




U N I K A S S E L
V E R S I T Ä T



Gouvernance et organisation de l'aide au domicile des personnes fragiles

RÉGULATION DES SERVICES,
STRUCTURATION DE L'EMPLOI, ET
PROCESSUS DE FORMATION ET DE
QUALIFICATION

Le cas allemand

Décembre 2010

Ingo Bode

Mark Laabs-Rode

(Sébastien Chartrand, traduction)

L'arrière-plan de ce rapport

Ce rapport s'inscrit dans une coopération scientifique franco-allemande autour d'un projet de recherche qui était coordonné par une équipe du Département de Recherche de l'Institut Régional du Travail Social (IRTS) de Lorraine et les auteurs de ce document, attachés à l'Institut de la politique sociale et de l'organisation des services sociaux (ISOSD, aujourd'hui : Département de la politique sociale, du droit et de la sociologie à la Faculté des sciences humaines) de l'Université de Kassel (Allemagne). Ce projet, intitulé par les coordinateurs « Structuration de l'emploi, processus de formation et de qualification, conditions de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles ? » était financé par un programme sous la direction d'un réseau d'organismes français, dont la DREES du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Ce réseau comprend également la CNSA, la DGAS, l'ANESM, le CNFPT et les Départements du Rhône et de Paris ainsi que la Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité. Le projet, traitant du champ de l'aide à domicile des personnes âgées fragilisées, visait, tout d'abord, à établir le lien entre les orientations des politiques publiques, le développement de l'offre de services et la professionnalisation des agents et des structures d'aide ainsi que les pratiques et les logiques des acteurs opérationnels individuels et collectifs. De plus, il s'intéressait au processus de qualification et de formation des salariés de ce secteur en partant de l'hypothèse qu'il y avait un rapport certain entre les conditions d'emploi voire de la professionnalisation du métier et la qualité de la relation de service. Le cadre territorial de la recherche était constitué de trois bassins de vie et d'emploi, dans le département de la Meurthe et Moselle, à Luxembourg et dans l'agglomération de Kassel en Allemagne. La comparaison entre ces trois bassins servait à contraster les expériences régionales avec des configurations institutionnelles différentes (mais pas trop éloignées au niveau du cadre régulateur). L'investigation était basée sur des entretiens semi-directifs et des analyses de documents (plaquettes commerciales, rapports d'activité, organigrammes, planning) auprès de 15 organismes prestataires et mandataires (dont un au Luxembourg et 3 à Kassel en Allemagne). Les entretiens étaient menés, entre autres, avec les dirigeants des organismes associatifs et commerciaux (administrateurs, directeurs) et certains cadres responsables de l'organisation du travail au quotidien. De plus, il y avait un recensement des données quantifiables et qualitatives relatives à la gestion des emplois et à l'organisation du travail (qualification des postes et des personnes recrutées, modalités de recrutement, éléments du rapport salarial ; coordination des intervenantes, ajustements des horaires, régulation de contrôle, coopération avec des bénévoles, etc.). Le projet examinait également des données organisationnelles telles que le positionnement des structures sur les « marchés » locaux de l'offre de service, les formes de gouvernance associative et entrepreneuriale, les rapports de concurrence, les partenariats, les rapports tutélaires et transactions budgétaires, ou l'engagement dans les procédures d'évaluation interne et de qualité. Le rapport présenté dans ce document reprend les résultats de l'analyse du cas allemand. Les résultats concernant les autres bassins sont résumés dans un rapport remis à la DREES courant 2011.

Table des Matières

1. La régulation de secteur de l'aide à domicile aux personnes dépendantes en Allemagne: Gouvernance externe dans un contexte de marchandisation
2. Structuration de l'emploi, processus de formation et de qualification
 - 2.1 État de la question sur le travail et l'organisation du « care » en Allemagne
 - 2.2 Les qualifications et la formation
3. La configuration managériale et du travail au niveau local : le cas de la ville en plein milieu d'Allemagne
 - 3.1 L'infrastructure locale
 - 3.2 La gouvernance interne : Structures et relations au niveau du prestataire
4. Conclusions

1. La régulation de secteur de l'aide à domicile aux personnes dépendantes en Allemagne: Gouvernance externe dans un contexte de marchandisation

Un examen approfondi de l'environnement institutionnel dans lequel les soins et l'aide aux personnes âgées dépendantes sont organisés est nécessaire pour comprendre toute la complexité de la régulation – ou de ce que nous appelons ci-dessous la « gouvernance externe » – du système allemand de « la dépendance » [1]. Plusieurs acteurs de la régulation, chacun jouant une fonction qui lui est propre, sont à l'oeuvre dans ce système : 1) en tant qu'organismes payeurs majeurs, les caisses (-dépendance) de la sécurité sociale, légalement autonomes mais assez près de l'État et en lien avec le Service médical de la d'assurance maladie, 2) diverses instances administratives qui assurent un rôle de surveillance et de contrôle, 3) les fédérations de prestataires dont l'existence témoigne d'une mise en réseau assez forte dans le secteur, 4) finalement, les prestataires en compétition les uns avec les autres sur les marchés locaux. En même temps, nous avons une constellation de gouvernance à trois piliers : 1) les caisses d'assurance dépendance et le Service médical de l'assurance maladie (*Medizinischer Dienst der Krankenkassen*) associé, 2) les municipalités avec leurs responsabilités locales dans les domaines de la planification des soins aux personnes âgées ou de l'assistance sociale et 3) divers groupes de prestataires (Bode 2007). Les caisses-dépendance assurent la gestion administrative (paiement) des services (de soins) aux personnes concernées, alors que le Service médical de l'assurance maladie suit de près en assurant l'évaluation des besoins des personnes dépendantes.

Pour ce qui est de la gouvernance externe (ou institutionnelle) du système, en tant que tel, le secteur de l'aide aux personnes dépendantes allemand est caractérisé à sa base par les dispositions du code social (*Sozialgesetzbuch, SGB XI*). Nous résumons brièvement les principes de base pour les prestations : 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), soit une aide financière pour l'aide à domicile non-

paramédical (les soins « approfondis » sont pris en charge par l'assurance maladie, le reste incombant à l'assurance dépendance dans la limite des plafonds en vigueur). Le Service médical de l'assurance maladie évalue la capacité des personnes à vivre de manière autonome et établit un diagnostic. Quand la personne a besoin au minimum de 45 minutes de soutien ou de soins, on définit son niveau d'aide en fonction de trois échelons de besoins (*Pflegestufen*) selon la sévérité de son incapacité. La personne recevra alors des services (ou une allocation monétaire, au choix du bénéficiaire) en fonction de son échelons de besoins. Sur la base de son évaluation, on définira pour la personne une liste de besoins, corporels ou autres et un prestataire sera retenu voir choisi par le bénéficiaire. La sélection finale des services spécifiques se fera librement dans le cadre d'un accord entre le bénéficiaire et le prestataire choisi, sur la base des actes calculés chacun en minutes valorisées en Euro (selon la convention entre les fédérations des caisses et les unions des prestataires). Ce panier de soins (au sens large) représente une limite supérieure. Habituellement et dans une logique exprimée d'une couverture partielle de la part de la caisse de l'assurance dépendance, il y a renoncement d'une partie des soins comme prévues par l'évaluation. Il s'agit parfois d'un délicat arbitrage entre des priorités subjectives.

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 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). 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. De plus, des aidants informels (la famille, bénévoles) et des services relevant de la politique sociale municipale répondent aux trous dans la couverture de soins, face aux restrictions budgétaires dans l'assurance dépendance. Les municipalités répondent en offrant certains services généraux, qui dépassent rarement les services d'information, et grâce à « l'aide aux soins » (*Hilfe zur Pflege*),

une allocation qui permet de payer les prestataires dans les cas jugés nécessaires qui ne sont pas financés par l'assurance dépendance. [2]

Étant donné la complexité de la régulation institutionnelle, nous devons aborder la question du système de coordination. Des efforts sont faits depuis un certain temps au niveau local, de manière non systématique, pour coordonner plus étroitement les divers secteurs de service et leurs agents ainsi que de tenter de standardiser les parcours d'aide, par l'établissement de « pivot dépendance » (*Pflegestützpunkte*) au niveau local. Malgré cela, il n'existe pas dans le système d'aide et de soins aux personnes fragiles en Allemagne une gouvernance externe à partir d'une source unique. 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 à 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 familiale 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.

Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, la coordination de type marchande est devenue de manière grandissante un élément essentiel de la gouvernance externe du système de la dépendance. Il est vrai que le marché des soins est très réglementé: les dispositions du Code social mentionnées précédemment contiennent de nombreuses dispositions pour les prestataires et 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 [3]. Au-delà de cette régulation quasi-tutélaire, un élément central de la

régulation du système de la dépendance 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 effectués, qui sont, au mieux, en accord avec le contrat, mais dans certains cas, inférieurs au contrat.

Comme nous le constatons ci-dessus, le système de la dépendance est très éclaté en Allemagne. Alors qu'au coeur de ce système, on trouve des services paramédicaux (tels qu'ils sont couverts par l'assurance dépendance) très compartimentés, on peut faire état, en périphérie du secteur, d'autres intervenants et institutions impliqués dans le processus de soins (Karl 2009). 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 handicapées, ils sont peu accessibles aux personnes âgées dépendantes. Au centre de ce sous-système se trouve la contribution de l'assistant personnel, un service financé selon les besoins par les affaires sociales de la municipalité. En fait, les possibilités de demander des aides sont assez considérables ici, même si une réglementation explicite et uniforme sous la forme par exemple, d'une loi de services séparée n'existe pas. [4]

L'assistance personnelle est généralement offert 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. [5] 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). On réfère à ces services de soutien au niveau international en utilisant le terme générique de « home help », mais en Allemagne, à la différence de nombreux autres pays, ces services sont peu développés pour les personnes âgées dépendantes. [6]

C'est le Code social (*SGB*) IX qui régit le droit aux allocations pour l'obtention d'un assistant personnel. [7] 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 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 de ces prestations, 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 engendrés : que ce soit les syndicats 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. Les prestations monétaires comprennent l'aide sociale à domicile, l'aide pour le maintien du ménage et une allocation d'insertion. [8] 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'assistance personnelle peut prendre la forme d'une aide en nature provenant du prestataire de soins (*Pflegedienste*) ou d'autres prestataires de services à domicile. Dans de nombreux cas, ce sont des prestataires spécialisés et 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 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. [9] Depuis le mois de mai 2008, une demande peut être faite pour un soi-disant budget personnel : dans ce cas de figure, les bénéficiaires achètent directement sur le marché tous les services sociaux dont ils ont besoin. [10] Les services fournis sont offerts en tant qu'ensemble de prestations dans le cadre conventions d'objectif entre les bénéficiaires et les organismes payeurs.

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'espaces 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.

Somme toute, quand on adopte le point de vue des utilisateurs, la régulation institutionnelle du système allemand de la dépendance apparaît comme un système de réglementation combinant à la fois le marché, les politiques sociales et les interventions informelles [11], sachant que, dans le cas de cette dernière, les formes d'aide extérieures à la famille (sous forme de visites, etc.) sont, après tout, plutôt marginales. Ceci s'accompagne d'un degré relativement élevé de fragmentation et de la difficulté d'assurer un niveau élevé et uniforme de qualité. Cela semble d'autant plus problématique qu'il existe traditionnellement dans le secteur des soins une forte inadéquation

entre les normes des soins infirmiers (voir Menke et al. 2007) d'une part, et le « programme » régulier des établissements de soins (EPAD) d'autre part (Roth 2007). Les experts impliqués dans le système d'évaluation de la qualité du Service médical de l'assurance maladie évoquent régulièrement des déficits en la matière (Weiber & Zieres 2005).

Toutefois, des efforts ont été récemment faits pour améliorer la qualité des performances du secteur des soins à domicile. Aux instruments introduits avec l'assurance dépendance (visites régulières, un pourcentage minimum d'employés diplômés) se sont ajoutées de nouvelles mesures. Des modifications législatives ont été apportées au code social (*SGB XI*) qui oblige dorénavant les prestataires à une gestion de la qualité et ainsi à assurer un développement de la qualité des soins. Les prestataires doivent respecter les stipulations fixées dans des conventions de qualité, passées avec les caisses de la dépendance, et s'assurer de suivre des principes et normes d'assurance qualité prévus par ces conventions. Par exemple, en ce qui concerne la nature de la population des usagers pris en charge, leurs besoins divers ou les ressources matérielles et humaines disponibles y compris les qualifications du personnel.

Un nouveau stade administratif de contrôle de la qualité a été adopté à la fin du mois de mai 2008 lors de la réforme de l'assurance dépendance. Les résultats en terme de qualité, évalués par ces contrôles externes, doivent maintenant être rendus accessibles et comparables sur l'Internet ou rendus publics sous d'autres formes donnant ainsi une information de base aux utilisateurs potentiels enclins à comparer les divers prestataires sur le marché. Ces informations sont tirées des rapports du Service médical de l'assurance maladie. Ainsi, les tests du Service médical de l'assurance maladie – contrairement à ce qui était le cas autrefois – ont généralement lieu sans préavis au moins une fois par an. Encore une fois, il s'agit, finalement, d'une gouvernance de type marchande: car au-delà des erreurs graves, la régulation externe laisse le champ libre aux forces du marché quand il s'agit de produire de la qualité. Il va de soi que ce jeu libre touche aussi le secteur informel qui continue à réaliser une part importante des services de soutien.

En ce qui concerne ce secteur informel, la famille du bénéficiaire devient un élément central dans les dispositions réglementaires du système de la dépendance – et ceci également dans un sens normatif, compte tenu de l’orientation très familialiste du code social (Dammert 2009). En ce qui concerne les visites à domicile du Service médical de l’assurance maladie, il existe seulement un contrôle minimum de la qualité des performances des aidants informels touchant l’allocation de dépendance (deux ou quatre visites par année). Ici, la gouvernance externe présuppose des prestations informelles et génère des risques particuliers, vu la « fragilité » potentielle des relations informelles dans les ménages concernés et le manque de compétences, les surcharges de travail ou de carences temporaires chez ces ménages. Ces risques deviennent plus importants dans la mesure où la disponibilité des aidants privés (famille ou autres) devient de plus en plus limitée, en raison de l’augmentation de la mobilité spatiale (subie), de situations d’emploi précaire, et de la transformation des rôles entre les sexes. Les possibilités de compensation sous forme d’achat de services privés sont très inégalement disponibles. Dans tous les cas, on peut supposer qu’à l’avenir (pour une partie de la population) les ressources financières d’une part importante des futurs aidants naturels ne seront pas suffisantes pour se payer une aide professionnelle et des services de soutien, alors que les ressources financières des bénéficiaires eux-mêmes vont en diminuant (Dammert 2009, 225).

Dans le contexte plus large de la gouvernance externe du système de la dépendance, on retrouve des forces de contrôle qui ont un impact sur les conditions de travail et de vie des aidants privés potentiels. Il est particulièrement pertinent de mentionner les politiques qui favorisent l’employabilité de la population, particulièrement celles qui cherchent à augmenter la participation moyenne des Allemandes sur le marché du travail. Depuis un certain temps, débat intense sur les services de garde a lieu en Allemagne (voir, par exemple, Blome et al. 2008: 301-311), mais a toujours été l’objet d’une discussion sur les effets de la répartition et des modalités d’incitation de l’allocation de soins (*Pflegegeld*), particulièrement concernant ses effets sur la liberté de choix (Dallinger 1998). Le paradoxe allemand est de suggérer que d’un côté, ces options restent soumises à la renonciation au travail salarié, ou au retrait du marché du travail (la

continuité de l'allocation de soins est considérée comme une alternative institutionnelle à l'emploi à bas salaire), tandis que de l'autre côté, divers mécanismes comme le développement des services de garde et les allocations parentales d'éducation (*Erziehungsgeld*) visent à accroître la participation des femmes sur le marché du travail (tout en maintenant le niveau d'occupation des hommes). Le contrôle institutionnel du secteur des soins aux personnes dépendantes semble donc, quelque part, marqué par une approche schizophrène.

2. Structuration de l'emploi, processus de formation et de qualification

2.1 État de la situation sur le travail et l'organisation du « care » en Allemagne

Le cadre organisationnel dans lequel les prestataires offrent leurs services est essentiel pour la qualité des soins et de l'aide aux personnes âgées. Comme nous l'avons déjà mentionné ci-dessus, il existe en ce qui concerne les types de prestataire, à tout le moins dans le contexte allemand, une complémentarité réelle entre l'emploi formel et l'aide informelle. Au cours du 20ème siècle, le secteur s'est constitué sous la forme d'organisations de bien-être à but non lucratif, institutionnalisées et fédérées sous la forme d'associations libre de bien-être (« *freie Wohlfahrtspflege* »). Ces organisations sont formellement indépendantes de l'État, mais se sont positionné aussi en dehors de la sphère marchande. La régulation interne de ces organisations, y compris pour ce qui de leurs relations de travail, est en grande partie de type associatif, c'est à dire incluant la consultation et la négociation interne entre membres/adhérents. Il faut savoir qu'un principe similaire s'applique aux structures municipales d'intervention sociale, notamment par le fait que, en Europe continentale, le gouvernement municipal fut traditionnellement lié aux acteurs de la société civile (associations, organisations politiques, etc.).

En ce qui concerne le travail formel, rémunéré, les normes d'emploi telles qu'elles étaient établies dans les les associations de bien-être mentionnés ci-dessus (les « *Wohlfahrtsverbände* ») ont été transférées progressivement du secteur public vers celles-ci. Par conséquent, les activités effectuées de manière mécanique (l'administration, nettoyage, etc.) étaient marquées par un rapport salarial comme on le connaît dans les administrations et les grande entreprises. Cela dit, les prestataires associatifs ne se trouvaient pas (et ne se trouve pas toujours) confronté à une gouvernance bureaucratique comme celle qui est typique des organismes publics en matière de l'hierarchie institutionnelle. De ce fait, les emplois de cadre établis chez ces prestataires (à but non lucratif) présentaient (et présentent toujours dans une certaine mesure) la particularité d'une ouverture potentielle pour d'autres formes de *gouvernance interne*, prenant davantage en compte les intérêts de ces cadres (voir à ce sujet ci-dessous Bode 2010).

Le développement du secteur est par ailleurs influencé par des processus de professionnalisation qui ont globalement donné forme au secteur social au 20^e siècle (Rauschenbach 1999; Nadai et al. 2005: 17-62). A cette époque, ces processus sont soutenus par la réglementation publique et le (co-) financement du secteur. Il en a résulté, sur une longue période de temps, un florissant marché de l'emploi pour les professionnels des soins (dans son sens le plus large). [12] C'est cette période durant la quelle les liens entre le secteur public et les associations de bien-être se développent, particulièrement en ce qui concerne la réglementation du champ professionnel (définitions des normes de qualité, définition des formations appropriées, etc.).

Au même moment, le travail informel ou bénévole est resté très présent dans le secteur de l'aide aux personnes dépendantes. Jusqu'à ce jour, un modèle organisationnel hybride existe pour les associations de bien-être : il s'agit d'un modèle de « co-existence et coopération entre le travail salarié comme emploi à temps plein ou principale d'un côté, et de l'autre, le travail bénévole pour la prestation de services et les activités managériales ainsi que finalement un travail d'aide bénévole non rémunéré » (Priller & Zimmer 2006, 20). Cela dit, le travail d'aide bénévole est faiblement intégré dans la structure du travail professionnel et donc moins lié aux finalités de ce dernier. Il s'agit dans ce cas-ci de la tradition de femmes au foyer effectuant du bénévolat social.

Toutefois, le fonctionnement des associations de bien-être est fortement influencée par une gestion assumée, elle aussi, par des bénévoles, particulièrement dans les conseils d'administrations de superstructures associatives en dessous desquelles sont placées les structures prestataires, souvent sous statut d'une société anonyme à but non lucratif. On retrouve dans la gestion de ces organismes des bénévoles qui font une longue carrière associative. Même chez les cadres intermédiaires, des employés socialisés dans le milieu associatif sont fréquents. En même temps, il y a des travailleurs qui rassemblent beaucoup à ceux employés par le secteur public ou le secteur marchand. Dans ce cas, les motivations pour le travail sont comparables à celles typique de ces deux secteurs, étant donné que leur rôle de membre, défini très étroitement, ne permet pas une identification forte à leur travail.

Chez les prestataires à but lucratif – qui n’ont cessé de croître depuis le milieu des années 1990 – on ne retrouve pas ces éléments informels évoqués ci-dessus. Leurs protagonistes, ce sont, pour la plupart du temps, d’ex-travailleurs d’associations de bien-être ou des hôpitaux publics qui, aujourd’hui, développent et gèrent eux-mêmes de petites entreprises. En Allemagne, on manque des recherches sur la configuration motivationnelle de ces chefs d’entreprises et sur la question si existent des éléments de motivation comparables à ceux qu’on peut retrouver chez les travailleurs informels voir ceux du secteur à but non lucratif. Des études britanniques suggèrent, cependant, que chez ces prestataires règnent une culture motivationnelle différente de celles typique des entreprises privées ordinaires (Kendall et al. 2003).

Pour ce qui est de l’organisation des conditions de travail – réglementées par des normes publiques, mais également façonnées par la culture du champ – on peut constater une problématique multiple. La réglementation sociale (qui est bien entendu elle-même conditionnée par la culture du champ) touche à l’arrangement du travail dans la mesure où elle établit des limites particulières. Au niveau pratique, cela vaut pour l’Etat providence qui finance les services d’aide dans le cas où les bénéficiaires ne pourraient pas assumer seuls ces coûts. Ici, les limites du système allemand sont évidentes : Une comparaison avec d’autres pays (Theobald et al. 2007, Huber et al. 2009) démontre l’importance du paramédical ou corporel dans les soins en Allemagne, bien que certaines dispositions à ce sujet de l’assurance dépendance sont en cours de révision. D’un autre côté, ce qui est connu sous les termes de « social care » – à savoir, la surveillance quotidienne et l’accompagnement à domicile des personnes dépendantes – est plutôt traité négligemment par l’assurance dépendance et chez d’autres organismes (Gerlinger & Rober 2009). Ainsi, on rend impossible la formation et la mise en œuvre d’une « professionnalisation » orientée vers la personne dans son entièreté.

Il y a d’autres limites. Du point de vue organisationnel, les quotas de temps jouent un rôle central pour l’évaluation des besoins du bénéficiaire. Malgré l’introduction de forfaits de soins (pour la démence) dans la réforme des soins en 2008, c’est toujours le concept de « minutes soins » qui

domine le système d'aide et de soins aux personnes fragiles en Allemagne. On a un budget de temps à accorder, et il y a pas d'autres éléments de soutien.

En outre, le contexte organisationnel des soins à domicile reste un espace susceptible à produire un haut niveau de stress (Geller & Gabriel 2004): des périodes de travail très intenses suivent des périodes de grand vide; le financement des prestations par les caisses d'assurance sociale reste parfois incertain ; la marge erreur est élevée quand des intervenants combinent, par souci d'efficacité, des soins infirmiers et d'autres activités dans le cadre d'interventions de courtes durées. Ces considérations, doublées aux conditions de travail dans le secteur (heures supplémentaires, travail la fin de semaine) et les bas salaires sont souvent une des raisons qui expliquent la mobilité interorganisationnelle relativement élevée dans le secteur et que peu de gens restent dans la profession pour une longue période de temps (Voges 2002: 184-189).

Sur le plan culturel, il est significatif que les soins à domicile pour les personnes âgées dépendantes se déroulent dans la sphère intime des clients, souvent dans le contexte de la vie en famille. En Allemagne, l'offre de soins au bénéficiaire souvent encore une affaire privée les aidants formels complètent le soutien familial. L'engagement des « aidants naturels » (Meyer 2006) se trouve au centre du cadre de l'intervention, et des ententes entre les prestataires formels et la famille sont assez complexes (voir également Dreßke 2001 et Geller & Gabriel, 2004). Dans ces arrangements multipartites, auxquels participent également des organismes publics (le Service médical de l'assurance maladie), sont négociés ce qui relève du monde du soutien légitime, ce qui est de l'ingérence et ce qui est considéré comme des soins appropriés. Il est difficile de distinguer soutien aux membres de la famille et contrôle social. En d'autres termes: « lier de manière optimale les systèmes d'aide formel et informel » (Evers & Olk 1996) est un problème persistant du travail professionnel dans le secteur de l'aide aux personnes dépendantes en Allemagne.

Il ne faut pas manquer de souligner que d'un point de vue culturel, ce secteur diffuse des conditions de travail inférieures à la moyenne des normes sociales (voir Gottschall 2008). En Al-

Allemagne, les soins aux personnes âgées représentent aujourd'hui, plus que jamais, un secteur à bas salaires où on retrouve beaucoup de temps partiel ou d'emplois marginaux (Oschimiński 2010). Cela a certainement contribué au cours des dernières années à l'érosion du mouvement de transfert des normes tarifaires du secteur public vers le secteur associatif (Dahme et al. 2007) – un développement qui représente une rupture avec la « culture d'emploi » égalitaire qui prévalait, du moins, au sein des organisations caritatives confessionnelles (Segbers 2007). En outre, en dehors des soins à domicile au sens strict, le soutien pour les personnes âgées fragiles est de plus en plus organisé dans un secteur quasi-informel de l'aide ménagère individualisée (Jeehring 2004), y compris par un régime d'impôt favorable à ce type d'arrangement. Il existe également une zone grise de plus en plus grande qui tend vers l'emploi illégal (Larsen et al. 2009, Neuhaus et al. 2009) et qui a un impact sur l'emploi dans le secteur formel, par exemple, en exerçant une pression à la baisse sur les salaires.

2.2 La question des qualifications et la de la formation

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 des 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 de 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).

La loi sur les soins infirmiers incluant la formation et l'évaluation de la profession d'infirmier est décisive pour déterminer la durée de la formation et son contenu au niveau national. La formation comprend une section théorique (2.100 heures) et une section pratique comprenant les soins à domicile (2.500 heures) et se termine par un examen d'État. Des spécialisations sont offertes dans le cadre de la troisième année de cette formation, par exemple en pédiatrie. Si cette formation en soins infirmiers se réclame d'une approche holistique voire du modèle des soins primaires, dans les faits, l'accent est fortement mis sur l'assistance paramédicale.

Cela dit, le fonctionnement de base de nombreux prestataires de soins en Allemagne repose sur des employés qui ont une formation en soins gériatriques. Jusque dans les années 1970 et dans la plupart des « *Länder* », une formation de courte durée pour le personnel était nécessaire pour exercer dans ce domaine. Cette période a été suivie par une mise en place d'une formation en soins gériatriques dans la section des professionnels de la santé dans les écoles professionnelles (*Berufsfachschulen*). Dans les années 1990, la plupart des « *Länder* » ont convenu d'une période de formation de trois ans, où, dans le cas d'une formation terminée ou en cours, un raccourcissement de la formation pratique est possible, comme l'est la possibilité de suivre la formation à temps partiel sur une plus longue période de temps.

La loi relative aux soins gériatriques (*AltPflG 2000*) apparaît en 2003. Elle donne les lignes directrices à l'échelle nationale. La reconnaissance de la profession d'infirmier pour personnes âgées (« aides-soignant senior », *Altenpfleger*) n'est octroyée qu'aux personnes qui ont complété la formation appropriée. Les préalables nécessaires à cette formation sont introduits grâce à une modification dans la loi relative aux soins gériatriques (et la loi relative aux soins infirmiers) en juillet 2009. La nouvelle réglementation stipule qu'il suffit maintenant d'avoir achevé dix années de scolarité pour accéder à la formation, le contenu et le niveau de la formation restent inchangés. [14] La formation se compose de cours théoriques et pratiques offerts dans les écoles de soins gériatriques (système en alternance) ainsi que d'une formation pratique. [15] Cette formation pratique est complétée dans les établissements pour personnes âgées ou les organismes de services à domicile.

Malgré des règles uniformes à l'échelle nationale, il existe toujours des différences entre les « Länder ». La tentative de réglementer l'enseignement gériatrique dans les écoles professionnelles prend du retard : « l'objectif d'harmonisation au niveau national de la formation pour les soins gériatriques [...] n'est pas atteint » (BGW 2006, 6). [16] On tente dans plusieurs « Länder » des essais pilotes pour de nouvelles formations en soins infirmiers. Si cela reste des mesures régionales et temporaires (voir *AltPflG* Abs.6 § 4), on peut néanmoins dire que jusqu'à ce jour dans le champ des soins, du soutien et des prestations aux personnes âgées, « comme dans aucun autre champ, ne retrouve-t-on autant de professions et d'activités professionnelles étroitement liées qui sont en concurrence étroite » (Becker & Meifort 1997 : 48).

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. [17] 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 les personnes avec des titres d'emploi, mais sans avoir complété de formation formelle telle que les auxiliaires gériatriques. [18] Depuis les années 1990, on élargit l'offre de « qualifications en deçà d'une formation professionnelle ordinaire » (Becker & Meifort 1997: 51). Selon la manière de calculer, la proportion des travailleurs sans formation ou semi-qualifiés 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'être 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.

L'éventail de formations continues est assez large. Des postes de direction pour cadre moyen sont accessibles grâce à des formations continues qui offrent de devenir « professionnel en soins gériatriques » avec une spécialisation dans des disciplines telles la gériatrie/réadaptation, oncologie, psychiatrie ou soins palliatifs. [20] En vertu de la Loi relative à la formation professionnelle (*BBiG*) des chambres de commerce et de l'industrie, on retrouve, de plus, une formation de « spécialiste en soins gériatriques et soins infirmiers ». Plus de possibilités existent dans les domaines suivant : gestionnaire de soins de santé, consultant en soins gériatriques, direction d'un établissement pour personnes âgées ou d'une école de soins pour personnes âgées ou d'entérostoma-thérapeute. De plus, il y a des programmes de formation continue menant à des postes supérieurs existant pour le domaine hospitalier (soins hospitaliers, gériatriques ou pédiatriques) et d'autres qui, couvrant une période d'un à deux ans et relevant du domaine de la gestion des soins infirmiers, sont réglementés par une loi du *Land* et ont lieu dans des établissements d'enseignement de la santé et des services sociaux agréés. [21] Les personnes ayant le droit d'accéder à l'enseignement universitaire (*Hochschulzugangsberechtigung*) peuvent également obtenir un Baccalauréat en travail social ou en gérontologie.

À l'autre extrémité du spectre de compétences, c'est-à-dire dans le champ des activités non corporelles et non paramédicales, il est frappant de constater que le processus de professionnalisation est fort incomplet. Pendant longtemps ceux qu'on appelle les aidants familiaux (*Familienpfleger*) ont joué un rôle majeur dans ce secteur: après avoir suivi une formation technique, ils travaillaient dans le domaine de l'économie domestique ou du soutien à la vie quotidienne (*Alltagsbeleitung*). Entre-temps, cette occupation semble s'être transformée :

de moins, beaucoup d'aidants familiaux ont suivi une formation pour se recycler en infirmière pour personnes âgées, cette qualification offrant de meilleures possibilités d'emploi.

Comme nous l'avons mentionné ci-haut, 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.

De cet univers d'aide personnelle, il faut distinguer le cas des personnes qui furent engagées dans les dernières années pour des tâches de soutien aux personnes atteintes de démence. [22] Dans le cadre d'une offensive pour former plus de travailleurs dans le secteur [23], de nombreux travailleurs non qualifiés, y compris des personnes sans liens antérieurs avec ce secteur d'activité, ont été qualifiés grâce à des formations accélérées pour offrir de l'assistance quotidienne aux personnes souffrant de démence. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'au-delà des fonctions de supervision et des activités d'aide dans le champ de la démence, une formation plus poussée serait nécessaire – donc des éléments de formation inclus dans les formations spéciales mentionnées ci-dessus.

Somme toute, il existe globalement un immense éventail de préalables et de qualifications pour travailler dans ce champ et pour accéder à des postes supérieurs. Il est très limitatif pour les

travailleurs que l'*emploi* de ces qualifications est souvent difficile dans le secteur des services à domicile. Le nombre de postes de cadres intermédiaires est limité, et qu'au même moment l'importance des formations sur le tas ne cesse d'augmenter. En outre, les préalables pour accéder à une formation ou poursuivre une formation continue sont peu réglementés alors que les employeurs sont restrictifs s'il s'agit d'envoyer leurs employés en formation. [24] De plus, l'employeur ne défraie pas les coûts de la formation continue dans beaucoup de cas. Pour le salarié qui paie lui-même sa formation, le jeu n'en vaut pas la chandelle puisque que la formation mène rarement à une hausse de salaire. Finalement, la mobilité vers des professions voisines ne se fait pas sans complications. Il existe différentes bases juridiques non contraignants en ce qui concerne la reconnaissance des diplômes alors que la définition des équivalences est problématique. La faible perméabilité du secteur d'après Becker et Meifort (1997) est causée, entre autres, par un manque de normes de formation respectées par l'ensemble des prestataires et établissements. Cette situation favorise les qualifications parcellaires ainsi que des carrières se limitant à un seul et unique prestataire.

Voges (2002), dans son analyse poussée du champ professionnel de l'aide aux personnes âgées, indique que l'entrée dans le champ, en tant que telle, peut être très intéressante à tout âge, en partie parce que les préalables sont assez limités et que l'offre de formation est bien supérieure à la demande. Ce fait est confirmé par la proportion importante d'étudiants plus âgés qui, malgré des scolarités diverses, trouvent systématiquement des points d'entrée horizontalement ou latéralement dans le champ. Voges montre aussi, toutefois, que les soins infirmiers et l'aide aux personnes âgées perdent de leur attrait avec l'âge. Ce qui certainement dû aussi aux limites qui existent pour ce qui est de l'accès aux postes supérieurs mentionnés précédemment.

3. La configuration managériale et le travail au niveau local : le cas d'une ville en plein milieu de l'Allemagne

3.1 L'infrastructure locale

Notre étude de cas locale (voir l'encadré sur la méthodologie) a été menée dans une grande ville du *Land* de Hesse qui illustre bien les problèmes typiques que l'on retrouve dans le secteur des soins aux personnes âgées aujourd'hui : une population âgée dépendante importante et en croissance, un pourcentage significatif des seniors à faibles revenus, une structure complexe de prestataires de services et une politique municipale de soins aux personnes âgées qui donne certaines orientations au secteur, mais qui dans les faits, a peu les moyens d'agir. Dans cette section, nous décrivons l'infrastructure du système local d'aide et de soins aux personnes fragiles en mettant l'accent sur la contribution de la politique municipale de soins aux personnes âgées.

La méthodologie de l'étude exploratoire locale

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 structures 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.

Dans la municipalité étudiée, on retrouve en plus d'un certain nombre d'établissements hospitaliers, gériatriques ou autres, une grande offre de soins et d'aide à domicile. Il y a huit centres de jour de soins (*Tagespflegeeinrichtungen*) (pour un total de 100 places) alors que les établissements hospitaliers offrent des places de soins à court terme. Les appartements offrant plusieurs services (*Service-Wohnen*) existent sur une assez grande échelle (environ 1.300 en 2009). A cela s'ajoute des initiatives pilotes de logements communautaires, incluant pour les personnes souffrant de démence, et un établissement intergénérationnel.

L'instance municipale en charge des soins et de l'aide aux personnes âgées voit sa tâche de la façon suivante : « favoriser les soins à domicile, rendre des forfaits de services attrayants ... dans les quartiers mêmes » (*Altenhilfebericht* de cette ville en 2009). Le service social de la municipalité peut uniquement avoir une incidence directe sur l'offre dans la marge (voir ci-dessous). Entre autres, il tente (par exemple, selon une étude de faisabilité commandée par un magistrat en 2001) de trouver de nouvelles pistes pour ce qui est du soutien bénévole au niveau local. En outre, la municipalité est activement impliquée dans des projets nationaux phares – un exemple étant l'expérimentation un projet pilote programmant des allocations directes ou budgets personnels, les *Pflegebudgets*), un autre la mise en place d'un établissement intergénérationnel.

L'instance municipale en charge des soins et de l'aide aux personnes âgées assume ici principalement un rôle de facilitateur. Du point de vue d'un expert local, la stratégie de la municipalité est un mouvement d'aller-retour sur la question de savoir si leur action doit être centralisé ou décentralisé. Aujourd'hui, l'accent est mis sur les services de consultation dans le cadre d'un point d'accès unique équipé de deux à trois spécialistes (entretemps, ils avaient quitté leur poste pour participer à un projet national modèle). Ce point d'accès va devenir un point d'accès officiel, selon les dispositions de la révision de la loi relative aux soins de 2009. La municipalité a réussi à réaliser ce projet qu'après d'âpres négociations en plaçant le point d'accès en partenariat avec le *Land* de Hesse (après que les caisses avaient préféré l'établissement d'un centre d'appel initialement). Il semble donc se construire ici quelque chose comme une

organisation centrale pour le système local d'aide et de soins aux personnes fragiles, mais il faut attendre de voir dans quelle mesure ils seront acceptés ou en tant que tel ou quel effet ils auront.

La municipalité soutient autrement une demi-douzaine de services décentralisés de conseils et de loisirs dans les associations de bien-être (*Wohlfahrtsverbände*), en partie dans le cadre d'autres programmes (par exemple, le programme «ville sociale» qui rassemble la «politiques de la ville» en France). Les projets subventionnés vont eux-mêmes chercher des fonds de commandes, ou même un financement de l'Union européenne, afin de compléter leurs ressources. Ces initiatives sont précaires, il peut facilement arriver qu'un projet particulier doive être arrêté (comme cela s'est produit en 2009 dans le cas d'un projet de conseil pour immigrants âgés).

Au cœur du programme de soutien municipal se trouve un des projets de la Diakonie locale (une des *Wohlfahrtsverbände*), un établissement de soutien et de conseil pour les personnes souffrant de démence et leurs proches. Cet établissement est également appuyé grâce à des mesures de promotion de l'emploi (de type entreprise d'insertion), des contributions ou des dons. Pour ses projets, il peut également utiliser des services payés par l'assurance dépendance (§ 45 *SGB XI*) : une somme forfaitaire (allant jusqu'à 2.400 €) pour les assurés ayant des besoins en soins considérables ainsi que d'un support de base pour une infrastructure de soutien (qui est versée si les contributions municipales le permettent). L'établissement profite également d'un soutien bénévole considérable. Les services offerts par cet organisme sont les séances de conseil, la formation de bénévoles, la médiation par des non professionnels, le training pour les personnes au premier stade de la démence et des mesures de formation pour devenir accompagnateur pour les personnes atteintes de démence. Cet exemple illustre comment les instances municipales d'aide aux personnes âgées – pas uniquement dans le champ de l'accompagnement au quotidien (qui reste limité) – opèrent sur un terrain organisationnel hybride, impliquant des structures formelles *et* informelles, ensuite agissant avec un degré de permanence *et* des éléments mis en place spontanément, et finalement basé de compétences professionnelles *et* non-professionnels. Le cas du centre de la démence est donc un excellent exemple de ce qu'on retrouve dans la littérature internationale sous le nom de «welfare mix» (Ascoli & Ranci, 2002). À ce mélange s'ajoutent

également des services de soutien bénévole (organisés principalement par les paroisses); ceux-ci sont dispersés dans la ville et faiblement intégrés aux services professionnels.

La contribution la plus substantielle des autorités locales au système de soins à domicile reste les contributions financières dans le cadre d'un programme d'aide aux ménages vulnérables appelé de « l'aide pour les soins» (*Hilfe zur Pflege*). En contractant des structures réalisant les prestations en nature, la municipalité acquiert des compétences de régulation supplémentaires à celles des instances administratives supralocales dans le secteur (les caisses d'assurance maladie, le Service médical de l'assurance maladie). Dans ce rôle de « pompier social », la municipalité s'est vu confrontée à une forte augmentation des dépenses ces dernières années. Alors que la clientèle n'est pas complètement couverte par les services existants, on peut supposer que dans la communauté 10% des bénéficiaires de l'assurance dépendance (concrètement, 600 personnes) ont le droit de recevoir la subvention de cette « aide pour des soins » (*Hilfe zur Pflege*). Pour ce groupe cible la municipalité effectue une gestion active des cas (*case management*) : des visites à domicile sont effectuées pour évaluer les besoins en terme d'aide, surtout l'aide domestique ainsi qu'une réévaluation complète tous les trois ans. La ville coopère intensivement avec une grande association de bien-être pour l'octroi ces prestations en nature, mais se tourne de plus en plus vers de petits prestataires y compris à but lucratif. On établit des contrats de service qui sont négociés concernant les taux horaires et le profil de l'offre. D'après l'estimation d'un experts local, les prestataires arrivent de boucler ces contrats par des calculs de rentabilité mixte ; bien que les conditions agréées ne permettent pas à couvrir tous les coûts réels de ce service, les prestataires ont intérêt à capter une partie du marché pour attirer des clients pour leurs services plus exigeants.

En 2009, un total de 45 services de prestataires de soins et aide à domicile sont actifs dans la ville étudiées. 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. Leur activité principale est l'aide infirmière ou paramédicale, quelques uns étant spécialisés par exemple

pour répondre à certains besoins médicaux particuliers. D'autres ont un profil plus étendu où ils offrent de l'aide ménagère, de l'assistance personnelle ou des soins pour les personnes souffrant de démence et ayant besoin de l'accompagnement au quotidien. Des services à faible rendement, comme l'aide ménagère, sont souvent offerts à perte pour attirer les clients : la rentabilité réelle de cette aide domestique est limitée, elle sert principalement à assurer une offre de base. Le paiement varie généralement entre 8 € et 16 € pour les services à domiciles sur place (selon le niveau de qualification). [25] Prestataires et experts notent par ailleurs un roulement de personnel important ainsi qu'un problème d'insolvabilité chez les prestataires dans le champ. Le marché local des soins et de l'aide semble donc être relativement tourmenté.

Dans les environs des soins réguliers aux personnes âgées (ceux réglés par le *SGB XI*) s'établissent des services de soins à domicile pour les personnes handicapées. Il s'agit notamment des aides approfondies à la résidence de ces personnes (*betreutes Wohnen*). Elles sont financées par un organisme public régional (le « *Landeswohlfahrtsverband* », LSW) qui établit des contrats avec des associations de bien-être du « *Land* » (dans un régime qu'on nommerait « tuteur » en France). Ces contrats se font sur la base d'une négociation multipartite qui règle la répartition des tâches et d'un système de financement qui fonctionne par des taux d'heures de services spécialisés, à payer aux prestataires qui sont des associations de bien-être. Récemment, l'organisme payeur exige cependant qu'un septième du temps environ doive être assuré par *non*-professionnels qui remplacent les travailleurs sociaux. A cela s'ajoute une aide, dans certains cas assez généreuse, allouée aux personnes handicapées – l'assistance personnelle dont il était question ci-dessus et qui consiste à accompagner les bénéficiaires dans leur vie quotidienne ou les aider dans leurs apprentissages. Dans la municipalité étudiée, l'utilisation de « pigistes » pour ce travail est la règle chez les prestataires qui sont des associations de bien-être tenant un quasi-monopole de ces services (un étudiera une de ces associations de manière plus détaillée dans ce qui suit).

3.2 La gouvernance interne: Structures et relations au niveau du prestataire

Quels acteurs mènent la marche ?

Quels sont les facteurs essentiels de la *gouvernance interne* des structures ? D'abord, on peut noter que le parcours professionnel des personnes interrogées, oeuvrant dans les structures des soins et de l'aide à domicile, révèle l'existence d'une culture de secteur particulière. A titre général, les superviseurs de l'unité des soins (*PDL*) interviewés, qui se trouvent être dans la seconde position de la hiérarchie et travaillent près du terrain, possèdent une formation spécialisée dans le système de santé ou le secteur de l'aide aux personnes âgées et possèdent plusieurs années d'expérience professionnelle. Les gestionnaires sont, de par leur formation et leur carrière, fermement ancrés dans le secteur de l'aide aux personnes dépendantes. Ils possèdent souvent une formation d'infirmière (dans bien de cas en milieu hospitalier) ou ont complété des études supérieures, par exemple en travail social. Dans la plupart de cas, ils ont une expérience dans le milieu associatif. Dans deux cas, les répondants ont été actifs dans un mouvement social « alternatif » dont l'Allemagne connaît beaucoup durant les années 1970 et 1980 et qui visait à moderniser l'action sociale en faveur des personnes âgées et handicapées. Ces répondants semblent, en ce qui concerne les prestataires à but non lucratif, être fortement intégrés dans le réseau associatif établi au niveau local et marqués par une longue tradition des rapports amicaux entre la municipalité et vie associative.

Pour ce qui est des deux structures à but non lucratif étudiée par nous, le personnel de direction interviewé laisse entendre que les motivations qui transcendent leur travail sont ancrées dans la tradition associative liée à l'Église ou aux mouvements sociaux. C'est surtout le cas chez le personnel de ce prestataire de taille moyenne qui fut fondé dans la mouvance de l'aide aux personnes handicapées. Le directeur général du troisième prestataire étudié, une petite entreprise à but lucratif, montre une forte affinité pour les normes de la profession de soins, mais déclare également que le potentiel supérieur de gains financiers est ce qui l'a motivé à fonder sa propre agence privée.

Données structurelles des prestataires de notre enquête

- 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 handicapées 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 ».

Ceci n'est pas sans effet sur le rapport dans lequel les organisations se voient à l'endroit des usagers. Le prestataire à but lucratif veut fidéliser et garder ses clients. Il a fait des efforts dans le passé auprès des bénéficiaires pour les appuyer dans leurs demandes de réclamations auprès des caisses d'assurance maladie, parfois même avec l'aide d'avocats. Le responsable de l'association de bien-être déclare que les « services en marge », offerts sans être mentionnés dans le contrat de service avec les bénéficiaires représentent sa « marque de commerce » – bien qu'au niveau économique cela reste problématique (voir ci-dessous). Leur principale préoccupation est de survivre dans un contexte de « dumping des prix » et de mouvements rapides des clients alors qu'on préférerait une concurrence qui se ferait sur la qualité, plutôt que sur les prix. On veut qu'une telle orientation serait également prise au sein du regroupement des prestataires locaux (voir ci-dessous). Mais selon l'estimation de la direction de cette structure, l'accent sur la qualité semble être de moins en moins présent parce que certains membres du regroupement ne

l'appuient plus. En outre, la direction appelle son réseau (englobant le paroisse et d'autres structures appartenant à son association de bien-être) à investir dans une offre de soins de suivi et de surveillance afin de ne pas négliger sa propre mission – pour cela, il serait nécessaire de « convaincre les autres à bord » ce qui n'apparaît pas chose facile. L'autre prestataire associatif étudié se définit comme une « entreprise » de taille moyenne. Il estime que les « prestations de bonne volonté » ou « services gris » mentionnées ci-dessus font partie d'une situation courante. Son argument clé de vente est de pouvoir offrir à un groupe cible un « guichet unique » (logements avec service pour les personnes handicapées, soins, assistance).

C'est le contexte dans le quels les *orientations managériales* des prestataires sont placées. En ce qui concerne l'association de bien-être de grande taille, le contrôle des services fournis par leurs employés en marge (et en dehors du panier de soins négociés) représente un problème crucial. On retrouve donc ici cette recherche d'une « marque de commerce » – c'est-à-dire d'une image unique, comme être service social de l'Église, qui n'a peu de lien avec une seconde orientation qui est « l'optimisation de la productivité et du rendement ». Selon la direction, il n'est pas rare que le management doit, dans les réunions d'équipe, clarifier ce « qu'est une approche » économique. Pour lui, il convient de veiller à ce que l'action des soignants et aidants fonctionne en étroite collaboration avec la gestion et à l'intérieur des services subventionnés. Dans cette structure, des outils de gestion comme le « travail flexible » font partie d'une approche rationalisée de management. Officiellement, cela se fait par l'usage d'emplois à temps partiel, mais aussi au niveau d'une bonne planification : « Nous dépendons de la bonne volonté des employés d'être flexible et de vouloir travailler ». Si une unité de travail ne travaille pas de manière rentable, les équipes de travail seront recomposées ou tout simplement fusionnées. Ce prestataire associé à l'Église peut utiliser la marge de manoeuvre que lui laisse la convention collective (la possibilité, par exemple, de supprimer les primes de Noël), quand les dons ne suffisent pas à combler un déficit. D'ailleurs, la structure peut profiter des (petites) subventions de l'église en cas de déficit. Un des objectifs à moyen terme est globalement une plus grande différenciation interne des salaires et une orientation qui favorise le rendement en fonction des

paiements, même si d'après les répondants, cela n'est pas nécessairement en accord avec la culture de la maison ce qui fait que la mise en oeuvre de cette orientation reste problématique.

Selon la direction du prestataire de type associatif, ce dernier ne sent pas cette même pression économique : le prestataire « fait du chiffre » en offrant ses services d'assistance personnelle et de soins à des bénéficiaires ainsi que des clients référés par l'organisme régional public (*LSW*), dans le cadre d'un système de paiement à l'heure effectuée. Ce qui ressort des entretiens c'est que l'unité des soins aux personnes dépendantes – formellement séparée des autres unités offrant des services liés au handicap – se présente comme l'unité ayant la plus grande valeur économique de tout le portfolio de services de ce prestataire. D'après la direction, la structure peut facilement faire face, et économiquement et socialement, aux fluctuations dans le secteur de l'assistantat personnel grâce au principe du « *Kapovaz* » (un régime d'horaires de travail variables en fonction des besoins). L'établissement a recours à des « employés horaires » sans qualifications formelles (sauf un bref cours d'initiation), qui sont actifs aux côtés des employés réguliers à temps partiel dans les autres unités. Si, dans cette sous-branche, la demande chute, des mesures peuvent être apportées sans problème de gestion. En effet, on explique que « des employés peuvent être rapidement libérés en cas d'urgence ».

Pour le prestataire à but lucratif, de telles questions ne se présentent apparemment pas – le défi semble ici plutôt d'éviter des réponses négatives aux demandes des clients. Il n'est d'ailleurs pas prévu que l'offre de soins et d'aide réponde complètement à la demande. En général, on se plaint d'un déficit de l'offre d'ordre structurel : bien qu'il existe des frais supplémentaires – certains clients, on nous dit, paient jusqu'à 700 € par mois – il est clair pour cette structure que l'offre ne peut pas satisfaire la demande : « après tout, nous devons gérer ici un problème administratif ». En interne, ce qui est pour l'association de bien-être un problème, comme nous l'avons présenté, représente également un écueil pour le prestataire à but lucratif : en raison de paiements à la baisse de la part des caisses de l'assurance maladie, les primes de Noël ont été coupées il y a quelques années et on discute maintenant d'introduire ou réintroduire un bonus pour les employés de la structure. Mais la direction demande aux travailleurs de s'assurer davantage au

quotidien de facturer formellement les services et ne plus effectuer des tâches non prévues dans les cahiers de charges.

La configuration de travail

Dans les structures étudiées, le profil de travail des superviseurs est typique des organisations modernes : ils sont fortement impliqués dans le travail administratif voire bureaucratique, ce qui comprend la gestion des règles internes (questions légales au sujet du personnel, la comptabilité, etc.) ainsi que les contacts avec l'extérieur, y compris les « plaintes des clients ». Cette division des tâches n'est pas évidente à tous les égards, selon le directeur de l'organisation à but lucratif qui est plutôt critique de la charge que représentent les « activités décidées de l'extérieur ». Le gestionnaire du prestataire de type associatif affirme que son agenda est bien équilibrée, divisé entre tâches administratives et tâches pratiques de type travail social (en fait, il a un mi-temps pour la gestion et un autre pour l'intervention auprès des clients). Pour la gestion de prestataire de soins à domiciles – à la différence de nombreux autres secteurs de l'économie – on note une relativement forte fusion cognitive entre le matériau principal du service (les soins) avec les fonctions administratives visibles. En d'autres termes, la gestion de la pratique et l'intervention semblent moins fortement normativement différenciées.

À l'inverse, les fonctions de supervision des soins et de l'aide sont « enrichies » par les fonctions de gestion économique. Ainsi, l'entretien avec de potentiels bénéficiaires est une activité courante chez tous les prestataires (voir ci-dessous). Sinon, chez les grands prestataires de nombreuses tâches courantes de coordination se retrouvent entre les mains des superviseurs. Il s'agit notamment des contacts avec le corps médical ainsi que la distribution des horaires de travail. Si les gestionnaires des services de soins et d'aide sont fortement engagés dans la disposition, planification du secteur et dans certains cas, ils lient cette activité de gestion avec des visites sur le terrain. C'est particulièrement le cas chez le petit prestataire à but lucratif étudié par nous (voir ci-dessous).

Concernant la main-d'œuvre intervenant au domicile, il existe – comme cela a déjà été également noté dans d'autres études – un grand écart entre la théorie et la pratique en ce qui concerne la différenciation des rôles. Il est vrai que les deux grands prestataires à but non-lucratif détiennent un personnel distinct pour les services d'entretien ménager et les auxiliaires de vie alors que le petit prestataire à but lucratif a entre-temps réservé la fonction de l'aide à domicile à un employé dont le profil d'emploi avait longtemps été plutôt mixte. En même temps, il est indiqué que pour les soins (en fonction de *SGB V* et *XI*), les forces déployées doivent toujours assumer des tâches autres que celles relevant de leur compétence pour que le prestataire puisse agir efficacement en ayant un seul employé au lieu de deux pour une visite à domicile.

Plus le prestataire est important, plus formelle est la hiérarchie. Chez les deux structures à but non lucratif, il y a des postes séparés pour les superviseurs d'équipes de soignants et d'aidants ainsi que pour le responsable de la qualité. Chez le petit prestataire commercial, c'est une seule personne qui doit assumer plusieurs fonctions d'encadrement. Le petit prestataire de type associatif, issue du mouvement des handicapés, est structuré horizontalement par fonctions (assistantat, logements avec services, soins,); dans les faits, cette différenciation en fonction de la supervision des soins est souvent brisée, à tout le moins dans les activités non-paramédicale (aide ménagère, accompagnement). Des aidants bénévoles se trouvent principalement chez le prestataire associé à l'Église. Ils mais seulement vaguement associés aux unités professionnelles. Leur nombre (12) selon la direction demeure marginal, du moins par rapport au volume total d'utilisateurs. Chez le prestataire associatif moyen, la participation bénévole est présente au niveau décisionnel (dans le conseil d'administration), mais il ne semble pas qu'un plus grand nombre de membres soit vraiment impliquée dans le processus décisionnel interne.

Le problème central de la configuration du travail est d'assurer une flexibilité en phase avec les contraintes économiques et les besoins. Pour les prestataires, il faut souvent spontanément refaire les emplois du temps, il n'est pas rare de « coincer un client dans une autre tournée ». Les structures répondent à ce défi de manière similaire : des temps d'attente, convenus avec les usagers, sont intégrés dans la planification des visites. Les grands prestataires essaient aussi d'intégrer

des travailleurs sur appel dans les opérations alors que le superviseur du plus petit prestataire, à but lucratif, prend le problème à bras le corps en offrant un service de week-end. Les clients sont exposés dès le début à ces contraintes et les tournées ressemblent à « un collier de perles où s'enfilent » les tâches affirme-t-on. Le grand défi est de compenser l'absentéisme chez le personnel sans causer de frustration. Formellement, on demande une disponibilité permanente chez les employés, informellement toutefois on est ouvert aux compromis.

Pour le prestataire moyen de type associatif, les travailleurs sur appel sont une denrée rare. Donc on organise dans le domaine de l'assistance personnelle une sorte de permanence temporaire. Il s'agit d'une semaine de permanences pour réagir aux demandes spontanées. Il y a ici donc un régime « *Kapovaz* » (horaires de travail variables en fonction des disponibilités) permanent, combiné à une prime spéciale et un téléphone mobile de fonction. La grande association de bien-être étudiée fait autrement pour assurer la flexibilité requise. On essaie de remplacer à la dernière minute des travailleurs par des collègues qui travaillent aux mêmes heures. Dans ces cas cela implique des heures supplémentaires alors que les blocs de temps libre sont protégés. Il y a ici le désir de planifier les horaires de travail autant que possible. Mais – comme nous l'avons montré – cela est rarement facilement mis en application. Les cadres interviewés ont également mentionné les difficultés dans l'organisation de remboursement des heures supplémentaires en temps libre. De façon générale, les entretiens révèlent que chez tous les prestataires il existe des conflits internes en ce qui concerne la planification du travail et l'organisation des heures supplémentaires.

Les conditions de travail sur le terrain

En abordant la question des conditions de travail dans leur propre champ d'action, les répondants sont assez unanimes au sujet des fortes désavantages et des relativement faibles gratifications dans le domaine des soins et de l'aide aux personnes dépendantes, et ceci, indépendamment du type d'établissement. Concernant les gratifications, il y a pourtant des nuances à apporter : la

grande association de bien-être estime que la rémunération offerte selon les normes internes de l'industrie est plutôt généreuse, toutefois l'organisation du du temps de travail (voir ci-dessous) est un élément plutôt négatif. Chez le petit prestataire à but lucratif, on déplore le faible niveau de rémunération, tout en notant que la motivation pour travailler dans le secteur de l'aide aux personnes dépendantes ne peut pas dépendre uniquement de l'argent.

En particulier, on considère généralement les horaires de travail pour le personnel intervenant à domicile comme déraisonnables – même du côté des cadres dont l'un déclare: « je suis heureux de ne pas être un infirmier pour personnes âgées ». Les heures de travail dans tous les établissements sont semblables : 12 jours de travail consécutifs représentent la norme, pour les travailleurs à temps partiel cela implique du travail le matin ou le soir, avec régulièrement des heures supplémentaires. À cela s'ajoute « une grande pression » de la part des proches du bénéficiaire. Bien que le prestataire assume que l'emploi à temps plein est préféré chez les salariés (plusieurs membres du personnel soignant aimeraient mieux travailler dans le secteur hospitalier pour cette raison), on ne voit aucune possibilité d'organiser le travail autrement qu'à temps partiel. En bref, on juge le cadre de travail « médiéval », « tout à fait inacceptable », mais « c'est tout simplement la seule façon de faire ». On mentionne également les fortes contraintes physiques chez les travailleurs plus âgés. Un des prestataires possède une assez grande proportion de ces travailleurs.

Il est frappant de constater que le sommet de l'organisation se solidarise ici explicitement avec les travailleurs, ceci donne une indication de l'importance qu'ont la proximité de la dimension pratique (voir ci-dessus) et l'encastrement économique de la prestation dans la promesse de protection que fait l'État-providence. En fait, au coeur de l'État-providence allemand, il y a cette reconnaissance du droit aux soins et la promesse de fournir des services de base pour tous. Or, les acteurs semblent juger que cette promesse n'est pas respectée dans la pratique. Leurs préoccupations sont en même temps alimentées par le fait que toutes les organisations se plaignent de la difficulté de recruter des infirmières qualifiées.

Il est intéressant de noter la différence entre l'estimation précédente et le jugement du prestataire moyen de type associatif au sujet des pigistes qui travaillent comme assistants personnels. Selon la direction, La structure offre des conditions de travail confortables pour les assistants : les employés auraient souvent la chance de « s'asseoir et boire du café ». Il n'y aurait pas de contrainte pour accepter les visites proposées, les travailleurs pourraient s'organiser en fonction de leurs propres besoins. Ceci se présenterait autrement pour les employés qui travailleraient dans le domaine des logements avec services, les horaires de travail de soir représentant une véritable contrainte pour la vie privée. Ces affirmations peuvent nous faire penser que le prestataire essaie de contrer l'idée que le secteur de l'assistantat personnel est un secteur précaire.

Comme notée plus haut, tous les prestataires trouvent difficile l'obstination du personnel soignant sur le terrain de faire à leur guise et d'effectuer des actes en dehors du cahier des charges – c'est-à-dire des services offerts qui ne font pas partie de la définition officielle de tâches. Au même moment, l'employeur tente de contrer cette tendance. Tout le monde semble être conscient de cette ambiguïté qui réside dans la nature du travail du « care » et la direction sait comprendre cette réalité. Toutefois, cette dernière est perçue comme un problème du point de vue économique.

Quant aux relations avec les utilisateurs, deux préoccupations sont omniprésentes. Premièrement, les superviseurs des soins (en tant que lien organisationnel avec les clients potentiels) et les employés qui assurent l'aide domestique doivent faire face à une rationalité économique qui semble aujourd'hui inévitable dans le secteur de l'aide aux personnes dépendantes. La tâche des entretiens de prospection avec de potentiels bénéficiaires se retrouve aujourd'hui au centre de l'activité des superviseurs des soins : « attirer de nouveaux clients, c'est mon boulot ». Cela implique donc de temps en temps de laborieuses confrontations avec les demandes de la clientèle. En fait, une répondante du prestataire associatif moyen signale que cette confrontation représente une source de frustration. Son homologue à l'association de bien-être décrit d'une manière semblable les défis que représente le fait d'attirer de nouveaux clients : les clients doivent souvent et difficilement être guidés dans l'utilisation (l'achat) de services professionnels.

Il serait, par exemple, nécessaire de réarranger l'horaire des soins « pour développer d'abord une relation de confiance avec les bénéficiaires ». Sinon, les clients essaieraient régulièrement « de faire baisser les prix » en utilisant des services complémentaires informels. Le prestataire à but lucratif constate succinctement que l'attitude des usagers et de leurs proches a beaucoup changé – on les considère « de nos jours comme des clients » ce qui fait la production des services adaptés à leurs besoins un défi formidable.

Deuxièmement, les répondants observent – un résultat qui de nouveau est en accord avec d'autres études sur le sujet – que les relations avec l'entourage, les « aidants naturels » représentent un véritable stress pour de nombreux employés. L'entourage est souvent directement impliqué dans le processus de soins, par conséquent, il doit d'abord être convaincu de certaines pratiques. On signale également qu'en cas de conflit avec l'entourage, à l'occasion certains employés doivent être changés chez un client donné. La confrontation avec la sphère privée représente un défi de taille auquel doivent faire face les employés.

La question de la qualité

Les prestataires ont plutôt un rapport difficile avec le contrôle formel de la qualité. Tous les répondants affirment qu'ils font tout ce qui est nécessaire, mais en même temps ils se plaignent du fait que les exigences formelles – telles qu'elles sont issues des normes des agences publiques et font objet des contrôles administratifs sur place – , sont contraignantes pour leur marge de manoeuvre. Des études comparables observent la même réalité pour le cas du secteur allemand du « care ». Chez le prestataire à but lucratif, la gestion de la qualité implique notamment des visites de soins, faisant parti du règlement officiel de la part de la caisse de dépendance, scrupuleusement organisées. Ici, on juge sévèrement les exigences institutionnelles : « le contrôle de la qualité se fait au détriment des prestataires », la qualité c'est ce que « le Service médical de l'assurance maladie définit » et ce n'est pas toujours adapté à la réalité de la pratique soignante. Les exigences de documentation sont perçues ici comme un piège.

A la grande 'association de bien-être, cette paperasserie est l'objet de fréquentes disputes avec le personnel soignant qui eux sont sur le terrain. Le personnel soignant ne réalise pas le sens de ces exigences ou ne peut souvent pas y répondre. Chez le prestataire associatif moyen, il semble y avoir des conflits internes entre la direction et les superviseurs concernant la mesure dans laquelle la gestion de la qualité doit être développée. La direction se plaint que les mesures des superviseurs des soins sont exagérément détaillées et que ceux-ci manquent « complètement de prendre en compte la dimension économique ». Alors que du point de vue des superviseurs des soins, les priorités sont réparties différemment. De la sorte, les efforts officiels pour contrôler la qualité ainsi que la mise en place de mesures devient davantage un problème brûlant pour les superviseurs des soins que pour la direction.

A part des instruments de contrôle de la qualité requis par le cadre institutionnel, deux autres aspects liés à la qualité sont mentionnés lors des entretiens. D'une part, il s'agit de la possibilité d'offrir du « counseling interne » (en allemand: *Supervision*) aux soignants et aidants. Cette proposition est appuyée par les superviseurs des soins. Toutefois la direction objecte que c'est difficile à réaliser et à rentabiliser. D'autre part, l'ensemble des prestataires, questionnés sur l'assurance de qualité, renvoie à leur programme de formation continue. Ces programmes sont organisés à l'interne ou à l'externe et semblent être assez populaires auprès des employés. Ils concernent principalement des compétences paramédicales (traitement des plaies, nutrition adaptée, apprentissage de l'hygiène, etc.). Les répondants affirment clairement que ces formations continues n'ont rien à voir avec un accès aux postes supérieurs, par exemple, un poste de superviseurs des soins, et ne mènent pas vers une hausse de salaire. Chez le prestataire moyen de type associatif on affirme que tous les postes de supervision sont pourvus et qu'il est impossible d'en ajouter de nouveaux.

En ce qui concerne les qualifications générales, les répondants sont unanimes pour constater que les débutants dans le secteur des soins et de l'aide n'ont aucun déficit particulier. Le problème est, selon les personnes interviewées, que la formation dans le domaine des compétences psychosociales et sur les « problèmes de communication » (en particulier dans la relation avec

l'entourage familial des usagers) est assez faible, et qu'un rattrapage est nécessaire. Cette évaluation des répondants confirme la virulence du stress (voir ci-dessus) que représente les négociations entre, d'un côté, le personnel et, de l'autre, l'utilisateur et son entourage et qui apparaît aussi, du point de vue du prestataire, comme une partie essentielle de la problématique entourant la qualité.

4. Conclusions

En guise de conclusion, on arrive à certains constats généraux :

- En Allemagne, dans le secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes dépendantes, la structuration de l'emploi est fortement marquée par la fragmentation des professions et des activités, par un accent mis sur le para-médical (au sein du monde professionnel) et par « l'amateurisme » voire « l'informalisation » des aides ménagères. La fonction infirmière (au sens large) est développée dans un rapport salarial ordinaire bien que les conditions de travail en matière de salaire et de temps de travail notamment se situent en bas d'échelle du marché de l'emploi allemand. Par contre, une grande partie de ce qui a affaire à des aides non-paramédical est soit laissé à la responsabilité des ménages (familles) soit effectué par des travailleurs précaires ; c'est aussi le cas pour ce qui est du groupe des handicapés lourds qui, globalement, bénéficie d'un système assez généreux d'aide à la vie quotidien qui est toutefois peu accessible aux personnes âgées dépendantes.
- Concernant les processus de formation et de qualifications dans le secteur en question, le domaine para-médical – qui, il vaut le noter, englobe un certain nombre d'actes non-infirmiers, à la différence de la nomenclature professionnelle française – est basé sur un système différencié de formation qui comprend un grand nombre de diplômes et de spécialisations. Dans leur majorité, les services d'aide à domicile fonctionnent avec quatre groupes de travailleurs : le personnel gestionnaire (souvent fourni d'un diplôme de soin), puis l'encadrement infirmier (le pivot du système de qualification) et les aides-soignant séniors (*Altenpfleger*) qui effectuent une bonne part des activités corporelles et, finalement, une catégorie de travailleurs floue assurant l'aide ménagère et l'accompagnement social qui peut comprendre les aides familiaux mais aussi des personnes ayant suivi une formation courte, organisé par l'Agence nationale de l'emploi, voire aucune qualification. Pour la totalité de cette main-d'œuvre, il existe peu d'options de carrière et d'ascension so-

ciale, malgré une forte volonté de suivre une formation continue auprès le personnel soignant (au sens large).

- Le rapport qu'ont ces conditions d'emploi et de formation avec la qualité de l'aide à domicile des personnes fragiles est incertain : D'un côté, concernant le domaine paramédical, le système de formation et le statut salarial se sont développés dans le cadre « ordinaire » du marché de l'emploi même si les salaires sont plutôt bas et le stress au travail apparaît considérable (et rend largement impossible un soutien plus « holiste » des personnes fragiles). D'un autre côté, il est évident que tout ce qui relève de l'aide ménagère ou de l'accompagnement social est le parent pauvre du système, y compris concernant les options de formation (continue) et le statut salarial. Dans le seul domaine où le système allemand connaît un soutien plus systématique aux personnes en besoin des aides domestiques, c'est-à-dire l'assistance personnelle largement réservée aux personnes lourdement handicapées, c'est la précarité d'emploi et « l'amateurisme » professionnel qui dominant. D'où le sentiment d'un *système dual* des services à domicile en Allemagne.

Notes

[1] Sur le cadre institutionnel du système allemand et son évolution, v. Gerlinger & Rober, 2009, Klusen & Meusch 2009, Gaertner et al. 2009, Rothgang 2010.

[2] Le nombre de bénéficiaires ne dépasse généralement pas la limite de 10% de personnes classées comme ayant besoin de soins par l'assurance dépendance.

[3] Dans les faits, ces négociations se caractérisent par une rationalité économique particulière. Les caisses ont intérêt à fixer les coûts d'unité aussi bas que possible afin de permettre l'expansion de l'offre (la quantité). Les fournisseurs de services sont laissés avec la difficulté de traduire des prix standardisés dans des paniers de services adaptés aux cas particuliers qui comprennent souvent des éléments incommensurables comme l'accompagnement social des bénéficiaires.

[4] En revanche, depuis le début des années 2000, il existe des dispositifs en faveur de ceux qui sont considérés employables par des instances publiques qui s'occupent des personnes handicapées.

[5] Les exigences de qualification voir les explications ci-dessous. Souvent, il est supposé que les bénéficiaires sont les experts d'eux-mêmes, connaissant leurs besoins et comment les satisfaire. Selon les concepts défendus par le mouvement « indépendant » des handicapés, il est impératif que les aides sont indépendantes des institutions et des contraintes de contrôle social (Steiner, 2001: 25).

[6] Cela dit, ceux touchés par des maladies progressives (la sclérose en plaques etc.), ont, eux aussi, droit aux prestations d'assistance personnelle.

[7] Selon § 1 *SGB IX*, les personnes handicapées ont droit à un soutien institutionnel pour assurer l'autodétermination et la participation à la vie sociale. En théorie, ce soutien englobe tous les aides susceptibles d'éviter un handicap, à éliminer ou réduire leurs effets néfastes et de prévenir les exacerbations.

[8] réglementé par § 61 *SGB XII* § 70 et suiv. ainsi que par *SGB XII*, § 53 et suiv.

[9] Selon le concept propagé par le mouvement « indépendant » des handicapés, le destinataire du service a compétence en matière a.) du personnel (qui effectue les tâches ?), b.) le travail à accomplir (quoi est fait ?) et c.) le financement (comment les moyens disponibles sont-ils utilisés?).

[10] Le montant de ce budget ne doit pas dépasser les coûts qu'occasionneraient les aides ciblées (prévues par les différents dispositifs de soutien). L'objectif de *SGB IX* § 9 est de garantir le libre choix des services selon la situation personnelle (sexe, âge, situation familiale) et les préférences du bénéficiaires (par ex. religieuses).

[11] Dammert (2009: 56) parle d'une manière similaire d'une relation triangulaire « entre le marché, l'État et l'individu ».

[12] Il est incertain si cette situation perdure actuellement. Dans notre enquête locale, les acteurs se plaignent d'une forte pénurie en personnel soignant (infirmier). D'un autre côté, au début de l'année 2010, l'Agence nationale pour l'emploi comptait 22.500 offres d'emploi pour le personnel de soin mais 85.000 chômeurs fournis d'un diplôme correspondant.

[13] Le secteur ambulatoire était longtemps marqué par le travail non qualifié et un professionnalisme flou. C'était l'infirmière de la paroisse qui fut le pivot du système de l'aide à domicile, mais elle avait des compétences professionnelles limitées.

[14] Le nouveau règlement devait compenser les pénuries en soins infirmiers. Contrairement au passé, ont maintenant accès à la profession toutes celles et tous ceux qui quittent l'école secondaire à 15 ou 16 ans.

[15] Les détails sont réglés par les programmes des établissements de formation. Le temps d'enseignement est fixé à 4.600 heures (2.100 heures de théorie, 2.500 heures de pratique).

[16] Alors que la profession infirmière faisait toujours objet d'une réglementation nationale, la profession de « l'aide-senior » (*Altenpfleger*) était longtemps considérée comme une profession sociale et pour cette raison réglementée par les Länder (Voges 2002).

[17] Bien que, par exemple, 2 à 3 années de formation ainsi qu'un diplôme (au moins) de l'école secondaire sont requis pour la profession de « l'aide-soignant » (*Fachkraft-Pflegeassistent*), rien est prévu pour d'autres fonctions de l'aide non-médicale aux personnes âgées.

[18] Pour les autres fonctions telles que l'assistance de soins mentionnée ci-dessus une qualification professionnelle est un avantage, mais non pas obligatoire.

[19] Selon Becker & Meifort (1997), déjà dans les années 1990, 75% des jeunes professionnels avaient de faire une autre formation ou des études dans le proche avenir.

[20] La durée de formation varie considérablement: Dans la gériatrie clinique et de réadaptation, il s'agit en général d'une formation à temps plein d'une durée de deux années en oncologie et d'une année en soins palliatifs (d'autres stipulations existent pour ceux en formation à temps partiel).

[21] La formation continue pour les infirmiers-directeur est réglementée par les différents Länder. Des nombreuses universités de sciences appliquées offrent la possibilité d'entrer en formation de « leadership infirmier / gestion ».

[22] Ce champ d'activité a gagné beaucoup d'importance depuis l'introduction d'une allocation pour l'accompagnement de la démence par l'assurance dépendance. En 2009, il y avait 115.000 bénéficiaires touchant un montant allant jusqu'à 1.200 € par an.

[23] Ces formations courtes ont été initiées par le Ministère de santé et l'Agence nationale de l'emploi (sur la base § 87b *SGB XI*). Elles adressent des travailleurs sans emploi qui doivent passer des épreuves d'aptitude avant de suivre 160 heures de formation théorique et un stage de deux semaines. Vers la fin de 2009, 5.500 titres de formation étaient issus (mais surtout pour le secteur résidentiel).

[24] Dans les années 1990, des études ont montré que 50% des établissements ne faisaient aucun effort pour offrir une formation continue à leurs employés (Coburger 2009: 95).

[25] Les salaires payés dans le domaine des services d'assistance personnelle sont les plus bas. Il faut noter, cependant, qu'un *salaire minimum* fut introduit récemment au niveau de la branche qui porte les salaires minimum à 8,50€ dans la partie Ouest de l'Allemagne (7,50€ à l'Est). Pour ce qui est du gré-à-gré, fréquent pour l'emploi d'une « femme de ménage », il existe la possibilité d'établir un « Mini-job » payé 400€ par mois, avec des cotisations de sécurité sociale (sauf assurance vieillesse) et un impôt forfaitaire, à payer par l'employeur. La plupart de ces boulots se fait par le travail au noir, cependant.

Bibliographie

- Ascoli, U. & C. Ranci, Dir. (2002). *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York, Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- 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.
- BGW/Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (2006). *Expertenkommission Pflege der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege – BGW. Empfehlungen zur Qualitätssteigerung und -sicherung der Altenpflegeausbildung in Deutschland*. Positionspapier.
- Blome, A., W. Keck, et al. (2008). *Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat. Lebensbedingungen und Einstellungen von Altersgruppen im internationalen Vergleich*. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.
- 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). *Management- oder Systemversagen? Qualitätsdifferenzen und Governance-Konstellationen im deutschen Pflegesektor*, *Zeitschrift für Sozialreform/Journal of Social Policy Research* (56) 2, 2010, 263-285.
- Coburger, S. (2009). *Arbeitsbedingungen, Erfolgserfahrungen und Arbeitszufriedenheit bei Pflegekräften der stationären Altenhilfe*. Frankfurt etc., Lang.
- Dahme, H.-J., A. Trube, et al., Dir. (2007). *Arbeit in Sozialen Diensten – flexibel und schlecht bezahlt?* Baltmannsweiler, Schneider Verlag.
- Dallinger, U. (1998). *Der Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf als handlungstheoretisches Problem*, *Zeitschrift für Soziologie* 27(2): 94-112.
- Dammert, M. (2009). *Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung?* Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dreßke, S. (2001). *Kooperation und Aushandlungen in der ambulanten Pflege*, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 10(1): 68-84.
- Evers, A. & T. Olk (1996). *Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements: Strategien der Herstellung optimaler Bindungen zwischen formellem und informellem Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen. Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*. id. Opladen, Westdeutscher Verlag, 347-374.
- Gaertner, T., B. Gansweid, et al., Dir. (2009). *Die Pflegeversicherung. Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung, Fortbildung*. 2. Auflage. Berlin/New York, De Gruyter.
- Geller, H. & O. W. Gabriel (2004). *Ambulante Pflege zwischen Familie, Staat und Markt*. Freiburg, Lambertus.
- Gerlinger, T. & M. Röber (2009). *Die Pflegeversicherung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.
- Gottschall, K. (2008). *Soziale Dienstleistungen zwischen Informalisierung und Professionalisierung – oder: der schwierige Abschied vom deutschen Erbe sozialpolitischer Regulierung*, *Arbeit* 17(1): 254-267.
- Grunow, D., F. Hegner, et al. (1979). *Sozialstationen: Analysen und Materialien zur Neuorganisation ambulanter Sozial- und Gesundheitsdienste*. Bielefeld, Kleine.

- Huber, M., R. Rodrigues, et al. (2009). Facts and Figures on Long-Term Care. Europe and North America. Vienne, European Centre.
- Jeehrling, K. (2004). Die politische Regulierung des Arbeitsmarktes Privathaushalt. Marktregulative Politik im deutsch-französischen Vergleich, *Zeitschrift für Sozialreform* 50(6): 617-645.
- Karl, F. (2009). Einführung in die Generationen- und Altenarbeit. Opladen, Leske & Budrich UTB.
- Kendall, J., T. Matosevic, et al. (2003). The Motivations of Domiciliary Care Providers in England: New Concepts, New Findings, *Journal of Social Policy* 32(4): 489-511.
- Klusen, N. & A. Meusch, Dir. (2009). Zukunft der Pflege in einer alternden Gesellschaft. Konzepte, Kosten, Kompetenzen. Baden-Baden, Nomos.
- Larsen, C., A. Joost, et al., Dir. (2009). Illegale Beschäftigung in Europa? Die Situation in Privathaushalten älterer Personen. München und Mering, Rainer Hampp.
- 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.
- Meyer, M. (2006). Pflegende Angehörige in Deutschland. Münster, Lit.
- Nadai, E., P. Sommerfeld, et al. (2005). Fürsorgliche Verstrickung. Soziale Arbeit zwischen Profession und Freiwilligenarbeit. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Neuhaus, A., M. Isfort, et al. (2009). Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Forschungsbericht. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln.
- Oschmiansky, H. (2010). Wandel der Erwerbsformen in einem Frauenarbeitsmarkt. Das Beispiel Altenpflege, *Zeitschrift für Sozialreform* 56(1): 31-57.
- Priller, E. & A. Zimmer (2006). Arbeit als Engagement, *Aus Politik und Zeitgeschichte B12*: 17-24.
- Rauschenbach, T. (1999). Das sozialpädagogische Jahrhundert. Analysen zur Entwicklung Sozialer Arbeit in der Moderne. Weinheim, Juventa.
- 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.
- Roth, G. (2007). Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes, *Berliner Journal für Soziologie* 17(1): 77-96.
- Rothgang, K.-H. (2010). Theorie und Empirie der Pflegeversicherung. Münster, Lit.
- Segbers, F. (2007). Der « Dritte Weg » der Kirchen – ein Weg zur Deregulierung von Beschäftigungsverhältnissen, dans: H. J. Dahme, A. Trube & N. Wohlfahrt (dir.), *Arbeit in sozialen Diensten: flexibel und schlecht bezahlt? Zur aktuellen Entwicklung der Beschäftigungsbedingungen im Sozialsektor..* Baltmannsweiler, Schneider Verlag: 77-88.
- Steiner, Gusti (2001). Selbstbestimmung und Persönliche Assistenz, dans: MOBILE – Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. / Zentrum für selbstbestimmtes Leben Köln / u.a. (Dir.) (2002), *Selbstbestimmt Leben mit Persönlicher Assistenz. Ein Schulungskonzept für Persönliche AssistentInnen*, Band B. Neu-Ulm, 25-45
- Theobald, H., V. Burau, et al. (2007). Governing Homecare. A Cross-national Comparison. Cheltenham, Edwrad Elgar.
- 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.