



Projet 2012 - Contribution n°28

Quels métiers de l'aide médico- sociale aux personnes handicapées et dépendantes ?

Florence WEBER

Rapporteure

Ghislaine DONIOL-SHAW, Annie DUSSUET,
Jean-Claude HENRARD

Sommaire

Remerciements.....	4
Introduction.....	8

PARTIE I

LE GRAND AMALGAME DES « SERVICES A LA PERSONNE »: UN ETAT DES LIEUX

1. Au-delà de la communication, un bilan décevant	13
2. Des emplois de faible qualité	16
3. Nécessité vitale et confort des plus aisés sur le même plan	20

PARTIE II

CONSTRUIRE LE SECTEUR DE L'AIDE MEDICO-SOCIALE

1. Définir le secteur par son public	23
2. Rompre avec le modèle domestique	25
3. Les acquis et les limites du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale.....	27
4. Salaires et organisation du travail	29

ANNEXES

Annexe 1	32
Annexe 2	34
Présentation de Terra Nova.....	36
Terra Nova - Déjà parus.....	37

Remerciements

Le cœur de ce rapport a été rédigé dans le cadre d'un groupe de travail réuni par Terra Nova de janvier à mars 2011 et composé de Ghislaine Doniol-Shaw, Annie Dussuet, Bernard Ennuyer, Jean-Claude Henrard, et Isabelle Puech. Les propositions réunies dans le Vademecum ont été rédigées dans la continuité des recherches sur les politiques territoriales de la dépendance et les métiers de l'aide à domicile menées au sein de l'équipe MEDIPS. Elles ont été discutées notamment avec Nicolas Belorgey, Agnès Gramain et Loïc Trabut. Leur formulation a bénéficié d'une longue discussion finale avec Guillaume Malochet. Qu'ils soient remerciés ici ainsi que tous ceux qui ont contribué parfois très activement à ces travaux, mais ne souhaitent pas être nommés. Le contenu de ce rapport ne les engage évidemment en rien, même si nous espérons qu'ils y retrouveront l'essentiel de leurs réflexions.

Florence WEBER
Rapporteuse

Vademecum

Le constat d'échec des politiques de l'emploi dans le secteur des services à la personne nous conduit à proposer de construire un véritable secteur médico-social qui regroupe les différentes modalités de la prise en charge professionnelle des personnes handicapées et dépendantes, en établissement et à domicile, dans le respect des intérêts de ces personnes et de leur entourage. Nous formulons une série de propositions visant à fixer un cadre général (proposition 1), à unifier les politiques du handicap et de la dépendance en matière de compensation des difficultés de la vie quotidienne (propositions 2 à 7) pour créer de nouveaux métiers de l'aide et du soin au sein d'une véritable filière professionnelle médico-sociale (propositions 8 à 13).

Le cadre : Un droit à la compensation des difficultés quotidiennes

Proposition n°1 : Créer un nouveau droit à la compensation des difficultés de la vie quotidienne, aux aides de longue durée et au maintien de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne et dans la participation à la vie sociale. Faire de la CNSA une cinquième branche de la sécurité sociale.

Premier objectif :

Unifier les politiques du handicap et de la dépendance en matière de compensation des difficultés de la vie quotidienne

Proposition n°2 : Unifier les politiques de compensation des difficultés quotidiennes quel que soit l'âge, conformément à l'article 13 de la loi du 11 février 2005, et comme c'est le cas en Allemagne, au Danemark et aux Pays-Bas. Garantir parallèlement le maintien des politiques de scolarisation des enfants handicapés et des politiques d'accès à l'emploi ou à des revenus de substitution pour les adultes.

Proposition n°3 : Garantir le principe du libre choix par les personnes de leur lieu de vie, domicile ou établissement, en favorisant leur indépendance économique (proposition 4) et leur autonomie morale (propositions 5 et 6).

Proposition n°4 : Supprimer les situations de reste à vivre négatif (les dépenses liées à la dépendance ou au handicap excédant les ressources du ménage) pour les personnes âgées

dépendantes en établissement et pour les personnes handicapées à domicile.

Proposition n°5 : Respecter l'autonomie morale des personnes hébergées en établissement, notamment en veillant à une meilleure application de la loi du 2 janvier 2002, en étendant au secteur médico-social le principe de la « personne de confiance » inscrit dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, et en rendant publique l'information sur la qualité des établissements.

Proposition n°6 : Harmoniser et simplifier les modes d'évaluation du handicap et de la dépendance.

Proposition n°7 : Intégrer l'aide à domicile pour les personnes handicapées et dépendantes dans le secteur médico-social. Mieux articuler ce secteur médico-social avec le secteur sanitaire en le plaçant sous la tutelle des Agences régionales de Santé, garantes de la qualité des services, en coordination avec les conseils généraux, les municipalités et la CNSA.

Deuxième objectif :

Créer de nouveaux métiers de l'aide à domicile et en établissement au sein d'une filière professionnelle médico-sociale

Proposition n°8 : Intégrer les métiers de l'aide et du soin à domicile et en établissement au sein d'une véritable filière professionnelle médico-sociale. Spécialiser ces métiers en fonction des publics aidés et des situations d'aide et non en fonction des tâches effectuées. Favoriser la mobilité professionnelle transversale au sein de cette filière.

Proposition n°9 : Intégrer les services à domicile et les services de soins infirmiers à domicile dans des structures communes, maisons de santé ou hôpitaux locaux selon les situations locales.

Proposition n°10 : Donner au ministère de la santé un rôle de tutelle chargée d'harmoniser les formations et les diplômes de l'aide et du soin à domicile et en établissement, en lien avec les Instituts régionaux du Travail social et les Instituts de Formation en Soins infirmiers.

Proposition n°11 : Dans les situations complexes et évolutives, la coordination entre les intervenants à domicile et les établissements sanitaires et médico-sociaux est assurée par un référent professionnel choisi par la personne concernée ou par sa personne de confiance parmi les personnes déjà impliquées (par exemple médecin généraliste, assistante sociale hospitalière, assistante sociale de secteur).

Proposition n°12 : Améliorer les salaires des aides à domicile pour enclencher un processus de reconnaissance et de qualification professionnelles. Cette amélioration des salaires doit être un objectif explicite de la tarification des services à domicile, qui doit tenir compte

également des contraintes propres de l'organisation du travail à domicile (horaires, déplacements, autonomie des salariés) de façon à éviter les temps partiels subis et l'épuisement au travail.

Proposition n°13 : Reconnaître l'expérience professionnelle des salariés de l'aide aux personnes handicapées et dépendantes par une valorisation salariale de l'ancienneté dans le secteur, quels que soient l'employeur et le statut.

Introduction

Nos sociétés, parce qu'elles sont complexes et tournées vers la compétition à l'échelle mondiale, peinent à prendre en compte les difficultés spécifiques des personnes handicapées et dépendantes, qu'elles contribuent par ailleurs à exclure. Si l'on définit le handicap comme l'ensemble des conséquences sur la vie quotidienne des pathologies chroniques invalidantes, de toute nature, de toute origine et à tout âge, les personnes concernées représentent, ensemble, une population importante pour laquelle des aides médico-sociales au long cours doivent être pensées, organisées et financées.

Dans les sociétés occidentales et particulièrement en France, la fin du 20^{ème} siècle représente une période de bouleversement des compensations locales et privées qui existaient depuis la fin du 19^{ème} siècle. L'aide quotidienne aux personnes handicapées et dépendantes reposait largement sur des femmes inactives, dans le cadre de la famille ou du bénévolat. Le principe de la délégation au moins partielle de cette aide à des salariés, majoritairement des femmes, est aujourd'hui acquis, de façon variable selon les pays et les milieux sociaux. La question du financement de ces emplois (par l'épargne individuelle ou familiale, par l'impôt, par les cotisations sociales) a focalisé le débat public, alimenté par la crainte d'une explosion des coûts due au vieillissement de la population. Conjointement, un débat sur le statut de ces emplois a opposé plusieurs groupes de pression : fallait-il favoriser l'emploi direct, où l'employeur est la personne aidée qui bénéficie d'exonérations fiscales, l'emploi dans une organisation parapublique ou associative ou l'emploi dans une entreprise privée ? Le temps semble venu de tirer le bilan d'une longue période d'hésitation du législateur sur ces questions. Cantonner les salariés de ce secteur en gestation dans des emplois de piètre qualité, c'est aussi cantonner les personnes handicapées dans un statut de second rang. Améliorer la prise en charge, c'est mieux tenir compte des besoins des personnes aidées, mais c'est aussi améliorer le sort des professionnels de l'aide.

Rappelons deux des enjeux, celui de l'activité professionnelle des femmes et celui du vieillissement. La montée du salariat des femmes, sur le modèle masculin, s'accommode mal du maintien de leur assignation aux charges familiales, surtout lorsque l'entreprise leur impose des horaires qui ne tiennent pas compte de leur double rôle¹. Entre 1968 et 2005, la croissance de la population active est due presque exclusivement à l'arrivée des femmes sur le marché du travail : les femmes actives sont passées de 7,6 millions à près de 13 millions. Il y a donc un premier enjeu social qui concerne les ménages biactifs, les adultes sans conjoint, mais aussi et surtout l'égalité entre les hommes et les femmes : comment concilier vie familiale et vie professionnelle ? Actuellement, quand on pense à la conciliation travail-

¹ L. Lesnard, *La famille désarticulée*, PUF, 2009.

famille, on pense surtout à la prise en charge des enfants². On oublie la prise en charge des malades souffrant de maladies chroniques invalidantes et des personnes handicapées en perte d'autonomie qui repose, elle aussi, largement sur les femmes de leur entourage³.

Par ailleurs, d'ici à 2040, nous allons voir tripler le nombre de personnes de plus de 75 ans et quadrupler la présence des plus de 85 ans. Alors qu'en 1980, il n'y avait en France que 600 000 personnes de plus de 85 ans, en 2010, on en compte déjà 1,2 million et en 2050, ils seront 4,8 millions. Cette évolution démographique n'est au demeurant pas une mauvaise nouvelle : depuis trente ans, plus les gens vieillissent, plus ils vieillissent en bonne santé. Il n'en reste pas moins que les personnes ayant besoin d'une attention soutenue pour mener une vie quotidienne acceptable, que ce soit à leur domicile ou en institution, sont plus nombreuses aujourd'hui qu'hier et seront plus nombreuses encore demain, et qu'il serait déraisonnable de compter seulement sur l'aide familiale gratuite ou sur l'aide bénévole, sauf à voir se dégrader la santé de leurs conjoints, qui restent les premiers pourvoyeurs d'aide, et de leurs enfants eux-mêmes âgés.

Il faut donc impérativement organiser une aide de type professionnel, destinée dans la plupart des cas non à se substituer, mais à compléter l'aide des proches, et par là, aussi, à « aider les aidants », en repensant l'emploi et les qualifications dans les métiers de l'aide, ce qui suppose de bien mettre au clair ce qui est entendu communément sous l'appellation, extrêmement confuse, de « services à la personne ».

Rappelons enfin le contexte législatif français. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a intégré dans le champ du handicap les personnes de tous âges souffrant de troubles psychiques et de déficiences cognitives. Parce que ces personnes souffrent de difficultés décisionnelles et remettent ainsi en cause la fiction efficace de l'individu autonome, il faut inventer, spécialement dans les situations de prise en charge en établissement et à domicile, une nouvelle conception de l'autonomie qui distingue différentes facettes de leur capacité de décision⁴. Les outils législatifs permettant de respecter leur autonomie morale sont en place avec la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, mais aussi avec le principe de la « personne de confiance » inscrit dans la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, et qu'il faudrait étendre aux droits des personnes handicapées. Reste encore à veiller à leur

² Celle-ci repose largement sur les femmes, d'abord avec l'utilisation du congé parental par celles à qui l'activité professionnelle n'apporte que de faibles revenus, puis, lorsque les enfants sont d'âge scolaire, avec le recours au temps partiel (quand il n'est pas imposé) pour tenter de tenir les horaires compatibles avec les rythmes scolaires des enfants.

³ Travaux de Simone Pennec : Pennec S. (1999), "Les femmes et l'exercice de la filiation envers leurs ascendants", pp. 129-154 in *Les parcours de vie des femmes*, Guillou A., Pennec S., Paris, L'Harmattan. Pennec S. (2002), "La politique envers les personnes âgées dites dépendantes : providence des femmes et assignation à domicile", *Lien social et politiques*, n° 47, pp. 129-142. Pennec S. (2004), "Les tensions entre engagements privés et engagements collectifs, des variations au cours du temps selon le genre et les groupes sociaux", *Lien social et politiques*, n° 51, pp. 97-107. L'articulation entre travail professionnel et aide familiale aux personnes âgées a donné lieu surtout à des travaux d'économistes, voir notamment : Bonsang A. (2006), « How do Middle-Aged Children Allocate Time and Money Transfers to Their Older Parents in Europe? », *CREPP Working Paper*, n° 2006/02, Université de Liège; et Pezzin L.E. et Schone B.S. (1999), « Intergenerational Household Formation Labor Supply, and Informal Caregiving: A Bargaining Approach », *Journal of Human Resources*, vol. 34, n° 3, pp. 475-503.

⁴ Voir notamment Fabrice Gzil, Anne Fagot-Largeault, Jean Gayon, *Problèmes philosophiques soulevés par la maladie d'Alzheimer*, PUF, 2009.

application.

PARTIE I

Le grand amalgame des « services à la personne » : un état des lieux

Les services représentent plus des deux tiers de l'emploi. Après le développement du tertiaire marqué par les services aux entreprises, nous entrerions, d'après certains auteurs, dans l'ère des services à la personne. Pour reprendre une formule de Daniel Cohen, les services symbolisent « la production de l'homme par l'homme » (*Nos temps modernes*, 1999).

Ces « services à la personne » ont fait l'objet, ces dernières années, d'une politique spectaculaire et volontariste portée par Jean-Louis Borloo, ancien ministre des Affaires sociales. Le « plan Borloo », lancé en novembre 2004, promettait un changement d'échelle et de paradigme, des milliers de créations d'emplois, alors qu'il n'a fait que prolonger des politiques déjà existantes et a produit des résultats contestables et contestés, au prix d'une augmentation très conséquente des financements publics. Surtout, le concept même de « services à la personne » a continué à entretenir la confusion en mettant sur le même plan des publics radicalement différents.

Les « services à la personne » dont le plan Borloo se réclame se sont ainsi développés sur des financements publics consentis notamment à des populations qui n'ont pas de difficultés particulières, ni financièrement, ni en termes de situation de handicap (la frange des 10% des personnes les plus aisées touche 73% de l'avantage fiscal des crédits d'impôts consentis pour le recours à l'emploi de services à domicile⁵). Le rapport 2010 de la Cour des comptes fait état d'une progression des dépenses totales, sociales et fiscales, de 4,7 milliards d'euros en 2006 à 6,6 milliards en 2009 soit une augmentation de 40% pour une augmentation d'heures à peu près au même rythme qu'avant le plan Borloo, soit, suivant les chiffres même de l'ANSP, 300 000 emplois (environ 100 000 emplois en équivalents temps plein) créés depuis 2005, soit 17,5% d'emplois en plus, environ 4% de progression par an⁶. Même si l'on neutralise l'année 2009 à cause de la crise, on arrive à une progression des heures de 5% par an, comme avant le plan Borloo, pour des dépenses augmentant de 16% par an, soit trois fois plus vite, comme le constate le rapport du Sénat : « *une croissance de plus en plus onéreuse (...) il semble que les aides aient un rendement décroissant* »⁷. Ceci invalide la théorie du cercle vertueux de l'action publique proposée par Camal Gallouj : « *L'action de*

⁵ France, Portrait social édition 2008, *Le Monde* du 7 novembre 2008.

⁶ ANSP (2009). *Tableau de bord*, p.5.

⁷ Rapport du sénateur Joseph Kergueris sur les services à la personne, juillet 2010, p. 78 et 79.

l'État vise en priorité les ménages solvables et les entreprises avec l'espoir que ces deux catégories d'agents soient à l'avenir capables d'impulser une dynamique de consommation autonome. Cette croissance autonome devrait, à terme, prendre le relais des aides publiques et amorcer un cercle vertueux de développement des services à la personne qui devrait à son tour favoriser le retour sur investissement (du point de vue de l'État) et permettre d'évoluer vers une diminution rapide des aides publiques »⁸. Il est clair que cela n'est pas le cas.

⁸ Camal Gallouj (2008). *L'économie des services à la personne*, Rueil-Malmaison, Editions Wolters Kluwer France, p.128.

1.

Au-delà de la communication, un bilan décevant

A partir des années 1980, la montée d'un chômage de masse touchant en particulier des femmes peu qualifiées d'une part, et l'insuffisance des politiques sociales d'aide, notamment en direction des personnes vieillissantes, d'autre part, ont conduit les gouvernements successifs à mettre en place ce qu'on a appelé le traitement social du chômage, c'est-à-dire la mise à l'emploi de chômeurs aidés : Travaux d'Utilité Collective, Contrat Emploi Solidarité, etc. La loi Seguin de 1987, qui crée les services mandataires et les associations intermédiaires, participe de ce mouvement, avec la généralisation d'exonérations de charges sociales et la mise en place d'exonérations fiscales pour la garde des enfants de moins de trois ans et l'aide aux personnes âgées de plus de 70 ans⁹. En ce sens, le plan Borloo n'a rien inventé : ni le concept de « services à la personne », contrairement à ce qu'affirme le récent rapport sénatorial¹⁰, puisque ce concept apparaît dès 1991 dans la loi du 31 décembre relative à la formation professionnelle et à l'emploi¹¹, ni le Chèque Emploi Service Universel (CESU), créé par Alain Juppé en 1993 sous le nom de chèque emploi service... reprenant au passage le même slogan : « *Se simplifier la vie* »¹².

Le « plan Borloo » n'est donc que la continuation de ce traitement social du chômage qui dure depuis vingt-cinq ans. D'ailleurs, en novembre 2004, quand il lance son plan de développement des services à la personne, Jean-Louis Borloo reconnaît que ce secteur crée « naturellement » 80 000 emplois par an, avec une progression de 5,5% par an¹³. Or, pour la période 2005-2009, en prenant les chiffres de l'ANSP¹⁴ (chiffres qui eux-mêmes sont sujets à controverse¹⁵), on arrive à la création d'environ 300 000 emplois en quatre ans, soit 75 000 emplois par an, comme avant le plan... Alors que le ministre affirmait en février 2006 que « *le secteur va générer de 1 à 2 millions d'emplois supplémentaires d'ici à 2010* »¹⁶.

On est donc très loin des créations nettes d'emplois annoncées, les dispositifs publics

⁹Ennuyer B. (2003). L'emploi, maître mot des politiques sociales, in *Les malentendus de la dépendance*, Paris, Dunod, 203-214.

¹⁰Kergueris J. (2010). *Rapport d'information sur l'avenir des services à la personne*, Sénat, n° 589, p. 7 et 18.

¹¹Loi n° 91-1-405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi, Chapitre IX, *Journal Officiel* du 4 janvier 1992.

¹²Ennuyer B. (2007). Réflexions sur le développement des services à la personne, *Documents Cleirppa*, Cahier n° 27, p.28.

¹³*Conférence nationale pour le développement des services à la personne*, Lundi 22 novembre 2004.

¹⁴*Tableau de bord. Observatoire de l'emploi et de l'activité dans les services à la personne*, Octobre 2009. Agence Nationale des Services à la Personne, p.5.

¹⁵Jany-Catrice F. (2009). Combien d'emplois dans les services à la personne ?, *Les chantiers de l'IDIES, Note de travail*, n°6.

¹⁶Le Marché du travail. Edition Nationale du 21 au 27 février 2006.

semblant avoir davantage joué sur la sortie d'une partie des services à domicile de l'activité non déclarée : selon les dernières estimations de l'INSEE, entre 1995 et 2005, la part du travail non déclaré a connu un recul de vingt points, passant de 50 à 30% des emplois du champ des services à domicile¹⁷.

Sur la même période, le nombre de ménages déclarant à l'administration fiscale employer un salarié à domicile a augmenté de 76%, occasionnant une hausse de 24% des dépenses consacrées par les ménages à l'emploi d'un salarié à domicile¹⁸. Cette croissance est imputable pour plus des deux tiers à des personnes qui déclarent un salarié qu'ils employaient auparavant au noir, et pour le tiers restant à de nouveaux ménages utilisateurs de services à domicile¹⁹. Si ces aides fiscales ayant permis la déclaration d'heures travaillées venaient à disparaître, il est probable qu'une partie des particuliers employeurs reviendrait à l'emploi direct non déclaré. Les gains en aides fiscales seraient donc en partie compensés par les pertes en cotisations sociales et les employées perdraient une protection sociale, toutefois, il faut le remarquer, largement illusoire (du fait du faible nombre d'heures déclarées par employée). Malgré l'importance de cette question, nous pensons que la lutte contre le travail dissimulé, endémique dans les secteurs fortement utilisateurs de main d'œuvre peu qualifiée (bâtiment, hôtels cafés restaurants²⁰), devra trouver d'autres voies. Ce n'est pas l'objet du présent travail²¹.

Au final, donc, peu de résultats, malgré tout le déploiement médiatique autour de ces emplois et surtout malgré, comme on le verra plus loin, l'augmentation de 40% des sommes investies par l'État en exonérations fiscales et sociales, ce qui préjuge, comme le dit le rapport sénatorial, « d'effets d'aubaine massifs »²². Par ailleurs, pour un accroissement des emplois de service à la personne à peu près identique à celui d'avant le plan Borloo, ces services ont coûté plus cher à l'ensemble des contribuables et relativement moins aux utilisateurs de ces services, massivement les classes supérieures. On peut logiquement parler « d'effets anti-redistributifs évidents »²³. L'évaluation du coût net par emploi créé demeure difficile à évaluer avec précision. Le calcul dépend d'abord du périmètre des dépenses à prendre en compte (dépenses fiscales, dépenses sociales et enfin dépenses budgétaires de l'État et des collectivités locales dont relève l'APA, par exemple). Au-delà de ces dépenses (qui conduisent à calculer le coût « brut » des emplois créés), il conviendrait d'évaluer les gains attendus en retour et les économies permises (accroissement des cotisations sociales et impôts, diminution des indemnités chômage ou des minima sociaux). Ainsi, comme pour d'autres politiques de l'emploi (voir les polémiques sur le chiffrage des « 35 heures » par exemple), l'évaluation finale est l'objet de nombreuses controverses et aboutit à des résultats

¹⁷ Anne Flipo, Denis Fougère and Lucile Olier (2007): "Is the Household Demand for in-Home Services Sensitive to Tax Reductions? The French Case", *Journal of Public Economics*, 91, 365-385.

¹⁸ Claire Marbot, « En France, qui recourt aux services à domicile ? », INSEE, France, portrait social, Edition 2008, pp. 143-162.

¹⁹ Claire Marbot, « Le recours aux services à domicile et ses déterminants en France : une analyse au cœur du ménage », *Travail, Genre et Société*, octobre 2009, 2, 22, pp.31-52.

²⁰ Comme le montrent les enquêtes de l'ACOSS en France : voir le dossier « L'économie informelle » de la *Revue économique* (vol. 60, 2009-5).

²¹ Voir Laurence Fontaine, Florence Weber (dir.), *Les paradoxes de l'économie informelle. À qui profitent les règles ?*, Paris, Karthala, 2010, notamment les chapitres 9 et 10.

²² Kergueris J. (2010). *Op.cit.*, p.79.

²³ *Op.cit.*, p. 88.

très contrastés – l'évaluation du coût par emploi créé allant de 7 477 euros (coût net, selon Michèle Debonneuil) à 53 000 euros (coût brut, selon le rapport du sénateur Kergueris). Les travaux de la Cour des Comptes comme ceux du Sénat s'accordent cependant pour considérer cette politique comme « coûteuse » et impliquant des effets redistributifs « à évaluer ». Il serait bon de distinguer les politiques sanitaires et sociales destinées au public spécifique des personnes en situation de handicap et les politiques de l'emploi visant, entre autres, à lutter contre le travail non déclaré. Des travaux futurs devront préciser cette question essentielle.

Ces dépenses fiscales et sociales génèrent, directement ou indirectement des gains financiers dans les caisses de l'État et de la Sécurité sociale, qui n'ont pas, à ce jour, été totalement évalués, notamment les économies réalisées sur le traitement du chômage (selon la Dares, en 2008, un chômeur coûte, en moyenne, à l'État, 19 000 euros par an), les recettes fiscales liées à la sortie d'une partie de la population du chômage, du travail non déclaré et du revenu de solidarité active-RSA (impôts sur les revenus, charges sociales, etc.), les cotisations sociales versées par les particuliers-employeurs (4,88 milliards, selon l'Acoss)²⁴.

²⁴ FX Devetter, M. Lefebvre, I. Puech, « Employer une femme de ménage à domicile. Pratiques et représentations sociales », *Document de travail du Centre d'études de l'emploi*, n°137, janvier 2011.

2.

Des emplois de faible qualité

Au-delà des débats sur la quantité des emplois créés et de leur coût, la question de la qualité même de ces emplois se pose avec particulièrement d'acuité : importance du temps partiel contraint, rémunérations mensuelles faibles, manque de reconnaissance sociale, de perspective de carrière, etc.

Il importe donc de penser les conditions de travail et de vie des personnes qui occupent ces emplois et qui sont, dans 98% des cas, des femmes. Elles sont plus âgées que la moyenne des personnes en emploi et plus souvent issues de l'immigration, essentiellement pour les salariées exerçant des emplois domestiques. Leur formation initiale est plutôt faible, puisque d'après l'enquête DRESS de 2008, un tiers des aides à domicile intervenant auprès de personnes fragilisées n'ont aucun diplôme, ou uniquement le brevet des collèges. Il y a cependant une différence selon qu'elles travaillent dans les associations (25% seulement sont sans diplôme ou avec le brevet) ou qu'elles sont directement employées par les particuliers (42% sont sans diplôme ou avec seulement le brevet) (Marquier, 2010)²⁵. Selon la même enquête, la proportion de femmes immigrées parmi les aides à domicile auprès des personnes fragiles est faible, 95% d'entre elles étant de nationalité française ou nées en France (enquête DREES de juin 2010). Les données de la DARES indiquent quant à elles que, parmi l'ensemble des aides ménagères et des aides à domicile, la proportion d'immigrées est de 14% en 2010²⁶. D'une façon générale, les femmes exerçant ces métiers sont avant tout issues des milieux populaires. Les femmes étrangères ou issues de l'immigration sont pour la plupart concentrées dans les grandes agglomérations et surtout dans l'agglomération parisienne. La France est loin du modèle italien des *badanti*, ces femmes étrangères occupant des emplois à domicile peu encadrés et qui font l'essentiel des aides aux personnes âgées dépendantes²⁷.

On notera aussi qu'elles subissent le temps partiel contraint plus que la moyenne des autres secteurs. Sans nous avancer à donner des chiffres sur le total des temps travaillés, toujours très discutables étant données les nombreuses situations de multiactivité et de

²⁵ Marquier, R., (2010) Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008, *Etudes et résultats* 728 (2010).

²⁶ De ce point de vue, la solution française est très différente des solutions étatsunienne et italienne, où les aides à domicile sont massivement des émigrées qui s'éloignent de leurs proches dépendants (enfants, personnes âgées) pour gagner de l'argent. Voir Ehrenreich, B., & Hochschild, A. R. (Eds). (2003). *Global woman: Nannies, maids and sex workers in the new economy*. New York: Metropolitan Books, Henry Holt and Company.

²⁷ Giovanni Lamura et al., « Les travailleurs immigrés dans le secteur de l'aide aux personnes âgées ; l'exemple de l'Italie », *Retraite et société*, 2008, 55, pp. 7-97.

multiemployeurs, nous pouvons souligner que ces faibles temps de travail entraînent des salaires très bas, 840 euros mensuels en 2008 pour le salaire médian des intervenantes auprès de personnes fragilisées (Marquier, 2010). Cela tend à placer ces salariées en position de dépendance vis-à-vis d'autres revenus du ménage, ou à défaut, en situation de « travailleurs pauvres » (Clerc, 2008)²⁸.

Signalons enfin une particularité dans la relation contractuelle, du fait que les deux tiers de ces personnes sont salariées par les particuliers employeurs avec ou sans intermédiation (source DARES) et que nombreuses sont celles qui cumulent plusieurs « modes d'intervention ». L'INSEE estime que près de la moitié des salariés à domicile employés directement par un particulier occupe aussi un autre emploi, dans le même secteur ou dans un autre. Pour le tiers de ces salariés, l'activité chez le particulier-employeur n'est pas leur emploi principal, mais une source secondaire de leur revenu salarial²⁹. Lorsque l'on s'intéresse uniquement aux salariés qui interviennent au domicile de personnes fragilisées, on constate une grande diversité des modes d'exercice de l'activité : selon la DREES, 37% d'entre elles sont employées par des organismes prestataires, 24% interviennent en emploi direct et 39% exercent soit uniquement en mandataire (elles ont pour employeur un particulier mais une structure intermédiaire intervient), soit de façon mixte. Autrement dit, 63% des intervenantes au domicile de personnes fragilisées sont salariées d'un particulier-employeur, mais pas forcément exclusivement. Dans ces conditions, et sans même parler de carrière, la prise en compte dans le salaire de l'ancienneté et de l'expérience acquise reste un vœu pieux. Ainsi que le remarquent F.-X. Devetter et S. Rousseau³⁰, la forte prévalence des CDI masque ici une précarité qui s'exprime à travers ces modes de contractualisation spécifiques, et qui ont été renforcées par le développement du Chèque-emploi-service, puis du CESU.

Tous les chiffres connus, notamment ceux du rapport de Michèle Debonneuil³¹, font état du développement de l'emploi direct (voir également l'enquête du CREDOC³²). Lorsqu'un besoin nouveau se fait jour, deux situations doivent être distinguées. Soit la personne en perte d'autonomie employait déjà un salarié, qui change alors de fonction, parfois même de dénomination, passant de « femme de ménage » à « aide à domicile »³³. Soit la personne en perte d'autonomie n'a jamais employé de salarié ; le « choix » d'un nouvel employé se fait généralement de bouche à oreille, en interrogeant l'entourage déjà confronté au problème. Les services mandataires et prestataires ne seront compétitifs que si les prestations qu'ils offrent, certes plus chères, sont plus adaptées : ils évitent aux personnes en perte d'autonomie et à leur famille le souci de l'embauche, du contrat de travail, des remplacements, et ils offrent une garantie contre les dérives propres à toute transaction

²⁸ Clerc D. (2008), *Pour des emplois convenables. La France des travailleurs pauvres.*, Paris, Grasset.

²⁹ R. Marquier, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 728, juin 2010.

³⁰ Devetter F.-X., Rousseau S. (2011), *Du balai. Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*, Paris, Raisons d'agir, p.64.

³¹ Michèle Debonneuil, *Les services à la personne : bilan et perspectives - Document d'orientation*, septembre 2008, La Documentation française, p. 14.

³² Angotti M. (2008). *Emploi familial : le vécu des particuliers employeurs*, CREDOC, n°213, août.

³³ Des données de suivi des personnes âgées dépendantes par un CLIC d'Ile de France montrent ces changements de dénomination par les travailleurs sociaux eux-mêmes (Loïc Trabut, *Nouveaux salariés, nouveaux modèles. Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes*, thèse de l'EHESS, décembre 2011).

intime³⁴. Lorsque les personnes en perte d'autonomie ne peuvent pas, ou ne souhaitent pas, payer davantage que la subvention qu'ils obtiennent de l'APA, il est clair que le facteur coût joue en défaveur du prestataire, du fait du respect strict des conventions collectives³⁵ et du coût des charges lié au fait d'être une entreprise ou une association employeur. Il y a une distorsion de concurrence qui favorise le particulier employeur. A titre d'exemple, certaines conseillères des équipes médico-sociales du Conseil général de Paris qui évaluent les demandes d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) conseillaient, il n'y a pas si longtemps (en 2008) l'emploi direct à des personnes classées en Groupe iso ressources (GIR) 1 ou 2, au mépris de la loi de 2001, tout simplement parce que cela permet d'attribuer plus d'heures pour un même montant de l'APA, prestation dont on sait par ailleurs l'insuffisance pour que les gens en incapacité lourde soient véritablement aidés à domicile.

Dès janvier 2008, le rapport du CERC dit à propos de la qualité de l'emploi : « *Le secteur des services à la personne dans le cadre de l'emploi direct, ou d'entreprises ou associations mandataires, se caractérise par une forte précarité du statut des salariés. Ceux-ci, à l'exception des enseignants, sont surtout des femmes sans qualification soumises à des horaires de temps partiel contraint. La faible durée du travail avec ses conséquences sur les salaires est une des caractéristiques de l'emploi dans les services à la personne* »³⁶.

Le rapport du sénateur Kergueris (2010) cité plus haut dit à peu près la même chose : « *Présenté, lors du lancement du plan Borloo, comme un secteur d'avenir pourvoyeur d'emplois « non dé localisables », cette politique semble aujourd'hui, dans un contexte de crise, parvenue à un stade critique: le coût du soutien public pose un problème de soutenabilité dans le temps, la professionnalisation et la structuration attendues peinent à se diffuser, tandis que le nombre et la qualité des emplois créés déçoivent selon certaines approches* »³⁷.

C'est aussi un des enseignements de la première édition du baromètre de la qualité des emplois de services à la personne en 2010 : « *Conditions de travail : un bilan en demi-teinte (...); en termes de qualité de travail, c'est surtout la faiblesse de l'évolution salariale (en fonction de l'expérience ou de l'ancienneté) qui est mise en avant, participant ainsi d'un manque de perspective d'évolution des emplois du secteur* »³⁸.

En résumé, du point de vue de la précarité des emplois et de l'augmentation du recours des populations économiquement fragiles aux aides qui leur sont vitales, le plan Borloo, là non plus, n'a pas changé grand-chose et la « professionnalisation » annoncée n'est pas au rendez-vous.

Plus généralement, on peut se demander si le secteur des services à la personne doit

³⁴ Viviana Zelizer, *The purchase of intimacy*. Princeton, Princeton University Press, 2005.

³⁵ Ce qui implique notamment de rémunérer les temps de déplacement des salariées entre deux interventions, ce qui n'est jamais le cas dans l'emploi direct.

³⁶ Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale (2008). *Les services à la personne*, Rapport n°8, 16 janvier, p.50.

³⁷ Kergueris J. (2010). *Op.cit.*, p.15.

³⁸ 1^{ère} édition du Baromètre de la qualité et de la professionnalisation des emplois de services à la personne, Conférence de presse, Mercredi 19 mai 2010, Services à la personne, Agence Nationale, BIPE.

vraiment être le fer de lance d'une politique de l'emploi. Doit-on encourager la création de bribes d'emplois (temps partiels courts), mal payés, qui plus est pour les femmes déjà plus vulnérables sur le marché du travail, contribuant ainsi à installer une norme dégradée d'emploi? A ce jeu, les grands gagnants sont les hommes, qui peuvent ainsi éviter le partage des tâches domestiques et perpétuer les inégalités globales entre les sexes; et surtout les ménages aux revenus les plus élevés, qui se saisissent des dispositifs de solvabilisation de la demande pour faire appel à une aide extérieure rémunérée ou, simplement, pour la déclarer.

3.

Nécessité vitale et confort des plus aisés sur le même plan

Comme le Conseil économique et social en janvier 2007, on ne peut que regretter la confusion qui englobe les métiers de l'aide dans la nébuleuse des services à la personne. Il y a un amalgame entre des prestations de services non vitales comme le jardinage, le dépannage informatique, le gardiennage et la surveillance temporaire entre autres, ce que le rapport Debonneuil de 2008 appelle des « *services de confort* », et la relation d'aide, vitale pour les personnes de tous âges en situation de handicap, qui revêt pour ces populations un caractère de service public. Lorsque les personnes sont en perte d'autonomie, la relation d'aide prend des formes extrêmement variées, l'essentiel étant le public visé et non la nature de l'activité. Le Conseil économique et social précise ainsi : « *Notre assemblée considère qu'il faut distinguer les services en direction des personnes âgées en perte d'autonomie ou en faveur des personnes handicapées et des familles avec de jeunes enfants de moins de trois ans, des autres services davantage liés à une meilleure qualité de vie ne nécessitant pas le même degré d'intervention et de contrôle de la puissance publique* »³⁹

La Cour des comptes, en 2010, confirme, elle aussi, cette confusion des genres : « *La multiplicité des activités concernées, le grand nombre d'acteurs impliqués, la diversité des modes d'intervention rendent ainsi malaisé le ciblage de l'action publique en faveur d'un secteur hétérogène au contenu disparate et au périmètre fluctuant* »⁴⁰.

Ce mécanisme qui fait reposer sur des financements publics, c'est-à-dire sur nous tous, le bien-être d'une partie seulement des citoyens français qui sont déjà les plus favorisés, ne nous paraît ni solidaire ni équitable, puisque beaucoup de ceux qui en auraient le plus besoin, notamment beaucoup de personnes âgées en difficulté, ne peuvent en bénéficier. Rappelons cette vérité d'évidence : ne peuvent se procurer ces services que ceux qui peuvent les payer même partiellement, ce sont donc les classes les plus aisées qui en bénéficient⁴¹. Le maintien du financement public envers tous les publics sans distinction ne se justifie pas. La Cour des comptes rappelle que les presque 7 milliards d'euros d'argent public⁴² sont dépensés actuellement indistinctement.

³⁹ Yves Verollet, *Le développement des services à la personne*, Rapport du Conseil Economique et Social, 2007, p. 9.

⁴⁰ Rapport 2010 Cour des comptes, p. 515.

⁴¹ Marbot C. (2008). *En France, qui recourt aux services à domicile ?* France, Portrait social- édition 2008, INSEE.

⁴² Rapport 2010 Cour des comptes, p. 517 et sq.

De ce fait, il ne nous apparaît ni rigoureux, ni honnête de parler des « services à la personne » en général, tellement les services d'aide aux activités de la vie quotidienne des personnes les plus fragiles doivent être radicalement distingués des autres, car ils sont pour elles une nécessité vitale et l'une des conditions de leur maintien dans la cité. Pour nous, ils s'apparentent donc à un véritable service public. Nous ne traiterons donc plus ici que de l'organisation du secteur des métiers de l'aide aux personnes handicapées et dépendantes.

PARTIE II

Construire le secteur de l'aide médico-sociale

1.

Définir le secteur par son public

Préserver l'autonomie des personnes en situation de handicap suppose d'effectuer, avec eux ou à leur place, de nombreuses tâches qui relèvent aujourd'hui de secteurs différents : l'entretien du domicile, la préparation des repas, les soins au corps, l'accompagnement hors du domicile, l'aide à la prise de médicaments, la gestion des relations avec les services administratifs et bancaires... Lorsque les personnes elles-mêmes se trouvent dans l'incapacité d'effectuer l'une ou l'autre de ces tâches, elles sont effectuées par divers membres de leur famille (80% de l'aide aux personnes handicapées ou dépendantes à domicile sont réalisées par des proches, les parents, les conjoints ou les enfants selon les situations familiales), ou par des professionnels qui relèvent de différents secteurs : secteur sanitaire, secteur médico-social, secteur des services aux particuliers (emploi direct, prestations marchandes d'hôtellerie ou de transport). Les recherches de terrain⁴³ montrent que des tâches apparemment semblables pour un observateur extérieur, tels les gestes banals du ménage, correspondent pourtant à des réalités très différentes suivant qu'elles sont destinées, ou non, à des personnes en situation de handicap. Nous pensons donc que ce n'est pas la nature des activités qui doit définir le nouveau secteur de l'aide médico-sociale, mais bien les difficultés de la vie quotidienne. C'est la seule issue pour sortir de l'amalgame des services à la personne.

Nous proposons donc, après bien d'autres⁴⁴, la création d'un véritable droit à la compensation des difficultés de la vie quotidienne, aux aides de longue durée et au maintien de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne et dans la participation à la vie sociale, quel que soit l'âge des personnes concernées, conformément à l'article 13 de la loi du 11 février 2005, et comme c'est le cas en Allemagne, au Danemark et aux Pays-Bas⁴⁵. La question de l'éligibilité des personnes à ce droit doit être repensée pour intégrer les deux outils utilisés aujourd'hui, la grille AGGIR qui ouvre le droit à l'APA (personnes âgées) et la grille GEVA qui ouvre le droit à la PCH (personnes handicapées de moins de 60 ans). L'outil commun devra être à la fois simple et validé par la communauté des spécialistes du handicap et de la dépendance. L'expérience des équipes médico-sociales des conseils

⁴³ Doniol-Shaw Ghislaine, Lada Emmanuelle, Dussuet Annie (2007), "Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne. Leviers et freins à la qualification et à la promotion", rapport pour le Service des Droits des Femmes et de l'Egalité, disponible en ligne :

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Latts_rapport_definitif_21_mars_2008.pdf

⁴⁴ Mirelle Elbaum, « Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de 'cinquième risque' ? », *Droit social*, n°11, novembre 2008 ; Florence Weber, *Handicap et dépendance. Dramas humains, enjeux politiques*, Paris, Editions Rue d'Ulm, collection CEPREMAP, 2011.

⁴⁵ Virginie Gimbert, Guillaume Malochet, *Les défis de l'accompagnement du grand âge*, La Documentation française, Rapports et documents du Centre d'analyse stratégique, 2011 n°39.

généralistes (APA), des conseillères gérontologiques (APA) et des équipes pluridisciplinaires des maisons départementales du handicap sera mobilisée pour la conception et l'application de ces outils.

Il faut souligner que le public concerné par ce droit à compensation comprend non seulement les personnes handicapées et dépendantes elles-mêmes, mais aussi ceux de leurs proches sur qui l'essentiel de l'aide quotidienne repose aujourd'hui, principalement leur conjoint ou les personnes avec qui elles habitent. Aussi la définition des tâches déléguées à des professionnels doit-elle prendre en compte non seulement les besoins de la personne handicapée elle-même, mais aussi les besoins des aidants eux-mêmes souvent fragilisés.

2.

Rompre avec le modèle domestique

Le constat majeur que l'on doit faire est qu'il n'existe à l'heure actuelle aucune filière de formation conduisant aux emplois de l'aide médico-sociale. Il existe bien des diplômes dans le secteur de l'aide aux personnes, ils sont même pléthoriques, mais ils ont tous comme caractéristique d'être orientés à la fois vers les besoins de la petite enfance et vers les besoins des personnes handicapées ou dépendantes. De plus, nombre de ces diplômes correspondent moins à des activités d'aide qu'à des activités de service, orientant les emplois correspondants du côté du service domestique. En outre, hormis le diplôme d'état de technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF) qui est de niveau IV (correspondant au baccalauréat), tous les diplômes sont de niveau V ou V+, c'est-à-dire correspondant à un CAP ou un BEP. Les emplois correspondants sont donc à faible qualification et à bas salaires, sans possibilité de progression de carrière dans le secteur (voir Annexe).

La polyvalence des diplômes entre très jeunes enfants et personnes fragiles ne recouvre ni la réalité des emplois, massivement spécialisés selon les publics, ni celle du marché du travail où les besoins les plus importants et les moins bien remplis, dès aujourd'hui et plus encore dans l'avenir, se situent du côté des adultes et des personnes âgées (Chardon et Estrade, 2007)⁴⁶. De plus, les exigences professionnelles sont très différentes entre les nourrissons, pour lesquels le terme de « garde » s'est imposé depuis longtemps, et les adultes et il existe de fait des formations spécifiques pour les métiers de la petite enfance (CAP petite enfance, auxiliaire de puériculture, éducatrice de jeunes enfants, auxiliaire de vie scolaire...) de telle sorte que les emplois dans ce secteur sont massivement occupés par des personnes détentrices de ces formations. A l'heure actuelle, cette fausse polyvalence a donc des effets négatifs sur l'émergence de ce secteur.

Il y a ainsi une urgence à concevoir une filière de formation et une filière professionnelle correspondante pour l'aide médico-sociale, quel que soit l'âge des personnes aidées (Doniol-Shaw, 2011)⁴⁷.

Aujourd'hui c'est d'abord l'absence de diplôme spécifique qui prévaut dans les secteurs de l'aide aux personnes fragiles à domicile, seules 38% des intervenantes ayant un diplôme du secteur. Parmi la quinzaine de diplômes reconnus par le secteur, deux d'entre eux sont

⁴⁶ Chardon O., Estrade M. A., 2007, *Les métiers en 2015*. Centre d'analyse stratégique, DARES.

⁴⁷ Doniol-Shaw G., 2011, « Quels diplômes pour le secteur de l'aide à la personne », *Formation Emploi*, 115, pp. 51-65.

détenus par 75% des salariées diplômées. Il s'agit, dans 55% des cas, du DEAVS (diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale) ou du CAFAD (certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile), ce dernier n'existant plus depuis 2002 car remplacé par le DEAVS⁴⁸, et dans 20% des cas du BEP Carrières sanitaires et sociales BEP CSS) (Marquier, 2010)⁴⁹.

Ces diplômes, DEAVS et BEP CSS n'échappent pas à la polyvalence entre petite enfance et handicap, ce qui est surprenant pour le DEAVS, construit en lien avec l'instauration de l'APA, et ils sont tous deux de niveau V (CAP). Le DEAVS est toutefois mieux classé que le BEP CSS dans l'accord de branche de 2002 de la branche professionnelle de l'aide à domicile qui concerne les associations : le DEAVS est en C et le BEP CSS en B, le niveau A correspondant à l'absence de détention d'un diplôme reconnu par le secteur (cf. tableau des diplômes et de leur classement en annexe).

La concentration sur ces deux diplômes indique cependant que les contenus des formations correspondantes sont plus proches des exigences du métier que ceux des autres diplômes également reconnus. La réflexion qui s'impose pour l'organisation d'une filière de formation propre aux métiers de l'aide médico-sociale peut en conséquence s'appuyer, en partie, sur les caractéristiques de ces diplômes et en tout premier lieu du DEAVS, qui a largement contribué à faire évoluer le métier d'aide à domicile et ses représentations.

⁴⁸ Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale, décret n° 2002-410 du 26 mars 2002, *Journal Officiel* du 28 mars 2002.

⁴⁹ Marquier R., 2010, Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008, *Etudes et résultats*, n° 728.

3.

Les acquis et les limites du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale

Pour les salariées de l'aide à domicile, la création, en 2002, du DEAVS a représenté un acquis considérable, en termes d'activités réalisées et de rémunération.

Avec la création du DEAVS, c'est en effet l'exercice d'activités directement liées au corps, et en tout premier lieu l'aide à la toilette, qui a été reconnu, même si ces activités, bien que non autorisées auparavant, étaient, dans les faits, souvent déjà réalisées par les intervenantes à domicile. La création du DEAVS a donc ouvert aux intervenantes une possibilité de professionnalisation⁵⁰, c'est-à-dire de reconnaissance sociale des compétences qu'elles mettent effectivement en œuvre dans leur travail, rendue possible aussi du fait qu'il est accessible par la VAE (valorisation des acquis de l'expérience). Ce diplôme constitue également un point d'appui pour définir les limites de leur travail et leur offre ainsi un moyen de préserver leur santé⁵¹.

Cette évolution des activités et des responsabilités liées à la détention de ce diplôme, a été accompagnée d'une augmentation notable du niveau de rémunération, revalorisation toutefois fragile du fait de la non revalorisation régulière des accords de branche.

Mais, aux yeux des candidats comme des professionnels, le diplôme actuel est trop scolaire, peu adapté aux besoins. On note, de plus, certaines anomalies dans la définition du « métier », en particulier autour de la barrière du sanitaire ; dans les départements où règne une importante pénurie de l'offre médicale, les AVS peuvent être amenées à effectuer des gestes pouvant recouvrir ce qui est aujourd'hui du ressort des personnels infirmiers, ce qui leur est interdit. Il faut noter que, dans les départements bien dotés en structures sanitaires à domicile, ces actes sont effectués par les aides-soignantes des SSIAD ou les infirmiers libéraux, ce qui signifie qu'elles sont prises en charge au titre de l'assurance-maladie. Dans le cas où, faute de personnel soignant, ces activités sont réalisées par les aides à domicile, les bénéficiaires supportent une « double peine » : ils doivent contribuer davantage au coût d'un service rendu dans des conditions illégales. Il y a là une situation intolérable et

⁵⁰ Clergeau C., Dussuet A. (2005), "La professionnalisation dans les services à domicile aux personnes âgées : l'enjeu du diplôme", *Formation Emploi*, n° 90, pp. 65 -78.

⁵¹ Dussuet A., Noguès H. (2009), "Quel est l'impact des politiques sociales sur la santé des salariées intervenantes à domicile ?" pp. 29-41 in *Emploi et politiques sociales - Défis et avenir de la protection sociale*, Barnay T., Legendre F., Paris, L'Harmattan.

inégalitaire en termes de qualification du personnel et de financement des coûts⁵².

Faut-il prendre acte de la pénurie durable de services infirmiers dans certains territoires ? En attendant une politique efficace de réduction des inégalités territoriales de l'offre médicale, il est possible d'améliorer la coordination entre secteur médical et secteur médico-social, notamment en intégrant services à domicile destinés à des publics spécifiques et services de soins infirmiers à domicile, et de revoir le financement du secteur médico-social à domicile avec l'objectif d'une amélioration des salaires des aides à domicile. Cette amélioration des salaires irait de pair avec la révision des actes autorisés aux AVS et naturellement aussi de leur formation. Il s'agit de garantir la qualité de l'aide et la sécurité des personnes mais aussi de prendre en compte les risques pour les salariées en termes de responsabilité, si elles sont, demain, engagées dans la réalisation d'actes de soin qui relèvent aujourd'hui de la responsabilité médicale. Placer les AVS dans la continuité des soins, c'est s'assurer qu'elles seront sous le contrôle et la responsabilité d'un personnel sanitaire.

⁵² C'est ainsi que pour certaines personnes la toilette est prise en charge à 100% en semaine et largement redevable en fin de semaine, du fait de la saturation des SSIAD.

4.

Salaires et organisation du travail

Aider des personnes handicapées et dépendantes à leur domicile signifie pour les intervenantes se déplacer entre des lieux parfois éloignés, particulièrement en milieu rural, et pose ainsi le problème de l'organisation d'un planning permettant de limiter les déplacements et par là, les pertes de temps, frais, et fatigue qui leur sont liés. Actuellement, cette difficulté est souvent assumée par les salariées elles-mêmes, surtout évidemment lorsqu'elles sont en situation d'emploi direct⁵³, mais elle existe aussi dans les organisations prestataires⁵⁴. Elle explique d'ailleurs assez largement la faiblesse des temps travaillés et des salaires. François-Xavier Devetter et Sandrine Rousseau notent ainsi que « *le coût du travail est abaissé par le refus de prendre en compte les temps nécessaires au travail mais exclus du temps de travail effectif* ». Cette tendance est accentuée par les politiques des financeurs qui, souhaitant contenir leurs dépenses, s'efforcent d'ajuster les qualifications des intervenantes aux tâches, apparemment plus ou moins complexes, accomplies. La conséquence en est une fragmentation accrue des plannings des salariées, dommageable à la fois pour les intervenantes, mais aussi pour les personnes aidées qui voient alors défiler des intervenantes différentes au cours d'une même journée pour réaliser, sur un mode confinant au taylorisme, des tâches émietées (Lada, 2011)⁵⁵. C'est pourquoi il nous semble nécessaire d'affirmer ici l'inanité de cette poursuite d'une rationalisation trompeuse : les tâches de l'aide médico-sociale ne sauraient être découpées et délimitées par un observateur extérieur, elles nécessitent au contraire la mobilisation, en situation, de toutes les ressources cognitives des intervenantes pour accomplir un travail réel, bien plus complexe qu'il n'y paraît. Cela suppose que les interventions puissent se déployer dans un temps suffisant.

Par ailleurs, les observations des chercheurs et celles des acteurs de terrain convergent pour souligner la difficulté majeure à laquelle se heurte l'aide apportée à domicile : l'isolement dans lequel travaillent souvent les salariées. Celui-ci, qu'il ne faut pas confondre avec une autonomie qui constitue un attrait du métier, est tout d'abord un facteur de risques pour la santé des salariées (Dussuet, Noguès, 2009) confrontées à la nécessité quotidienne de gérer la relation avec la personne aidée, et souvent aussi son entourage familial, ainsi que, de façon plus épisodique mais récurrente, à celle de « faire face » à des situations délicates,

⁵³ Les déplacements prennent alors le caractère de « hors travail », alors que les accords collectifs du milieu associatif de l'aide à domicile en prévoient une prise en compte minimale dans le temps de travail.

⁵⁴ Dussuet A. ; 2005, *Travaux de femmes - Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan.

⁵⁵ Lada E., 2011, « Les recompositions du travail d'aide à domicile en France », *Formation Emploi*, 115, pp. 9-23.

voire dangereuses⁵⁶. D'autre part, pour les personnes aidées également une relation exclusive avec l'intervenante à domicile comporte des risques d'emprise. Il semble donc nécessaire de prévoir des dispositifs qui permettent de rompre cet isolement, tout en préservant la latitude d'action des salariées. On voit par là la nécessité d'une intégration de l'aide à domicile dans le secteur médico-social, ainsi que d'une meilleure coordination entre ce secteur médico-social (à domicile et en institution) et le secteur sanitaire. Là encore, cela constitue une redéfinition des limites du travail, sous le contrôle du personnel sanitaire, et suppose d'inverser le lien entre tarification de l'aide à domicile et salaires. Alors que la tarification est aujourd'hui fixée sans tenir compte des contraintes de l'organisation du travail à domicile, il faudrait lui assigner comme objectif explicite non seulement la qualité des prestations rendues, mais aussi le niveau des salaires mensuels garantis aux intervenantes. Améliorer l'organisation du travail sans augmenter les salaires des personnels au contact des personnes aidées reviendrait à déplacer le coût des prestations vers les cadres intermédiaires, alors même que la qualité de la prestation dépend d'abord de la relation aidant-aidé, comme le montrent les travaux sur les transactions intimes.

⁵⁶ Les agressions, verbales ou physiques, ne sont pas absentes dans le huis-clos domestique. Voir : Doniol-Shaw G., Lada E., Dussuet A. (2007, op. cit.),

Annexes

Annexe 1

Diplômes et classifications dans l'aide à domicile

Secteur associatif

La grille de classification comporte quatre niveaux pour les emplois d'intervention :

A, accessible sans diplôme

B, accessible avec certains diplômes de niveau V (CAP-BEP)

C, accessible avec certains diplômes de niveau V+ (BEP)

D, accessible avec un diplôme de niveau IV (baccalauréat)

Quatre ministères dispensent des diplômes reconnus, à différents niveaux.

	Diplômes délivrés et date de leur création	Classement dans la grille de classification de la branche professionnelle de l'aide à domicile
Éducation nationale	<ul style="list-style-type: none"> - BEP Carrières Sanitaires et sociales - CSS (1993) - BEP CSS + mention complémentaire Aide à domicile - MCAD (1995) - CAP petite enfance (1991) - CAP employé technique de collectivités (1975) 	<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">B</p>
Affaires sociales (DASS – Direction des affaires sanitaires et sociales)	<ul style="list-style-type: none"> - Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale - DEAVS (2002) - Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique - DEAMP (1972) - Diplôme d'Etat d'aide-soignante – DEAS (1956) - Diplôme d'Etat de technicienne de l'intervention sociale et familiale – DETISF (1974) 	<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">B (dans la filière Intervention mais C dans la filière Soins)</p> <p style="text-align: center;">D</p>
Affaires sociales (DTEFP - Direction du travail, de l'emploi	<ul style="list-style-type: none"> - Titre Assistante de vie aux familles (2000) 	<p style="text-align: center;">B</p>

et de la formation professionnelle)		
Agriculture	<ul style="list-style-type: none"> - BEPA Services, spécialité services aux personnes (1992) - BEPA, Economie familiale et rurale (1972) - CAPA Services en milieu rural (2000) - CAP agricole et para agricole, employé d'entreprise agricole, option employé familial (1971) 	<ul style="list-style-type: none"> B B B B

Annexe 2

Composition du groupe de travail

Ghislaine Doniol-Shaw est ergonomiste. Elle est ingénieure de recherches CNRS au LATTTS (Laboratoire Techniques, Territoires et Sociétés), UMR CNRS rattachée à l'Université Paris-Est. Ses activités de recherche sont orientées sur l'analyse de l'impact des transformations techniques et organisationnelles sur les conditions de travail, la sécurité et la santé des salariés et sur la sécurité et la fiabilité des systèmes. La dimension du genre est intégrée dans ses travaux, avec une attention particulière portée aux questions d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et de (dé)-qualification des emplois féminins. En relation directe avec ces orientations, elle a conduit, depuis 2004, différentes recherches sur le travail et l'emploi des aides à domicile, qui ont donné lieu à un ensemble de publications.

Annie Dussuet est sociologue, maître de conférences HDR à l'Université de Nantes, membre du Centre Nantais de Sociologie (CENS), et chercheuse associée au GTM-CRESPPA. Elle est responsable pédagogique du DU de Gérontologie Sociale du service de formation continue de l'Université de Nantes. Ses travaux de recherche portent en particulier sur les emplois des secteurs très féminisés des services, tels l'aide à domicile. Elle a notamment publié sur cette question : *Travaux de femmes, enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan, 2005.

Bernard Ennuyer est docteur en sociologie (EHESS) et a été directeur d'un service associatif d'aide et de soins à domicile à Paris. Il est membre du réseau Rtf7 de l'Association Française de Sociologie « Vieillesse, vieillissement et parcours de vie », enseignant associé à l'Université Paris Descartes et chercheur au GEPECS, chargé de cours et responsable d'un séminaire « vieillesse et vieillissement, au-delà des idées reçues » à l'École des Hautes Etudes en santé Publique à Rennes (2010-2011), chargé d'enseignement en Master 2 à Lille 3 (services à la personne). Il a notamment publié *Quand nos parents vieillissent, prendre soin d'un parent âgé*, Paris, Editions Autrement, 2007, en collaboration avec Pascal Dreyer.

Jean-Claude Henrard, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris et professeur émérite de santé publique, a dirigé, de 1975 à 2003, le Centre de gérontologie de l'hôpital Sainte Périne de l'Assistance Publique-Hôpitaux Paris, tout en étant en parallèle maître de conférences agrégé en médecine interne puis professeur de santé publique (Université René Descartes-Paris V, puis Université de Versailles). Ancien directeur du Laboratoire de recherche Santé vieillissement et de l'Institut fédératif de recherches interdisciplinaires en

réseau Santé, Vieillesse Société, il est un spécialiste de l'analyse comparative des dispositifs et politiques européennes de prise en charge des problèmes de santé au grand âge. Il a apporté son expertise dans plusieurs cabinets ministériels, à plusieurs groupes de travail du Commissariat général du plan, au Collège de Direction de l'Inserm, au Haut Comité de santé publique, à la Conférence Nationale de santé.

Isabelle Puech est sociologue, chercheuse associée au Centre d'études de l'emploi, membre du comité de rédaction de la revue *Travail, genre et sociétés*. Elle dirige l'Observatoire FEPEM des emplois de la famille, le centre d'études et de prospective de la Fédération des particuliers employeurs. Ses recherches portent sur le travail féminin peu qualifié, en particulier sur les emplois de femme de ménage. Elle vient de publier « Qui sont les particuliers-employeurs en perte d'autonomie et leurs salariés ? » (avec Sophie Bressé, Etude de l'Observatoire FEPEM, janvier 2012).

Florence Weber est professeur de sociologie et d'anthropologie sociale à l'Ecole normale supérieure de Paris, où elle dirige le département de Sciences sociales. Elle conduit ses recherches au sein du Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS) et dans le cadre de la Chaire CNSA « Handicap psychique et décision pour autrui » (ENS-EHESP). Elle a commencé par étudier la production domestique masculine des ouvriers de la grande industrie, puis la prise en charge familiale des personnes handicapées et dépendantes, en collaboration avec des économistes de la santé. Elle s'intéresse à la période contemporaine comme un moment de délégation de certaines tâches domestiques au marché et à l'Etat. Elle a notamment publié *Charges de famille. Parenté et dépendance dans la France contemporaine* (Paris, La Découverte, 2003, avec Séverine Gojard et Agnès Gramain) et *Handicap et dépendance. Dramas humains, enjeux politiques* (Paris, éditions rue d'Ulm, 2011).

Présentation de Terra Nova

Terra Nova est un think tank progressiste indépendant ayant pour but de produire et diffuser des solutions politiques innovantes.

Née en 2008, Terra Nova se fixe trois objectifs prioritaires.

Elle veut contribuer à la rénovation intellectuelle et à la modernisation des idées progressistes. Pour cela, elle produit des rapports et des essais, issus de ses groupes de travail pluridisciplinaires, et orientés vers les propositions de politiques publiques.

Elle produit de l'expertise sur les politiques publiques. Pour cela, elle publie quotidiennement des notes d'actualité, signées de ses experts.

Plus généralement, Terra Nova souhaite contribuer à l'animation du débat démocratique, à la vie des idées, à la recherche et à l'amélioration des politiques publiques. Elle prend part au débat médiatique et organise des événements publics.

Pour atteindre ces objectifs, Terra Nova mobilise un réseau intellectuel large.

Son conseil d'orientation scientifique réunit 100 personnalités intellectuelles de l'espace progressiste français et européen.

Son cabinet d'experts fait travailler près de 1000 spécialistes issus du monde universitaire, de la fonction publique, de l'entreprise et du monde associatif.

Terra Nova s'intègre dans un réseau européen et international d'institutions progressistes. Ces partenariats permettent d'inscrire les travaux de Terra Nova dans une réflexion collective européenne et donnent accès aux politiques expérimentées hors de France.

Terra Nova, enfin, est un espace collectif et fédérateur. Elle constitue une plateforme ouverte à tous ceux qui cherchent un lieu pour travailler sur le fond, au-delà des courants et des partis, au service des idées progressistes et du débat démocratique. Elle travaille pour le collectif sans prendre part aux enjeux de leadership. Sa production est publique et disponible sur son site : www.tnova.fr

Terra Nova - Déjà parus

Banlieues et quartiers populaires : remettre les gens en mouvement, Jacques Donzelot, Anne Wyvekens, Yacine Djaziri (Terra Nova, contribution n°27, 2012).

Banlieues et quartiers populaires : la sécurité en questions, Anne Wyvekens (Terra Nova, contribution n°27, focus, 2012).

Biodiversité – prendre soin de la nature : un investissement pour l’avenir, Aude Auroc, Jules Vertin, Maud Lelièvre (Terra Nova, contribution n°24, 2012).

Pour une régulation des hautes rémunérations, Martin Hirsch, Gaby Bonnard et Sandra Desmettre (Terra Nova, contribution n°20, 2011)

L’imposture, dix années de politique de sécurité de Nicolas Sarkozy, Robert Badinter, Valérie Sagant, Benoist Hurel, Eric Plouvier (Terra Nova, contribution n°19, 2011)

Changer de politique de sécurité, Jean-Jacques Urvoas et Marie Nadel (Terra Nova, contribution n°18, 2011)

Pour une République des services publics, Matine Lombard et Jean-Philippe Thiellay, (Terra Nova, contribution n°17, 2011)

Les primaires : une voie de modernisation pour la démocratie française, par Olivier Ferrand, Florence Chaltiel, Marie-Laure Fages, Harold Huwart et Romain Prudent (Terra Nova, 2011)

Les outre-mers dans la République, Marc Vizy (Terra Nova, contribution n°16, 2011)

2012-2017 : Renforcer la négociation collective et la démocratie sociale, Henri Rouilleault (Terra Nova, contribution n°15, 2011)

Ecole 2012 : Faire réussir tous les élèves, François Dubet et Ismaël Ferhat (Terra Nova, contribution n°14, 2011)

Pour une mobilité durable, Diane Szynkier, (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°13, 2011)

Faire réussir nos étudiants, faire progresser la France, propositions pour un sursaut vers la

société de la connaissance, par Yves Lichtenberger et Alexandre Aidara (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°12, 2011)

Coopération internationale : éléments d'une politique progressiste, par Anne Mingasson (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°11, 2011)

Politique familiale : d'une stratégie de réparation à une stratégie d'investissement social, par Guillaume Macher (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°10, 2011)

D'un capitalisme financier global à une régulation financière systémique, par Laurence Scialom et Christophe Scalbert (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°9, 2011)

Maîtriser l'énergie : un projet énergétique pour une société responsable et innovante, par Alain Grandjean (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°8, 2011)

Les défis du care : renforcer les solidarités, par Gilles Séraphin, rapporteur du groupe, préface de Marc-Olivier Padis, directeur éditorial de Terra Nova (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°7, 2011)

L'accès au logement : une exigence citoyenne, un choix politique, par Denis Burckel, rapporteur du groupe (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°6, 2011)

L'implication des hommes, nouveau levier dans la lutte pour l'égalité des sexes, par Emmanuel Borde, Dalibor Frioux, François Fatoux, Céline Mas, Elodie Servant, rapporteurs du groupe de travail (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°5, 2011)

Les politiques de lutte contre la pauvreté : l'assistanat n'est pas le sujet, par Marc-Olivier Padis et le pôle « Affaires sociales » de Terra Nova (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°4, 2011)

Pour une prise en charge pérenne et solidaire du risque dépendance, par Luc Broussy (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°3, 2011)

L'avenir de la décentralisation, par Victor Broyelle, Yves Colmou, Karine Martin, (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°2, 2011)

Gauche : quelle majorité électorale pour 2012 ?, par Olivier Ferrand, Bruno Jeanbart, présidents du groupe de travail, et Romain Prudent, rapporteur (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°1, 2011)

La justice, un pouvoir de la démocratie, par Daniel Ludet et Dominique Rousseau, président du groupe de travail, et Hélène Davo et Sonya Djemni-Wagner, rapporteuses (Terra Nova, 2010)

Pour une réforme progressiste des retraites, par Olivier Ferrand et Fabrice Lenseigne (Terra Nova, 2010)

Accès à la parenté : assistance médicale à la procréation et adoption, par Geneviève Delaisi de Parseval et Valérie Depadt-Sebag (Terra Nova, 2010)

L'Etat Pyromane, ouvrage collectif sous la direction d'Olivier Ferrand (Terra Nova, Delavilla, 2010)

L'Europe contre l'Europe, par Olivier Ferrand, président de Terra Nova (Hachette Littératures/Terra Nova, 2009)

Pour une primaire à la française, par Olivier Duhamel et Olivier Ferrand (Terra Nova, 2008)