

La professionnalisation dans les services à domicile aux personnes âgées : l'enjeu du diplôme

Par Cécile Clergeau et Annie Dussuet *

Dans le secteur en expansion des services aux personnes, limiter l'incertitude sur la qualité de la prestation est un objectif majeur pour les organisations prestataires. Le service rendu et sa gestion en sont améliorés, et la précarité des personnels réduite. Pour les services à domicile aux personnes âgées, il est alors stratégique que les pouvoirs publics et les utilisateurs reconnaissent un diplôme comme condition et garantie de cette qualité de service.

Le secteur des services à domicile a connu, dans les années récentes, une forte croissance largement soutenue par des politiques publiques en quête de gisements d'emplois dans une période de fort chômage. Le vieillissement de la population, conjugué à l'augmentation de l'activité salariée féminine, pouvait en effet sembler propice à l'émergence d'une demande de services délivrés directement à domicile et consistant, pour l'essentiel, à remplacer du travail habituellement effectué gratuitement dans le cadre domestique. L'intérêt pour le secteur était encore redoublé par l'idée que les postes de travail ainsi créés pourraient être aisément occupés par des femmes peu ou pas qualifiées, réalisant alors sous statut salarié des tâches qu'elles avaient l'habitude d'effectuer dans leur propre foyer.

Ce secteur emploie effectivement à 99 % des femmes, dans des conditions de forte précarité : prédominance du temps partiel, rémunérations particulièrement

* **Cécile Clergeau** est maître de conférences en économie à l'université de Nantes, chercheuse au Laboratoire d'Économie de Nantes – CEBS (Centre d'études des besoins sociaux) et chercheuse associée au Centre de recherches en gestion de Nantes Atlantique (CRGNA). Ses travaux portent sur l'économie des organisations, l'organisation du travail, l'économie des services. Elle a notamment publié : Clergeau C., Dussuet A. (2004) : « Quels modèles de substitution aux solidarités familiales ? L'exemple de l'aide à domicile aux personnes âgées », in *Famille et Solidarités*, Barnet-Verzat, Clergeau et al. Eds., L'Harmattan ; Clergeau C. (2004) : « La gestion des ressources humaines dans les centres d'appels internalisés : le cas des front offices purs », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n° 52, avril-juin ; Clergeau C. (2003) : *IT, Human*

...

Resources Management and Value Creation Sources : the case of call centers, 2nd pre-ICIS Academic Workshop on French Speaking World IS Research, december, 14, 2003, Seattle (sur CD-Rom).

Annie Dussuet est maître de conférences en sociologie à l'université de Nantes et membre du GERS (UMR Genre et rapports sociaux). Ses travaux portent sur les rapports entre travail domestique et salariat, les emplois féminins dans les services de proximité, l'emploi et l'engagement associatifs. Elle a notamment publié : « Les emplois familiaux, une forme "féminine" de précarité », in *Nouvelles dimensions de la précarité*, M. Del Sol, A. Eydoux, A. Gouzien, P. Merle, P. Turquet (dir.), Presses Universitaires de Rennes, pp. 53-66, 2001 ; « Le genre de l'emploi de proximité », in *Les politiques publiques ont-elles un genre ?*, *Lien social et Politique* n° 47, Éditions de l'ENSP, Rennes, Montréal, 2002 ; avec Loiseau D. : « Mouvements familiaux, entre logique de service et logique d'autogestion (1945-2000) » in *Autogestion, la dernière utopie ?* F. Georgi., Paris, Éditions de la Sorbonne, pp. 571-584, 2003.

basses (à un niveau encore diminué par la faiblesse des temps de travail), faible reconnaissance de qualification et difficulté d'accès à une formation diplômante (cf. Dussuet, 2001 ; Clergeau et al. 2002). Soulignons aussi que ce secteur connaît des formes spécifiques de contrats de travail ; beaucoup de salariées ne sont pas employées par un organisme, mais directement par le particulier consommateur du service produit : c'est le système du « gré à gré », dont la prégnance s'est encore étendue dans les années 90, avec la formule du mandataire et la diffusion du chèque-emploi-service¹.

Ces conditions précaires d'emploi permettent-elles de parler, comme le font les responsables politiques ou associatifs, de « professionnalisation » de ce secteur, ou doit-on au contraire considérer que le cadre domestique de production du service conduit irrémédiablement à des formes de « néo-domesticité » ?

¹ Les employeurs particuliers peuvent confier à une association mandataire la mission d'effectuer à leur place toutes les formalités (embauche, déclaration aux organismes de Sécurité Sociale, établissement de bulletins de paie) attachées à la position d'employeur. Le chèque-emploi-service, institué en 1994, permet aussi de simplifier les formalités administratives. Dans ces deux cas toutefois, c'est l'utilisateur du service qui reste l'employeur.

Pour répondre à cette question, nous montrerons dans un premier point que les modalités de définition de ces services à la personne exercent une influence certaine sur les caractéristiques des emplois associés. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur une enquête menée en 2002 (Clergeau et al., 2002) auprès de 25 structures d'offres de services à domicile aux personnes âgées, de forme juridique variée, en comparant à la fois les services et les formes d'emploi observés (cf. **encadré 1**). Cette caractérisation permet de construire une typologie allant de l'emploi flexible des services « domestiques » à l'emploi « professionnel » dans des services qu'on peut qualifier d'« hospitaliers ». Entre ces deux types extrêmes existe une forme intermédiaire, à laquelle nous réserverons la dénomination de « services d'aide à domicile », qui constitue une tentative de construction de professionnalité.

Nous nous intéresserons ensuite à la manière dont le type de service définit aussi les compétences dont doivent faire preuve les salariées prestataires, dans un monde « domestique » où l'alternative du faire soi-même est toujours présente. Ainsi, adoptant la conception critique de la professionnalisation² développée par les sociologues interactionnistes américains, selon laquelle le concept de « profession » n'est « pas tant un terme descriptif qu'un jugement de valeur et de prestige » (Hughes, 1996, p. 100), nous verrons que la mise en évidence, par les organisations employeuses, de composantes émotives et relationnelles incontournables dans le travail effectué par les salariées, les conduit à faire reconnaître par les pouvoirs publics, les utilisateurs et leurs familles la nécessité d'une formation sanctionnée par un diplôme pour réaliser un service alors identifié comme « professionnel ». Nous soulignerons ainsi l'importance de l'intervention médiatrice des organisations employeuses, pour la plupart associatives, pour engager ces activités dans un processus de qualification et favoriser l'émergence de formes d'emplois moins précaires.

² Dans cette perspective, la professionnalisation d'une activité n'est que la reconnaissance par la société que l'activité en question ne peut être réalisée par n'importe qui sans mettre le consommateur du service délivré en danger : seul le groupe désormais perçu comme « professionnel » détient alors une « licence », c'est-à-dire l'exclusivité du droit d'exercer. Celle-ci peut s'accompagner d'un « mandat » c'est-à-dire du pouvoir de définir les conditions de l'exercice d'une activité, parachevant le processus.

Encadré 1 Note méthodologique

Cette étude provient d'une recherche menée dans le cadre du programme national d'observation de l'économie sociale et solidaire du Secrétariat d'État à l'Économie solidaire en 2002. L'étude est centrée sur l'offre structurée des services à domicile aux personnes âgées de la région Pays de la Loire (Cf rapport Clergeau et *al.*, 2002).

En novembre 2002, on comptait 467 organismes sociaux en faveur des personnes âgées en Pays de la Loire : 72 sont des établissements publics, 393 des organismes privés à but non lucratif et 2 sont des organismes privés à but lucratif. Les bénéficiaires de l'aide ménagère s'adressent à 84 % au secteur associatif qui offre 76 % des heures effectuées.

Dans le domaine des soins, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de statut privé à but non lucratif regroupent 75 % des places dans la région Pays de la Loire, et les organismes publics 25 %.

Les pratiques de ces organisations tant en ce qui concerne la gestion des personnels que l'offre de services ont été analysées par entretiens semi-directifs d'une durée moyenne de deux heures et par analyse de la documentation fournie. 24 structures d'offre ont été rencontrées : 17 réalisent des services d'aide à domicile (11 organismes privés à but non lucratif, 4 CCAS – Centres communaux d'action sociale – publics et 2 entreprises privées à but lucratif) et 7 assurent des soins infirmiers à domicile (5 associations ou mutuelles et 2 organismes publics). Par ailleurs, des entretiens ont été réalisés avec des associations intermédiaires, la Caisse régionale d'assurance maladie, le Mouvement des entreprises de France (Medef), la Direction de l'Intervention sanitaire et sociale et la Direction départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle.

DES SYSTÈMES D'EMPLOI DÉRIVÉS DE TYPES DE SERVICES

Les investigations menées auprès des structures proposant des services à domicile aux personnes âgées ont permis d'en observer des modalités fort diverses. Nous proposons d'établir une relation entre caractéristiques des services offerts et modalités d'emploi des agents prestataires. Partant des travaux consacrés à l'économie des services qui distinguent quatre types de service aux personnes, nous élaborons une nouvelle typologie prenant en compte les spécificités observées des services à domicile aux personnes âgées, incluant les modalités des relations d'emploi associées et distinguant trois types idéaux de services en même temps que d'emploi.

Les services à la personne âgée

Une synthèse des travaux de I. Butte-Gérardin (1999), J. Gadrey (1994) et P.Y. Gomez (1994) permet de

distinguer quatre types de services à la personne selon deux critères : services sur mesure ou génériques, professionnels ou non.

- Les services sur mesure professionnels sont éminemment liés à la personne du demandeur, non standardisés, et donc empreints d'une forte incertitude car non reproductibles à l'identique. Toutefois, celui qui délivre le service possède une expertise énoncée par la puissance publique (diplôme) qui agit comme convention de qualité de service et réduit l'incertitude pour le bénéficiaire. L'intervention d'un médecin ou la tutelle sur la gestion du patrimoine en sont des exemples typiques.
- Les services sur mesure non professionnels sont eux aussi parfaitement adaptés à la demande du bénéficiaire, et donc empreints d'une incertitude forte, mais leur production ne nécessite pas l'expertise du professionnel. C'est l'exemple d'une garde de nuit. Le service est alors co-défini, co-produit³ et co-piloté par le demandeur et l'interve-

nant(e) à domicile. La compétence requise et la convention de qualité qu'elle sous-tend sont elles aussi définies dans le cadre privé, souvent au gré des attentes des clients mais aussi de la relation spécifique qui se tisse entre les deux protagonistes, avec le temps.

- Les services génériques professionnels sont plus standardisés et identifiables. La visite d'une infirmière pour un soin précis ou celle d'un kinésithérapeute sont des exemples de ces services. L'agent prestataire doit être un professionnel reconnu car ils nécessitent des compétences précises. Mais à l'inverse des services sur mesure professionnels, le contenu de la prestation a été défini en amont, par le client, par l'organisme prestataire ou par un expert (comme le médecin).
- Les services génériques non professionnels sont, comme dans l'exemple du portage des repas à domicile, des services aisément codifiables, voire standardisables, c'est-à-dire faiblement sources d'incertitude. Dans ce cas, c'est principalement l'employeur qui définit la compétence des agents prestataires, en fonction des engagements de qualité qu'il prend auprès de ses clients.

On voit dans cette typologie comment le caractère « professionnel » reconnu à l'agent prestataire de service permet de réduire l'incertitude attachée aux services délivrés.

Les services à domicile à la personne âgée ont des spécificités qui les distinguent des autres services à la personne, en même temps qu'ils en accroissent les éléments d'incertitude (cela concerne aussi certaines personnes handicapées) :

- Ils touchent directement l'intimité de la personne et sa sphère privée : les compétences relationnelles des agents prestataires sont alors fondamentales.
- Ils s'adressent à des personnes plus ou moins dépendantes et pour lesquelles ce type d'assistance est une expérience inédite. L'incertitude inhérente aux activités de service est ici renforcée en raison

³ Ainsi que le montrent les travaux de Jean Gadrey, la production d'un service suppose une relation entre prestataire et bénéficiaire d'autant plus étroite que le service vise à transformer la personne même du bénéficiaire ou son espace de vie intime : sa coopération est alors indispensable à l'efficacité productive et l'on peut donc parler de co-production.

de cette primo-expérience mais aussi du fait du caractère évolutif de la dépendance.

- Ils constituent des compléments ou des substituts à la solidarité familiale et leur demande peut parfois même émaner non pas du bénéficiaire mais de sa famille. Celle-ci est étroitement associée aux mécanismes de co-production et de co-pilotage du service. Elle participe aussi à l'énoncé des compétences de l'intervenant(e).

La question de la définition des services à délivrer apparaît donc plus importante encore dans ce cas. C'est en considérant cette question ainsi que celle de la qualification des intervenant(e)s, dont on voit tout l'impact sur la qualité de service et la réduction de l'incertitude, que nous dégagons trois idéaux-types⁴ de services associés à trois systèmes d'emploi : les services « domestiques » entraînant un emploi flexible, les services « hospitaliers » associés à un emploi qu'on peut qualifier de « professionnel », et les services « d'aide à domicile », spécifiques à ce secteur, qui tentent une « professionnalisation » de travaux souvent dévalorisés.

Des services domestiques personnalisés générateurs de flexibilité

Ce premier type de service est défini en réponse à la demande du client. Il s'agit d'un service parfaitement « sur mesure ». L'expression des besoins ressort principalement de la « boîte noire » familiale ; il en est même parfois le prolongement lorsque l'aide à domicile pénètre dans l'intimité familiale pour effectuer des tâches autrefois dévolues principalement à la mère ou à ses filles. Ce prolongement de la sphère domestique influence tout naturellement les référentiels qualité qui sous-tendent les relations de service.

⁴ Ces différents types ne correspondent pas forcément à des structures juridiques différentes : telle association peut s'inscrire plutôt dans le type domestique, alors même qu'une autre association adhère plutôt au mode hospitalier. Il n'y a pas non plus d'exacte adéquation entre le type de service annoncé par la structure elle-même et les types dégagés : telle association affirmant faire de l'aide à domicile peut ressortir plutôt du service hospitalier alors qu'une structure de soins peut présenter dans les faits les caractéristiques du service domestique. Il s'agit donc bien de types idéaux qui doivent être compris comme des modèles auxquels aucune structure réelle ne se conforme totalement.

On est ici dans le très traditionnel « monde domestique »⁵, avec toutes ses dimensions de désintéressement, de bienveillance, mais aussi de paternalisme (Boltanski, Thévenot, 1991).

Cette définition du service comme parfaitement ajusté aux besoins de la personne aidée implique une organisation du travail flexible. Par exemple, accepter les exigences horaires des clients signifie le plus souvent pour les salariées un éclatement des temps d'interventions et des chevauchements avec leurs propres rythmes sociaux. Pour les structures employeuses, cela engendre aussi une grande difficulté à établir des plannings garantissant un emploi à plein temps pour chaque intervenante, la demande étant majoritairement concentrée sur les mêmes créneaux horaires : pour assurer par exemple une aide au lever ou au coucher, ou encore une assistance lors des repas. Ainsi, dans les structures adoptant ce modèle de service, les temps de travail sont le plus souvent inférieurs au mi-temps. Parallèlement, certaines associations nous ont déclaré embaucher du personnel toujours nouveau pour répondre à de nouvelles demandes, plutôt que d'augmenter les durées de travail des salariées déjà employées à temps partiel.

La faiblesse des durées travaillées est aussi liée au fait que seul le temps de présence des salariées au domicile des bénéficiaires est compté comme temps de travail. Sont exclus du décompte les déplacements des salariées entre les différents domiciles et les moments de coordination et d'échange. Ces moments, susceptibles de participer à la construction d'un sentiment d'appartenance à un groupe, et qui pourraient rompre avec un certain isolement par

⁵ Dans leurs travaux sur les économies de la grandeur, Luc Boltanski et Laurent Thévenot offrent un cadre d'analyse de la coordination des conduites humaines et de ce qui *justifie le rapprochement*. L'analyse de principes supérieurs communs, qui justifient les rapprochements possibles entre les individus, les amène à définir des *mondes* de représentations communes, de référentiels partagés soutenant la coordination des actions. Six mondes sont identifiés : le monde de « l'inspiration », le monde « domestique », le monde de « l'opinion », le monde « civique », le monde « marchand » et le monde « industriel ». Le *monde domestique* est marqué par la référence à la tradition, à la figure du père ou d'un chef hiérarchique dont on estime le jugement. Il est empreint des valeurs de fidélité, de confiance, de bienveillance ; l'habitude assure la stabilité des conduites individuelles et le devoir, plus que les droits, exige des conduites secourables à l'égard d'autrui et un rejet de l'égoïsme.

rapport à l'organisation, sont en pratique très rares dans les organismes que nous avons rencontrés. La construction d'un corpus de règles collectives permettant à une identité professionnelle d'émerger est rendue difficile, sinon impossible.

Dans ce premier type de service, même si des organisations interviennent, le modèle de référence reste l'emploi en gré à gré, c'est-à-dire un contrat dans lequel l'utilisateur du service, maître de sa définition, est aussi l'employeur. Ce type de contrat est en lui-même facteur de précarité puisque l'existence de l'emploi est liée aux aléas biographiques de l'utilisateur⁶, ce dernier tendant à n'utiliser et donc à n'employer la salariée qu'en fonction de ses besoins. Cela oblige les salariées à multiplier les contrats avec des employeurs différents pour obtenir un revenu minimal. Plusieurs des structures s'inscrivant dans ce type de services ne sont pas formellement employeuses des personnes qui réalisent les services : on y trouve beaucoup d'associations mandataires. Réalisant au nom de l'employeur effectif (la personne âgée bénéficiaire) la sélection et le recrutement des salariés, puis les formalités administratives, ces structures ne sont pas à proprement parler offeuses d'un service à domicile, mais plutôt d'une intermédiation entre les deux partenaires de la coproduction du service : les limites du service sont alors très floues et peu d'organismes ont établi un document les précisant. Même lorsque l'organisation est employeuse, on retrouve le type de précarité liée à la flexibilité : l'organisation ne leur fournissant pas un planning apte à leur garantir un niveau de revenu équivalent au salaire minimum, beaucoup de salariées cumulent différents emplois, de toutes sortes (par une association prestataire, par une organisation mandataire, en gré à gré, en chèque-emploi-service). Cependant, leurs revenus restent très irréguliers, puisque d'un mois sur l'autre elles peuvent « perdre » certains emplois.

Les organismes qui proposent un service de type « domestique » se caractérisent donc par des formes d'emploi qui réunissent de multiples dimensions de précarité, du fait de la flexibilité inhérente à la personnalisation du service.

⁶ Pour des personnes âgées, les risques d'hospitalisation et même de décès sont importants ; ils se traduisent par une disparition de l'emploi.

Des services « hospitaliers » liés à un emploi professionnel

À l'opposé de ce premier type, on trouve, dans ce même secteur, des services dits « hospitaliers » ; leurs caractéristiques sont en effet proches de celles que l'on rencontre hors du domicile, dans les établissements hospitaliers de soins⁷.

Ces services sont définis par un prescripteur extérieur, le plus souvent un médecin ou encore une assistante sociale, c'est-à-dire un expert ayant une légitimité professionnelle. Ils ne répondent pas simplement à la demande de la personne âgée : le besoin de celle-ci est évalué à travers le diagnostic effectué par le professionnel qui définit le service, son contenu et sa temporalité (rythme quotidien, horaires, interventions, y compris les week-ends et jours fériés). Le bénéficiaire n'a donc que peu de « choix » quant à la nature des services ou à leur organisation. C'est tout un protocole de soins et d'actes, dont la réalisation est ensuite déléguée à d'autres professionnels (infirmière, kinésithérapeute, aide-soignante), qui est ainsi élaboré. Une tierce personne, ayant une distance experte et professionnelle, s'inscrit dans le processus de définition et de pilotage du service ; cela permet de décliner un service « sur-mesure » en une série de services génériques objectivables.

Cette déclinaison d'un service sur mesure en un protocole de services génériques permet une organisation du travail proche de celle de l'hôpital. Les organisations parlent d'ailleurs souvent de « lits » pour désigner la population des bénéficiaires des soins. Un système de « tournées » composées d'une succession de visites aux différents domiciles est organisé de la même façon que les actes médicaux ou les interventions sont planifiées pour les patients hospitalisés. Les horaires de visite sont imposés par les contraintes d'organisation de la structure, même si plusieurs interlocuteurs se montrent soucieux de respecter les souhaits des personnes âgées. De même, les personnes aidées n'ont

⁷ Logiquement, les structures concernées sont plutôt celles qui délivrent des soins à domicile, qu'il s'agisse d'hospitalisation à domicile, ou plus couramment, de toilettes effectuées par des aides-soignantes dans des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Mais il faut souligner que les structures présentant ce modèle n'offrent pas toutes un service de soin : certaines ne proposent qu'un service de garde à domicile qui ne comporte pas cette dimension.

pas le choix de l'intervenant(e), la règle la plus généralement observée étant celle d'une rotation systématique. La légitimité de ce pouvoir externe de définition du service est basée sur la professionnalité reconnue à la fois à l'expert et au prestataire du service. Les nécessités de la division du travail dans une structure conçue comme unité de production déterminent et expliquent les caractéristiques du service produit. La multiplication et la rotation des intervenants en sont la conséquence, même si plusieurs directeurs de structure les justifient *a posteriori* en pointant les inconvénients d'une relation trop personnalisée entre intervenants et personnes aidées⁸. Dans ces conditions, les caractéristiques personnelles des intervenants apparaissent secondaires et les organisations peuvent imposer des salariés dérogeant à l'image que s'en font les bénéficiaires. On trouve donc plus souvent dans ce type de service des hommes, même s'ils sont très minoritaires.

Dans ces organisations, les déplacements d'un domicile à l'autre sont inclus dans le temps de travail. La journée de travail s'entend de l'arrivée au siège de l'organisation jusqu'au retour à ce même lieu après les différentes interventions. L'utilisation de véhicules de service appartenant à la structure est courante et lorsque les salarié(e)s utilisent leurs véhicules personnels, un système de défraiement est mis en place, les déplacements entre deux logements visités restant inclus dans le temps travaillé.

Dans tous les cas étudiés, la tenue régulière, au minimum hebdomadaire, parfois quotidienne, de « réunions de service » permet la rencontre entre des salariées qui, dans l'exercice de leurs tâches, se trouvent totalement isolées à la fois de leurs collègues et de leur hiérarchie. Même si ces réunions ont essentiellement pour objet de coordonner les plannings⁹, elles peuvent aussi fournir l'occasion d'une parole partagée sur les difficultés rencontrées individuellement auprès des personnes aidées, permettant la construction de normes professionnelles d'action.

⁸ Une relation trop chargée d'affectivité entre intervenante et personne aidée peut déboucher sur des difficultés psychologiques de la salariée en cas d'hospitalisation ou de décès.

⁹ Les analyses de l'organisation du travail en milieu hospitalier montrent l'importance des temps informels de transmission en début ou en fin de journée. Voir sur ce point Dembinski O., « L'innovation à l'hôpital est-elle possible ? Le cas des démarches participatives de l'encadrement soignant », Cresson G. Schweyer F.X. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2000, pp. 47-57.

Les salariés de ces organisations apparaissent moins exposés à la précarité : les contrats de travail, généralement à durée indéterminée et mensualisés, les lient directement à un seul employeur, les temps partiels sont souvent supérieurs au mi-temps et la perspective de l'exercice à temps plein existe, même si les plannings restent alors difficiles à coordonner. Cette possibilité de temps de travail plus long est la conséquence directe de la définition du service qui a cours dans les organismes concernés : un service objectivé par la prescription d'un tiers, qui peut donc être confié à des personnels interchangeables. Cela permet d'imposer un certain nombre de règles aux bénéficiaires (horaires, rotation du personnel) et conduit à inclure les temps de transport et de concertation dans le temps de travail.

Au total, les services « hospitaliers » prescrits échappent à une définition domestique du service et offrent un système d'emploi qu'on peut qualifier de « professionnel » même si, pour les aides-soignantes, il se situe à l'évidence au bas de la hiérarchie des professions.

■ L'« aide à domicile » : des emplois en quête de professionnalisation

Entre les services « hospitaliers » et les services « domestiques », on peut distinguer un type intermédiaire auquel on réserve ici la désignation de « services d'aide à domicile ». Les structures employeuses y jouent un rôle fondamental de médiation entre les bénéficiaires et les intervenantes à domicile qui permet, en imposant une co-définition du service, d'envisager pour les emplois une relative sortie de la précarité.

On peut parler ici de « co-définition » du service dans la mesure où la réponse des structures d'offre s'inscrivant dans ce type est toujours initialisée par la visite à domicile d'un(e) responsable ; cette dernière, en coopération avec la personne âgée, et éventuellement sa famille, s'attache à recenser les besoins et à proposer des réponses, plus ou moins formalisées dans un protocole de service qui précise la nature des tâches, les horaires, la fréquence des interventions. Le service est donc défini et négocié entre le client, sa famille, et un tiers qui n'est pas l'agent prestataire effectif et n'a pas l'autorité d'un prescripteur, à mi-chemin entre la logique de la prescription d'un protocole propre aux services hospitaliers et la logique du choix propre aux

services domestiques. L'établissement de protocoles de service, certes établis sur-mesure, mais déclinés en une série de tâches génériques, permet une certaine objectivation des tâches à réaliser. Ce processus engage une rupture avec la personnalisation du service et protège les partenaires de la relation : les salariés contre les exigences des personnes aidées, mais aussi celles-ci, il faut le souligner, contre les possibles abus de pouvoir des intervenant(e)s¹⁰.

C'est sans doute dans les organismes bi-actifs, comportant à la fois un service prestataire et un service mandataire, que l'on perçoit le mieux les conséquences du positionnement de la structure soit en « service domestique », soit en « service d'aide à domicile ». En effet, lorsqu'elle est simplement mandataire, la structure, non employeuse, ne peut jouer pleinement l'intermédiation ; le service glisse généralement vers le type domestique, le bénéficiaire imposant sa propre définition du service, dont découlent souvent alors des conditions d'emploi fort précaires : faibles durées d'intervention à des horaires entravant la mise au point d'un planning par exemple. À l'inverse, lorsqu'elles sont prestataires, les structures retrouvent une marge de manœuvre en tant qu'employeuses : elles peuvent alors mettre en avant des règles de fonctionnement¹¹ qui ont pour objet de contenir la dérive vers le type domestique. L'enquête a ainsi permis d'observer l'établissement de règles *ad hoc* concernant les conditions de travail des salariées : durée minimale des interventions, conditions précises concernant les interventions le week-end, tâches exclues du service parce qu'avilissantes ou trop pénibles étant données les conditions de réalisation (sécurité, manque de matériel), mais aussi des règles de rotation débouchant sur la constitution de plannings totalisant des durées de travail plus longues pour les salariées et par là, une relative sortie de la précarité.

Toutefois, les organisations se heurtent à de nombreuses difficultés dans l'exercice de cette

¹⁰ Par exemple, la définition externe et explicite du service permet aux salariées de refuser d'effectuer des tâches, ou des horaires d'intervention excédant cette définition ; de même, la rotation du personnel permise par cette rupture de la personnalisation évite qu'une salariée puisse abuser d'une situation de faiblesse de la personne aidée.

¹¹ Ce sont parfois tout simplement des règles issues du droit du travail : concernant l'amplitude des horaires, le travail du week-end ou des jours fériés par exemple.

médiation. La question de la rotation des intervenant(e)s en est un bon exemple. Si, dans les services de type hospitalier, elle est rendue possible par la définition externe du service, elle l'est aussi par l'énoncé « public » des compétences des intervenants : une infirmière peut en remplacer une autre, son diplôme certifie sa compétence. Ceci permet aux organismes prestataires de planifier le travail de leurs salariées afin de leur garantir un volume stable d'heures travaillées. À l'inverse, dans les services de type « domestique », ce sont les usagers qui définissent la compétence des intervenantes. Ils apparaissent dès lors très réticents au changement de personnel, refusant même parfois les remplacements pendant les périodes d'absence ou de congé. Ceci contraint les structures à constituer des plannings flexibles avec en conséquence des heures travaillées flexibles elles aussi et des revenus parfois aléatoires. La rotation des intervenant(e)s constitue ainsi un indice de la « personnalisation » des relations. Ce dernier révèle les difficultés et contraintes auxquelles se heurtent les organisations pour concilier une gestion du personnel conforme à un modèle professionnel et une très forte personnalisation du service.

C'est là un enjeu majeur pour les organismes prestataires d'aide à domicile : réduire l'incertitude sur la qualité de service et la compétence de leurs intervenants pour faciliter une gestion du personnel professionnalisante. Ce positionnement des organisations employeuses en faveur de la professionnalisation de leurs salariées résulte d'un choix politique : il serait plus simple pour elles de se contenter d'une gestion mandataire accompagnée d'emplois précaires. Les valeurs portées par les associations, souvent d'origine catholique-sociale et attachées à la promotion du monde ouvrier, expliquent ce positionnement paradoxal. Cette position médiatrice permet d'offrir aux salarié(e)s de meilleures conditions d'emploi ; cependant, elle suppose que les organisations employeuses soient reconnues comme légitimes pour l'occuper, faute de quoi les usagers potentiels se tourneraient vers des services du type « domestique ».

DE LA NÉCESSITÉ D'UNE FORMATION

Si dans tous les cas existe pour l'utilisateur une incertitude concernant le service délivré, celle-ci est levée

différemment selon les types de service présentés ci-dessus, porteurs de références de qualité distinctes. Il est inenvisageable que les services définis comme professionnels soient produits par du personnel non qualifié car c'est le professionnalisme reconnu à l'agent prestataire qui assure la qualité. Mais les services domestiques, parce qu'ils sont proches de la production domestique « ordinaire », semblent ne nécessiter que des compétences attachées à la personnalité des salariées prestataires. Pour les associations employeuses promotrices du modèle de l'aide à domicile, « professionnaliser » ces services consiste à faire reconnaître la nécessité de compétences spécifiques et d'une formation institutionnelle, même pour un service réalisé dans le cadre domestique.

Entre des compétences « personnalisées »...

Dans le type domestique, le service est inséparable des personnes. Même si les tâches effectuées sont d'ordre matériel¹², ménage, nettoyage, repassage, la relation entre salariée prestataire et bénéficiaire du service est essentielle ; c'est à travers elle en effet que se réalise le pilotage du service. Les structures sont donc extrêmement attentives à la construction d'une relation de bonne qualité. Il s'agit de remplacer, le plus exactement possible, une prestation qui aurait pu être réalisée dans le cadre familial. La référence est donc ici le travail domestique tel qu'il est effectué gratuitement dans une relation intrafamiliale distincte de rapports marchands. La relation marchande qui s'instaure avec une intervenante extérieure reste un supplétif du domaine familial.

On peut ainsi comprendre qu'aucun diplôme ne soit nécessaire pour accéder à ces emplois¹³, puisque peu ou prou, toutes les femmes effectuent dans leur propre foyer ces mêmes tâches domestiques. Il existe un diplôme d'aide à domicile, le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), transformé récemment en diplôme d'État d'auxiliaire à la

¹² Et de façon un peu paradoxale, puisqu'il semble plus facile de « faire tourner » les aides-soignantes intervenant sur l'intimité corporelle des bénéficiaires de leurs services que des salariées intervenant uniquement pour des tâches ménagères.

¹³ Cela explique la présence sur ce marché de structures à vocation d'insertion.

vie sociale (DEAVS) ; cependant, la méfiance – signalée par les responsables de structures – de nombreuses personnes âgées à l’égard des jeunes femmes, pourtant diplômées, montre que la compétence a ici une composante essentiellement privée. Le diplôme signale une qualification, mais pas les qualités personnelles recherchées. Celles-ci, en apparence innées, ne semblent pouvoir être portées que par certaines personnes, des femmes, suffisamment âgées pour avoir rencontré dans leur propre vie privée l’expérience de l’aide aux personnes, que ce soit dans la maternité ou dans les relations filiales.

Dans cette configuration, la compétence est donc d’abord énoncée par le client qui définit ses attentes, puis confirmée ou infirmée au gré du temps et des relations spécifiques qui le lient à l’intervenante : les responsables expliquent bien comment il s’agit avant tout de faire coïncider des « personnalités ». L’incertitude concernant le service délivré est réduite par cette personnalisation. Mais cette reconnaissance, restant interpersonnelle, n’est pas transférable dans une autre relation de service : elle ne débouche pas sur la construction d’une qualification qui inscrirait la salariée dans une grille de classification (Saglio, 1998) et lui permettrait d’accéder à une hiérarchie établie de rémunération. Parce qu’elle est laissée à la discrétion de l’utilisateur, la définition du service ne permet pas une objectivation suffisante de celui-ci pour que soit reconnue la nécessité d’une qualification construite socialement, par le système scolaire par exemple. Dans ces conditions, les structures peinent à recruter des salariés ne correspondant pas à ces représentations (hommes, jeunes, étrangères).

... et une qualification « professionnelle »...

À l’inverse, le type décrit plus haut de services hospitaliers est le seul pour lequel sont exigés des diplômes lors des recrutements ; on trouve en effet dans les structures présentant ce modèle essentiellement des aides-soignantes, mais aussi quelques infirmières, et, pour l’hospitalisation à domicile, des médecins.

Si pour ces derniers les qualificatifs de « professionnel » et « d’expert » sont évidemment adaptés, on peut discuter l’emploi de ces termes s’agissant des aides-soignantes. L’analyse d’Anne-Marie Arborio sur ce « *personnel invisible* » (Arborio, 2001) à l’hô-

pital montre comment, historiquement, leur situation s’est définie comme celle d’infirmières n’ayant pas le diplôme requis. Autrement dit, on a longtemps considéré que ce type de personnel devait réaliser la partie du travail de l’infirmière ne nécessitant pas de formation. Aujourd’hui encore, le contenu des tâches à effectuer se déduit par défaut de celle de l’infirmière : seule cette dernière est autorisée à réaliser certains gestes, les tâches de l’aide-soignante étant donc... ce qui reste. La professionnalisation du métier d’infirmière s’est ainsi opérée en distinguant des tâches qualifiées d’autres tâches, plus triviales. Cependant, les aides-soignantes elles-mêmes ont réussi une certaine professionnalisation en distinguant leurs tâches propres, liées à la prise en charge corporelle des patients, des tâches « simplement » domestiques : ménage, entretien, service des repas, assurées par des agents hospitaliers sans qualification. C’est là un processus classique, décrit pour l’hôpital par E.C. Hughes (1996), permettant la reconnaissance d’un statut plus élevé à une occupation, dès lors reconnue comme profession, par délégation à un autre groupe du « *sale boulot* »¹⁴.

À domicile, en l’absence d’une division du travail inscrite dans une organisation, la prescription médicale permet de définir comme relevant du professionnel, ici l’aide-soignante, des gestes du « *travail domestique de santé* » (Cresson, 1995) habituellement dévolus aux profanes, épouses, filles ou belles-filles. Ce travail n’est donc pas celui d’un professionnel expert, qui aurait la latitude de définir lui-même le contenu de ses interventions, mais sa qualification est malgré tout reconnue autour de l’exclusivité de gestes précis touchant à la manipulation des corps en particulier.

Il faut souligner ici la difficulté et l’enjeu des limites ainsi posées ; la technicité des gestes est plus faible encore que pour l’infirmière et encore moins instrumentée : pas d’injection, pas de pansements. C’est donc surtout une composante immatérielle du travail,

¹⁴ « Si le médecin jouit d’un grand prestige, ce n’est pas tant sui generis qu’en vertu de sa place dans la division médicale du travail. [...] La place dans la hiérarchie est en relation avec le degré d’impureté des fonctions remplies. À mesure que leur statut professionnel s’élève, les infirmières délèguent les plus humbles de leurs tâches traditionnelles aux aides-soignantes et aux femmes de service. Nul n’est inférieur, dans la hiérarchie de l’hôpital, à ceux qui sont chargés du linge sale. » (Hughes E.C., 1996, p. 64)

d'attention à autrui, de souci et d'empathie qui est convoquée pour justifier l'intervention de professionnel(le)s, ce qui rend cette justification encore plus délicate. Néanmoins, un diplôme, le DPAS (diplôme professionnel d'aide-soignante), est devenu nécessaire pour accéder aux emplois d'aide-soignante, tant à l'hôpital qu'à domicile. Ce qui pourrait n'apparaître *a priori* que comme un diplôme de faible importance constitue en réalité un signe de qualification définissant comme « professionnels » des emplois qui échappent alors à la précarité du secteur (horaires plus longs, rémunérations plus élevées, etc.). La relative fermeture du marché réalisée par l'obligation de diplôme donne le moyen aux organisations de maintenir de meilleures conditions d'emploi.

... une place pour une professionnalité spécifique ?

Quand on passe des services de type « hospitalier » à l'aide à domicile, la difficulté à construire la professionnalité est amplifiée ; en effet, contrairement à ce qui se passe dans les services « hospitaliers » où le monde médical constitue une référence incontournable, les services « d'aide à domicile » ne peuvent trouver dans la sphère domestique une référence d'emblée professionnelle. Ainsi que le soulignent plusieurs responsables rencontrés, le « métier » d'aide à domicile ne comporte pas de définition de tâches mais vise, tout comme le travail domestique gratuit, à remplir une fonction générale « d'aide au maintien à domicile ».

Des compétences dans la gestion des émotions...

Toutefois, les structures concernées sont réticentes à embaucher n'importe quelle femme comme aide à domicile, au simple argument que celle-ci réalise chez elle cette même fonction. Les responsables insistent au contraire sur les spécificités du travail d'aide à domicile qui rendent à leurs yeux nécessaire une formation permettant l'acquisition de compétences distinctes de celles construites dans la sphère privée. Ils font remarquer que les salariées seront amenées à travailler de façon isolée, et auront donc la responsabilité de l'organisation de leur travail, responsabilité à entendre au sens matériel mais aussi éthique, dans la mesure où l'incursion dans l'intimité

de leur domicile place les bénéficiaires en situation de fragilité, quel que soit par ailleurs leur degré de dépendance. Ils soulignent aussi que ces tâches ne peuvent être ramenées à des techniques ménagères, qu'elles sont aussi, indissociablement, anticipation, organisation, et même, quand les personnes aidées deviennent moins autonomes, surveillance, diagnostic, « travail domestique de santé » au même titre que pour les aides-soignantes. Cette complexité du travail¹⁵ et son contenu relationnel, particulièrement, sont ainsi mis en avant, même si tous les bénéficiaires ne sont pas des personnes dépendantes. Il ne s'agirait donc pas simplement de produire un service, mais bien de se voir déléguer une relation familiale, ce qui suppose une personne capable de la prendre en charge sous toutes ses facettes¹⁶ : non seulement effectuer des tâches matérielles mais aussi adopter une posture de souci d'autrui. Il s'agit là de la mise en évidence d'un véritable travail émotionnel, au sens général décrit par Arlie Hochschild (Hochschild, 2002), et plus spécifiquement, pour le travail hospitalier par Marcel Drulhe « *d'une gestion de ses propres émotions ainsi que d'une gestion des émotions des autres* » (Drulhe, 2000). Mais la reconnaissance de ce travail comme partie intégrante du travail professionnel se révèle difficile : même les infirmières exerçant en milieu hospitalier peinent à en faire admettre la réalité comme distincte de l'expression d'affects engagés dans n'importe quelle relation à autrui. La confusion reste donc effective entre des « qualités » personnelles facilitant les relations et une qualification acquise par la formation permettant d'effectuer ce « travail relationnel ».

... acquises par une formation institutionnalisée ?

Ainsi, si les responsables associatifs s'accordent pour souligner cette complexité du travail à effectuer par les aides à domicile, l'obligation de formation et de

¹⁵ Faire la cuisine pour une personne âgée isolée, par exemple, suppose non seulement de détenir une technique culinaire, mais aussi de prendre le temps de s'informer sur les goûts, les souhaits, les habitudes alimentaires de cette personne.

¹⁶ Cette relation est celle décrite par Simone Pennec entre les enfants (essentiellement les filles) et leurs parents âgés, relation d'obligation forte qui suppose, quand l'aide est déléguée, qu'elle le soit uniquement à des « professionnels » dont la qualité ne puisse être mise en doute. Voir Pennec S., « Les femmes et l'exercice de la filiation envers leurs ascendants », Guillou, A. Pennec, S. (dir.), *Les parcours de vie des femmes*, Paris, L'Harmattan, 1999, pp. 129-154.

diplôme pour exercer n'existe pas plus ici que pour les services de type « domestique ». Les organisations associatives s'efforcent pourtant de garantir les compétences portées par leurs salariées. Elles affirment donc la nécessité de sélectionner les candidates, s'insurgeant contre l'appel d'air créé dans le secteur par les politiques d'emploi. Très logiquement, elles affichent leur préférence pour des candidates porteuses d'une certification scolaire correspondant grosso modo au service qu'elles seront amenées à réaliser : BEP Sanitaire et Social avec l'option « Maintien à domicile » dans l'idéal ou BEPA (brevet d'études professionnelles agricoles) « Services aux personnes ». Car les recrutements posent un problème quasi insoluble : le diplôme préparant exactement à la profession d'aide à domicile, le CAFAD, ne s'obtenait pas, jusqu'à 2002, en formation initiale, mais seulement en cours d'emploi¹⁷. Très peu de demandeuses d'emploi en sont détentrices. Force est alors de se rabattre sur des équivalents dont les contours sont mal définis, un niveau V de formation, CAP de vente ou de couture par exemple, apparaissant comme une relative garantie de formation générale. Mais face à cette pénurie de personnel diplômé, certaines associations en viennent à sélectionner les candidates par des tests de lecture-écriture, qui évaluent un niveau atteint de scolarisation plus que des compétences spécifiques. Les différentes structures recrutent aussi sur d'autres critères, constitutifs, de leur point de vue, de compétences dans ce domaine de l'aide à domicile, comme l'expérience acquise par les mères de famille ayant élevé leurs enfants ou par les femmes ayant, à titre privé, soigné leurs parents âgés. Du point de vue des organisations employeuses, cette sélection permet de garantir aux utilisateurs les compétences des salariées prestataires, justifiant ainsi leur intervention médiatrice.

... et sanctionnées par un diplôme ?

Dans le modèle de l'« aide à domicile », une reconnaissance socialisée des compétences de la salariée prestataire par l'organisme employeur a donc lieu, et elle est essentielle parce qu'elle débouche sur une amélioration des conditions d'emploi (durée du travail plus longue, reconnaissance de qualification ouvrant sur des rémunérations plus élevées...).

¹⁷ La situation va évoluer avec le nouveau diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale.

Mais comme aucun diplôme n'est exigé pour exercer, le processus de qualification des salariées demeure inachevé (Dubar, 1996). La fragilité de la position médiatrice des organisations reste très grande. Les fédérations d'associations employeuses ont tenté de la consolider en signant, en 2002, un accord de branche qui prévoit une hiérarchie de positions professionnelles et de qualifications permettant une progression des rémunérations.

Des ambiguïtés subsistent toutefois. Tout d'abord, la première position de la grille, celle d'« agent à domicile » (catégorie A), reste accessible sans aucune formation. Il est seulement indiqué que « *la maîtrise de l'emploi est accessible immédiatement avec les connaissances acquises au cours de la scolarité obligatoire et/ou une expérience personnelle de la vie quotidienne* », étant entendu que la fonction est exercée « *sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique* ». On peut s'interroger sur les emplois de service à domicile correspondant à cette définition : comment le lieu de travail des salariées, qui est toujours un logement privé, est-il compatible avec un contrôle hiérarchique ? La réponse réside sans doute, au moins en partie, dans le public visé *a priori* par un tel emploi, « *des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi* » du travail réalisé. Cela signifie que le pilotage de la production du service est restitué à l'utilisateur. Aucune garantie de qualité du service délivré ne justifie plus alors l'intervention médiatrice de l'organisation. Le mode de hiérarchisation des positions professionnelles et des qualifications afférentes, construit sur la décroissance de la capacité des bénéficiaires à effectuer le contrôle¹⁸, suppose que la référence de qualité redevient le travail domestique que l'entourage de la personne bénéficiaire pourrait effectuer sans intervention extérieure : le modèle du « service domestique » est alors privilégié.

Le problème est donc de savoir qui détient la légitimité de la prescription énonçant le besoin dans telle ou telle situation d'une intervenante plus ou moins qualifiée, en d'autres termes, à qui est reconnu le « mandat », caractéristique de la reconnaissance d'une « profession », selon Everett Hughes.

¹⁸ En position hiérarchique immédiatement supérieure, l'« employé à domicile » (catégorie B) travaille « *auprès de personnes ne pouvant plus faire en toute autonomie et/ou rencontrant des difficultés passagères* », tandis que l'intervention d'une « *auxiliaire de vie sociale* » est réservée aux personnes « *dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante* ».

L'institution du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), en remplacement du CAFAD, et son positionnement dans une grille hiérarchisée d'emplois constituent sans doute un pas vers la professionnalisation des aides à domicile ; toutefois, pour être effectif, il suppose que les organisations employeuses parviennent à limiter les dérives vers une définition purement domestique du service et qu'elles tiennent effectivement leur position médiatrice, en garantissant les compétences de leurs salariées.

* *
*

L'IMPORTANCE DE LA POSITION MÉDIATRICE DES ORGANISATIONS

Si elles en sont historiquement les initiatrices, les organisations associatives n'ont pas aujourd'hui le monopole du type de « service d'aide à domicile ». Des structures publiques, telles les Centres communaux d'action sociale, fonctionnent suivant le même modèle et on ne voit guère pourquoi des entreprises privées à but lucratif ne s'y conformeraient pas elles aussi. Toutefois, il faut reconnaître que son adoption nécessite une volonté politique ; pour intéressants et originaux qu'ils soient, le modèle du « service d'aide à domicile » et les tentatives de professionnalisation des salariées qui lui sont associées, apparaissent instables autant que coûteux financièrement. Ils nécessitent la réalisation de compromis entre des mondes qui s'opposent et sont sans cesse menacés par des dérives, soit vers la forme hospitalière quand les structures imposent leur définition du service, sans se préoccuper des formes de la demande, soit vers la forme domestique, quand elles tendent à s'effacer face aux exigences de personnalisation du service de la part des clients, imposant alors à leurs salariées flexibilité et précarité de l'emploi.

Parce qu'elles sont porteuses de valeurs d'attention aux personnes, les associations apparaissent particulièrement bien placées pour réaliser les compromis nécessaires au maintien de cet équilibre et favoriser ainsi un processus de professionnalisation particulièrement difficile du fait du cadre privé d'exercice de l'activité. Une spécificité du secteur est en effet de pénétrer dans l'intimité des personnes aidées, un « monde domestique » dont de nombreux travaux ont

montré la défiance à l'égard d'une intervention extérieure. Or il s'agit ici non seulement de « rentrer » dans ce cadre, mais d'y importer des règles qui permettent aux salariées d'effectuer leur tâche sans se soumettre à des relations de « domesticité », d'affirmer dans le « monde domestique » (Boltanski, Thévenot, 1991) des normes professionnelles d'action (nature des tâches, horaires, etc.) et, par là, une définition socialisée des compétences à mettre en oeuvre. Par leur affirmation d'une prééminence accordée aux personnes, les associations, et plus généralement les organisations de l'économie sociale, offrent un compromis possible entre les valeurs du monde domestique et celles du monde industriel lorsqu'il met en œuvre des règles ou des savoirs-faire productifs plus ou moins codifiés. C'est sur ce type de compromis que peut s'édifier une professionnalité *a priori* incompatible avec les logiques domestiques de personnalisation. Ces logiques d'actions et les compromis qu'elles génèrent sont autant de conventions qui gouvernent les relations entre le consommateur et l'agent prestataire. Elles permettent de créer la confiance dans la mesure où l'action de l'intervenant(e) est motivée par des valeurs de solidarité, de bienveillance ou de compassion. L'incertitude inhérente à la production d'un service personnalisé peut alors être levée autrement que par l'assujettissement des salariées, grâce aux garanties « professionnelles »¹⁹ fournies par les associations.

Toutefois, l'enquête montre comment cette activité médiatrice des associations a été contrecarrée, dans les années récentes, par les contraintes provenant de l'environnement institutionnel, générées par les politiques d'emploi. L'objectif d'insertion dans ce secteur de publics *a priori* peu employables parce que non qualifiés a privilégié le développement des services de type « domestique », en brouillant un système d'offre préalablement structuré autour de références distinctes, de domesticité ou de pourvoyance (Causse, Fournier et *al.*, 1998). Le développement de structures mandataires constitue un risque de dérive vers la forme domestique, par le retour qu'elles opèrent à une définition du service et des compétences des intervenantes à l'initiative des seuls utilisateurs. Ce d'autant que, placées en situation de concurrence vis-à-vis de cette offre de type domestique, certaines organisations

¹⁹ Une caractéristique d'un « professionnel » est de se définir comme porteur d'une déontologie.

prestataires elles-mêmes délaissent parfois l'objectif de professionnalisation de leurs salariées pour privilégier un impératif de pérennisation de l'activité, au prix de la précarisation des emplois²⁰.

²⁰ Il faut remarquer toutefois que, dans les organismes qui ont à la fois une activité prestataire et une activité mandataire, le système d'emploi de l'aide à domicile semble mieux résister que dans ceux qui n'ont qu'une activité mandataire. De même, au sein des organismes qui interviennent dans des activités variées (soins infirmiers, garde à domicile, aide à domicile), et qui emploient pour l'une d'entre elles des professionnel(le)s (infirmières, aides-soignantes, ou travailleuses familiales), la professionnalisation des salariées de l'aide à domicile apparaît plus facile, le système d'emploi « professionnel » tendant alors à l'emporter, pour l'ensemble de la structure.

La question de la professionnalisation des salariées du secteur est porteuse d'enjeux majeurs. Elle l'est à la fois pour les utilisateurs, puisqu'elle touche à la définition même du service délivré, et pour les salariées potentielles, puisque le processus de professionnalisation débouche sur un système d'emploi moins précaire. On voit dès lors comment l'intervention de politiques en quête de « gisements d'emploi » a pu apparaître intempestive en déstabilisant un équilibre construit sur des compromis fragiles, en relativisant la nécessité de la formation et du diplôme, et en délégitimant la position médiatrice des organisations employeuses. ■

Bibliographie

Arborio A.-M. (2001), *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, « Sociologiques », Paris, Anthropos.

Boltanski L., Thévenot L. (1991), *De la justification : les économies de la grandeur*, NRF essais, Paris, Gallimard.

Butte-Gerardin I. (1999), *L'économie des services de proximité aux personnes. Les cas du soutien à domicile aux personnes âgées*, Paris, L'Harmattan.

Causse L., Fournier C., Labruyère C. (1998), *Les aides à domicile, des emplois en plein remue-ménage*, Paris, Syros.

Clergeau C., Dussuet A., Nogues H., Prouteau L., Schieb-Bienfait N., Urbain C. (2002), *L'économie sociale et solidaire et les services à domicile aux personnes âgées*, Rapport à la Préfecture de la Région des Pays de la Loire, dans le cadre du programme national d'observation de l'Économie Sociale et Solidaire du Secrétariat d'État à l'Économie Sociale et Solidaire, 213 p.

Cresson G. (1995), *Le travail domestique de santé : analyse sociologique*, « Logiques sociales », Paris, L'Harmattan.

Dembinski O. (2000), « L'innovation à l'hôpital est-elle possible ? Le cas des démarches participatives de l'encadrement soignant » in Cresson G., Schweyer F.X. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions de l'ENSP, pp. 47-57.

Drulhe M. (2000), « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle » Cresson, G. Schweyer, F.X. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions de l'ENSP, pp. 15-30.

Dubar C. (1996), « La sociologie du travail face à la qualification et à la compétence », *Sociologie du travail*, n°2.

Dussuet A. (2001), « Les emplois familiaux, une forme "féminine" de précarité », in Del Sol M., Eydoux A., Gouzien A., Merle P., Turquet P., *Nouvelles dimensions de la précarité*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp. 53-66.

Gadrey J. (1994), « Les relations de service dans le secteur marchand » in J. De Bandt J., Gadrey eds., *Relations de service et marchés de service*, Paris, CNRS Éditions.

Gomez P.Y. (1994), *Qualité et théorie des conventions*, Paris, Économica.

Hochschild A.R. (2002), « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, n°9.

Hughes E. C. (1996), *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Pennec S., (1999), « Les femmes et l'exercice de la filiation envers leurs ascendants », in Guillou, A. Pennec S. (dir.), *Les parcours de vie des femmes*, Paris, L'Harmattan, pp. 129-154.

Saglio J. (1998), « Qualifications et classifications », in Kergoat J., Boutet J., Jacot H., Linhart D. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, La Découverte, pp. 257-264.

Résumé

La professionnalisation dans les services à domicile aux personnes âgées : l'enjeu du diplôme

Par Cécile Clergeau et Annie Dussuet

Le secteur des services à domicile connaît une forte croissance, largement soutenue par les politiques publiques ; et ce, malgré les conditions de forte précarité qu'il réserve à ses salariés, à 99 % des femmes. On peut toutefois identifier des modalités différentes allant de l'emploi flexible des services « domestiques » à un type « professionnel ». Entre ces deux extrêmes existe une forme intermédiaire, « l'aide à domicile ». Elle seule est caractérisée par une tentative de construction de la professionnalité à partir des composantes relationnelles du travail. On montrera ici l'importance de l'intervention médiatrice des organisations employeuses pour engager « l'aide à domicile » dans un processus de qualification et favoriser des formes d'emploi moins précaires. Il est alors stratégique, pour ces organisations, de faire reconnaître par les pouvoirs publics et par les utilisateurs potentiels la nécessité de la formation et de lier l'accès à l'emploi à la détention d'un diplôme.

Mots Clés

Aide à domicile, diplôme, médiation, professionnalisation, relation de service, travail précaire, troisième âge.

Classification *Journal of Economic Literature* : J 44