationale et l'Union Nationale de l'Aide, des soins, et des services aux domiciles (UNA) traduit de la volonté explicite de favoriser les liens entre la branche professionnelle et le système de formation initiale. Il s'agit plus précisément de « contribuer au développement de formations initiales afin d'attirer de jeunes professionnels qualifiés dans le secteur de l'aide, des soins et des services aux domiciles »[90].

S'agissant de l'offre de formation, il est envisagé de favoriser le développement de celle-ci aux niveaux :

- III avec le BTS Services et prestations aux secteurs sanitaire et social,
- De l'apprentissage,
- De l'offre de qualification de niveau V afin « d'aboutir à un tronc commun de formation pour l'ensemble des diplômes du secteur ».

A l'élévation du niveau de formation, se trouve donc associée la volonté d'aller vers une harmonisation de l'offre de formation ce, plus particulièrement au niveau V. C'est donc bien ce double mouvement d'élévation du niveau de formation et du resserrement de l'offre qui devrait participer à rendre les filières de formation (et donc les professions) plus attractives.

Dans le contexte lorrain, les formations sous statut scolaire [91] préparant aux métiers de l'aide à domicile, le recensement des établissements publics préparant aux fonctions d'aide à domicile nous indique que sur l'Académie de Nancy-Metz :

- 6 lycées professionnels (5 relevant du secteur public et 1 du secteur privé) préparent au CAP assistant technique en milieux familial et collectif,

- 25 établissements proposent jusqu'à la rentrée 2010, sur l'ensemble de l'académie, la préparation du BEP CSS (15 lycées professionnels publics et 10 lycées professionnels privés).

- la Mention Complémentaire aide à domicile, est quant à elle proposée dans 7 établissements publics et 4 établissements privés.

Outre ces filières de formation menant vers le niveau V de formation se sont récemment développées de nouvelles séries de baccalauréat professionnel plus immédiatement orientées sur le secteur des services. On trouve ainsi :

---

[89] Etant entendu qu'existe depuis 1968 le baccalauréat F8, qui au terme de la réforme de 1992 sera intitulé baccalauréat SMS puis, en 2010 baccalauréat ST2S (sciences et technologie de la santé et du social).

[90] Accord-Cadre entre le Ministère de l'Education Nationale et L'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, juillet 2008.

[91] Dans le cadre de l'investigation menée auprès de l'Education Nationale nous avons choisi, en première approche, ce rencontrer l'Inspectrice de la Délégation Académique aux Enseignements Techniques. Cette rencontre aura permis d'aborder la manière dont la question de la qualité se trouve abordée et mise en œuvre dans les dispositifs pédagogiques proposés sur les formations d'aide à domicile et plus précisément sur la MCAD sur l'académie de Nancy-Metz.

- le baccalauréat professionnel « service de proximité et vie locale » qui est proposé dans 6 établissements (3 lycées professionnels publics et 3 lycées professionnels privés). En 2010 la capacité d'accueil pour cette filière est de 114 places pour l'académie de Nancy-Metz,[92]
- en perspective, pour la rentrée 2012, un nouveau baccalauréat professionnel qui proposera deux options (une option « service à la personne » et une option « accompagnant en établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux »).

A l'heure où nous produisons ce rapport, la filière sanitaire et sociale de l'enseignement professionnel connait donc de profondes transformations. La disparition avérée du BEP CSS à la rentrée 2012 au profit d'une filière construite sur trois années et menant à l'un des baccalauréats professionnels précités s'impose comme un fait établi. S'inscrivant dans les orientations politiques nationales et portée par la volonté « d'encourager la diversification des voies d'accès à la qualification »[93] la reconfiguration des filières et niveaux de formation dans l'enseignement professionnel n'est pas sans poser question. Parmi celles-ci s'inscrit plus particulièrement celle relative au devenir des titres de niveau V autorisant un accès immédiat au marché du travail en l'occurrence, la Mention Complémentaire Aide à Domicile.

2.1 La Mention complémentaire Aide à Domicile

Parmi le panel des formations existantes nous avons donc fait le choix de porter ici plus particulièrement notre attention sur la Mention Complémentaire Aide à domicile proposée par l'éducation nationale. La MCAIDE À DOMICILE créée en 1995 et rénovée en 2004 prépare spécifiquement aux fonctions d'aide à domicile. Proposée sous forme modularisée, elle est accessible au terme d'un BEP (CSS, bioservice), d'un BEPA (option services aux personnes) ou d'un CAP (petite enfance, employé technique de collectivité, assistant technique en milieux familial et collectif) ainsi qu'aux titulaires d'un diplôme d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture, d'AMP, d'assistante de vie et du CAP Agricole Services en milieu rural.

Cette mention complémentaire vaut, selon les textes règlementaires en vigueur, pour équivalence du DEAVS. Selon le titre possédé le titulaire se voit dispensé d'un certain nombre d'unités de formation ce qui justifie du caractère modulaire de la formation. Comme spécifié dans l'article 4 de l'arrêté du 17.05.2004 la MCAIDE À DOMICILE « est dispensée par des établissements publics ou privés sous contrat ou des établissements publics de formation continue figurant sur une liste arrêtée par le recteur après avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales ».

Sur l'académie de Nancy-Metz, ce sont, à ce jour 183 places de formation qui sont proposées chaque année (étant entendu, que ce nombre devrait être réduit de manière significative en raison de la suppression du BEP et de la création de filières de baccalauréats professionnels en 3 ans). S'agissant de l'offre de formation, le Schéma Régional des Formations Sociales 2007-2011 pose explicitement la nécessité de faire évoluer l'offre de formation sur le secteur de l'aide à domicile et d'aller vers « une simplification et un rapprochement des nombreux diplômes et titres existants particulièrement au niveau V»[94]. La mise en place, en 1995, de la MCAD vient « en réponse aux souhaits de qualification exprimés par le milieu professionnel et à une demande croissante de services à l'usager à domicile, demande particulièrement forte

[92] Source documentaire : la filière professionnelle sanitaire et sociale dans l'acAide à Domicileémie de Nancy-Metz, novembre 2010.
[93] La filière professionnelle sanitaire et sociale dans l'académie de Nancy-Metz, novembre 2010.
[94] Schéma régional des formations sociales 2007-2011, Conseil Régional de Lorraine, juin 2007.

pour les personnes âgées non-autonomes »[95]. L'examen des effectifs scolarisés dans la filière sur la période 1995-2009 fait apparaitre :

- un développement rapide de la filière (qui se traduit par un effectif global qui passera de 25 à 152 élèves sur la période considérée)[96],
- une période de stagnation, voire de diminution des effectifs scolarisés au début des années 2000 (tendance qui s'expliquerait par « une méconnaissance et un manque de valorisation de la filière »).

Si la mise en place de la filière procède d'une volonté d'aller au plus près des besoins réels en termes de qualification, il convient également de prendre en considération les nécessités propres au système d'enseignement lui-même et, plus particulièrement, de ce qui relève de la gestion de l'offre de formation. Ainsi, pour l'un des établissements enquêté, l'argumentaire qui a soutenu le développement de la filière est le suivant : « Dans le cadre de la restructuration de l'offre de formation, le Lycée Professionnel X est un établissement fragile en terme d'effectifs, le choix a donc été fait de recentrer l'offre en développant un pôle sanitaire et social »[97].Depuis l'ouverture de la filière ce sont près de 1200 jeunes qui ont été formés. Une formation fondée sur l'alternance (576 heures en centre de formation et 512 heures en milieu professionnel), alternance construite sur un partenariat avec un panel d'associations locales d'aide à domicile.

2.2 L'insertion professionnelle des diplômées

La MCAD est clairement définie comme un diplôme d'insertion : dans les faits, les premières années (1995, 1996, 1997) verront un taux d'insertion supérieur à 80% pour les titulaires d'une MCAD en Lorraine. Toutefois, cette tendance à l'insertion rapide dans l'emploi se réduira significativement et rapidement au cours des années suivantes : dès la fin des années 1990 l'accès direct à l'emploi des jeunes diplômées ne concerne plus que 50% des titulaires. A cette réduction de l'accès direct à l'emploi coïncide le développement des poursuites d'études et, dans la majeure partie des cas, en direction des écoles d'aide soignantes (c'est le cas pour plus de 80% des élèves)[98].

Cette tendance avérée à la poursuite d'étude serait à comprendre en regard du fait que « le métier d'aide à domicile semble encore souffrir d'une image de marque négative et est insuffisamment professionnalisé ».[99]

Enfin, s'agissant des modalités d'insertion professionnelle des jeunes diplômées on retiendra que sur la période 1996-2006 :

- l'emploi dans les associations d'aide à domicile évolue de manière très fluctuante (il était de 89% en 1996 et ne dépassera plus les 50% à partir des années 2000 pour atteindre 33% en 2006),

[95] Mention Complémentaire Aide à Domicile : le point après 11 années de fonctionnement dans l'académie de Nancy-Metz (source : IEN, février 2009).
[96] Mention Complémentaire Aide à Domicile : le point après 11 années de fonctionnement dans l'académie de Nancy-Metz (source : IEN, février 2009)
[97] Académie de Nancy-Metz, Actualités Ecole-Entreprise, mai 2007.
[98] On notera sur ce point que, le fait d'être titulaire d'une MCAIDE À DOMICILE vaut pour dispense à l'entrée de l'école d'aide-soignant et permet un allègement de formation (les titulaires d'une MCAIDE À DOMICILE n'ayant à passer que 4 modules sur les 8 que comprend la formation d'aide-soignante).
[99] Mention complémentaire aide à domicile « Le point après 11 années de fonctionnement dans l'académie de Nancy-Metz », IEN, février 2009.

- l'emploi dans les maisons de retraite s'est progressivement développé pour atteindre 36% en 2006,
- l'emploi en milieu hospitalier varie de façon conséquente et reste un débouché possible pour près de 12% des titulaires d'une MCAD en 2006.

On le constate, la poursuite d'étude tend à se systématiser, en outre, le caractère particulièrement variable de leur insertion professionnelle incite à se questionner quant à la signification dont se trouve investi ce titre pour les employeurs.

2.3 Profils des publics accueillis en formation

Pour ce qui concerne les formations d'aide à domicile sous statut scolaire la section qui prépare au MCAD serait véritablement *« une section choisie en regard de laquelle il existe une pression forte à l'entrée en formation qui a amené à la mise en place d'un dispositif de sélection* » (*Responsable Inspection Education Nationale)*. Il semblerait donc que, contrairement aux représentations ordinaires nous ne serions donc pas sur le scénario d'une orientation par défaut (tel que cela peut être le cas pour nombre de filières de l'enseignement professionnel). Si la MCAD est présentée comme procédant d'un choix d'orientation, il convient toutefois de ne pas minorer l'influence des antécédents scolaires du public. Ainsi, l'examen d'un certain nombre de données (Grelet : 2005) nous rappelle que s'il peut être question d'un choix, l'orientation vers l'enseignement professionnel en fin de classe de troisième était et reste majoritairement le fait d'élèves ayant rencontré des difficultés scolaires (redoublements) et dont on estime qu'ils ne pourraient être en situation de poursuivre leur scolarité dans la filière générale. Il reste que du point de vue de l'éducation nationale différents facteurs participeraient à l'attractivité de la filière :

- la possession d'une MCAD vaut pour dispense vers la formation d'aide-soignante permettant ainsi à ses titulaires d'éviter les épreuves de sélection (si la filière est attractive c'est bien aussi parce qu'elle occupe une fonction de passerelle entre deux diplômes),
- la formation est construite sur le modèle de l'alternance (ce qui, là aussi, semblerait jouer en sa faveur).

S'agissant des éléments susceptibles de participer à la construction d'une offre de formation venant en réponse aux exigences en termes de qualité, l'accent est plus particulièrement mis sur le domaine que constitue l'analyse des pratiques professionnelles et sur la présence, dans le dispositif pédagogique d'une équipe pluridisciplinaire de formateurs. L'analyse des pratiques telle qu'elle est mise en œuvre répond à un protocole spécifique et ne saurait être réductible « *à une conversation ou une discussion après le stage ; chaque séance répond à des objectifs en regard du référentiel (…) les enseignants qui le font ont suivi une formation spécifique » (Responsable IEN).*

La qualité n'est donc pas posée Aide à Domicile hoc mais, si l'on s'en réfère au discours tenu, s'inscrit dans le continuum de l'alternance et se construit en articulation étroite avec ce que sont les réalités professionnelles que sont amenées à rencontrer les stagiaires.

2.4 Cadre académique de l'offre de formation

L'offre de formation construite au niveau académique, met l'accent sur la volonté de concevoir les itinéraires de formation comme étant inscrits « *dans une logique de parcours, il faut raisonner non pas tant en termes de filières ou de niveau de formation mais bien en terme*

de secteur d'activité ».

On le constate l'approche de la formation, telle qu'elle évoquée ici, se veut extensive et se propose de dépasser une conception uniquement et exclusivement centrée sur un niveau de certification. Le principe qui prévaut est de proposer une dynamique de formation où la qualité viendrait trouver ses fondements dans :

- le projet pédagogique porté par l'établissement et l'équipe de formateurs impliqués,
- l'investissement des formés à l'égard de l'exercice professionnel et de leur inscription dans un processus de qualification.

Ainsi, il apparait que l'inscription de la filière aide à domicile dans une logique de changement et d'évolution est un fait relativement récent mais que les dernières années auront vu les transformations s'accélérer. Très concrètement, on assiste, dans les faits :

- la disparition annoncée pour la rentrée 2011 du BEP CSS qui était le principal pourvoyeur d'élèves entrant en MCAD : ce diplôme de niveau V disparait au profit du développement de deux séries de baccalauréat professionnel élément qui viennent remettre en question l'architecture d'ensemble des formations sanitaire et sociales sous statut scolaire : « *Le BEP CSS va disparaitre à la rentrée 2011, il n'y aura plus de BEP CSS dans le cadre de la rénovation de la voie professionnelle, il aura à la place une préparation au bac post troisième. Il y à le bac service de proximité en trois ans et il y aura un nouveau bac avec sans doute un axe un petit plus service à domicile, service à la personne. Là on est dans les travaux des CPC donc on y travaille…sortie fin de l'année 2010 du référentiel pour une mise en œuvre en 2011 … la MCAD va être repositionnée, il faut savoir que la MCAD est aussi ouverte à d'autre diplômes que le BEP CSS, le CAP assistant familial en milieu collectif, le CAP petite enfance ce qui veut dire que là par le biais des allégements, il est possible d'obtenir la MCAD. Après c'est voir comment le diplôme va être pris en compte et ce travail là il est fait dans le cadre de la CPC. A partir du moment où on refait un diplôme il faut s'interroger sur la globalité de la filière » (Inspectrice Education Nationale).*

Les conséquences induites s'agissant des possibles en terme d'insertion pour les titulaires des bac professionnel sont une insertion qui, a priori, ne semble pas acquise : « Après le niveau IV c'est intéressant mais est-ce que les employeurs pourront financer des employés de niveau IV : dans le contexte actuel la réponse elle est non ; mais il faut se projeter sur un peu plus long terme – dans certaines régions de France il y a des entreprises de service à domicile qui embauchent avec la MCAD c'est un secteur qui est ciblé actuellement et qui va évoluer depuis 2005 on parle beaucoup de ce secteur maintenant il y à la crise (Responsable Inspection Education Nationale).

La contradiction principale réside, semble-t-il, dans la difficulté à concilier deux logiques sensiblement différentes :

- la logique que nous pourrions qualifier de strictement scolaire est adossée au principe d'une élévation globale du niveau de formation des sortants du système éducatif (il s'agit de s'inscrire pleinement dans le processus de rénovation de la voie professionnelle en allant vers le développement du niveau IV de formation),
- la logique économique portée par les associations de l'aide à domicile, qui bien que demandeuses en terme de professionnalisation des salariés, ne semblent pas nécessairement, ni en situation ni prêtes à réajuster leurs critères de recrutement (le

recrutement d'aide à domicile de niveau IV impliquant une rémunération en conséquence).

Si la professionnalisation est posée comme un dénominateur commun il reste que ce processus est fortement tributaire des ressources financières et de la volonté du secteur de déplacer ses critères de sélection et de recrutement des personnels intervenant au domicile.

On le constate, le contexte dans lequel s'inscrivent les réflexions relatives à la qualité de l'aide à domicile voient s'affronter des variables qui peuvent parfois entrer en contradiction. Il en va ainsi pour la volonté affichée de l'éducation nationale de promouvoir le niveau IV de formation dans le secteur alors même que, du point de vue du secteur, c'est autour du niveau V (ainsi que du recours à la VAE) que semble se porter plus particulièrement l'attention.

Pour autant, la question de la qualité est présente dans les propos tenus au niveau de l'inspection académique. Dans les faits, celle-ci va être référée à la présence de professionnelles dans le dispositif de formation MCAD. S'agissant, est cet élément est important, de professionnelles qui ne sont pas nécessairement issue du secteur de l'aide à domicile mais qui conformément aux critères nationaux, issus du secteur social et médical : « *Pour que la formation soit ouverte il faut obligatoirement qu'il y ait un professeur qui soit détenteur du titre de conseiller en économie sociale et familiale et un titulaire du diplôme d'infirmier avec trois ans d'expérience. On a quand même des professionnels et ça change un petit peu. On a aussi des anciens professionnels dans l'équipe. On a deux infirmières qui sont professeurs. La qualité des ressources humaines est spécifique » (Responsable IEN).*

On le constate, ce ne sont pas des professionnelles ayant exercé ou exerçant les fonctions d'aide à domicile qui occupent des fonctions de responsables de filières ou d'enseignantes : tout se passe comme si, existait, de ce point de vue, un véritable déficit de reconnaissance et de légitimité. La création de nouveaux baccalauréats professionnels contribuera-t-elle à restaurer l'image non seulement de la filière mais également des professionnelles qui l'exercent ? Si la présence de professionnels dans le dispositif de formation participe de sa qualité il convient de souligner que l'élément qui semble s'imposer avec centralité est celui relatif à l'existence d'un projet pédagogique. Un projet pédagogique dont la fonction explicite va être de fédérer l'équipe d'enseignantes mais aussi de créer, avec le milieu professionnel une dynamique particulière : *«La qualité elle est d'abord déterminée par la pédagogie. La qualité est un juste équilibre, c'est une synergie au sein de l'équipe. On a un projet pédagogique qui est porté par une équipe dans des locaux adaptés avec une bonne relation avec les professionnels et là on à tous les gages de qualité. Mais je pense que ce qui doit participer à la réussite des élèves c'est le projet pédagogique. S'il est manquant on peut avoir des beaux équipements, on peut être en relation avec les professionnels mais si on à pas vraiment de démarche professionnalisante, surtout avec ces formations là on n'y arrivera pas. Parce que l'alternance il faut la gérer. Il y a tout ce lien qu'on fait ; le travail qu'on fait avec les tuteurs aussi » (Responsable IEN)).*

On le constate, la qualité à laquelle il est fait référence ici c'est d'abord celle d'un dispositif de formation. Un dispositif qui s'affronte parfois à des réalités professionnelles susceptibles d'être préjudiciables à l'équilibre attendu au travers de la pratique de l'alternance. Ainsi, si l'alternance est envisagée comme nécessaire, les conditions de sa mise en œuvre s'affrontent à des réalités professionnelles susceptibles de constituer un obstacle. Il en va ainsi pour ce qui concerne l'accueil et le suivi des élèves en formation : « *La formation des tuteurs aussi parce qu'il n'est pas simple pour les élèves de se trouver dans des structures où les tuteurs sont moins qualifiés qu'elles, qu'ils ne sont pas titulaire d'un diplôme de la filière » (Responsable*

IEN). Nous touchons là aux limites mais aussi aux réalités d'un secteur dans le cadre duquel les titulaires d'un diplôme restent peu nombreuses (bien que certaines associations aient pris l'initiative de mettre en place des dispositifs de formation dédiés aux tuteurs de stage celles-ci restent à ce jour peu développées).

Si les conditions de la qualité de la formation peuvent être atteintes au travers du dispositif pédagogique celles-ci restent toutefois fortement tributaires des variables nettement moins objectivables tel que ce peut être le cas pour ce qui concerne ce que pourrions désigner comme étant la « motivation » des élèves en formation : « *Pour moi la qualité elle passe…je suis intimement convaincue que le projet pédagogique implique les élèves, des élèves qui sont impliquées et qui sont suivies, des élèves qui ont envie de donner le meilleur d'eux même, de s'intégrer, de travailler au mieux et qui après qui font un travail de qualité en respect de la personne. La bientraitance c'est quand même quelque chose qui est transverse et sous-jacent. Dans les projets on essaie aussi de travailler les démarches de soin. Je pense qu'on peut être aide à domicile et ne faire que du ménage mais repérer que Madame Untel elle ne va pas bien et qu'elle est en train de déprimer que Monsieur Untel il à les premiers signes d'Alzheimer ben voilà et ça c'est ce ne pourra peut-être pas faire une professionnelle qui vient dans un temps plus limité. Ce sont des métiers ou il faut avoir envie de donner de soi. » (Responsable IEN).*

Nous touchons une fois de plus ici à toute la difficulté que semble avoir la profession pour dépasser un certain nombre de représentations ordinaires. Comme nous pouvons le constater, le discours tenu s'efforce de distinguer le caractère peu valorisé (ou valorisant) de l'activité (« le ménage ») avec la dimension humaine, le « relationnel ». Un « relationnel » qui ne s'apprend, ni ne s'acquiert mais, semblerait-il, se possède (ou non) : « *ce sont aussi des métiers qui sont physiquement difficiles. Et puis, dès fois les élèves le disent « des fois on est pris pour des femmes de ménage », là la professionnelle à vraiment rebondit dessus, elle s'est dit c'est des choses que je dois faire remonter aux associations. Il y à aussi des réunions avec les entreprises qui accueillent les élèves, il faut Aide à adapter un petit peu les attentes. C'est un métier dur, extrêmement dur, je pense qu'il faut avoir des compétences humaines parce que ça laisse … c'est une grosse responsabilité ». (Responsable IEN).*

On le constate, si la qualité du dispositif pédagogique s'impose comme un incontournable il semble en aller de même pour ce qui concerne les qualités attendues des élèves en formation. Nous pouvons voir dans cette démarche qui consiste à mettre en avant l'existence de motivations et de « prédispositions » spécifiques un moyen permettant :

- d'assurer la continuité et la pérennité du dispositif pédagogique,
- de contribuer à la valorisation de la formation (et de ceux qui la mettent en œuvre) mais aussi, à terme, de la profession.

2.5 Devenir du MCAD à terme

Enfin, si la qualité du dispositif pédagogique se veut d'être au principe de la conception générale de la formation, elle n'est pas dissociable de ce qu'est susceptible d'offrir le secteur en terme d'insertion pour les jeunes diplômées (*«C'est un secteur professionnel ou il y a encore de l'embauche, là-dessus le fait de faire des entretiens avec les candidats est important » (Responsable IEN).*

Dans l'avenir proche, les sections MCAD (qui proposent à ce jour 183 places) devraient voir se réduire le nombre de places de manière significative. Comme nous l'avons vu, dans ce contexte particulier qui est celui de l'enseignement professionnel, la qualité se trouve

étroitement associée :

- à la mobilisation de l'équipe éducative autour d'un projet commun ainsi qu'à la constitution d'un équilibre dans les relations avec les terrains. La nécessaire conformité avec le référentiel MCAD impose un certain nombre d'exigences qui vont aussi trouver leurs expressions dans le choix des associations impliquées dans l'alternance
- à l'adhésion des élèves à la démarche de formation
- au travail de réinterprétation (ou, pour le moins, d'ajustement qui peut être fait autour de ce que sont les conditions réelles d'activité dans le secteur de l'aide à domicile : « *Je dis toujours aux enseignants : n'acceptez jamais que des élèves partent en stage en milieu professionnel sans que vous-même connaissiez le milieu professionnel : il faut que les professeurs aillent voir les structures, les associations, rencontrer les gens » (Responsable IEN).*

Plus transversalement, la filière semble rencontrer des difficultés à acquérir une véritable reconnaissance et une réelle légitimité vis-à-vis du secteur professionnel. En outre, et comme l'atteste la répartition des titulaires d'une MCAD :

- l'insertion directe dans l'emploi tend à se réduire significativement au bénéfice d'une poursuite d'étude,
- les premiers emplois occupés par les sortants de formation sont plus fréquemment des emplois en structure : *« C'est pour ça que pour les jeunes c'est plus rassurant de travailler en structure pour prendre des automatismes…, un rythme de travail plutôt que de démarrer au domicile tout de suite. Après il faut voir que ce n'est pas exactement les mêmes taches non plus » (Responsable IEN).*

La question qui se trouve également posée est celle du profil des formés. Ainsi, l'évolution et la structuration de la filière restent tributaires des attentes des employeurs et de leur expression au travers des recrutements avec, à terme, des attendus en termes de compétences qui trouveraient leur justification dans un processus de rationalisation des coûts : « *Je pense que la polycompétence c'est quelque chose qui sera de plus en plus recherché par les employeurs parce qu'autrement c'est trop couteux : quelqu'un qui a validé un certain nombre de compétences avec différents diplômes pourra passer un peu plus de temps parce que c'est aussi un secteur »* ainsi qu'en regard d'une continuité dans l'intervention : « *il y a certaines associations qui ne veulent plus travailler de manière cloisonnée, de telle heure à telle heure on fait le ménage, de telle à telle heure c'est quelqu'un qui vient donner les médicaments…et les personnes elles n'apprécient pas forcément. Après c'est aussi une politique d'association ; comment travailler, comment prendre en charge les services » (Responsable IEN)).*

2.6 Construction de l'offre de formation par deux lycées professionnels Lorrains

2.6.1 Un public au profil spécifique

Lorsqu'il s'est agi d'aborder les caractéristiques des postulants à la formation, les enquêtés ont, dans leur ensemble, évoqué :

- l'existence **d'un important taux de pression à l'entrée** et la nécessité qu'il y a à mettre en œuvre un dispositif de sélection des entrants (« *Ce sont beaucoup d'anciennes élèves du BEP CSS, on a un peu d'élèves du CAP agent technique en milieu familial et collectif, une cette année on en a de temps en qui postulent. Il y à une grosse sélection au départ, je dis grosse*

parce que chez nous il y a au départ une forte demande, on a 70 demandes pour 15 places donc il y à une sélection qui se fait. C'est simplement un entretien de motivation avec à la clef le dossier scolaire mais qui n'est pas déterminant je dirais c'est plus l'entretien, la façon d'aborder les situations qu'on propose dans l'entretien qui nous montre si l'élève à une certaine logique et est déjà un peu professionnelle, autonome, des qualités qui ressortent de l'entretien c'est plus important que le livret scolaire » (Responsable filière MCAD)

Si les antécédents scolaires sont pris en considération il s'avère que c'est avant tout le regard porté sur la situation proposée aux élèves qui s'avère déterminante. Dans le cas qui nous intéresse ici il va s'agir de soumettre aux candidats une situation professionnelle « possible », «réaliste » et de leur demander de se positionner d'un point de vue professionnel.

- **une surreprésentation féminine** parmi les postulantes à la formation. Sur-représentation qui s'expliquerait en regard du passé scolaire mais aussi en regard de ce que sont les conditions d'exercice professionnel et, plus particulièrement le lieu d'intervention qu'est le domicile « *Pour l'instant on a eu que des filles , on a eu deux trois postulants garçons mais qui n'ont pas été retenus. Sauf cette année un garçon à été retenu mais il n'est pas venu. Il a été accepté en STSS et il n'est pas venu. Ça vient un tout petit peu les garçons. Le BEP CSS c'est déjà très féminisée et puis, c'est de l'aide à la personne, on rentre dans l'intimité des gens, c'est pour encore maintenant un public féminin. Par contre, dans les associations d'aide à dom il y a de plus en plus de professionnels hommes .Il y a des associations qui embauchent des hommes et qui aiment bien parce que c'est aussi un métier qui est très physique, et quand il y a des personnes corpulentes à manipuler et les petites femmes sont pas tout à fait aptes à le faire ou en tous cas se blessent plus facilement qu'un homme. Il y a des associations qui embauchent beaucoup d'hommes, je pense que c'est aussi une politique personnelle de l'association* » (Enseignante MCAD).

La question qui se trouve posée est aussi celle de l'appartenance sociale des publics concernés. Le recrutement social du public de l'enseignement professionnel et, plus précisément de la filière sanitaire et sociale n'échappe pas à la règle qui veut que « l'ajustement de la formation professionnelle aux besoins en qualifications de l'économie locale opère selon un filtre de reproduction sociale » (Grelet : 2005). Les données relatives au public de la filière sanitaire et social viennent corroborer cet état de fait même si, pour ce public, le recrutement serait sensiblement moins marqué socialement.

2.6.2 Le suivi et l'accompagnement des élèves

Si les dispositifs pédagogiques mis en place se veulent les plus efficients possibles reste posée la question de l'adhésion des élèves au modèle proposé. Sur ce point on relève que les qualités relationnelles des élèves restent déterminantes : « *Je pense que ce qui est important c'est l'approche globale et plus aussi le contact avec la personne, plus les qualités relationnelles, plus que les qualités intellectuelles ou techniques. Il y a une technique mais ce n'est pas le plus difficile, il ne faut pas exagérer, pour nous c'est plus les qualités relationnelles de l'élève qui sont importantes et l'approche globale, la pris en compte de la personne dans sa globalité et dans son environnement. On va chez la personne, la démarche est différente que dans une structure, dans une structure c'est vraiment la personne qui se plie à ce qu'on lui dit tandis que là c'est vraiment l'AVS qui va aider la personne et se « plier » entre guillemets parce qu'il y a aussi un travail à faire ».*

Le lieu d'exercice professionnel que constitue le domicile s'impose donc comme un contexte particulier qui va supposer, de la part des professionnelles, bien plus que des connaissances techniques. Semble se poser la question de la compatibilité entre la mise en œuvre de

compétences spécifiques et le cadre qui est le leur (en l'occurrence le domicile) : *« Il y a toujours ce dilemme entre les deux : j'ai un travail à faire mais je vais chez la personne. Il faut gérer les deux et je pense que c'est vraiment les qualités relationnelles qui font beaucoup, qui font une bonne AVS* ». Le fait que l'intervention se réalise au domicile, dans la sphère privée, est un élément important. D'ailleurs, l'ensemble des protagonistes rencontrées s'accorderont à reconnaitre qu'en début de carrière les titulaires d'une MCAD trouvent plus aisément « leurs marques » en structure, que l'exercice professionnel en établissement est de fait, moins exigeant, plus accessible. Et, là ce sont aussi les qualités relationnelles qui vont autoriser le passage entre les deux « univers ».

Concernant la relation enseignant-élève, il semble se constituer, au cours de la formation un rapport singulier entre les différents protagonistes impliqués (responsables de filières, enseignants, élèves). Il existe en effet une forte proximité : tout se passe comme si, les qualités relationnelles attendues des élèves devaient, jusqu'à un certain point, trouver à s'exprimer tout au cours de la formation : « *Et puis on a des élèves…qui nous disent « tu te souviens de Sabrina » on à des élèves qui évoluent, il y a des palliers, des évolu*tions. *On* a b*eaucoup de contacts avec les anciennes élèves, et il faut dire qu'on a beaucoup de liens, nos élèves on les appelle elles nous app*ellent, on a *beaucoup de lien, je ne dis pas intime, mais presque. On a des filles qui ont vraiment envie, qui bossent, je pense que c'est des filles qui ont un passé. Et puis tous les ans on a un rapport, on doit faire un rapport sur ce qu'elles deviennent donc on les rappelle »* (Responsable de filière).

Le rapport auquel il est référence est celui qui doit annuellement rendre compte, à l'échelon académique, des modalités de formation mais aussi d'insertion des jeunes diplômées six mois après leur sortie du dispositif.

Ce public est constitué pour l'essentiel de jeunes filles de 16 à 18 ans est d'ailleurs mis clairement en opposition avec celui qui se rencontre dans les formations d'adultes (DEAVS en particulier) et dont le profil et les motivations seraient d'un autre ordre :

On a travaillé avec le GRETA il y a deux ans pour répondre à un appel d'offre. J'ai participé avec le GRETA il y a quelques années au DEAVS, le public était adulte…c'est un autre métier d'être formateur et d'être enseignant. L'approche est différente. J'ai l'impression d'un public plus hétéroclite, il y avait des gens de grande qualité et…qui avait envie et puis des demandeurs d'emploi qui étaient là, qui n'avaient pas vraiment demandé ça, celles-ci c'étaient quitte ou double… Je pense que c'est le public qui fait beaucoup dans la qualité, je pense que le formateur il n'est pas magicien non plus, il fait avec ce qu'on lui donne.. ici c'est des CAP ou des BEP : les stratégies on va les comprendre assez rapidement. L'intérêt des formations (DEAVS, FEPEM…) c'est qu'on va prendre des personnes et on va les former, et même si la qualité elle n'est pas extraordinaire c'est déjà une amorce pour ces personnes d'entrer et de s'interroger. Et puis a côté du public on a aussi, si je reprends le DEAVS des problèmes qui sont des problèmes sociaux, des dames qui ont des enfants. D'argent, je ne suis pas sure qu'on soit serein dans la tête pour aborder une formation. Une formation il faut tenir (Responsable de filière).

Si la MCAD vaut pour équivalence du DEAVS il semblerait donc qu'il en aille différemment pour le public concerné. Le fait qu'il s'agisse d'élèves, d'un public jeune (16-17 ans) et que les promotions (au moment de l'investigation) n'excèdent pas 15 élèves sont autant d'éléments qui semblent agir favorablement dans le sens d'une individualisation du suivi et de l'accompagnement des élèves.

2.6.3. Les relations avec les terrains de stage

La formation est fondée sur l'alternance. A ce titre, il est attendu des élèves qu'elles réalisent 16 semaines de stage (ce qui représente 47% du temps total de formation). Les textes officiels précisent à ce sujet que les stages doivent se dérouler :

- « En structure médico-sociale ou sociale accueillant des personnes handicapées »,
- « Au domicile privé des familles, des personnes âgées ou personnes handicapées ».

Il est également préconisé de favoriser, en premier lieu, les stages en structure, l'intervention au domicile des personnes n'étant conseillée que lors de la seconde période de stage.

Du côté des responsables de filière la démarche auprès des terrains de stage se veut sélective :

- *On travaille depuis longtemps déjà avec les associations, tous les ans il y a des nouvelles associations mais on ne va pas chez n'importe qui. On prospecte, on va voir les associations, on leur explique, mais si on voit qu'ils n'ont pas de tutrice formée etc., si elles ne font que de l'entretien et pas de l'aide à la personne…on ne les mets pas en stage. Nous, ce qui nous importe c'est que nos élèves soient formées à maximum, avec des tutrices formées. Ce qu'on a vu il y à quelques années c'est que c'étaient les élèves qui formaient les tutrices aux techniques. Maintenant c'est plus du tout pareil…maintenant les gens sont formés » (Responsable de filière).*

L'alternance et, plus précisément la période de stage réalisée au domicile, donnera lieu à une évaluation qui sera prise en considération pour l'obtention de l'examen final. Dans les faits, cette démarche sera menée en associant les professionnelles de l'aide à domicile :

- *« C'est une évaluation globale, de l'ensemble du stage. L'évaluation est faite par le tuteur et il va être aidé par le professeur responsable du suivi de l'élève. Chaque élève est suivi pendant son stage, généralement on va le voir deux fois, une première visite pour voir si tout va bien et une deuxième pour peaufiner l'évaluation avec le tuteur qui va évaluer l'élève mais aussi donner son avis sur ses qualités relationnelles. C'est fait à plusieurs, les élèves elles vont à domicile donc elles n'ont pas que une tutrice, donc c'est les tutrices avec la coordinatrice de l'association qui remplissent avec nous. C'est une réunion ou on se retrouve à 5-6 avec l'élève présente, d'abord l'élève nous explique comment elle a vécu son stage, après les professionnelles nous expliquent comment elles l'ont vécu, et puis les petites choses à améliorer. Mais on fait l'évaluation ensemble ». (Enseignante).*

Si l'alternance va donner lieu à un travail en collaboration avec les professionnelles celui-ci semble répondre à un triple objectif :

- répondre aux exigences du référentiel de certification,
- permettre à l'équipe pédagogique de maintenir des liens avec ce que sont les « réalités du terrain » : « *Globalement les stages ça se passe bien mais on y va deux ou trois fois. Au minimum une visite, le plus souvent deux, parfois trois ou plus s'il y a besoin même si c'est très loin. C'est aussi un choix de qualité, c'est intéressant pour l'apprenant car il sent qu'il est accompagné qu'il n'est pas seul et puis pour les personnes qui les accueillent aussi … ça permet d'avoir une proximité avec les réalités du terrain. Et puis quand on est trop éloigné on perd aussi des savoirs » (Enseignante).*

- contribuer à l'évolution de la reconnaissance sociale dont bénéficie les professionnelles en exercice et de participer, indirectement, à la réactualisation de leurs connaissances : *« Les professionnelles s'impliquent plus mais je pense qu'on leur donne aussi la possibilité de se valoriser ; ça les valorise aussi de dire « je vais sélectionner, je vais interroger les élèves ». Et puis de leur côté les élèves leur expliquent les nouvelles techniques, c'est complémentaire » (Responsable de filière).*

Etant entendu que, pour ce qui concerne les contenus théoriques les associations sont sollicitées dans un certain cadre référé à ce que l'on estime être leurs domaines compétences en termes de transmission des savoirs : « *On a trois associations qui viennent se présenter et qui viennent sur des thèmes différents, c'est une vitrine, elles présentent l'association et puis on leur demande de traiter un petit thème comme par exemple droits et devoirs de l'employé.. » (Responsable de filière).*

Etant entendu que semble exister, autour du référentiel de formation, un consensus ou, pour le moins un compromis tacite : « *Les professionnelles et les associations, pour les contenus de formation elles ne disent rien, elles ne s'en plaignent pas ». (Enseignante).*

2.6.4 Les implicites qui participent à l'évaluation de la formation

Si les enseignants et responsables de filière rencontrés posent, en première approche un ensemble de critères pédagogiques et organisationnels plus implicites susceptibles d'être autant de critères venant attester de la qualité de la formation[100].

Nous l'avons constaté, les élèves qui entrent en formation font l'objet d'un processus de sélection. Dès cette étape se trouve aussi posée la question de la « conformité » du comportement des intéressées en regard du dispositif pédagogique mais aussi en fonction de la conception de la fonction d'aide à domicile telle qu'elle s'est constituée et qu'elle existe au sein de l'institution de formation.

Ainsi, on observe que :

- la dimension « comportementale », la manière d'être (en tant qu'élève mais aussi dans la relation avec les personnes âgées est présente avant même l'entrée en formation : « *On aime très peu les problèmes de comportement en classe, l'agressivité on a les bulletins scolaires, les rapports de stages des stages qu'elles ont déjà faits. On a une grille d'évaluation, on a des points, on met des points, ca pour nous c'est fortement embêtant de laisser un élève auprès de personnes âgées. Après, pendant*

[100] De ce point de vue, il peut s'avérer intéressant de se questionner quant aux implicites susceptibles d'infléchir les acceptions données à la notion de qualité : si la sollicitation de la qualité est difficilement contestable quels sont les principes et les présupposés sur lesquels elle se fonde ? Et quels peuvent être, à terme, les effets induits par la démarche sur la formation même des futures professionnelles ? Le premier point qui nous semble mériter d'être souligné est celui selon lequel la qualité (dans son acception générique) n'a pas toujours été spontanément évoquée lors des entretiens menés avec les responsables des filières MCAD et les enseignants. Cela n'implique pas qu'elle ne préexiste pas à l'investigation mais plutôt que les modes de caractérisation ne s'inscrivent pas nécessairement dans ce registre. Le second constat qui peut être posé est celui selon lequel il ne semble pas, dans le panel étudié, exister de conception univoque de la qualité : ce qui semble exister c'est d'abord l'identification des manières d'être, de penser, de faire qui vont, en étant articulées et en étant intégrées par une personne possédant certaines caractéristiques (en l'occurrence l'élève), devenir contributives de l'existence et de la pérennisation d'une conception socialement partagée et admise de la qualité. Pas plus qu'elle ne se décrète, la qualité n'est pas qu'une affaire personnelle et individuelle : elle ne prend réalité et sens que parce qu'elle se donne précisément à voir dans un contexte particulier, un contexte dont les conditions sociales sont prédéterminées (« le domicile »). A ce titre, la qualité ne peut être qu'une conception collective et partagée, elle intègre nécessairement une part de subjectivité même si l'on s'efforce d'en identifier les contours, les critères.

l'apprentissage on les voit mûrir, on a quand même des gens qu'on a entre 17 et 21 et parfois on a des surprises vraiment agréables parce que en six mois, elles sont au sein du travail et elles sont heureuses car elles vont vers le monde professionnel qui leur plait. On doit leur laisser le droit d'évoluer » (Enseignante).

- Ce savoir-être, difficilement formalisable dans le référentiel va semblerait-il occuper une place prééminente dans l'appréciation qui sera portée sur les élèves au cours de leur formation. Si les connaissances sont nécessaires, elles ne sauraient, semble-t'il, compenser cet incontournable que constitue la capacité à établir une relation avec le public d'intervention : *« Ce qui est important c'est vraiment le comportement, quelqu'un qui serait en difficulté en mathématiques ce n'est pas que c'est rien mais, La capacité relationnelle et professionnelle elle est très importante d'ailleurs on a des stratégies pour repérer ; on a l'EP, l'épreuve professionnelle, quelqu'un qui a une mauvaise note en EPE1 ça veut dire qu'en stage il s'est passé des choses et que l'investissement ne doit pas être suffisant et puis après lors de l'entretien aussi, il arrive juste parce qu'il y a de la lumière.. quand on sélectionne on leur demande à minima si elles se sont renseignées sur la formation, parfois on a des surprises..*»(Responsable de filière).

Si la formation, telle qu'elle est constituée dans les établissements étudiés, se veut de constituer un dispositif pérenne elle s'affronte, sur la période récente, à un certain nombre de paramètres difficiles à maitriser. Il en va ainsi pour ce qui concerne :

- l'évolution récente des publics accueillis en formation dont le profil évolue ce qui risquerait, à terme, d'infléchir, sur la qualité des aboutissements de la pédagogie mise à l'œuvre : « *Depuis deux ans on voit arriver de nouveaux diplômes comme le CAP assistant technique qui ont le droit de rentrer en mention complémentaire et il y a une réelle différence entre un CAP et le BEP CSS ; ils ne sont pas en classe ensemble car ils ne bénéficie pas des mêmes dispenses d'unités mais ils ont des cours en commun , des cours de physiopathologie et des élèves de CAP qui n'ont jamais fait de biologie ça n'a rien à voir avec des BEP CSS qui ont fait deux ans de biologie, de la microbiologie, donc on adapte, ils ont un autre sens pratique, ils y a d'autres capacités, compétences qui sont développées mais, ce sont deux publics totalement différents* » (Responsable de filière).
- les modalités d'identification et de prise en charge des élèves en difficulté scolaire « *Après, c'est comment on les accompagne dans la formation qui compte aussi en termes de qualité, c'est un peu particulier aussi à la fois le projet pédagogique c'est le développement de la qualité et l'individualisation des parcours, des entretiens individuels, on essaie de repérer les élèves en difficulté pour mettre en place des stratégies. C'est peut être ça aussi la particularité, comme on a l'habitude des élèves de lycée professionnel. Des élèves qui arrivent parfois ici après des échecs, des choses un peu difficiles, des difficultés personnelles, après peut être on arrive* » (Enseignante)
- les stratégies scolaires développées par les élèves accueillies en formation « *Donc on a beaucoup d'élèves, c'est une réalité qui font une mention complémentaire en disant je vais avoir un diplôme mais je vais postuler pour avoir le diplôme d'aide-soignant plus rapidement. C'est des stratégies qui sont légales et légitimes. On a beaucoup d'élèves maintenant qui se tournent vers la formation aide-soignante » (Enseignante filière).*
- la variabilité et l'évolution des besoins des publics fragiles : « *On le sait, ça bouge tout le temps dans ce secteur là…il faut s'Aide à adapter* » (*Enseignante).*

Mais aussi, plus transversalement, la difficulté qu'il existe pour caractériser de manière univoque et définitive ce qu'est susceptible de recouvrir la qualité *: Après c'est complexe, on a les techniques, le relationnel en même temps. Le savoir être, chaque individu mélange tout ça un petit peu…en fonction de lui et on va avoir des professionnels très différents, ils sont tous intéressants parce qu'il y a une diversité. Par contre il y a une chose qui ne rentre pas dans le référentiel, qui est implicite, avec lequel on est confronté avec un public jeune c'est, l'attitude, les gros mots et ça pour eux c'est pas mal. Mais on n'a pas envie qu'ils aillent véhiculer ça » (Responsable de filière).*

- l'intitulé même de la filière dans lequel les élèves, pas plus que les enseignants et responsables de filière ne semblent se reconnaître : « *Il faut dire déjà que le nom c'est déjà très péjoratif. Il faut dire que les élèves n'aiment pas être entre auxiliaire de vie sociale et aide à domicile. C'est pour ça que souvent elles disent on est AVS et pas aide à domicile. » (Responsable de filière).*

Ainsi, se trouve posée la question de savoir quel peut être l'impact d'une telle démarche sur les identités et le groupe professionnel des aides à domicile : que produit-on dès lors que l'on sollicite la notion de qualité ? En posant la qualité au centre des pratiques ne prend-on pas, à terme, le risque d'enfermer le groupe professionnel rendant ainsi difficile (voire impossible) toute forme d'appropriation et de maîtrise du « faire » ?

3. Le Diplôme d'Assistant de Vie aux Familles du Ministère chargé de l'emploi

par Marc Scheonahl

L'organisme enquêté est l'Association Nationale pour la Formation Professionnelle (AFPA) formant, entre autres, au titre d'Assistant de Vie aux Familles[101]. Après une présentation monographique de l'organisme en charge de préparer à de diplôme, nous rendrons compte des démarches de formation articulées au référentiels de compétence du diplôme. Il s'agira ensuite de décrire la nature du « partenariat » (selon le terme de la chargée de Direction) mise en œuvre entre l'organisme de formation, le stagiaire en formation et les employeurs potentiels du secteur. Le titre d'ADVF est un titre professionnel du ministère chargé de l'emploi.

3.1 Données de contexte national

L'AFPA est un organisme de formation qualifiante créé depuis plus de 60 ans pour former et qualifier la main-d'œuvre nécessaire à la reconstruction de la France de l'après-guerre. Il développe des compétences en direction des Aide à Domicile à travers trois volets :

- l'accès au marché du travail par l'acquisition d'une formation qualifiante dans des secteurs aussi variés que les services et l'artisanat,
- le maintien et l'actualisation des compétences nécessaires à l'évolution du poste de travail dans le cadre d'un département de formation continue,
- le renouvellement des compétences pour pouvoir évoluer dans un métier, voire en changer dans le cadre d'une reconversion professionnelle.

101

Dans un document de présentation accessible en ligne sur son site, l'AFPA se définit comme « une entreprise de formation professionnelle [dont] l'ambition est de faire de la formation une réalité pour tous. Elle s'est fixée comme mission d'élever le niveau de qualification des actifs en commençant par les moins qualifiés ». De fait, l'AFPA a une implantation nationale régionalisée et départementalisée dans 186 sites répartis sur tout le territoire. En France, sur toutes les personnes qui détiennent un titre professionnel, 2 sur 3 viennent de l'AFPA. L'offre de formation AFPA couvre plus de 300 métiers de l'ouvrier qualifié au technicien supérieur dans les secteurs du BTP, de l'industrie et du tertiaire. Cet organisme a pour objectif de proposer des formations qualifiantes construisant vers des débouchés professionnelles correspondant aux besoins du marché de l'emploi.

Ainsi, son bilan d'activité pour 2009-2010 fait état des chiffres suivants :

- 50% des stagiaires trouvent un emploi pérenne suite à leur formation,
- plus de 60% des stagiaires demandeurs d'emploi trouvent un emploi au cours des 6 premiers mois suivant leur formation,
- 76,5% des stagiaires ont un emploi qui correspond à leur formation,
- 82% de réussite des stagiaires à l'obtention d'un titre professionnel.

En l'occurrence, « l'AFPA intervient davantage pour les entreprises qui représentent l'essentiel de la demande de formation » (bilan d'activité AFPA 2009-2010). Le catalogue de formation de l'AFPA représente 700 formations réparties en 300 produits qualifiants et 400 produits de perfectionnement et de remise à niveau. Les 186 sites de formation délivrent chaque année près de 74000 titres et certificats de compétences professionnelles.

Les sources de financement de ces formations proviennent de :
- l'Etat : 5,8%
- services déconcentrés de l'Etat : 8,7%
- conseils régionaux : 44%
- autres collectivités territoriales : 2,5%
- entreprises : 39%.

Afin de mettre en œuvre ses programmes de formation, l'organisme « s'appuie sur un bureau d'étude national et 270 ingénieurs formation (...) pour analyser l'évolution des professions, des technologies et anticiper les tendances du marché ». Au niveau national, les formations sont réalisées par 5000 professionnels qui ont exercé plus de 5 ans le métier qu'ils enseignent. L'ingénierie de formation est réalisée en lien avec les branches professionnelles. La formation des formateurs de l'AFPA ne tient donc pas seulement compte d'une connaissance théorique des métiers. Elle s'attelle à une « pédagogie de la transmission des savoir-faire ». Ainsi, *« un formateur maçon peut-être un très bon maçon mais ne pas avoir la pédagogie pour transmettre, donc il y a une véritable vérification à la fois du métier et de sa technique et de l'aspect pédagogique, le métier de formateur c'est un vrai métier* ». Cette inflexion pédagogique quant au choix des formateurs se confirme dans la formation des Aides à Domicile, la formation pratique validée par le DADVF a été, en effet, fréquemment noté par les employeurs des 11 SAD enquêtés en Lorraine.

En référence à la fiche repère métier de l'AFPA, l'ADVF est un « professionnel qualifié qui

intervient pour contribuer au maintien à domicile des personnes dépendantes et faciliter la vie quotidienne des familles. Nous retiendrons trois notions essentielles de l'information précédente :

- L'ADVF est nécessairement un intervenant qualifié.
- Il intervient dans la sphère domestique des personnes et des familles, ce qui va impliquer une pédagogie et une mise en œuvre des contenus de formations spécifiques.
- Il fait à « la place de » en conséquence, la formation doit comporter des éléments pratiques de travail visant à développer des savoir-faire polyvalents et adaptables à la demande de la personne ou des familles qui vont faire appel à ses services.

La fiche repère métier nous donne quelques indications quant aux finalités pédagogiques mises en œuvre par l'AFPA dans le cadre de la formation : « il (elle) est capable de nouer une relation de qualité avec les personnes, de s'adapter aux situations et de maîtriser les techniques appropriées ». Ces orientations vont structurer tout à la fois les contenus devant être mis en œuvre dans la formation d'ADVF, à la fois techniques et relationnels mais également les modalités pédagogiques sous-jacentes à ces axes d'enseignements.

Le diplôme d'Assistant de Vie, devenu par un arrêté du 6 juin le diplôme d'Assistant de Vie aux Familles est un titre professionnel du ministère chargé de l'emploi inscrit au répertoire national des certifications professionnelles. Selon le décret créant le titre par arrêté du 22 juillet 2003, paru au journal officiel n°153 du 4 juillet 2006, les intitulés du métier d'ADVF sont les suivants :

Assister les personnes dans les actes essentiels de leur vie quotidienne

Relayer les parents dans la prise en charge de leur enfant à leur domicile

Assister les personnes dans leurs tâches domestiques.

Toujours dans le Journal Officiel, il est précisé indirectement les contraintes pédagogiques dans lesquelles devront s'inscrire les organismes mettant en œuvre ce type de formation : « L'assistant de vie aux familles assure ses fonctions de façon autonome, s'adapte à des contextes familiaux différents. L'assistant de vie aux familles met en place une relation professionnelle, planifie et organise ses interventions, prend en compte des personnes, respecte et met en œuvre les règles professionnelles de base ». Le référentiel de formation permettant d'obtenir le titre d'ADVF est donc un référentiel national construit par le ministère chargé de l'emploi. Il n'est pas le fruit d'une construction organique propre à l'AFPA. Ce titre (annexe 1) est l'aboutissement d'une formation équivalente à 840 heures alternée entre des cours et des périodes d'alternance en milieu de travail organisée autour de 3 axes nommés « certificat de compétences professionnelles » :

CCP1 : assister les personnes dans les actes essentiels de leur vie quotidienne

CCP2 : relayer les parents dans leur prise en charge de leurs enfants à leur domicile

CCP3 : assister les personnes dans leurs tâches domestiques

Ces certificats de compétences professionnelles se traduisent de la manière suivante dans le fiche métier de l'AFPA :

découverte de la formation et de l'emploi

module 1 : assister les personnes dans la réalisation de leurs tâches domestiques

module 2 : assurer la garde active des enfants et des bébés à leur domicile

module 3 : assister les personnes dans la réalisation des actes de leur vie quotidienne.

Le contenu des Certificats de Compétences Professionnelles présente plusieurs particularismes sémantiques. Dans son module 1, l'AFPA évoque la réalisation de tâches domestiques à mener par l'ADVF orientant clairement son action vers des tâches ménagères alors que la formation du CCP1 a une connotation faisant état d'actes essentiels de leur vie quotidienne plus généraliste. Le module 2 s'articule autour de l'expression « assurer la garde active des enfants et des bébés », ce terme s'approchant davantage d'une délégation de garde à l'ADVF plutôt qu'à un relais pour les parents tels que stipulé dans le CCP2. On note également l'apparition du terme « bébé » dans le module 2, alors qu'il ne figure pas dans le CCP2, ce qui impliquerait l'idée de débouchés professionnels supplémentaires pour l'ADVF en lieu et place des traditionnelles *baby sitter* non qualifiées ou des nourrices agréées. Enfin, le module 3 figurant par ailleurs dans le CCP1 renforce l'idée d'une suppléance active et d'une technicité accrue à même de permettre à l'ADVF de réaliser et non seulement d'assister les personnes dépendantes à l'accomplissement des actes de leur vie quotidienne.

L'AFPA, à travers ses intitulés, se positionne donc clairement dans une logique de formation où à terme, le rôle essentiel de l'ADVF sera de faire « à la place de » et non de « faire avec » la personne qui va faire appel à ses services. Cette différence est fondamentale car elle fait prioritairement appel à un registre de compétences construit autour d'une thématique structurée autour de la technique de travail plutôt qu'à un positionnement relationnel. Pour le reste, les compétences à acquérir pour obtenir le diplôme d'ADVF sont essentiellement formulées autour de verbe d'action (prendre contact, organiser, faire face, contribuer, mettre en œuvre...). Un seul verbe d'état, « être attentif » renvoie à un positionnement statique demandée à l'ADVF et encore, il est couplé à un verbe (respecter) engageant une posture d'action.Tous ces éléments ne sont pas neutres quant à la pédagogie employée par l'AFPA pour former les futures aides à domicile et plus généralement ses stagiaires, peu importe l'orientation professionnelle choisie. En l'occurrence, l'essentiel des savoir-faire pédagogiques se cristallise dans ce qui est nommé par l'AFPA le « geste professionnel ».

3.2. Démarches pédagogiques de l'organisme lorrain

Le dispositif de formation que nous avons investigué, est composé à la date de septembre 2010 de deux formatrices à plein temps, l'une en CDI, l'autre en CDD, une coordinatrice chargée de l'accompagnement vers l'obtention du diplôme par le biais de la validation des acquis et de l'expérience vient compléter le dispositif. Conformément à des directives émanant de ses instances nationales, les modalités pédagogiques mises en œuvre par l'AFPA reposent sur six piliers :

1°- Le **recrutement des formateurs** : comme nous l'avons souligné précédemment, les formateurs de l'AFPA sont formés par l'AFPA à un métier de formateur pour l'AFPA. En conséquence, ils doivent appliquer et mettre en œuvre les directives pédagogiques émanant du département d'ingénierie de formation de l'AFPA pour répondre aux exigences des différents référentiels de compétences menant vers des métiers figurant au Répertoire National des Certifications Professionnelles et au catalogue des formations proposées par l'AFPA. Les formateurs de l'AFPA doivent donc satisfaire à un standard pédagogique issu d'un savoir-faire

maison. De plus, ces formateurs n'ont pas vocation à être des généralistes de la formation. Ils sont issus d'un métier en lien avec le métier qu'ils forment. Comme le souligne la chargée de direction, « le maçon, il maçonne, le peintre, il peint ». La transmission des savoir-faire nécessaires à l'obtention du diplôme d'ADVF passe donc par la transmission d'expériences professionnelles véhiculée par quelqu'un du métier. En l'occurrence, la formatrice ayant participé à notre entretien est auxiliaire de puériculture.

2°- Le « **geste professionnel** » : notion mobilisée les trois personnes que nous avons interrogées notée aussi sur différents documents officiels de l'AFPA. Ce terme exprime l'apprentissage du métier par le bon geste professionnel qui va être utilisé au bon moment auprès de la bonne personne. Cela correspond non seulement à la maîtrise des différentes techniques inhérentes à un métier mais aussi à leur utilisation au moment opportun. Il correspond à un savoir acquis à partir d'un terrain professionnel et non à partir de manuels.

3°- La **pédagogie active** : « ... *j'apprends en tant de temps un métier à quelqu'un, c'est une pédagogie active de mise en situation réelles* (...) *les ADVF, elles font des vrais repas, elles font des vraies courses, des vrais soins dans des vrais lits médicalisés et avec du matériel adapté* ». Cet extrait confirme que les savoirs s'acquièrent à partir de la confrontation en situation des différents contextes de travail et des différents besoins à satisfaire en tant que futur professionnel.

4°- Les **locaux** : lors de notre entretien à la Direction régionale de l'AFPA, nous avons eu l'occasion de visiter les locaux où se déroulait les formations. Pour l'essentiel, les différentes pièces reproduisent un espace domestique ordinaire. On y retrouve une cuisine, une salle de bain, une chambre à coucher, une salle de cours, ainsi que différents équipements à destination de personnes dépendantes (fauteuil roulant, lève-malade, déambulateur, planche de transfert). Ce plateau technique permet une pédagogie de mise en situation. De plus, « l'appartement pédagogique est dimensionné au réel ». Il tient compte des contraintes de déplacement à réaliser pour se rendre d'une pièce à l'autre et des contraintes de configuration inhérent à un appartement. Le propos soulignera d'ailleurs que l'affectation de ces locaux en lieux domestiques permet aux aides à domicile d'être plus productives et de gagner du temps dans la réalisation des différentes tâches grâce à une meilleure gestion de l'espace mis à leur disposition.

5°- la **certification** : rendre compte de la pédagogie et des modalités de certification conduisant au diplôme. Nous faisons en effet l'hypothèse que les épreuves de certification attestent légitimement et valorisent les processus pédagogiques engagés par les formateurs. A ce titre, le dossier de synthèse de pratique professionnelle peut être considéré comme une donnée déterminante. Le DSPP est une épreuve de fin de formation. Il est présenté par le stagiaire sous la forme d'un rapport à rédiger et à présenter à l'oral devant un jury de professionnels du secteur. Selon le document de présentation du DSPP, le stagiaire doit « ... compléter ce dossier afin de présenter et de valoriser ce que le stagiaire a mis en pratique durant ses expériences ». Les rubriques à renseigner sont au nombre de sept :

1. Indiquer les résultats directs de votre action
2. Décrivez les tâches et/ou opérations
3. Lieux où cette pratique professionnelle a été exercée
4. Période de l'exercice
5. Préciser les moyens

6. Pour la réalisation de ces tâches ou opérations

7. Documents annexes.

Le caractère pragmatique de ces rubriques, on y évoque en premier point des résultats à réaliser et non des objectifs à atteindre, confirment l'aboutissement et la nécessité d'une démarche pédagogique clairement orientée vers l'action qui n'est pas sans rappeler le « geste professionnel ». L'intention pédagogique n'invite pas prioritairement le stagiaire à construire une pratique réflexive et déductive de son travail qui serait élaboré à partir d'outils ou d'analyses intellectualisées. Bien au contraire, le stagiaire est invité à ajuster son geste professionnel en fonction des contingences domestiques et des demandes auquel il doit faire face. Ainsi, *« on reste peut-être plus sur du concret, on est sur un passage théorique, pas théorique, pratique à 80%, c'est une mise en situation, avec 20% d'analyse et de retour sur le DSP (…) par exemple, sur le lavage des mains, il n'y a pas besoin de voir, en gros, il faut se laver les mains, on va travailler un tout petit peu sur le relationnel, mais plus sur le pratico-pratique* » (ancien coordinateur/formateur VAE).

En d'autres termes, la démarche pédagogique n'est pas de travailler sur la conformité du stagiaire à un modèle de pratiques, en l'occurrence le lavage des mains, mais d'agir en souplesse en faisant preuve d'une adaptation constante à l'environnement de travail. Le stagiaire n'est pas formé à l'acquisition d'un standard du lavage des mains mais plutôt aux différentes manières de laver les mains en fonction de la personne qu'il va rencontrer.

6°- l'auto-formation : la formatrice, ainsi que l'ancien coordinateur, VAE soulignent que leur métier de formateur s'acquiert également par de l'auto-formation, voire par des interventions dans d'autres organismes de formation : « *j'interviens aussi en IFSI, les documents sont assez proches des infirmiers et des aides-soignants, j'avais une bonne connaissance des limites professionnelles des aides à domicile, ce qu'on doit faire, ce qu'on ne doit pas faire, les textes,... je les intégrais et je les transmettais à mes collègues. J'allais à des conférences Alzheimer,...C'est plus une démarche personnelle qu'autre chose* ».

Par ailleurs, l'AFPA faisant appel à des vacataires et à des professionnels du secteur de l'aide à domicile pour assurer certaines interventions, la formation (continue) des formateurs en titre de l'AFPA se nourrit également des échanges et rencontres professionnelles externes inhérents à ce dispositif pédagogique original. On retrouve cette inflexion pédagogique dans d'autres organismes de formation préparant à des métiers d'aide à la personne.

Les différentes données précédentes constitutives des savoir-faire pédagogiques mis en œuvre par l'AFPA à destination des ADVF attestent toutes d'une volonté formatrice de partir de contingences de terrains pour construire le métier. Pour autant, les entretiens réalisés mettent en exergue un certain nombre de déterminants, que nous qualifierons d'externes au sens où ils ne sont pas mis en œuvre à l'initiative de l'organisme l'AFPA que nous avons rencontré mais ils s'imposent à lui, contribuant à la construction du métier en lui-même et à son positionnement. Il nous revient, dans les quelques lignes suivantes, d'en dresser les contours.

3.3 Impact des régulations externes sur la formation

3.3.1 Référentiels professionnels

La pédagogie mise en œuvre pour former les ADVF est intimement reliée au secteur professionnel. Cette représentation professionnelle apparaît de fait dans la gouvernance

nationale de l'AFPA au niveau du siège national : « *nos référentiels de mise en œuvre sont travaillés par nos ingénieurs de formation et surveillés et contrôlés en lien avec les branches professionnelles, c'est là notre capital formation* ». La préoccupation est de réguler le dispositif pédagogique au regard des attendus formulés par les entreprises du secteur.

La construction du métier procède d'un va et vient entre l'entreprise et le centre de formation. En conséquence, au regard de son ministère de délivrance, le format du titre d'ADVF est clairement positionné dans une perspective de pénétration du marché de l'emploi. L'objectif est de mener à l'emploi par le biais d'une formation.

Ce titre et les compétences qu'il forme est en tension permanente avec d'autres métiers de l'aide à domicile. En effet, la spécificité du titre d'ADVF se construit en concurrence et en complémentarité avec le DEAVS. Un certain nombre de contenus de formation sont plutôt approchants, notamment ceux relatifs à l'hygiène et à la satisfaction des besoins d'ordre domestique. Pour autant, notre objet n'est pas d'établir une recherche comparative avec le DEAVS, tout au plus, s'agit-il de ponctuer cette donnée à titre indicatif. En revanche, ce qui est significatif, c'est l'exploitation du référentiel du DEAVS par l'organisme de formation AFPA pour positionner des savoir-faire pédagogiques et des modules de formations internes à leurs équipes. Ainsi, « *la grosse difficulté quand les ingénieurs de l'AFPA sont arrivés chez nous et nous ont demandé d'intervenir sur le module petite enfance, ils sont venus avec une carte de progression qui était une carte de progression DEAVS, où on a pas forcément les mêmes intitulés, alors après avec l'habitude, on arrive à s'y retrouver et à se dire ça c'est ça, ça correspond à ça, ça nous a aidé mais ça nous a aussi compliqué les choses* » (chargé de direction). Dans les faits, la spécificité de la formation ne réside pas tant dans ses contenus de formation mais dans ses modalités pédagogiques. A titre d'exemple, un organisme formant au DEAVS mettra en place de nombreux cours sur table à destination de ses stagiaires alors que l'AFPA travaillera ces mêmes contenus directement à partir de situations pratiques dans rappelons-le, un environnement reproduisant l'espace domestique.

3.3.2 La question des « stages »

La formation d'ADVF comporte des stages à réaliser dans les entreprises du secteur de l'aide à domicile. Pour l'organisme AFPA Lorrain, ces périodes d'alternances en milieu de travail sont au nombre de neuf semaines sur un total de 32 semaines. Toutefois, ces stages obligatoires ne sont pas faciles à trouver : « *on essaie de travailler au mieux avec les différentes associations, déjà pour que nos stagiaires puissent avoir accès à des stages parce qu'à l'heure actuelle, ce n'est pas facile, parce qu'avec tous les ADVF et les AVS qui tournent, il y a une réelle pénurie de lieux de stage, plus tous les organismes d'aides-soignantes et autres, qui bloquent eux les lieux de stage à l'avance donc il faut vraiment qu'on arrive à travailler avec eux, d'être au plus proche et l'objectif à l'heure actuelle, c'est d'en faire de futurs salariés* » (chargé de direction).

Pour ainsi dire, l'AFPA présente ses stagiaires aux employeurs comme de futurs salariés potentiels. Le stage est donc un moyen pour l'employeur d'organiser ses futurs recrutements : *« les lieux de stage sont les futurs employeurs des personnes que l'on est en train de former,..., au-delà de l'image véhiculée à l'extérieur, c'est le titre des futurs professionnels qui sortent d'ici* ».

3.3.3 La question du coût horaire et des financeurs

Les savoir-faire pédagogiques développés ont un coût horaire défini par les instances

nationales. De fait, la marge de négociation utilisée pour être le plus compétitif possible au regard d'autres organismes susceptibles de développer des produits de formation dans l'aide à domicile est particulièrement réduite. Pour autant, le Pôle Emploi et le Conseil Régional , principaux interlocuteurs et financeurs, proposent des taux horaires inférieurs à ceux pratiqués par l'AFPA, d'où une tension permanente portant sur le taux horaire de financement pour ces formations dans le secteur de l'aide à domicile.

Les charges d'exploitations afférentes aux plateaux techniques et pédagogiques sont présentés par la chargé de direction comme incompressible. Au-delà de la question du coût horaire, la volonté affichée est de ne pas « brader » les savoir-faire en matière de formation, ce qui, à terme, décrédibiliserait le dispositif de formation.

3.3.4 Temporalité et calendrier de formation

L'organisme de formation enquêté s'organise pour avoir la maîtrise de son calendrier de démarrage et de fin de formation et construire à l'interne, au sein de ses équipes de formateurs, les modalités de l'alternance, périodes de stages en entreprises, retour au centre de formation. Toutefois, ici encore, les prescripteurs-financeurs décident des dates de formation, par la voie des appels d'offre. Pour autant : « *les appels d'offres nous laissent l'autorisation de programmer trois semaines avant, c'est toute la différence. Donc quand vous voulez recruter ses stagiaires, vérifier par des tests psychotechniques que les gens sont bien en adéquation avec leurs projets, ont le niveau et la capacité à venir en formation et qu'il faut recruter 12 à 14 personnes en 3 semaines, ça vous laisse imaginer comment on peut, nous, s'en sortir* » (Chargé de direction).

Trois autres éléments de contingence pèsent sur la programmation pédagogique :

- l'alternance entre les stages en entreprises et le centre de formation dépend intimement des possibilités des entreprises accueillantes : « *on essaie de proposer un planning bien évidemment à l'avance, après il faut s'adapter aussi aux difficultés de l'entreprise, à ses rythmes, ce n'est pas toujours évident* » (Formatrice).
- La rentabilité de la formation : la formation doit couvrir les charges d'exploitation. Elle ne peut pas être mise en œuvre en dessous de 12 stagiaires.
- L'homogénéité des promotions de stagiaires : « *pour constituer une promotion, il est nécessaire de prendre du temps sous peine d'être discrédité par les donneurs d'ordre si les résultats à l'examen sont mauvais. Il faut regrouper des profils identiques de stagiaires tout en respectant bien sûr le niveau et l'individuation des parcours possibles* » (Formatrice).

3.3.5 La notion de qualité

La qualité du dispositif de formation apparaît en filigrane de manière permanente dans les propos de nos interlocuteurs. A titre d'exemple, la chargé de direction fait référence à « *un système qualité, puisque l'on a aussi audit qualité à peu près tous les 6 mois. On a passé l'audit de renouvellement l'année dernière, on repasse en audit cette année. Des auditeurs internes ont pour charge de visiter les centres au moins une fois par an, ensuite on passe à l'audit externe. C'est difficile un audit, la certification qualité etc. Nous avons trouvé notre vitesse de croisière. Parce que la norme qualité qui était une norme industrielle quand elle a été créée, n'était en rien en lien avec les processus de formation. Il y a des traçabilités qui pour moi sont tout à fait justifiées, et d'autres non: un exemple, un ordre du jour peut faire office de compte-rendu. Le reproche qui peut être fait c'est que c'est transmis par mail et non*

pas par des phrases papiers et c'est lourd de montrer la trace » (Directrice).

3.3.6 Attentes des employeurs du secteur

Le secteur de l'aide à domicile composé d'associations et désormais d'entreprises est un secteur en pleine mutation devant répondre à une triple exigence : une spécialisation accrue, satisfaire de nouveaux besoins dits de confort, réaliser des gains de productivités sans toucher à la qualité des prestations.

Faisant suite à ce triple constat, nos interlocuteurs formulent la préconisation suivante : les contenus de formation doivent être adaptés aux nouvelles exigences vécues par les employeurs qui vont notamment « *entrer à nouveau dans des phases de renouvellement des agréments démarches qualité* » (ancien coordinateur VAE). Plusieurs données de contexte émanant du secteur professionnel vont donc directement impacter la formation : « *Au départ les associations se cherchaient un peu. Il y avait une obligation de professionnalisation. Ils cherchaient à savoir comment faire, qu'est-ce que vous nous proposez ? Nous, on accompagnait. Mais aujourd'hui on voit que eux aussi se sont professionnalisés, notamment avec les normes qualités, les trois qualifications de l'aide à la personne, et puis à l'interne, y a des réunions et des formation sur les maladies, il y a une infirmière que passe une demie journée avec certaines salariés pour expliquer qu'il ne faut pas donner des médicaments, etc.* ».

En effet, la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile est une exigence construite par des normes qualités, des qualifications et de la formation continue. Dans cette perspective, la qualification d'ADVF est un instrument de légitimation et de crédibilisation favorisant la structuration de l'aide à domicile en secteur professionnel, mais dans un contexte de tensions économiques et de concurrences entre d'une part, les offreurs de formation et d'autre part, les entreprises de services à domicile qui tentent de former en *intra.*

Pour autant, les relations entre l'organisme de formation et les demandeurs de formation sont facilitées par le positionnement du titre d'ADVF au regard des autres titres de l'aide aux personnes. Les employeurs souhaitent en première intention recruter des salariés formés aux tâches domestiques. Ainsi, « *j'ai certaines responsables d'associations qui, quand elles viennent à la remise des titres, sont très vigilantes à ce que l'on va dire, et pour elles, le cœur du métier de leurs salariés, c'est 80% de ménage. Ces associations y tiennent, et moi, j'ai certaines responsables d'associations qui, quand elles viennent ici, elles me disent, « j'espère que vous leur rappelez bien qu'avant toute chose elles vont passer le balai ». Dans un sens, c'est vrai, on peut avoir une approche, une écoute, un dialogue social en préparant une soupe de légumes avec la personne, en épluchant les pommes de terre avec elle »* (ancien coordinateur VAE). Cette "commande" des employeurs à l'organisme de formation conduit leurs formateurs à afficher une articulation pédagogique dont le socle repose sur : le faire. Les postures professionnelles (écoute, observation, discrétion...) sont travaillées transversalement. Elles ne font pas l'objet en elle-même d'une épreuve de certification comme ce peut être le cas pour d'autres titres du secteur de l'aide aux personnes. Nos interlocuteurs ont beaucoup insisté sur l'adaptabilité des stagiaires à leurs différents lieux de travail

La majorité des ADVF travaille au domicile. Des opportunités se présentent en maisons de retraite, milieu hospitalier, crèches. Le diplôme d'ADVF étant désormais reconnu par les crèches collectives au même titre que le CAP petite enfance, l'AFPA intègre donc dans son module 2, des notions relatives à la prise en charge des petits enfants, conformément au référentiel du CCP2.

3.3.7 Les motivations des candidats à la formation

Pour nos interlocuteurs, l'hétérogénéité des parcours des stagiaires complexifie la mise en mouvement du processus pédagogique. Selon l'ancien coordinateur VAE « *On a des décalages de parcours, des gens sont orientés qui ont de vrais soucis, généralement on est sur des contraintes d'ordre sociale ou familial qui ne sont pas gérées avant l'entrée en formation, et qui font que le parcours est chaotique ; l'orientation est bonne, elles ont leur place, mais il y a quelque chose qui n'est pas calé dans l'équilibre social, familial et financier. Donc généralement le parcours s'écroule, pour les 20% on est là, on est sur de l'absentéisme, on est sur des problèmes d'ordre financiers qui ne sont pas réglés etc. et qui font que çà ne tient pas, ça ne tient pas à la formation* »

D'autres éléments participent de l'éclatement des parcours des stagiaires en faisant ressortir les indicateurs suivants :

1°- le niveau scolaire : entreprendre une formation d'ADVF requiert un niveau scolaire de niveau de la 6ème-5ème. Or, les promotions de stagiaires oscillent généralement entre un niveau de fin collège à la fin de lycée avec, à la marge, des stagiaires ayant le baccalauréat, voire un niveau licence. Ces derniers profils interrogent les formateurs au sens où ces stagiaires ont un fort sentiment de déclassement social. Ils sont aussi les plus revendicatifs sur l'identification précise de leurs tâches futures. Hasard de la formation, ils vont également côtoyer des stagiaires en échec scolaire qui ont peur de rater leurs examens. Pour ces derniers, les formateurs notent alors la nécessité de mettre en œuvre un soutien psychologique constant.

2°- L'expérience domestique : certaines stagiaires ont une quarantaine d'années. Elles ont arrêté de travailler depuis longtemps, notamment pour s'occuper de leurs enfants. L'accès à la formation leur permet de réintégrer le marché du travail tout en ayant au départ un « savoir-faire domestique » qu'elles souhaitent rentabiliser à travers la formation. Ici encore, le profil de ces stagiaires demandent une adaptation de la formation : « *nous valorisons cette expérience, mais nous leur faisons prendre conscience que faire le ménage pour quelqu'un d'autre, c'est entrer dans son intimité, et c'est respecter les valeurs de l'AFPA et du service employeur* » (Formatrice). Former implique donc également de lisser voire d'expurger des savoir-faire expérientiels puisés dans un environnement familial personnel. A ce sujet, la chargé de direction relève souvent dans ces profils de stagiaires des réticences à accomplir des tâches en lien avec l'hygiène des personnes.

3°- l'absence de motivations personnelles : la peur du chômage, la nécessité de travailler à n'importe quel prix, peu importe le secteur professionnel, conduit également certains candidats à entreprendre une formation, voire à chercher un titre professionnel le plus rapidement possible. Ainsi, « *les personnes viennent par Pôle Emploi, elles ont fait un peu de travail pendant un an, voire deux trois ans, mais pas toujours dans le domaine de l'aide à la personne, c'est souvent dans l'entretien. Elles viennent avec des niveaux bac, licence* » (chargé de direction).

Des stagiaires visent des objectifs de promotion sociale : « *on a aussi des personnes qui sont là un petit peu comme un tremplin, des personnes qui n'ont pas le niveau requis pour faire les écoles d'aide-soignante et qui s'oriente après* » (la formatrice). D'autres inscrits sont reconnus comme travailleurs handicapés et invités par des cellules d'accompagnement à l'emploi

émanant d'associations d'aide au retour à l'emploi, à se tourner vers la formation d'ADVF. De même, dans le cadre de reconversions professionnelles, le Pôle Emploi contribue fortement à l'élaboration de nouveaux projets professionnels.

En synthèse, le titre d'ADVF est un titre protégé. Il figure au RNCP, c'est un titre professionnel délivré par le ministère chargé de l'emploi, il est mis en œuvre par l'organisme de formation en étroite liaison avec les branches professionnelles. Il est le fruit d'un maillage constant (réseau et partenariat) entre les formateurs et les employeurs. La formation est également attractive pour :

- les employeurs : ces derniers apprécient la polyvalence et la souplesse des ADVF soutenues par une pédagogie du « geste professionnel »,
- les stagiaires : c'est une formation rapide avec des débouchés variées et assurées en matière d'emploi,
- les prescripteurs de formation (Pôle Emploi notamment) : la formation s'inscrit parfaitement dans le patrimoine pédagogique de l'AFPA, lequel pourrait se résumer ainsi : « Apprendre un métier en situation professionnelle ».

Pour autant, la formation souffre d'un déficit d'image et de moyens :

- pour les stagiaires : il acte d'un déclassement social et il est également relégué dans les représentations des stagiaires à des travaux domestiques,
- pour l'organisme de formation : la non-maîtrise du calendrier de formation, les enjeux économiques, un positionnement en redéfinition constante par rapport aux autres métiers de l'aide à la personne.

4. Le DEAVS et les Titres et Certificat de Qualification Professionnelle formés par l'INFA

Par Geneviève Estienne

4.1 Eléments du contexte lorrain

L'association IRFA-Est, créée en 1973, a rejoint en 2006 l'INFA (Institut National de Formation et d'Application) devenant ainsi l'une des 13 délégations régionales de cette association nationale créée en 1945 et dont le siège est situé à Nogent sur Marne. L'IRFA-Est et l'INFA partagent les mêmes racines associatives et philosophiques ; *"l'ambition de l'INFA est de contribuer à faciliter l'accès ou le retour à l'emploi, la reconversion ou la promotion des jeunes ou adultes accueillis chaque année dans ses centres par une offre de formation répondant aux besoins des entreprises grâce à un travail pédagogique élaboré, héritage d'une longue pratique de la formation professionnelle qualifiante des adultes*"[102]. Les délégations régionales peuvent développer des formations dans tous les domaines d'activité de l'association mère soit : le tourisme, l'hôtellerie restauration, le social / médicosocial / animation, le commerce / vente gestion, l'audiovisuel/multimédia/bureautique, les métiers d'arts, du spectacle et de l'évènementiel.

[102] Source : plaquette de présentation de l'INFA.

Aujourd'hui, l'INFA délégation lorraine travaille sur trois champs :

- le commerce/vente/gestion depuis un an,

- le social/médicosocial/animation,

- l'insertion et l'accompagnement des demandeurs d'emploi.

L'organisme a une longue expérience des actions d'insertion pour les demandeurs d'emploi et de la réalisation de prestations pour l'Assedic et l'ANPE (Pôle Emploi), ainsi que pour les services de la DRTEFP (aujourd'hui la DIRECCT) ; il a également un Atelier de pédagogie personnalisé (APP) ; il avait déjà développé avant 2006 des formations pour les services à la personne à travers des actions de pré-qualification d'une part et, d'autre part, de qualification : DEAVS en partenariat avec les GRETA, CQP de l'Institut FEPEM de l'emploi familial (IFEF) dépendant de la FEPEM (**fé**dération des **p**articuliers **em**ployeurs). L'INFA siège est certifié ISO 9001 ; les délégations régionales doivent entreprendre la démarche de certification ; la délégation lorraine débute et a nommé un correspondant pour mettre en place la démarche.

4.2 Conditions d'agréments et d'accès aux appels d'offre

Pour le secteur des services à la personne, l'INFA délégation lorraine met en place des formations préparatoires ainsi que la VAE aux diplômes suivants :

- Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) depuis 2002 (et le CAFAD auparavant),
- Diplôme d'Etat d'Aide médico-psychologique (DEAMP) depuis 2007,
- Diplôme d'Etat d'Assistant Familial (DEAF) qui sanctionne désormais la formation des assistantes maternelles à titre permanent),
- certificat professionnel « Employé Familial Polyvalent »[103] et « Assistant de Vie Dépendance » pour l'Institut de l'Emploi Familial (IFEF) de la Fédération des Particuliers Employeurs (FEPEM).

La formation au DEAVS est réalisée en partenariat avec d'autres organismes, notamment l'IRTS de Lorraine et les GRETA ; un partenariat s'est également noué avec l'AFPA dans le cadre d'une préparation au titre d'assistant de vie du Ministère du travail. Le nombre de formations et de stagiaires pour le secteur des services à la personne est très variable d'une année à l'autre puisque cette activité dépend presque entièrement du succès des réponses à marchés publics passés par Pôle Emploi et le Conseil Régional, notamment. L'INFA réalise également des accompagnements à la VAE et des formations continues pour les salariés. Les formations de l'IFEF sont surtout destinées aux futurs salariés du particulier employeur. Cependant, que ce soit à travers les stages ou à travers les choix des personnes à la sortie, le lien avec les employeurs prestataires d'aide à domicile n'est pas négligeable : les stages se font essentiellement avec des professionnelles d'organismes prestataires ; un certain nombre de formés, en particulier les plus jeunes, font le choix de candidater auprès d'organismes prestataires ou ont pour débouchés les organismes prestataires.

[103] Les deux titres ont été instaurés par l'Arrêté du 11 mars 2005 et enregistré au Répertoire National des Certifications ; Référencé par la CCN du Particulier Employeur du 24 novembre 1999. Le Titre Employé Familial Polyvalent est inscrit par l'accord de branche de l'aide à domicile du 29 mars 2002 à niveau B.

L'organisme de formation offre une continuité entre, d'une part, la réalisation d'actions d'insertion et d'accompagnement de demandeurs d'emploi et, d'autre part, les formations diplômantes aux services d'aide à la personne ; ces dernières permettent en effet de fournir une ouverture à la qualification pour des publics en difficulté d'insertion. De plus, un dossier est en cours de constitution pour pouvoir réaliser les formations préparatoires au BPJEP animation sociale, la nécessité étant, pour démarrer une telle formation, d'identifier auparavant les futurs employeurs.

4.3 Structuration des formations qualifiantes

4.3.1 Critères de sélection et d'évaluation

Les critères de sélection des stagiaires AVS permettent de tester si les candidats ont fait ce choix en connaissance de cause ainsi que leurs capacités que l'on peut qualifier de relationnelles ; parmi les premiers :

- La connaissance des qualités nécessaires à l'exercice du métier ;
- les connaissances des publics auprès desquels les AVS peuvent intervenir ;
- les connaissances du milieu, du contexte de travail ; certaines n'ont jamais travaillé mais ont fait des évaluations en milieu de travail ou se sont occupées d'un parent.

Concernant les qualités relationnelles : « généralement, il y a toujours un truc dans la famille qui s'est passé et elles se sont mises à tout ça, un grand parent, un frère trisomique, ..., même si elles ont travaillé 30 ans à l'usine ; on recherche le côté humain et social de la personne ; si elle paraît un peu brut de décoffrage, un parler un peu trop franc, on va hésiter à envoyer quelqu'un comme ça en structure ou à domicile ; mais on arrive toujours à se tromper, l'entretien est court" (Formatrice).

Les qualités d'un professionnel AVS sont "les mêmes que celles qu'on demande toute l'année : travailler correctement, la communication, l'amabilité, suivre les explications des chefs de secteur" (Formatrice).

La sélection des stagiaires prétendant aux Titres de la FEPEM est basée sur un test pratique et un entretien de motivation pour l'entrée en formation. Les critères d'entrée sont les suivants : vision du métier, vision des personnes, l'empathie, s'ils se sentent concernés par les problématiques physiques ou psychologiques, leur expérience individuelle d'aide, le bon sens. Les critères négatifs sont : absence d'écoute, intérêt limité au fait qu'il y ait du boulot dans ce secteur.

La possession du permis de conduire et d'une voiture sont recherchés : « ça ne fait pas partie des obligations du Conseil Régional, ça fait partie de nos critères parce que le Conseil Régional nous demande quand même des résultats ; l'année dernière, j'avais un groupe dont six n'avaient pas le permis ; on a du mal à trouver des stages ».

En fin de cursus de formation, les stagiaires se soumettent à un examen oral d'une heure pour contrôler les compétences : « c'est très concret, très pratico-pratique ». Les critères les sont les capacités relationnelles qui s'évaluent à travers les attitudes et les comportements acquis. Les qualités d'une bonne professionnelle sont : "tolérance, patience, communication" "écoute active, reformulation, se comprendre" (Formatrice).

4.3.2 Projet pédagogique et méthodes d'accompagnement

Les formations au DEAVS sont réalisées en partenariat avec l'IRTS de Lorraine et/ou avec les

GRETA sur la base d'un partage des Domaines de Formation, prévus dans les référentiels de formation entre les organismes. En 2010, dans le programme de formation au DEAVS, L'IRTS réalisait 86 heures de formation, l'INFA 400 heures, comprenant les heures réalisées par des intervenants extérieurs. La répartition se fait en fonction des compétences respectives des deux organismes qui ont des traditions de formation différenciées.

Réciproquement, L'INFA fait également des interventions dans des groupes DEAVS de l'IRTS.

Les référentiel de formation sont déclinés en contenus de formation abordés de manière chronologique : chacun des quatre domaines de formation[104] doit être terminé avant le premier stage parce qu'il est nécessaire à l'élaboration du rapport de stage, tel autre DF est étalé sur l'année parce que la validation n'est faite qu'en fin d'année, etc. ; la formation suit l'ordre du référentiel : "*de toute façon, nous on se sert du référentiel : dans chaque domaine, il y trois ou quatre parties et dans chaque sous-partie, il y a 10 activités à traiter, on essaie quand même de suivre* ».

Un autre critère est pris en compte pour organiser la formation : celui de la disponibilité des locaux, tels la cuisine, et celle des formateurs. Pour autant, le référentiel de formation ne parait pas complètement adapté, notamment sur le temps consacré à certaines thématiques ; les formateurs trouvent des moyens pour compenser : *"il y a des cours qui demanderaient 14 heures et des cours de 14 heures qui demanderaient 7 heures ; par exemple, pour la « gestion du budget », on a 14 heures, alors qu'en 7 heures, ce serait suffisant. Alors que les pathologies natales, néonatales et du vieillissement, on a 14 heures et il en faudrait 21 heures, le vieillissement, c'est énorme (...) il faudrait au moins 7 heures de plus ; (...) quand on a fini un cours de 14 heures au bout de 7 heures, on reprend les 7 heures restant pour faire le cours qu'on n'a pas fini (....) on prend le polycopié et au lieu qu'elles prennent des notes, on le lit ensemble ; ça va beaucoup plus vite et on arrive à tout voir*". Ainsi, la traduction des référentiels de formation en opérations d'enseignement théorique et pratique se heurte au cadre des référentiels de formation qui déclinent des compétences à acquérir soumises à des critères de certification précis.

Les formations préparant au titre homologué d'Employé Familial Polyvalent et le Certificat de Qualification Professionnel (CQP) d'Assistant de Vie Dépendance sont couplées et réalisées sur sept mois. La responsable de formation insiste sur les particularités de ces formations : "*ce sont des formations très pragmatiques, on n'est pas du tout dans la théorie du DEAVS, on est dans le pragmatisme, c.à.d. qu'on va évaluer les personnes sur des choses concrètes, les preuves qu'elles peuvent apporter sur ce qu'elles savent faire ; on n'est plus dans la connaissance, on est dans la compétence, la différence est là ; ce sont donc des formations qui peuvent s'adresser à des personnes illettrées parce que la preuve, ça peut être un dessin, ça peut être une photo, donc ce n'est pas le même niveau de formation*". L'organisation de la formation a été réformée et l'INFA mettait en place pour la première fois cette année le nouveau dispositif ; auparavant basée sur 17 modules, elle s'appuie maintenant sur un livret de compétences. Un référentiel « métier » et un dossier sont à remplir pour l'IFEF, organisme certificateur, qui détaille les heures de formation par heure par intitulés : un "plan de séquences". La responsable de formation estime que le référentiel tout en étant précis laisse une grande autonomie pour l'organisation de la formation : "*C'est intéressant, parce*

[104] L'auxiliaire de vie est capable de mobiliser ses acquis en matière de : 1- Connaissance de la personne ; 2-Accompagnement et aide individualisée dans les actes essentiels de la vie quotidienne ; 3-Accompagnement dans la vie sociale et relationnelle ; 4- Accompagnement et aide dans les activités ordinaires de la vie quotidienne.

qu'on a beaucoup de créativité, il y a une liberté du formateur par rapport au contenu ; tous les organismes ont leur propre contenu, l'envoient à l'IFEF qui renvoie son accord, mais les contenus peuvent être très variés d'un organisme à un autre, même si l'objectif est le même, les outils peuvent être les mêmes alors je trouve que c'est intéressant". Elle estime qu'il n'y a pas suffisamment de temps prévu pour les stages : "*il y a cinq semaines de stage obligatoires sur toute la formation ; sur la dernière action, on en a eu dix ; j'ai toujours demandé à ce qu'il y en ai plus parce que cinq c'est court ; elles doivent apporter un dossier de preuves de ce qu'elles savent faire et si elles n'ont jamais travaillé dans le domaine, on a un peu de mal à avoir des preuves ; le fait d'avoir plus de stage nous permet de négocier avec le tuteur et avec la structure le fait que certaines choses soient évaluées sur le terrain*".

Les stages se déroulent auprès d'organismes prestataires ou de structures et non auprès de salariées des particuliers en raison de la difficulté à envisager un système d'assurance approprié. Le besoin d'un temps de stage plus long est aussi lié au fait que l'INFA, ne disposant pas d'appartement pédagogique, sous-traite certains contenus : cuisine, équilibre alimentaire, entretien du cadre de vie. Les modalités pédagogiques sont souvent des mises en situation : "*on est avec un public qui n'aime pas trop la théorie, donc on travaille beaucoup sur les jeux de rôle (...) on part de cas concrets*" "(je trouve les cas concrets) *dans ma tête, dans la vie quotidienne de tous les jours, j'en ai eu avec les commerces, j'en ai eu avec mon mari, mes enfants (....) on utilise aussi l'expérience du groupe*" (Formatrice). Concernant le suivi pédagogique, deux heures de régulation sont prévues par semaine pour revoir ce qui n'a pas été compris, ce qui ne va pas.

4.4 Parcours d'insertion et débouchés professionnels

Le responsable de formation note des différences d'approche entre les personnes formées sur le Bassin Houiller de Lorraine et celles formées sur l'agglomération de Metz : il y a une plus grande proximité avec les personnes âgées en milieu rural et souvent les candidats souhaitent évoluer ensuite vers les formations d'aide-soignante ou d'AMP (il n'y a qu'un module à valider) ; sur le Bassin Houiller, la plupart des candidates ont une expérience, parfois très longue, en usine ; « *elles en veulent beaucoup plus* ».Les stagiaires sont essentiellement des femmes (un homme par groupe) et présentent une grande diversité culturelle. Tous les âges sont représentés, de 23-24 ans à 50 ou 52 ans ; les plus jeunes s'orientent vers le handicap, les plus anciennes vers les personnes âgées ; celles qui ont déjà fait du domicile, du chèque emploi service, souhaitent y retourner parce que « c'est la liberté ».

Les débouchés sont surtout à domicile du fait surtout de l'impossibilité des maisons de retraite d'embaucher des AVS sauf pour des remplacements ou dans des fonctions d'ASH ; des débouchés apparaissent dans le secteur du handicap. Il y a des différences d'emploi selon les territoires (entre le Bassin houiller et Metz) du point de vue de la durée de recherche et du statut du premier emploi (CDD ou CDI).

Les stagiaires inscrits dans les formations de la FEPEM sont des demandeurs d'emploi ; tous les âges sont représentés : de 18 à 48 ans pour le dernier groupe. Il y a très peu d'hommes : "*ce sont des métiers qui restent des compléments de travail, étant donné que les personnes sont en emploi direct, elles arrivent rarement à avoir un temps plein, et les hommes, ils veulent un temps plein*". L'accès à l'emploi se fait par l'intermédiaire de Pôle emploi et par les stages ; *« sur le groupe, 4 ont trouvé tout de suite par le biais du stage ; 3 ne veulent que de l'emploi direct, alors c'est plus long parce qu'elles trouvent 3 heures par ci par là* ».

4.5 Formation à la qualité des actes professionnels

Dans le référentiel professionnel AVS (annexe 1 à l'arrêté du 4 juin 2007 relatif au DEAVS), il est précisé dans le chapitre « contexte de l'intervention » que l'auxiliaire de vie sociale « contribue à l'amélioration du service et travaille en liaison étroite avec les autres intervenants à domicile, les institutions sanitaires, sociales et médicosociales ». Dans l'annexe 3 relatif au référentiel de formation, le domaine de compétences 6 « communication professionnelle et vie institutionnelle », indique, parmi les contenus de formation dans le domaine de la vie institutionnelle « la notion de qualité du service rendu par l'institution et par les professionnels et leur évaluation ».

Il y a un cours sur la notion de qualité des services rendus par l'institution et par les intervenants et sur le comportement à avoir en présence de la personne aidée ; cette question est également abordée à chaque démarrage de stage.

Dans les formations de la FEPEM**, «** *La qualité de la relation avec une personne, avec un enfant, oui ; on travaille énormément sur la communication de qualité, mais pas la qualité telle qu'on l'entend dans les procédures et il y a des cours sur la communication, des jeux de rôle sur la gestion des conflits » (Formatrice).*

Qu'il s'agisse des formations au DEAVS ou de celles de l'IFEF, les responsables de formation s'attachent à suivre les référentiels de formation en proposant des progressions appropriées ; néanmoins, des adaptations sont jugées nécessaires : pour mieux former à la connaissance des publics et à la compréhension de leurs difficultés dans le cas du DEAVS ; pour mieux affuter les compétences pratiques dans le cas des formations de l'IFEF. La notion de qualité telle qu'elle est parlée est rapportée :

- au fait de mettre en place un dispositif pédagogique permettant de respecter le référentiel ;
- à la mise en place de séquences ou de moments de régulation ou d'analyse des pratiques ;
- à l'insistance mise sur les comportements, attitudes et relations développées par les stagiaires en situation : amabilité, respect des personnes, attitudes compréhensives, souplesse et communication y compris dans des situations difficiles.

Les compétences relationnelles sont souvent convoquées, mais sous des formes différentes**.** On pourrait distinguer de manière très empirique :

- les civilités : des responsables de formation insistent sur les attitudes que les futures professionnelles doivent avoir à l'égard des personnes auprès de qui elles interviendront : politesse, amabilité, sourire, toutes attitudes qui conditionnent une relation agréable ; il faut être « communiquant ».
- un premier niveau de relationnel professionnel, formel, en référence aux droits des usagers (voir les droits des usagers dans le Code de l'action sociale et des familles) : il s'agit alors, par exemple, d'informer la personne, de prendre en compte les besoins et attentes de la personne, de suivre ses choix.
- un relationnel professionnel qu'on pourrait dire professionnel spécialisé reposant sur la relation d'aide ou la relation de soin et qui renvoie plutôt aux professionnels de la relation dans les champs de la psychologie, du travail social, de la formation ou de l'insertion.

Ces trois niveaux sont présents de manière plus ou moins importante, le premier étant très souvent cité comme constituant la base (dont on doit déjà faire montre au moment de candidater en formation). On note aussi que parmi les critères favorables pour l'entrée en formation, on trouve le fait d'avoir eu une expérience personnelle ou dans sa vie privée avec une personne âgée ou handicapée.

5. Le DEAVS et de DEAMP par l'ALAJI-APRELOR

Marc Scheonahl

Nos investigations nous ont menés vers un autre organisme de formation qui dispense essentiellement des formations de niveau V. Dans ce cadre, nous avons auditionné une responsable de pôle dit *qualifiant* ainsi que deux responsables des formations d'Auxiliaire de Vie sociale, d'Aide Médico-Psychologique et d'Assistant de Vie Dépendance. Le propos qui va suivre présente :

- une description monographique de l'organisme de formation
- la pédagogie mise en œuvre
- le parcours des stagiaires et les débouchés professionnels
- les attendus des financeurs et des employeurs.

5.1 L'organisme de formation

L'ALAJI est un organisme de formation lorrain créé en 1978. Il s'est développé sur le grand Est de la France. Ses activités s'articulent dans les domaines de formations suivants :

- l'insertion professionnelle
- la formation qualifiante
- le formation continue.

Ses donneurs d'ordre sont l'Etat, les collectivités territoriales, les entreprises et les associations. L'organisme regroupe 120 salariés. Il est réparti sur 28 centres de formations qui délivrent 6000 heures de formations par an. Le département de formation continue met notamment en œuvre des bilans de compétences. Le pôle qualifiant regroupe quant à lui essentiellement des formations menant à des titres du secteur social et médico-social de niveau V. Ce pôle s'est ouvert en septembre 2010. Enfin, le pôle insertion professionnelle regroupe les activités les plus anciennes de l'organisme de formation, telles que les bilans de compétences.

5.2 La pédagogie mise en œuvre

Les formations d'AVS et d'AMP mènent à des qualifications professionnelles de niveau V délivrés par le Ministère des Affaires Sociales. Pour sa part, le titre d'ADVD est délivré par le ministère du travail. Il figure au RNCP seulement depuis juin 2009. Ce titre renvoie à des niveaux de rémunération en données brutes inférieurs de 200 euros par rapport à ceux d'AVS et d'AMP.

Les formations d'AVS sont réalisées sur une durée de 9 mois, celles d'AMP sur une période de 12 mois et celles d'ADVD sur 5 mois. En dehors des périodes de stages, les stagiaires se retrouvent systématiquement en situation de face à face pédagogique avec des formateurs.

Les pédagogies mises en œuvre s'appuient essentiellement sur l'application littérale des référentiels de formation et l'accompagnement pédagogique est adapté aux différents *cursus* pour prendre en compte le niveau scolaire des stagiaires et leurs prérequis.

En effet, le travail sur les référentiels d'ADVD s'appuient prioritairement sur des simulations professionnelles dont la méthodologique a été élaborée pat pôle d'ingénierie de l'IFEF (Institut de Formation de la Fédération du Particulier Employeur). Les stagiaires en formation

d'ADVD étant repérées comme ayant des difficultés de langage, l'apport des connaissances théoriques est essentiellement réalisé à partir de situations concrètes de travail émanant des lieux de stages. Les techniques d'aides aux personnes fragiles sont apprises sur le terrain et non dans les manuels scolaires. La relation de face à face pédagogique ne reposera donc pas sur des enseignements magistraux mais sur une analyse du bon geste professionnel construit de manière empirique et expérimentale. L'élaboration progressive du geste professionnel sera induite à partir de réalités de travail vécues par les stagiaires et non à travers des modélisations professionnelles posées *a priori*. L'acquisition du geste ne se fera donc pas dans le cadre d'une mémorisation cognitive étayée à partir de données abstraites ou de conventions sociales d'ordres paramédicales mais à travers l'adoption d'un comportement considéré, après régulation par le centre de formation, comme le bon comportement.

Pour ce qui concerne les formations d'AVS et d'AMP, les responsables de formation soulignent davantage la nécessité de passer par des méthodes d'apprentissage dont le socle va reposer sur des temps de stages et l'assimilation de données d'ordre théorique apportées en cours à travers le prisme d'experts du champ. Ainsi, lorsqu'il s'agira d'aborder la thématique de la dépendance, l'organisme de formation fera appel à des professionnels intervenant dans ce secteur plutôt qu'à des généralistes de formation. Complémentairement aux domaines de formations réglementaires figurant dans les référentiels de ces deux diplômes d'Etat, l'organisme de formation a mis en place un module transversal à ces Domaines de Formation. Il se nomme module d'accompagnement et a pour objectif de créer une dynamique de groupe à partir de l'analyse des pratiques professionnelles vécues par les stagiaires sur leurs différents lieux stages. Le support pédagogique privilégié porte sur une recherche action prenant la forme d'un tour de table. Celui-ci consistera en une prise de parole de chacun des stagiaires portant sur les différentes situations professionnelles auxquelles ils sont confrontés en stage. La régulation du geste professionnel et sa construction reposeront donc sur la transmission des savoirs par un professionnel expérimenté. Ainsi, au-delà de la question de l'apprentissage des savoirs professionnels, un double enjeu de formation repose sur la nécessité de transmettre des savoir-faire régulés et à affiner des savoirs-être. L'apprentissage de postures éthiques plus que techniques visent à promouvoir, à valoriser les qualités humaines du stagiaire et des dispositions de respect de l'autre de manière à passer du geste professionnel à la relation d'aide. Ainsi, « *la technique, ça s'apprend, la relation d'aide, on l'a ou on l'a pas* » (Responsable de formation).

En outre, l'organisme de formation met également en avant une attention constante à l'individualisation du parcours de formation du stagiaire en proposant un autre module transversal nommé atelier d'écriture qui va consister en l'élaboration de fiches de travail destinées à formaliser des procédures et des postures de travail *ad hoc* par les formateurs. Cette préoccupation passe par la mise en place d'une *hotline* à distance dont l'objet est de répondre aux interrogations pédagogiques et techniques du stagiaire en dehors de ses temps de formations. Dans cette perspective, les responsables de formation soulignent l'importance de constituer des promotions à effectifs réduits, de l'ordre de 12 à 15 stagiaires maximum, de manière à être particulièrement réactif face aux difficultés éventuelles rencontrées par les stagiaires.

Enfin, cette réactivité, récurrente dans les propos de nos interlocuteurs, prend forme dans l'encadrement pédagogique des stagiaires. En dehors des formateurs, ceux-ci sont encadrés par un « référent d'action », responsable de la coordination de la promotion ainsi que d'un référent par Domaine de Formation.

5. 3 Parcours des stagiaires et débouchés professionnels

Le profil des candidats à la sélection d'AVS, d'AMP et d'AIDE À DOMICILEVD réalisé par l'organisme de formation concerne une catégorie d'âge allant de 18 à 57 ans avec une faible proportion de jeunes candidats. Pour leur grande majorité, ce sont des femmes qui postulent à ce type de formation.

Indépendamment d'un parcours scolaire chaotique, marqué par des ruptures scolaires et une hétérogénéité des niveaux de formation initiale caractérisés et une forte proportion de personnes sans qualification, les différents candidats sont pour leur grande majorité motivés par l'envie d'exercer dans l'aide à la personne. A ceci près que les postulants profilés par le pôle emploi semblent davantage désorientées par les possibilités d'employabilité de ces métiers. Les postulantes à la formation d'ADVD ajoutent à leur motivation la possibilité de faire un métier compatible avec leur organisation de vie familiale et personnelle dans la mesure où, pour l'essentiel, elles seront amenées à travailler de gré à gré et ainsi, choisir leurs horaires de travail.

Un petit bémol vient nuancer ce tableau. Selon les responsables de formation, il semblerait que la formation d'AVS soit en perte d'attractivité au regard des deux autres formations. Le référentiel formation ne correspond pas aux représentations sociales qui associe l'aide à domicile à la réalisation de tâches domestiques, alors que le DEAVS valide en plus des savoirs pratiques, des compétences psychosociales.

Il apparaît que la notion de soutien à la dépendance soit un terme fédérateur pour les postulants aux titres d'ADVD et d'AMP, ce qui expliquerait l'afflux de ces personnes vers ces formations. Spécifiquement à la formation d'AMP, les responsables de formation soulignent qu'elle séduit par son caractère généraliste à même d'offrir des débouchés auprès de différentes populations bénéficiaires d'interventions sociales et médico-sociales (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées) en structures ou à domicile.

Enfin, nos interlocuteurs identifient empiriquement cinq profils de candidats :

- sorties de la scolarité initiale,
- rupture scolaire,
- sans activités professionnelles depuis une durée assez longue (supérieure à 10 ans),
- en emploi dans le secteur de l'aide aux personnes fragiles
- en situation de reconversion professionnelle.

Le taux de réussite aux épreuves de certifications et les débouchés professionnels pour les stagiaires en fin de formation sont les suivants (données sur l'année 2010):

- 86% *de* réussite aux examens d'AMP, 99% d'insertion professionnelle dont 90% en structure et 10% au domicile des personnes dépendantes.
- 80% de réussite aux examens d'AVS, 80% d'insertion professionnelle majoritairement au domicile des personnes dépendantes.
- 95% de réussite aux examens et 100% d'insertion professionnelle principalement au domicile des personnes dépendantes avec une percée en maisons de retraites.

5.4 Attendus des financeurs publics

Pour partie, le financement des formations des stagiaires AMP et AVS provient du Pôle Emploi et du Conseil Régional. Nos interlocuteurs considèrent que ces sources de

financement impactent directement sur la mise en œuvre pédagogique des formations car les conditions des appels d'offre de formation ne rentrent pas dans le détail des contenus de formation et des caractéristiques des publics demandeurs d'emploi. L'objectif prioritaire qui soutient la commande publique de formation est de qualifier et d'insérer professionnellement les demandeurs d'emploi. A titre d'illustration, le Pôle Emploi privilégie des financements pour des formations courtes d'une durée d'un an alors que la formation d'AMP, par exemple, est techniquement réalisable sur des durées plus longues (d'un an ½ à 2 ans).

Il en ressort une « tension permanente » (Responsable de formation) entre la durée des formations d'AMP et d'AVS considérée comme incompressible au regard du parcours pédagogique proposé par l'organisme de formation, habilité par la DRJSCS qui a en charge la certification, et une tentative incessante de réduire ces délais de formation, par le Service Public de l'Emploi.

Cette « pression » (Responsable de formation) des financeurs est dictée à la fois par le marché de l'emploi, particulièrement porteur envers les métiers de l'aide à domicile, et par le souci de privilégier des formations courtes de manière à réduire les durées d'inactivité dues à une perte d'emploi tout en proposant des formations au moindre coût. Les demandeurs d'emploi sont positionnés à partir d'un profilage rapide de leurs prérequis et besoins de formation et présentation les débouchées professionnels possibles suite à ces formations sans s'attarder sur leurs spécificités pédagogiques et leurs modalités de certifications. D'ailleurs, ce positionnement conduit certains candidats à se présenter à ces formations sans réelle motivation, utilisant davantage les formations d'AVS et d'AMP comme un temps de discernement personnel et non dans la perspective d'acquérir une qualification.

Pourtant, l'organisme de formation privilégie prioritairement une logique différente. A la rhétorique de l'efficience en matière d'insertion professionnelle, il oppose une logique d'efficacité pédagogique. A l'apprentissage rapide d'un métier, les formateurs privilégient la qualification par un titre professionnel. Enfin, la question des débouchés s'inscrit en creux dans le discours des formateurs au profit de rhétoriques orientées essentiellement vers la préparation optimale aux épreuves de certifications. Cette logique formative induit, pour le stagiaire, la possibilité de bénéficier de temps destinés à des retours d'expériences de, à l'acquisition de dispositions relationnelles, plutôt que les seules techniques gestuelles. Nos interlocuteurs parlent de projet professionnel et de progression pédagogique pour légitimer la nécessité de disposer dans la formation d'un temps de maturation destiné à l'acquisition de postures réflexives. La dimension clinique, inhérente à la pédagogie proposée, est présentée comme un élément de structuration incontournable de qualification professionnelle.

Le Conseil Régional, par la médiation des délégués régionaux à la formation, participe plus régulièrement à l'évaluation des besoins de formation et leur adéquation avec les référentiels de formation et les référentiels de certification. Enfin, un dernier aspect est relevé, celui du calendrier des épreuves de certifications fixé règlementairement par la DRJSCS. Les épreuves de certifications ont lieux en juin et en novembre. Ces périodes d'examens obligent les financeurs à construire leurs appels d'offre sur ces temporalités, mais les calendriers des trois prescripteurs publics ne sont pas ajustés.

Les qualifications et la formation en Allemagne

En Allemagne, les soins aux personnes âgées sont un champ professionnel récent qui regroupe des qualifications plutôt hétérogènes. En ce qui concerne les services à domicile, ce champ professionnel se divise en trois pôles: celui de l'infirmière diplômée, l'auxiliaire aux personnes âgées et ce qui est connu sous le nom d'auxiliaire familial (*Familienpflege*) qui regroupe plusieurs sortes d'activités, y compris celles proche du travail informel. Les profils de compétences se chevauchent et sont rarement différenciés avec exactitude dans la pratique. Au contraire, on observe des substitutions spontanées et surprenantes entre ces profils; les interventions qui ne correspondent pas aux qualifications officielles représentent plutôt la règle que l'exception chez ces travailleurs.
Malgré ces inconsistances, un processus de professionnalisation est à l'oeuvre depuis longtemps dans le secteur du « care » et (peu à peu) se fait également sentir dans le champ des services à domicile. [13] Au niveau de la structure de qualifications, les premiers organismes d'aide à domicile (nommés « stations sociales », *Sozialstationen*) étaient conçus comme une sorte de « magasin général » où le paramédical, des compétences en travail social et le bénévolat étaient tous réunis et entrelacés tout autour des soins au bénéficiaire (Grunow et al. 1979). Avec le temps, les qualifications paramédicales se sont mises à dominer le champ des services à domicile, y compris pour ce qui est les fonctions de management. Par conséquent, le diplôme d'infirmier pour personnes âgées est devenu la norme (il s'agit des superviseurs de l'unité des soins, en allemand: *Pflegedienstleitungen, PDL*). De plus, mais dans une moindre mesure, des profils qualification de type aide domestique sont apparus, qui, initialement faisaient partie de la formation d'auxiliaire familial, mais finalement sont surtout devenus des formes d'apprentissage sur le tas. Finalement, ce dernier mode de qualification s'applique également aux assistants personnels qui sont institutionnellement séparés des soins à domicile aux personnes âgées, mais assument de facto des fonctions de soutien qui se rapprochent du rôle d'auxiliaire familial ou du soutien aux personnes âgées fragiles.
Les qualifications paramédicales, particulièrement le diplôme en soins infirmiers pour les patients hospitalisés, ont façonné en grande partie la culture de la formation des soins et de l'aide à domicile. Bien que cette dernière ne représente quantitativement qu'entre 10 à 15% de tout le personnel soignant pour les personnes âgées en Allemagne, cette qualification professionnelle est admise communément pour le poste de superviseur des soins dans les organismes de services à domicile qui, il faut le rappeler, normalement offrent (presque) toutes sortes de soutien aux personnes âgées dépendantes. La direction des soins à domicile est généralement dans les mains d'un infirmier diplômé. Comme le montre des analyses effectuées dans les années 1990, l'expansion du secteur des soins et de l'aide à domicile s'est faite à l'époque grâce à un afflux important d'infirmières chez les nouveaux prestataires ou d'autres prestations en croissance. Dans de nombreux cas, l'équilibre s'est fait entre les auxiliaires pour les personnes âgées et les infirmiers, à certains endroits les premiers prédominent sur les secondes (Becker / Meifort 1997).

L'exemple allemand présenté ci-dessus couvre le champ plus large de qualifications professionnelles dans le secteur de l'aide sociale, médicosociale et paramédicale à domicile. En France aussi, ces activités professionnelles sont soutenues par des qualifications protégées par des certificats et diplômes, le plus souvent délivrés par l'Etat (Diplôme d'Etat d'infirmier et d'aide-soignant, et pour le secteur de l'aide sociale au domicile, les titres étudiés ci-dessus).

En conclusion, plusieurs constats ressortent de ces descriptions monographiques de quelques-unes des offres de formations qualifiantes à niveau V :

- Les contenus des formations articulent les savoir-faire techniques, recherchés par les employeurs et les savoir être relationnels avec plus ou moins d'insistance, selon le référentiel métier du titre préparé, et l'organisme certificateur : les formations certifiées par le Ministère du travail sont plus techniques alors que les formations portées par le Ministère de la Cohésion Sociale, sont plus « relationnelles » et psychosociales ;

- Les entrées en formation et les cursus de formation discriminent, par lsélection des candidats les prérequis et les profils des stagiaires, ce qui structure les contenus de formation et les débouchés dans l'emploi ;
- La relation emploi-formation pénètre les contenus de formation et les méthodes pédagogiques, le secteur est très présent dans l'élaboration des apprentissages à trois moments : dans le cas de formations en cours d'emploi, dans le cas de l'accueil de stagiaires, au moment du recrutement et du choix par les employeurs d'associer un titre ou diplôme d'Etat à des postes et activités plus spécialisées (gestes pratiques d'entretien et de gestion du quotidien, gestes psychocorporels et autonomie dans la relation d'aide).
- Les organismes de formation contribuent à la construction du secteur professionnel et à la structuration de l'emploi car ils traduisent les référentiels métiers en la formalisant les conditions de réalisation des prestations et veille, autant que faire se peut, à la qualité des emplois.

CONCLUSION

Synthèse des principaux résultats

Au terme du programme de recherche, la compréhension des processus de structuration des emplois de l'aide à domicile a été en partie éclairée sur liens entre les conditions de travail et d'emploi et la formation des compétences, décrits tels qu'ils se tissent au niveau local à partir des SAD étudiés en Lorraine, au Luxembourg et en Allemagne. **La structuration de l'emploi concourant à la « soutenabilité du travail et à la satisfaction des personnes aidées** », question posée dans le cadre de l'axe 3 de l'appel à projet de recherche, est une hypothèse qui ne trouve pas de réponse clairement confirmée par les faits observés. Et ceci au regard de plusieurs facteurs qui ressortent de nos analyses aux trois niveaux étudiés sectoriel-institutionnel, organisationnels et situationnels.

Premièrement : **le secteur d'activité étudié peine à développer des emplois qualifiés et à instituer des règles stables pour encadrer le rapport salarial, malgré la structuration conventionnelle des qualifications**. Le taux de personnels qualifiés dans les SAD étudiés est relativement bas (25 à 10%) et les entrées dans le secteur par la formation professionnelle concernent des personnes en insertion qui empruntent les formations financées par le Pôle Emploi ou le Conseil Régional. Les capacités de financement au titre des plans de formation des entreprises et des OPCA sont pour l'essentiel, consacrées à des formations internes courtes, non qualifiantes. Par contre, la voie de la VAE est empruntée par les salariées, le plus souvent avec l'appui des employeurs. Cependant, en Lorraine, un net fléchissement est observé en 2010[105], probablement pour des difficultés de financement. Pourtant, le sous-secteur de l'aide sociale à domicile a construit les conditions d'entrée dans l'emploi par la qualification du fait de règles conventionnelles et de référentiels d'activités, dits référentiels « métiers », traduits en référentiels de formation appliqués strictement par les dispositifs de formation qualifiante. En Lorraine, 16 titres ont été répertoriés par l'OREFQ (Observatoire Régional de l'Emploi, des Formations et des Qualifications). La plupart de ces certifications sont inscrites dans des accords collectifs ou des conventions et sont référencées dans des nomenclatures de postes et des grilles indiciaires de salaires. Ce processus de réglementation du rapport salarial est le résultat de l'impulsion des acteurs du secteur, employeurs, salariés, pouvoirs publics qui ont ouvert les perspectives de la création d'une branche professionnelle de l'aide à domicile des fédérations associatives (emploi prestataire et/ou mandataire) et d'une branche de l'aide à domicile du « particulier employeur » (emploi direct). En effet, la professionnalisation du secteur est le produit de régulations institutionnelles et d'un mouvement qui se dote d'un ensemble d'institutions. Des « coalitions » expriment des « rhétoriques » pour tenter de justifier une compétence insubstituable, en vue de la satisfaction d'un besoin social (Paradeise : 1985). Ces critères de reconnaissance professionnelle sont mobilisés par des groupements organisés (grandes fédérations associatives, Ministères, syndicats de salariés et d'employeurs, Organismes Paritaires Collecteurs Agréés, etc.) qui tentent de défendre la pérennité et la stabilité des dispositifs conventionnels[106]. Il s'agit d'un

[105] Les Certifications par la VAE au titre du DEAVS ont progressé depuis 2006 (101 admis pour 221) jusqu'en 2009 (147 admis pour 320 inscrits) alors qu'en 2010, 51 candidats ont été admis pour 86 inscrits (Source : DRJSCS Lorraine).

[106] La branche de l'aide à domicile est créée en 1993 et s'est engagée dans un processus d'unification conventionnelle à partir notamment l'accord collectif de 2002. Un observatoire de branche est fondé en 2004 dans le cadre de la CPNE, en vue de

des enjeux majeurs de ce sous-secteur social et médicosocial de l'aide à domicile, confronté à une croissance rapide de ses effectifs. Ses promoteurs l'affirment comme l'idéaltype des services à la personne et comme un secteur professionnel prometteur en matière de création d'emplois qualifiés car, dans les faits, constitué d'emplois mieux structurés relativement aux autres segments d'activités redécoupés par le PSDP en 2005[107].

Deuxièmement : **le sous-secteur de l'aide au domicile aux personnes fragiles est lui-même segmenté** en plusieurs types d'activités réglementées et **en groupes d'emplois qualifiés ou non qualifiés.** En France et en Lorraine, mais aussi au Luxembourg et en Allemagne nous identifions trois segments :

- **Le premier segment des activités de confort** financées partiellement par des Caisses de retraites, des mutuelles, des assurances, etc. et aussi par l'APA et la PCH, pour les personnes en perte d'autonomie ; au Luxembourg ces activités sont financées par une « prestation en espèce », dite « tarif social », financée par le Ministère de la Famille et exonérée d'impôts, qui donne accès à des prestations de confort, ou à des accueils de jour pour des bénéficiaires qui ne présentent pas de pathologie et de dépendance majeures et qui souhaitent financer l'aide d'un aidant familial. En Lorraine, sur ce segment d'activité sont recrutés des agents non qualifiés, intervenant aussi en gré à gré auprès de particuliers employeurs, ou détenant des titres homologués délivrés par des instances de certification (titres FEPEM, Titres du Ministère du travail, etc.). Au Luxembourg, les aides séniors sont principalement affectées à ces activités de confort.

En Allemagne, un sous-secteur qui prend le relais du « système caisse-dépendance » est sous le contrôle de l'administration sociale des municipalités, finançant (de manière rudimentaire) quelques aides légères autour des soins proprement dits (information, accompagnement, activités culturelles) et, comme la loi le demande, « l'aide sociale aux soins » (Hilfe zur Pflege), une prestation qui a vocation de couvrir *tous les besoins* d'un ménage fragile (y compris ménagères) et qui pèse beaucoup dans le panier des activités municipales.

- **Le segment des services d'aide aux personnes dépendantes**, encadré en France par l'agrément qualité et l'autorisation du Conseil Général. Les prestations sont financées en France par l'Etat via la CNSA et par les Conseils Généraux, au Luxembourg par la Caisse Dépendance de la Sécurité Sociale et en Allemagne par la Caisse Dépendance pour assurer, prioritairement des soins corporels et des interventions de *care* (toilette, accompagnement de vie, nutrition, hygiène de l'environnement, etc.). Sur ce segment d'activité sont recrutés des agents non qualifiés et, en minorité, des agents qualifiés à niveau B et C de l'accord collectif de branche de l'aide à domicile, qui fait référence aussi pour les emplois des SAD commerciaux. Au Luxembourg, la prestation dépendance est activée dans les cas précis de maladie ou de perte d'autonomie avérée depuis six mois. Sur ce segment d'activité sont recrutés des agents qualifiés (Aides Socio-familiaux, aides-soignants, infirmiers).

L'allocation dépendance (l'APA allemande) peut être, et en fait utilisée comme prestation *monétaire* pour compenser des proches, la majorité des personnes âgées dépendantes sont encore pris en charge par les familles. La caisse dépendance ne paie qu'une part minime des dépenses liées à l'aide-ménagère. Normalement, une

suivre l'évolution des métiers et des qualifications. En 2006, 5000 structures sont adhérentes aux grandes fédérations : ADESSA, UNA, ADMR, A DOMICILE, FNAAFP/CSF.

[107] Tableau de bord. *Observatoire de l'emploi et de l'activité dans les services à la personne*, ANSP, source DARES-IRCEM, Avril 2009.

personne en besoin des soins corporels aura peu de manœuvre pour choisir des services ménagers inclus dans le panier d'aides prévus dans le régime de l'assurance-dépendance.

- **Le segment des soins infirmiers et paramédicaux à domicile,** financés en France par les caisses de Sécurité Sociale, apportés par des SSIAD autorisés par le Préfet du Département, sur avis du CROSM (Comité Régional d'Orientation Sanitaire et Médicosociale) et financés par une enveloppe globale (alors que les SAD sont financés par les allocations attribuées aux bénéficiaires sur un volume d'heures prescrites par les services du Conseil Général). Ce secteur ne fait pas partie du périmètre des enquêtes réalisées en Meurthe et Moselle.

Au Luxembourg, le système de soins paramédicaux à domicile constitue le cœur du système d'aide à domicile : l'Etat est chargé de décliner la politique de prise en charge des personnes dépendantes par l'intervention de la Caisse Dépendance qui est une branche de la Caisse Nationale de Santé. En effet, l'assurance maladie comprend un fond d'Assurance Dépendance qui prend en charge l'aide à domicile sur le segment des personnes âgées en perte d'autonomie et finance aussi les actes infirmiers prescrits par les médecins, au domicile ou en établissement. Le financement de la caisse dépendance est abondé, pour 60 % des fonds, par la contribution de l'impôt à hauteur de 1,4% des revenus (salaire brut et revenus patrimoniaux). Sur ce segment d'activité sont recrutés des agents qualifiés (Aides Socio-familiaux, aides-soignants, infirmiers).

En Allemagne, au cœur du système d'aide à domicile on trouve des services paramédicaux (tels qu'ils sont couverts par l'assurance dépendance), tandis qu'on peut faire état, en sa périphérie, d'autres intervenants et institutions impliqués dans le processus de soutien aux personnes fragiles (Karl 2009). Les sous-secteurs ne se recoupent pas de la même manière comme en France, et les régulations sont très différentes d'un sous-secteur à un autre.
Le premier sous-secteur des *soins (majoritairement) corporels* est caractérisé à sa base par les dispositions du onzième chapitre du code social (Sozialgesetzbuch, SGB XI). La loi et le processus d'examen prévoient que doivent ou peuvent être accordés soit des services infirmiers de base ou approfondis (« grundpflegerische » ou « behandlungspflegerische » Leistungen), les soins « approfondis » étant pris en charge par l'assurance maladie. Le reste est pris en charge par l'assurance dépendance, dans la limite des plafonds ce qui fait que toutes les aides nécessaires ne peuvent pas être financées par l'allocation.
Le deuxième sous-secteur concerne des activités médicosociales et de confort pour des personnes ayant un statut de « personne handicapée lourde » qui peut recevoir des services ménagers à un niveau élevé (selon les besoins constatés) dans le cadre de « l'assistance sociale » (assurée par des travailleurs peu formés, recrutés par des structures associatives au bénéfice de leur clientèle) ; ce sous-secteur est soumis aux dispositifs nationaux généraux de l'aide aux personnes handicapées (des dispositifs clairement séparés de règlements en vigueur au profit des personnes âgées), sachant que l'implémentation de ces dispositifs est la responsabilité des instances (inter)communales.

Un rapide essai comparatif montre que les systèmes Luxembourgeois et Allemands concentrent les financements publics sur des interventions paramédicales, laissant les actes de confort pour partie à la charge des ménages, complétée par des aides du Ministère de la Famille au Luxembourg, des municipalités en Allemagne. En France, les allocations dépendance sont financées pour partie par les ménages (solde résiduel de l'APA) et dans le cadre des compétences d'action sociale des Conseils Généraux, ce qui devrait en théorie, dé-segmenter les interventions. Dans les faits, dans le département étudié, les prescripteurs publics demandent aux SAD de recentrer les interventions sur les types de dépendances les plus aiguës, classées de GIR 4 à GIR1. En conséquence, les SAD spécialisent leur main-d'œuvre dans des activités typiques de *care*, parfois proches du soin paramédical, comme au

Luxembourg, ce qui induit des recrutements d'aides-soignantes dans certains SAD Meurthe et Mosellans[108].

Troisièmement : **deux autres facteurs institutionnels interviennent, paradoxalement, pour freiner le processus de professionnalisation** engagé en France depuis une vingtaine d'année, qui devait aboutir à créer nombre d'emplois qualifiés pour soutenir le développement de l'accès aux aides personnalisées (en France, APA et PCH) et la croissance des besoins de services à domicile spécialisés et professionnalisés.

Le premier facteur consiste en la « libéralisation » des services à la personne, grand secteur redéfini en France par le Plan des Services à la Personne en 2005, qui intègre tous types de services prestés au domicile. Les services à domicile, de tradition sociale et médicosociale et le plus souvent de statut associatif, sont classés par l'ANSP dans les OASP (Organismes Agréés de Services à la Personne) qui déploient onze types d'activités qui déterminent six grandes catégories de segments d'emplois : « travaux ménagers, assistance aux publics fragiles, garde d'enfants, assistantes maternelles, soutien scolaire, assistance informatique », incluant le sous-secteur de l'aide à domicile dans le vaste et hétérogène secteur des « services à la personne ».L**a diversification des activités de confort jouxtant les activités de *care*, provoque une porosité des frontières entre les emplois qualifiés et non qualifiés. Cette « désectorisation** » (Haddad et du Tertre : 2008) est déclenchée en grande partie par la concurrence des nouveaux segments d'activité et d'emploi et par l'augmentation remarquable des emplois de services à domicile depuis 2006.

Le deuxième facteur qui contribue paradoxalement à freiner le processus de professionnalisation est constitué des tarifs publics affectés aux allocations personnalisées. Un récent rapport de l'IGAS et de l'IGF (Bruant-Bisson, Reboul et Aube-Martin : 2010) dresse un bilan des « questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles » et constatent **l'impasse financière dans laquelle se trouve le secteur des SAD** du fait de l'explosion des besoins qui dépasseraient les capacités des financeurs publics, l'Etat et les collectivités territoriales, ainsi que des ménages. Dans le département étudié, l'ensemble des acteurs territoriaux et les opérateurs témoignent que les tarifs horaires sont inférieurs aux coûts de fonctionnement ce qui freine toute élasticité budgétaire pour les SAD qui fonctionnent avec une masse salariale approchant 80% à 90% des budgets.

En matière d'emploi, ceci se traduit par trois phénomènes. D'abord, la maîtrise, voire le frein, des recrutements d'aides à domicile titulaires du DEAVS (catégories C). Ensuite, le **maintien des marchés externes** toujours dominants dans le secteur et qui combinent faible rémunération, grande mobilité et rotation importante de la main-d'œuvre, faible compétence et peu d'implication de la part des SAD dans la formation de ces salariés. Ce type de marché correspond à une logique de main-d'œuvre "bon marché" avec un coût lié à la formation et la professionnalisation des intervenants à domicile réduit. Enfin, la reconnaissance salariale des qualifications reste limitée dans les structures qui n'ont pas signé de convention collective et où le SMIC constitue la norme salariale.

[108] Une étude de l'Observatoire de la branche à domicile montre qu'en 2008, les SAD associatives fédérées intervenaient sur plusieurs segments de l'aide à domicile, dont des activités de confort et une part très majoritaire du volume d'activité consacrée pour 87 % en moyenne à l'aide aux personnes dépendantes, et 28 % aux services de soins (SIAD). Ceci très majoritairement sur le mode prestataire : de 50% à 93 % selon les régions.

Le département lorrain étudié applique un **régime territorial d'action** dominé par les des prescripteurs-tarificateurs publics qui tentent de maintenir **des régulations quasi-tutélaires** sur le secteur de l'aide aux personnes dépendantes, en vue de leur protection sociale. Ceci entre en tension avec les régulations **marchandes subventionnées** confortées par le PDSP qui instaurent le régime des allocations personnalisées, les bénéficiaires devenant des clients censés capables de choisir parmi les opérateurs locaux. La contractualisation avec les prescripteurs publics entraîne aussi des problèmes de gestion très particuliers pour les toutes récentes SAD commerciales qui ne sont pas rompues par des années de relations tutélaires et conventionnelles, à l'instar des associations. Alors que les gérants des SAD à but lucratif déclarent ne pas pouvoir se rémunérer personnellement au-delà du niveau du SMIC, les entreprises commerciales sont amenées à aligner leur gestion sur le régime de régulations territoriales et certaines résistent au motif de leur indépendance économique.

Les propositions des rapporteurs de l'IGAS et de l'IGF (2010) visent, entre autres, la confortation du régime de l'autorisation afin de reconstituer la catégorie des SAD « soumis à des sujétions particulières de service public », en prenant en charge les publics les plus vulnérables, par exemple classés en GIR 1 et GIR 2, et les publics dont « les ressources sont les plus faibles ». Les tarifs seraient fixés par conventions « d'objectifs et de moyens » établies avec les autorités publiques territoriales. Si le régime quasi-tutélaire de l'autorisation du Conseil Général était conforté, on devrait constater que la « désectorisation » en marche au cours des années 1990 et 2000 pourrait trouver, dans ce cas, les conditions d'une « re-sectorisation » (Haddad et du Tertre : 2008), c'est-à-dire une meilleure protection et qualification des emplois, l'aide sociale à domicile se recentrant sur des catégories de besoins médicosociaux très spécifiques, comme par exemple actuellement au Luxembourg. La confirmation d'une telle perspective de restructuration des segments de l'aide à domicile, conforterait la voie de la professionnalisation du sous-secteur et le développement de qualifications spécialisées dans la relation d'aide sociale et médicosociale**.**

Dans ces conditions, serait confortée aussi l'émergence des marchés professionnels qui s'inscrit clairement dans l'intégration progressive de « nouvelles » activités autour de la dépendance et des interventions auprès des personnes fragiles. Le secteur associatif historique joue un rôle pivot. Il semble davantage impliqué dans une politique de formations qualifiantes et, pour une partie des salariées, dans une articulation valorisante formation/qualification/emploi. C'est ce que nous avons qualifié de **"poches de mobilités stabilisantes**". Elles ne concernent qu'une partie des aides à domicile prestataires. Elles se traduisent par : l'investissement dans des formations qualifiantes (par la VAE ou la formation continue) ; une reconnaissance salariale de la qualification accrochée aux grilles de classification, une mobilité professionnelle permettant une progression salariale en dehors de la SAD[109] ; des conditions d'emploi proches des formes classiques d'emploi qu'on associe généralement à la stabilité (CDI, un temps de travail proche du temps plein) mais tout en intégrant des formes de flexibilités (modulation et annualisation du temps de travail, par exemple).

Quatrièmement : les régulations publiques de l'offre de service et l'ouverture au « marché » conditionnent l'organisation du travail. Dans le secteur étudié, concernant l'ensemble des SAD observés, les régulations territoriales conditionnent fortement l'organisation du travail,

[109] Acquise d'emblée lorsqu'il s'agit d'une mobilité au sein du secteur signataire de la convention collective, non garantie dans les autres cas.

entièrement tendue vers la prise en compte des besoins des « clients » dans leur domicile. D'une part, la gouvernance des 15 SAD enquêtées est affectée par les nouvelles règles économiques « quasi-marchandes » concurrentielles du secteur (Bode : 2010). Par exemple, le rapport moral et d'activité 2009 du Président d'une association, fait état des effets du changement de politique sociale en matière d'exonération de charges salariales face aux obligations conventionnelles de revalorisation des salaires et frais de déplacement. Les bureaux des associations sont chargés de piloter le redressement comptable, certains ont déclenché une procédure d'alerte. Parmi les entreprises de statut commercial, les difficultés financières ont conduit à des restructurations et pour l'une d'entre elles, à une faillite en 2010, expliquée pour partie par la perte de clientèle du fait de la surtarification des actes. En effet, le type de régime conventionnel avec les prescripteurs publics apparaît comme le facteur le plus opérant sur le développement des SAD, car il conditionne une part souvent importante de leur ressource économique, surtout quand les prestations aux personnes dépendantes sont majoritaires dans le volume d'activités (80 à 90% pour les SAD associatifs autorisés). Ces régulations externes infléchissent les formes du travail tant au niveau de la gouvernance, de la direction des équipes, qu'au niveau de la réalisation des activités à domicile. Nous avons typifiés les 12 SAD lorrains et luxembourgeois (six associations, une fondation, trois SARL, une UERL, une SCOP), en trois formes d'organisation :

1°- La grande entreprise sociale centralisée, dont la configuration est une bureaucratie professionnelle ouverte sur un environnement géographique étendu,
2°- La grande et moyenne entreprise sociale divisionnalisée, dont la configuration est une bureaucratie professionnelle décentralisée, les divisions (agences, antennes locales) se présentant comme des structures entrepreneuriales simples ouvertes sur des environnements de proximité relativement étendus ;
3°- La PME associative ou lucrative, configurée comme une structure entrepreneuriale simple ouverte sur un marché très local.

Les trois SAD allemands sont :
-une association de bien-être (Wohlfahrtsverband) de grande taille, liée à l'église ;- un prestataire de type associatif de taille moyenne, lié au mouvement des handicapés ;- un prestataire à but lucratif de plus petite taille ;

Qu'ils soient de statut associatif ou commercial, les SAD présentent une organisation du travail hybride qui combine un modèle industriel et un modèle serviciel. Ils s'inscrivent dans la mutation de la forme taylorienne en œuvre dans l'industrie et les services (Ughetto et alii, 2002) au profit d'organisations plus réactives et flexibles face l'accroissement de la concurrence et à l'introduction de la demande du client dans la dynamique productive. Pour les organisateurs, il s'agit de garantir la « performance » économique des investissements matériels (outils de production, informatique, etc.) et immatériels (ressources humaines, connaissances techniques, informations, etc. En termes microéconomiques, la création de la valeur, dans ces entreprises de services, est conditionnée par l'intensité des engagements humains dans la relation au client, la satisfaction de la demande, sa fidélisation pour assurer la pérennisation du contrat de services110. C'est pourquoi, le résultat des activités

[110] Dans le cas des associations « historiques » qui ont développé des services de proximité assimilés par certains au développement local et à l'économie solidaire, les organisateurs et les opérateurs définissent aussi l'activité par ses externalités positives sur le territoire (Haddad et Du Tertre : 2008), ne serait-ce que le maintien des personnes dépendantes dans leur habitat, la prévention médico-sociale, et la réduction des coûts de santé publique. Aussi par les bénéfices collectifs (Gadrey, 2002) attendus et prescrits par les collectivités territoriales.

relationnelles n'est pas directement mesurable sinon par des contrôles a posteriori. Pourtant, les prescripteurs-tarificateurs d'actes prestés aux domiciles des personnes fragiles et les directions de SAD sont confrontés à deux types de problèmes :

- La qualité des actes et particulièrement les garanties de « bientraitance » dans la sphère privée, fermée à toute intrusion de contrôle public,
- La maîtrise des coûts de production des services financés pour partie par la fiscalité ou les cotisations des ayants-droits.

En conséquence, les régulateurs publics recommandent de rationaliser le travail par l'introduction de normes d'organisation et de contrôle de l'activité au sein des organisations de services, ceci par le biais de plusieurs dispositifs incitatifs : procédures de certification, d'évaluation interne et externe, Dispositif Local d'Accompagnement (DLA), programme THETIS de l'ANSP sur le développement de la qualité, programme ARACT sur l'amélioration des conditions de travail, Charte sur la professionnalisation des emplois, etc. Ces dispositifs sont diversement appliqués dans les SAD lorraines étudiées. Mais, **la pression la plus structurante en matière de rationalisation vient des plans d'aide instruits par les conseillères gérontologiques des CLIC** à partir d'une évaluation des besoins sur les critères de dépendance de la grille AGGIR et d'une prescription des actes à produire dans des termes précisant le contenu (soins corporels, préparation du repas, entretien du logement, etc.) et les temps de réalisation des actes prescrits (30 mn à 3h). Au Luxembourg, la Cellule d'Orientation et d'Evaluation établit un dossier qu'elle remettra à la structure prestataire de service qui devra respecter strictement les prescriptions et se conformer à ce qui a été mis en place pour que la prestation soit bien prise en considération. En Allemagne, dans le système d'allocations quasi-publiques (Caisse Dépendance de l'Assurance Maladie), l'accès aux allocations ou services se fait par une évaluation d'une instance publique, le Service médical établissant un panier d'aide. Dans ces contextes des nouvelles régulations publiques qui s'appuient sur des modèles gestionnaires et sur le régime de l'allocation personnalisée et la singularisation du service, les SAD ont tendance à développer une **forme hybride** présentant :

- d'une part, les traits du modèle industriel taylorien en œuvre dans l'industrie et les services (division technique du travail, **la standardisation des postes et des qualifications qui discrimine les statuts d'emploi et limite relativement l'accès à des postes qualifiés car les pressions tarifaires conditionnent le niveau de qualifications des personnels,**
- d'autre part, les traits du modèle serviciel d'organisation plus réactive et flexible face à un accroissement de la concurrence et à l'introduction de la demande du client dans la dynamique productive *(*du Tertre : 2009, Gadrey : 1996). **La relation de service devient prédominante et structure l'organisation du travail entièrement tournée vers la production en aval, le centre opérationnel participant à la définition des conditions de réalisation et de finalisation du service.**

A l'inverse, nous avons constaté que les SAD à but lucratif participent à l'hybridation du modèle industriel par l'introduction dans l'organisation du travail et la gestion de la main-d'œuvre, d'un modèle serviciel d'aide médico-sociale, traditionnel dans le secteur associatif. Hormis les deux grandes entreprises sociales, les SAD de l'échantillon, ainsi que les trois organisations du bassin de Kassel, sont organisés sur des fonctions simples avec **un faible degré de division du travail d'encadrement,** fonction réduite à une direction parfois

appuyée par des administrateurs bénévoles, et à quelques agents sur des fonctions d'encadrement très polyvalentes. Par contre, **la division du travail technique est poussée**, caractérisée par l'atomisation des agents dans les espaces diffractés des domiciles des bénéficiaires. La distance géographique entre le centre décisionnel et de coordination et les lieux de production finale des services pose nombre de contraintes à l'organisation du travail liées à leur environnement et aux objectifs de ces organisations : livrer dans l'espace géographique environnant et dans la sphère privée des domiciles, un service spécialisé. Le problème crucial est de construire en amont, dans le « back Office » (Gadrey : 2003) les conditions de la relation de service en « front office », tout en contrôlant à distance le respect de la prescription du travail et des normes de production. Un point commun à tous les SAD étudiés est à relever, celui d'une formalisation des communications entre le centre décisionnel et le centre opérationnel. Par contre, les supports écrits et informatisés varient dans leurs formes, ainsi que la distance géographique et temporelle que parcourent les informations descendantes et ascendantes, selon le type d'organisation.

Cinquièmement : l'organisation du travail, dont la qualité conditionne la « soutenabilité du travail », est rabattue sur les *plannings* d'intervention. Les conseillères des CLIC attribuent un volume d'heures à l'environnement, au maximum 2 heures pour une personne seule, contre 6 heures auparavant. La surface du logement n'est pas prise en compte. Ces forfaits horaires, calculés par une agence externe sur des standards d'activités, amènent les agents d'encadrement et d'intervention à calculer au plus juste les temps de déplacement et d'intervention pour tenter de tenir dans les volumes horaires prescrits. Et tenir aussi dans l'enveloppe prescrite. Il en résulte une forte intensification du travail qui est l'objet de conflits, de négociations et d'ajustements avec le centre décisionnel, et plus particulièrement, avec les encadrants de proximité. Les journées-type de travail s'étalent généralement sur de grandes amplitudes, dans lesquelles s'intercalent des temps de pauses courtes. Dans les SAD lorrains, les volumes contractuels sont de 20 à 30h, plus rarement 35h ou 40h, dans le cas d'intervenantes qualifiées, spécialisées qui effectuent des remplacements. Le SAD luxembourgeois organise des « tournées » en équipes, sur un volume fixe de 39h/semaine et des jours de récupération en cas de travail en soirée ou en week-end. Dans les SAD lorrains, le volume hebdomadaire et mensuel des heures travaillées est négocié avec les intervenantes, censées pouvoir accepter ou refuser les conditions de planification et leurs conséquences salariales, ceci dans le cadre de la « modulation » (annualisation du temps de travail) qui lisse les à-coups de programmation. Ainsi, le mode de coordination qui domine dans l'ensemble des SAD étudiées, est l'ajustement mutuel, décrit par Mintzberg (2010, p.19) comme une forme de « coordination du travail par simple communication informelle », le contrôle du travail restant « entre les mains de l'opérateur ». Ce type de contrôle direct est utilisé dans les « organisations les plus simples » mais aussi dans les « organisations complexes » dans le cas de « circonstances extrêmement difficiles ». Les ajustements mutuels apparaissent dans tous les SAD étudiés, notamment dans les grandes entreprises centralisées et divisionnalisées car leur taille et l'éloignement géographique du centre décisionnel et de la ligne hiérarchique induit des ajustements structurants majeurs de la part des intervenants. Cependant, les «temps connexes»[111] (réunions formelles, séquences de formation interne, entretiens individuels et les

[111] Selon Du Tertre (1999-b, p.94), l'intensité directe du travail correspond à la possibilité d'obtenir des économies de temps par division du travail, spécialisation et intensification des tâches élémentaires ; l'intensité connexe du travail, par contre, correspond à la possibilité d'obtenir des économies de temps sur les séquences productives par une progression de la qualité des tâches de régulation du dispositif opératoire (..) et sollicite explicitement la mobilisation de la subjectivité individuelle et collective des salariés ».

briefings collectifs), jugés comme absolument nécessaires pour ajuster l'organisation du travail, construire la confiance, favoriser les apprentissages collectifs et la transmission d'informations, ont tendance à se réduire au profit de la programmation serrée des temps d'intervention. Dans l'échantillon, seul le SAD luxembourgeois, a mis en place des temps quotidiens de rencontre animés par les cadres. Trop peu nombreux car non financés par la tarification à l'acte, ces moments sont pourtant une des conditions de la « soutenabilité du travail ».

Sixièmement : la qualité de la relation de service et « la satisfaction des personnes aidées » sont en partie conditionnées par la reconnaissance des compétences des intervenants à domicile. Les SAD étudiés ont tous mis en place des procédures d'évaluation interne relevant des directives de la loi de rénovation de l'action sociale de janvier 2002 et/ou des procédures de certification qualité. Parmi les SAD associatifs, la démarche de certification qualité a été conduite par la grande entreprise centralisée, est en cours ou en projet pour les autres associations autorisées. Parmi les SAD commerciales franchisées, toutes ont acquis ou sont en cours d'acquisition de la certification qualité, généralement sur la norme Qualicert. Il est à noter que, dans l'ensemble des SAD étudiés, les processus de certification ou d'évaluation interne ont été engagés sans la participation des agents d'intervention, pour des motifs d'économie budgétaire, les temps de réunion n'étant pas financés. Au-delà des documents fixant les normes de « bonnes pratiques » et les règles de la qualité, la qualité des prestations est conçue par l'ensemble de nos interlocuteurs au principe de la « conscience professionnelle » et de l'engagement de chaque intervenant dans le respect de la personne aidée, ainsi que le respect des prescriptions et recommandations rappelées par les encadrants et aussi par les pairs. Des contrôles systématiques sont mis en place par les encadrants auprès de bénéficiaires, afin d'estimer le niveau de leur satisfaction pour les services rendus, mais surtout, recueillir des informations détaillées sur les procédures et actes prestés par les intervenants, aux risques d'intrusion des contrôleurs dans la vie privée des bénéficiaires et dans leurs relations particulières avec les intervenants. Mais, dans ces configurations productives de services relationnels, le principal support d'intervention est immatériel : l'implication subjective dans des relations intenses et le débat éthique nécessités par la relation d'aide auprès de personnes fragiles. En effet, nous constatons que dans les SAD étudiés, comme dans tous services sociaux et médicosociaux, l'organisation du travail présente une composante structurelle majeure: la subjectivité des agents, leurs dispositions relationnelles et leurs compétences techniques et psychosociales[112]. Les employeurs appuient systématiquement les recrutements des intervenants sur ces qualités, au-delà de la qualification. L'activité de travail mobilise la subjectivité des agents en tant que capacité à traduire une relation à autrui, dans une logique productive d'utilités valorisables par le bénéficiaire et mobilise la capacité du bénéficiaire et de son environnement social et familial (aidants familiaux) à co-construire le service et à fournir les moyens de l'intervention et de son résultat. Au fondement de la production du service (aide-ménagère, confection des repas,

[112] Nous entendons par « compétences » des qualités mobilisées pour améliorer la productivité du travail dans des contextes d'instabilité de la demande émanant d'un public de plus en plus informé (Besucco et Alii : 2002). Les auteurs s'appuient sur des travaux relatifs au modèle de la compétence en tension dans les entreprises et sur la tendance observée de définir la performance des salariés par leur capacité « d'appréciation, de décision et d'intervention autonome et non plus seulement une obéissance aux directives fixées » (Zarifian : 2001), les services étant considérés comme des contextes de travail où ces formes de compétences sont plus particulièrement développées (Lichtenberger et Paradeise : 2001, Zarifian : 2001).

aide à la toilette, soins paramédicaux et médicaux ainsi que dialogue, prise en charge psychologique, sociabilités…) se retrouve le modèle de la relation de service décrit par Goffman (1968) : une activité destinée à satisfaire les besoins d'autrui, nécessitant un travail de «réparation» ou de maintien de l'état du mandant (aide, conseil ou soin). La relation de service confère un pouvoir au «praticien» sur la personne aidée et sur l'objet de l'intervention, car il possède des savoirs et des informations utiles au demandeur. Dans les SAD de petite taille et de grande taille, les planificateurs prennent, autant que faire se peut, en compte ce facteur de l'intersubjectivité de la relation d'aide en considérant que, en création de valeur économique, l'efficacité relationnelle est supérieure à l'efficience du rapport coût/temps de déplacement et d'intervention. Sur le plan technique, les intervenants élaborent des « routines » adaptées à chaque bénéficiaire et à chaque domicile. Ainsi, la qualité du service est, dans sa finalisation, négociée avec le bénéficiaire et ses proches, dans une sorte de laboratoire secret, qui conditionne très directement la fidélisation de la clientèle et la réussite économique de la prestation de service, loin des normes gestionnaires de performance financière, car « dans cet espace borné par des limites temporelles strictes qu'est l'intervention à domicile constituant ce système d'action, le discours sur les modalités de l'intervention à domicile et sur ce qui constitue la qualité dans cet espace, est déterminé par la satisfaction des usagers » (Montesinos et alii : 2009). Les encadrants de proximité sont en première ligne dans ce processus de l'appropriation individuelle et collective des contenus de la relation de service. C'est ainsi que les intervenant(e)s contribuent directement à l'adaptation de la prestation de service et pour ce faire, s'approprient individuellement et collectivement des marges d'initiative et une partie de l'organisation du travail (adaptation de la planification des tâches, évaluation des besoins et des effets de l'intervention, estimation de la pertinence du volume horaire prescrit, etc.). Mais, Si la relation de service requiert l'autonomisation des agents dans le procès de travail, car ils ont à prendre en charge des impondérables nombreux et des incidents critiques en relation directe avec les bénéficiaires, ceci participe cependant, à l'accroissement de l'intensification du travail.

En conclusion, la description des régulations territoriales de d'aide à domicile par l'ouverture d'une « fenêtre » sur les systèmes locaux d'aide à domicile au Luxembourg et en Allemagne, l'analyse des systèmes d'emplois et de formation professionnelle, l'observation de l'organisation du travail dans les SAD, nous amènent à poser plusieurs constats :

- **la structuration des emplois, leur qualité et leur qualification est conditionnée par la mobilisation des acteurs publics et privés** et surtout par le régime de financement des activités de prestation à domicile qui, actuellement, ne couvre pas les charges de structures et de formation des personnels ;
- **les régulations territoriales, les régimes d'agrément et de prescription des prestations sont des facteurs de qualité de l'organisation du travail** dans les services à domicile, car ils conditionnent le temps de travail, les séquences et les conditions d'intervention. Cependant, ils participent actuellement à l'intensification du travail et à la dégradation de moyens de coordination interne et d'ajustements nécessaires au bon fonctionnement des entreprises de services ;
- **Le secteur professionnel de l'aide au domicile des personnes dépendantes participe de l'action sociale et médicosociale** car les compétences mobilisées sont avant tout des compétences psychosociales et éthiques, revendiquées et développées par des organisations, de statut associatif et commercial, et leurs agents (dirigeants, encadrants, intervenants) et par les organismes de formation comme garantie de la qualité de l'aide. Pour se conforter, ses compétences demandent une reconnaissance

en qualifications et en rémunérations, ainsi que la confiance dans la capacité des intervenants à construire la relation de service en collaboration avec les aidés et en appui de l'organisation et des normes de qualité des services.

BIBLIOGRAPHIE

ALLAIRE G.(2002). L'économie de la qualité en ses secteurs, ses territoires et ses mythes », Géographie, Economie, Société, Vol.4, 2, 155-180.

BALZANI B., BARY R., DUFOUR J., DUPUIS P.A, FERRIEL E., GARCIA-BARDIDIA R., FERRY V., HIRLET PH., STREICHER F. (2009). Les services en Lorraine : régulations territoriales, emploi, travail et professionnalisation. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

BALZANI B., BARY R., DUFOUR J., DUPUIS P.A, FERRIEL E., GARCIA-BARDIDIA R., FERRY V., HIRLET PH., STREICHER F. (2009). Les services en Lorraine : régulations territoriales, emploi, travail et professionnalisation. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

BECKER, W. & B. MEIFORT (1997). Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsberbleib von Altenpflegekräften. Bielefeld, Bertelsmann.

BERTAUX R., HIRLET PH., PREPIN O., STREICHER F. (2006). L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social, un métier en construction. Paris : Seli Arslan.

BODE I. (2010). Management- oder Systemversagen? Qualitätsdifferenzen und Governance-Konstellationen im deutschen Pflegesektor, Zeitschrift für Sozialreform/Journal of Social Policy Research (56) 2, 2010, 263-285.

BODE I. (2005). Dépendance et marché : une perspective internationale sur l'aide à domicile et ses secteurs en mutation. Document de travail. Université de Duisburg. Mars.

BODE I. (2007). New Moral Economies of Welfare. The case of domiciliary elder care in Germany, France and Britain, European Societies 9(2): 201-227.

BODE I. (2010) « Comparaisons internationales », in Balzani B (dir .), Les services à la personne, la documentation française.

BOUQUET B. et de ROZARIO P. (2009), Pour une simplification de l'offre des certifications dans le champ des services aux personnes fragiles, Rapport au Premier Ministre, 2009.

BRUANT-BISSON A. ET AUBE-MARTIN P. (2010), « Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles ». Rapport pour l'Inspection générale des affaires sociales et l'inspection Générale des Finances. Octobre.

DESHAYES J.L. BALZANI B., 2006. « Diversité des logiques associatives d'action sociale et incertitude des territoires dans le cas d'une situation de reconversion : un ensemble de pratiques qui dessinent un local « octroyé » plutôt que « conquis », Centre d'Etude de l'Emploi, CNAM, Profession Banlieue, Colloque Territoires, action sociale et emploi, Paris, 22 et 23 juin.

DEVETTER F.-X., FRAISSE L., GARDIN L., JANNY-CATRICE F., GOUNOUF M.-F., RIBAULT T. (2008). L'aide à domicile face aux services à la personne : mutations, confusions, paradoxes, Rapport pour la DIIESES, Synthèse, mars.

DEVETTER F.-X., FRAISSE L., GARDIN L., JANNY-CATRICE F., GOUNOUF M.-F., RIBAULT T. (2008). L'aide à domicile face aux services à la personne : mutations, confusions, paradoxes, Rapport pour la DIIESES, Synthèse, mars

DEVETTER F.X., JANY-CATRICE F., RIBAULT Th., (2009), Les services à la personne, La Découverte, collection Repères, Paris.

DEVETTER F.X., ROUSSEAU S., (2007) « Services domestiques : quelles perspectives pour une stratégie d'industrialisation ? », Revue d'économie industrielle, n°119, pp.9-24.

DEVETTER F.X., ROUSSEAU S., (2011), Du balai. Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité, Editions Raisons d'agir.

DOERINGER P., PIORE M., (1971), Internal labour markets and manpower analysis, Health Lexington Books.

DUBAR C. ET TRIPIER P., (1998), Sociologie des professions, Paris, A. Colin

DUPUY Y., GILY J.P. et LUNG Y., 2007. « De l'analyse sectorielle à l'analyse territoriale : pour une approche méso-économique », in ITCAINA X., PALARD J. ET SEGAS S., Régimes territoriaux et développement économique, Presses Universitaires de Rennes.

EME B., 1991. « Les services de proximité », in Informations Sociales, n°13, août-septembre.

ENJOLRAS B., 2005. « La marchandisation des services sociaux en France et aux USA ; le cas de l'aide à domicile », Revue Française des Affaires Sociales, n°4.

ENJOLRAS B., 2005« Territoires et économie solidaire », Cahiers de la RECMA, n°296.

ENJOLREAS B. (2005). La marchandisation des services sociaux en France et aux USA ; le cas de l'aide à domicile. Revue Française des Affaires Sociales, 4, 145-164.

EYRAUD F., MARSDEN D., SILVESTRE J.J., (1991), « Marché professionnel et marché interne du travail en Grande-Bretagne et en France », Revue internationale du travail, n°4, vol.129.

FOURDRIGNIER J.M., HARZO C. HIRLET PH., STREICHER F. 2005., « Associations, territoires et régulations », Rapport de recherche pour la DIES, Université de Champagnes-Ardennes, Observatoire Social de Lyon, Département de recherche de l'IRTS de Lorraine, Décembre.

GADREY J. (2002). Les bénéfices collectifs des activités de l'économie sociale et solidaire : une proposition de typologie et une réflexion sur le concept d'externalités. Séminaire international « Utilité sociale et bénéfices collectifs de l'économie sociale et solidaire. DIES. Mai.

GADREY J. (1996). Socio-économie des services. Paris : La découverte.

GOFFMAN E. (1968). Asiles. Paris. Editions de Minuit.

GRELET Y. (2005), « Enseignement professionnel, spécialité de formation et reproduction sociale », Education et Formation, n°72, septembre 2005.

HADDAD P. & du TERTRE C. (2008). Les enjeux de régulation liés à la nouvelle dynamique de services à la personne en France. Communication pour le RESER.

HADDAD P. (2003). Politiques publiques et développement régional : les services de proximité, conférence internationale RESER, Services et développement régional, Mons, 9-10 octobre.

HELY M., (2009) Les métamorphoses du fait associatif, Paris : Puf, coll. Lien social.

HIRLET PH., KAISER J., STREICHER F. (2003). Economie solidaire en région lorraine : développement local, création de services et gestion de l'emploi en milieu rural, Rapport de recherche pour la DIES. Paris. Mars.

ITÇAINA X., PALARD J. & SEGAS S. (Eds.). (2007). Régimes territoriaux de développement économique. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

JANY-CATRICE F., LEFEBRE M. (2009). La création du « secteur des services à la personne : une banalisation programmée ? IXémes Rencontres internationales du Réseau Inter-Universitaire de l'Économie Sociale et Solidaire. Université Jean Monet, IUT de Roanne, 18-19 juin.

JANY-CATRICE F., PUISSANT E., RIBAULT Th., (2009), « Associations d'aide à domicile : pluralité des héritages, pluralité des professionnalités », Formation Emploi, n°107, pp.71-91.

JANY-CATRICE F. (2009). Combien d'emplois dans les services à la personne ? Chantiers de l'Institut pour le développement de l'information économique et sociale. Note de travail, 6, Juillet.

KANE A., (2010) « Du stress et des souffrances au travail jusqu'au suicide en entreprise : la position des médecins du travail », Mémoire de fin de formation en Master 1 « Interventions sociologiques », Université de Nancy2.

KARL, F. (2009). Einführung in die Generationen- und Altenarbeit. Opladen, Leske & Budrich UTB.

KHRISTOVA A., HIGELE J.P., (2009), « Les politiques menées au nom de l'emploi en France: vecteur de tutélarisation des ressources » in J.P. Higelé (dir.) Les transformations des ressources des travailleurs: une lecture de l'emploi et des droits sociaux en France, PUN, Coll. "Salariat et transformations sociales".

LAURENT C. & du TERTRE C. (Eds.). (2008). Secteurs et territoires dans les régulations émergentes. Paris : L'Harmattan.

LAVILLE J.L & NYSSENS M. (Eds.). (2001). Les services sociaux entre associations, Etat et marché. L'aide aux personnes âgées. Paris : La Découverte/MAUSS/CRIDA.

LAVILLE J.L. (1994). (Ed.) L'économie solidaire : une perspective internationale. Paris : Desclée de Brouwer.

LEFRESNE F., (2001), « Vers un renouvellement de l'analyse segmentationniste », Actes de colloque – Huitièmes journées de sociologie du travail, Aix-en-Provence, 20-22 juin.

LHOTEL H., BONNETIER C., (2004) Formation, qualification et professionnalisation dans le secteur de l'aide à domicile : problèmes, tendances et perspectives. Rapport de recherche pour la DRTEFP, Nancy, GREE, 106 p.

MARSDEN D., (1989) Marchés du travail : limites sociales des nouvelles théories, Economica, 267p.

MEDA D., VENNAT F. (dir.), (2004), Le travail non qualifié : permanences et paradoxes, La Découverte, collection Recherches, Paris, 420p.

MENKE, M., E. SCHNABEL, et al. (2007). Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege. Zusammenfassung der Abschlussberichte. Frankfurt/Dortmund, ISS, Forschungsgesellschaft für Gerontologie Dortmund.

MINTZBERG H. (1982), Structure et dynamique des organisations, Paris, Ed. Organisations.

MONTESINOS C., MINET M.J, OUHADDI A., SANTOLLINI L. ET SCHOENAHL M. (2009), La qualité de la relation d'aide au domicile des personnes fragiles, Rapport d'étude de terrain, en vue de la certification du Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale, IRTS de Lorraine.

OSTERMAN P., (1982), Employment structures within firms, British Journal of Industrial Relations, Vol. XX, n°3, pp. 349-361.

OSTY F. ET HUALDE M. (2007). Les mondes sociaux de l'entreprise. Penser le développement des organisations. Paris : La Découverte.

PARADEISE C., 1985, Rhétorique professionnelle et expertise, Sociologie du Travail, n°1, pp. 17-31.

PARADEISE C., LICHTENBERGER Y. (2001). Compétences, compétences, Sociologie du travail, 43, 33-48.

PELPEL P. et TROGER V. (1993), Histoire de l'enseignement professionnel, Paris, Hachette Education. 1993.

PERRAT J. (2004). Formation, emploi, travail : régulation sectorielle ou régulation territoriale ?, Quatrièmes Journées de la Proximité, 17-18 juin, Marseille.

PERRAT J., PUISSANT E., (2009), « Industrialisation des services, servicisation de l'industrie et devenir des modèles d'emploi », contribution dans XIIèmes Journées Internationales de Sociologie du Travail, Nancy, 24-26 juin 2009.

RAYMOND M.,ROUSSILLE B. , STROHL H. (2009) Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées. Rapport définitif pour l'Inspection générale des affaires sociales. Juillet.

REHFELD, SILKE (2001). Das Spektrum der Persönlichen Assistenz. Selbstbestimmt Leben mit Persönlicher Assistenz. Ein Schulungskonzept für Persönliche Assistenten. Drolshagen, Birgit. Franz, Alexandra. Marrenbach, Elke. Rothenberg, Birgit. Schmidt, Ester. Steiner, Gusti. Tillmann, Anja (Dir.), Band B. Dortmund/Köln, 53-60.

REMY J. (1994). La transaction : de la notion heuristique au paradigme méthodologique. In BLANC M., MORMONT M., REMY J., STORRIE T. (Eds). Vie quotidienne et démocratie. Pour une sociologie de la transaction sociale. Paris : L'Harmattan.

REYNAUD J-D. (2003). Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe. In de Terssac G. (Dir.) La théorie de la régulation de Jean-Daniel Reynaud. Paris : La Découverte.

ROSSO-DEBORD V. (2010), « Mission relative à la prise en charge des personnes âgées dépendantes », Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission parlementaire.

SAINSAULIEU R. ET LAVILLE J.L, (1990), Sociologie des associations, Paris : Desclée de Brouwer

STREICHER F. (2008). Entrepreneuriat, gouvernance et rapports aux logiques économiques publiques et privées. Les services aux personnes à domicile dans le bassin de Longwy. Colloque économie solidaire : nouvelles pratiques et dynamiques territoriales, Universités de Nantes, Le Mans, Rennes, Poitiers, ESA, ESSCA. 29 septembre.

STREICHER F. (2011). « Hybridation des formes d'organisation et configurations productives relationnelles : le cas des services d'aide au domicile des personnes dépendantes », in Formes et structures du salariat : crise, mutation, devenir, Presses Universitaires de Nancy, Coll. « Salariat et transformations sociales ».

SYMONS GLADYS L., (2007), « Qui a peur des émotions organisationnelles ? Revisiter le rapport entre le féminin et la gestion à l'aide de l'espace-temps affectif », Revue Recherches féministes, vol.20, n°1, pp.101-127.

TERTRE (du) C. (1999-a). Les services de proximité aux personnes : vers une régulation conventionnée et territorialisée, L'année de la régulation, 3, Paris : La Découverte.

TERTRE (du) C. (2005). Services immatériels et relationnels : intensité du travail et santé, @ctivités, 2, 37-50.

TERTRE (DU) C. (2009). « Modèle industriel » et « modèle serviciel » de la performance. Economie et sociétés. 43, 4, 643-662.

TERTRE (du) C., (1999-b). Activités immatérielles, subjectivité et productivité, Performances humaines et techniques, Hors série, 86-93.

TRONTO J. (2009). Un monde vulnérable. Pour une politique du care. Paris : La Découverte.

UGHETTO P., BESUCCO N., TALLARD M., DU TERTRE C., (2002). La relation de service : une tension vers un nouveau modèle de travail. Revue de l'IRES, 39.

VALETTE A., (2007), Renouvellement de la segmentation du marché du travail français et britannique ? Une approche par les salaires et la stabilité de l'emploi, doctorat ès sciences économiques, sous la direction d'Eric Verdier, Université Aix-Marseille II.

VOGES, W. (2002). Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.

WEIBERS, U. & G. ZIERES, Dir. (2005). Qualität in der Altenpflege. Nierstein, Iatros Verlag.