



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# Céreq WORKING PAPER

28  
2024

Vers une  
reconnaissance  
du pouvoir d'agir  
des intervenantes  
dans la branche de  
l'aide à domicile ?

DOCUMENT DE TRAVAIL

POUVOIR D'AGIR

AIDE À DOMICILE

CONDITION DE TRAVAIL

AUTONOMIE  
PROFESSIONNELLE

COMPÉTENCE

Cyrille FERRATON  
Univ. Paul-Valéry Montpellier 3, ART-Dev

Stéphane MICHUN  
Céreq > CAR de Montpellier, ART-Dev





Salariés en emploi peu qualifié  
Quelles perspectives face à l'injonction  
de devenir acteur de leur parcours professionnel ?

<https://squapin.hypotheses.org/>



Ce travail a bénéficié d'un financement de l'Agence nationale de la recherche.  
Convention ANR-18-CE26-0021-xx.

Ce document vise à favoriser la diffusion et la discussion de résultats de travaux d'études et de recherches. Il propose un état d'avancement provisoire d'une réflexion pouvant déboucher sur une publication. Les hypothèses et points de vue n'engagent pas le Céreq et sont de la responsabilité des auteurs.

# Vers une reconnaissance du pouvoir d'agir des intervenantes dans la branche de l'aide à domicile ?

## Rapport de la branche associative de l'aide à domicile, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile

Cyrille Ferraton\*, Stéphane Michun\*\*

### Synthèse

La branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, dite « BAD », est le résultat, à la suite d'une injonction de l'État, du rapprochement de trois conventions collectives ayant vu le jour dans les années 1980 et 1990. Elle est également le fruit d'une histoire remontant à la fin de la seconde guerre mondiale qui a vu émerger et s'imposer quatre fédérations d'employeurs. L'article revient sur cette histoire et sur le rôle, majeur et controversé, des pouvoirs publics dans la solvabilisation (limitée) de la demande, mais aussi dans l'inscription de l'aide à domicile dans le fourre-tout des services à la personne.

Cette branche, qui regroupe plus de 4 600 structures prestataires à but non lucratif, souffre structurellement de problèmes d'attractivité et de fidélisation, problèmes qui ne sont pas sans lien avec la faiblesse relative des financements publics, mais qui ne s'y résument pas. Le métier d'aide à domicile, presque exclusivement exercé par des femmes, est en effet pénible – physiquement, mais aussi psychologiquement et émotionnellement –, mal payé et invisibilisé, quand il n'est pas carrément déconsidéré. Les emplois demeurent, pour la plupart, faiblement qualifiés. L'invisibilité des compétences, parfois jugées « naturelles », est souvent associée à l'identité féminine des intervenantes. Elle est renforcée par l'éloignement de l'employeur, le travail se faisant au domicile des usagers, dans des conditions à chaque fois spécifiques. Les intervenantes font donc preuve d'une large autonomie et d'initiative dans leur travail quotidien sans que les compétences techniques, mais aussi relationnelles et sociales qu'elles mettent en œuvre soient pleinement reconnues.

Les acteurs de la branche et l'OPCO<sup>1</sup>, Uniformation, se sont emparés de cette problématique. Ils ont introduit, avec l'aval des pouvoirs publics, des modifications significatives dans la classification des emplois et le système de rémunération. Cette adoption du « modèle de la compétence » a débouché sur douze emplois génériques, six pour la filière intervention et six pour la filière support, pour lesquels les conditions d'accès ont été précisées. Trois échelons ont également été établis, ce qui a autorisé, à court terme, des revalorisations salariales non négligeables et permet, à plus long terme, d'envisager des parcours professionnels ascendants.

Si l'automatisme du lien entre diplôme et emploi a été supprimée en reconnaissant mieux l'expérience et le degré de maîtrise effectif de leur métier par les intervenantes, la formation demeure un enjeu important de la branche. Uniformation et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) soutiennent de nombreuses actions de formation, de qualification et, surtout, de professionnalisation. À la contribution financière importante de la CNSA s'ajoute l'apport de France Relance pour les dispositifs Pro-A relance standard et Pro-A « du prendre soin ». Les pouvoirs publics entendent ainsi contribuer à l'amélioration de l'attractivité des métiers de l'aide à domicile et faciliter l'accès à des titres professionnels ou à des diplômes d'état. Cela se fait en cohérence et en complément avec les fonds conventionnels de la branche. En revanche, les acteurs de la BAD ont le sentiment que le Compte personnel de formation (CPF) leur a échappé depuis le transfert de la gestion de ce dispositif de l'OPCO vers la Caisse des dépôts et consignations.

---

\* Université Paul-Valéry Montpellier 3.

\*\* ART-Dev / Céreq – CAR de Montpellier.

<sup>1</sup> Opérateur de compétences.

## Sommaire

<b>Synthèse</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Des enjeux anciens, une branche à l'émergence tardive</b> .....	<b>3</b>
1.1. Au commencement étaient les associations .....	3
1.2. Crise, marchandisation et gisements d'emplois .....	4
1.3. La construction du périmètre de la branche .....	5
1.4. Les enjeux de la branche .....	8
1.5. Uniformation, un opérateur historique de la formation dans l'économie sociale et solidaire .....	10
<b>2. La politique de la branche en direction des salariés en emploi peu qualifié</b> .....	<b>12</b>
2.1. Des salaires bas qui font écho à la faiblesse des financements publics ? .....	12
2.2. La faible qualification des intervenants à domicile : problème ou solution pour la branche ? .....	13
2.3. Quelles compétences dans l'aide à domicile ? .....	14
2.4. L'invisibilité des compétences, une pluralité de causes .....	16
2.4.1. La singularité des emplois à domicile .....	16
2.4.2. L'aide à domicile à la marge des politiques de santé .....	17
2.4.3. Vers une orientation « productiviste » de l'aide à domicile .....	18
2.4.4. L'introduction du « modèle de la compétence » : vers une reconnaissance des compétences sociales et relationnelles des aides à domicile ? .....	19
<b>Bibliographie</b> .....	<b>24</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>27</b>

## Introduction

En France, les associations ont été les acteurs historiques du secteur de l'aide à domicile, qui depuis le plan de développement des services à la personne en 2005 a été fusionné dans le champ beaucoup plus large des services à la personne. Ces derniers regroupent plusieurs métiers (employés de maison, aides à domicile, assistantes maternelles, etc.) et associent des activités présentant une forte hétérogénéité (aide aux personnes dépendantes, soutien scolaire, dépannage informatique, etc.), ce qui conduit certains observateurs à souligner la « réalité » principalement fiscale de ces services (ouvrant droit à des réductions d'impôt). Les activités regroupées dans les services à la personne, reposant sur une interaction directe entre le prestataire et l'utilisateur ou le bénéficiaire, ont reçu un soutien sans cesse croissant depuis les années 1980, parce qu'elles sont considérées comme fortement créatrices d'emplois. Michèle Debonneuil, principale inspiratrice du plan de développement des services à la personne, soulignait ainsi : « *il suffirait que les consommateurs externalisent 20 % des services domestiques qu'ils se rendent à eux-mêmes pour que le PIB marchand augmente d'environ 10 % [...] il suffirait que chaque famille en France consomme trois heures de ces services par semaine pour créer deux millions d'emplois* » (Debonneuil, 2004, p. 12-13).

Certains observateurs ont souligné que l'externalisation d'activités domestiques motivée principalement par les « gisements d'emploi » dont seraient porteurs ces services risquait de conduire à de nouvelles formes de « domesticité » où les travailleurs les plus qualifiés et les plus productifs délégueraient une partie de leurs tâches domestiques. Le développement d'emplois peu qualifiés serait ainsi favorisé avec de faibles perspectives de promotion professionnelle dans la mesure où ces services n'existent que du fait de l'existence de différentiels de productivité, de salaire et de qualification. La professionnalisation et la qualification de ces emplois risqueraient donc d'entraîner une baisse de la demande des services à la personne. L'état des lieux passé et présent des emplois développés dans l'aide à domicile semble venir conforter ce scénario pessimiste alors même que ce secteur est en grande partie encadré et financièrement soutenu par les pouvoirs publics.

Dans le cadre de l'ANR SQUAPIN, nous avons réalisé une douzaine d'entretiens auprès des acteurs de la branche. Nous nous sommes également appuyés sur une analyse documentaire pour cerner les spécificités de ce secteur et, plus particulièrement, les conditions d'emploi et de travail des intervenants à domicile. Nous reviendrons dans un premier temps sur la construction du périmètre de la branche l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, dite « BAD », et sur les acteurs en présence. Nous évoquerons ensuite la réalité du métier d'aide à domicile et la velléité des partenaires sociaux de faire évoluer les textes pour rendre compte des compétences réellement mobilisées et offrir un minimum d'opportunités de carrière.

## 1. Des enjeux anciens, une branche à l'émergence tardive

### 1.1. Au commencement étaient les associations

Dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, avec la loi d'assistance sociale aux vieillards, infirmes et incurables sans ressources du 14 juillet 1905, les personnes âgées et les personnes handicapées assistées ont été incitées par des allocations en espèces à rester à leur domicile. Cette solution qui se voulait économique, mais qui était tributaire d'une solidarité intrafamiliale forte, visait à désencombrer les hospices de l'assistance publique. De telles aides financières relevant de l'assistance vont perdurer jusqu'en 1975 (Capuano, 2017, 2018).

Quant aux premières associations d'aide à domicile (nous utilisons ce qualificatif par facilité, mais il ne sera utilisé que plus tard), elles remontent à la fin de la seconde guerre mondiale. Des associations d'aides familiales rurales se montent alors avec l'objectif de venir en aide aux familles et de créer des emplois. Elles se regroupent en 1946 dans une union nationale qui, en 1976, devient l'ADMR (aide à domicile en milieu rural), réseau encore solidement implanté en France aujourd'hui, y compris en milieu urbain. Mais il faut attendre le milieu des années 1950 pour que les « services d'aide-ménagère » s'immiscent, timidement

encore, dans le champ des personnes âgées<sup>2</sup>, essentiellement sous l'impulsion des congrégations religieuses<sup>3</sup>.

La problématique du maintien à domicile, avec l'allongement de l'espérance de vie et les transformations sociales et sociétales de l'après-guerre, n'en fait pas moins son chemin et le rapport dit Laroque, en 1962, marque un jalon important. Ce rapport du nom de son principal rapporteur – Pierre Laroque, conseiller d'État et premier directeur de la Sécurité sociale en 1945 – jette les bases d'une politique de la vieillesse. Pour des raisons de coût, de cohésion sociale et d'humanité, ce rapport tourne une page, celle de l'aléatoire solidarité familiale envers les anciens ou, à défaut, de l'hospice, notamment pour les plus nécessiteux.

Plus fondamentalement, c'est la place des personnes âgées dans la société française qui est interrogée. Il s'agit de « concilier, d'une part l'adaptation du milieu et des conditions d'existence à l'état physique et psychique des personnes âgées, d'autre part, leur maintien dans la société, en excluant toute ségrégation [...]. Ainsi, tout en évitant de faire naître chez les vieillards un sentiment de dépendance, pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être mêlés constamment à des adultes et à des enfants » (Pierre Laroque, Politique de la vieillesse : rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, Haut Comité consultatif de la population et de la famille, 1962, p. 5 et 9). Une finalité éthique est ce faisant clairement affirmée. Respecter les personnes âgées, c'est leur permettre de conserver leur place dans la société. Le maintien à domicile peut fortement y contribuer (Ennuyer, 2014).

L'année de parution du rapport Laroque est aussi celle de la naissance de l'UPASSAD, l'union parisienne des associations de soin et de services à domicile. En 1970, cette dernière laisse la place à l'UNASSAD, union nationale des associations de soin et de services à domicile qui deviendra l'UNA, union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles, en 2005. Le VI<sup>e</sup> Plan de développement économique et social (1971-1975) s'empare de la question du « troisième âge » et invite l'État à favoriser le développement des services d'aide à domicile, mais aussi la mise en place d'équipements sociaux.

La circulaire du 24 septembre 1971 vient préciser les choses en évoquant, outre l'aide directe à domicile (aide-ménagère, soins infirmiers ou médicaux à domicile, visites ou animations à domicile), l'aide aux vacances et les organisations de quartier (clubs de retraités, foyers-restaurants, foyers-clubs, centres de jour, etc.). Le maintien à domicile ne saurait être assimilé, du moins à ce moment-là, à un « enfermement » à domicile, à une mise à l'écart du reste de la société.

Ce programme finalisé va stimuler le développement des services d'aide-ménagère. En 1970, on estimait les bénéficiaires à 40 000 personnes. Le plan fixait un objectif de 50 000 personnes supplémentaires pour 1975. L'objectif sera largement dépassé avec 145 000 bénéficiaires dès 1974 (sur un total d'environ 700 000 personnes de 65 ans et plus).

## 1.2. Crise, marchandisation et gisements d'emplois

Un rapport du Conseil économique et social portant, en 1976, sur les conditions de vie à l'âge de la retraite<sup>4</sup> est marqué du sceau de la crise. « En période de sous-emploi et de croissance faible, le problème de partage du revenu national entre population active et population inactive se pose de façon plus aiguë » (Conseil économique et social, 1976, p. 544) et modifie le regard porté sur la vieillesse. La question du coût du maintien à domicile est posée sans ambages. Les dimensions gestionnaire, médicale et bientôt technicienne prennent le pas sur la finalité éthique soulignée par le rapport Laroque. Bernard Ennuyer a raison de souligner que le tournant des années 1980 marque « un double déplacement de la politique vieillesse : un déplacement du social au médical [et] un déplacement d'une éthique collective à une technique de prise en charge individuelle » (Ennuyer, 2014, p. 58).

---

<sup>2</sup> Les premiers services d'aide aux mères sont bien antérieurs. Ils remontent aux années 1920.

<sup>3</sup> En 1962, lors de la publication du rapport Laroque, sur 155 services d'aide-ménagère, 40 % relèvent d'œuvres confessionnelles.

<sup>4</sup> La problématique de la retraite recoupe déjà celle de la place des personnes âgées ou du « troisième âge » dans la société, d'autant que la loi du 4 juillet 1975 assure la généralisation à l'ensemble de la population active de l'assurance vieillesse obligatoire.

Face au chômage qui s'installe dans la société française, les gouvernements successifs vont faire feu de tout bois. Le vieillissement de la population française tend à être perçu comme un coût pour la société, mais aussi comme une source potentielle de création d'emplois. Ainsi, en 1987, la loi Séguin favorise-t-elle, dans le cadre de l'aide aux enfants de moins de 3 ans et aux personnes âgées de plus de 70 ans, l'emploi direct auprès des particuliers par le biais d'exonérations de charges patronales et des exonérations fiscales. C'est de là que datent les services mandataires qui feront florès par la suite. En 1991, Martine Aubry, ministre du Travail, propose quant à elle de dynamiser par un crédit d'impôt les « emplois familiaux ». Ce dispositif, onéreux et plutôt élitiste, puisque largement mobilisé par les ménages aisés, sera abandonné, mais l'idée de jouer d'une incitation financière pour développer les services aux particuliers survivra. La loi quinquennale pour l'emploi propose d'ailleurs, en 1993, un nouveau mode de paiement pour les emplois à domicile : le chèque emploi-service. Les objectifs de ce dispositif public sont clairs : simplifier l'embauche des personnes à domicile, accompagner la création et le développement de véritables métiers de services, lutter contre le travail au noir.

De son côté, le patronat, par l'entremise du CNPF<sup>5</sup>, raisonne en termes d'activité économique et de profit plus qu'en termes d'emplois. Il entrevoit des marchés à développer. Des entreprises « classiques » de services peuvent voir le jour et leurs activités peuvent s'inscrire dans un mode de développement industriel. Les services aux personnes, dont l'aide à domicile, sont solubles dans une économie concurrentielle. Ils ne sont pas réductibles à la seule économie sociale et solidaire. Le prix à payer, dans le cadre de ce processus de marchandisation, est cependant important : il faut mettre sous le boisseau la relation d'aide – *i.e.* une relation interindividuelle complexe, *a priori* durable, chargée d'émotions et qui ne saurait se réduire à des gestes techniques – et, à l'inverse, valoriser auprès des pouvoirs publics et des usagers potentiels des prestations de service calibrées et, éventuellement, certifiées. La loi Juppé du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers confirme cette politique de marchandisation et autorise les entreprises à but lucratif à offrir leurs services, à condition d'obtenir un agrément simple ou de qualité<sup>6</sup>.

La même année, la prestation spécifique dépendance (PSD) est créée. Elle sera remplacée en 2002 par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Dès lors, la question de la solvabilisation de la demande, mais aussi celle de la professionnalisation des personnes appelées à réaliser ces prestations de service se posent différemment. En 2005, le plan de développement des services à la personne de Borloo regroupe plusieurs métiers (employés de maison, aides à domicile, assistantes maternelles, etc.) et associe des activités présentant une forte hétérogénéité (aide aux personnes dépendantes, soutien scolaire, dépannage informatique, etc.). Les associations historiques intervenant auprès de personnes dépendantes se voient tout à la fois légitimées et bousculées. Par ailleurs, l'inscription du secteur de l'aide à domicile dans le champ plus large des services à la personne interroge la construction des champs conventionnels.

### 1.3. La construction du périmètre de la branche

La branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, dite « BAD », est d'abord le résultat de la coexistence de trois conventions collectives ayant vu le jour dans les années 1970 et 1980 : la convention collective des organismes de travailleuses familiales du 2 mars 1970, la convention collective des aides à domicile en milieu rural (ADMR) du 6 mai 1970 et la convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983. À ces trois conventions collectives « historiques » vont se rajouter les accords UNACSS du 24 mai 1993 s'appliquant aux centres adhérents à l'Union nationale des associations coordinatrices des centres de soins et santé (UNACSS). À l'issue de ce processus de rapprochement, un premier accord de branche relatif aux temps partiels est signé en 1993, mais la branche ne dispose toujours pas d'une convention collective unique. En 2001, l'État invite les partenaires sociaux à mettre un terme à cette situation. La signature de l'accord de branche du 29 mars 2002 relatif aux emplois et rémunérations marque le début de création de la future convention unique de branche. Le 16 décembre 2004, les partenaires sociaux signent un accord de branche relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie et à la politique de professionnalisation. Ces deux textes sont les pierres fondatrices de la convention collective de branche dont les négociations débutent en janvier 2006 et s'achèvent par une signature le 21 mai 2010. La convention

<sup>5</sup> Conseil national du patronat français.

<sup>6</sup> L'agrément dit « de qualité » est obligatoire lorsque le service à la personne vise les publics fragiles. L'agrément « simple », également appelé « déclaration », concerne les autres services à la personne.

collective de branche est finalement entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Elle a été ensuite complétée par deux accords complémentaires signés le 21 mai 2010 et par l'accord de branche du 30 mars 2006 relatif aux temps modulés.

Quatre fédérations d'employeurs ont participé à la création de cette branche : l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) ; la Fédération nationale des associations d'aides familiales populaires/Confédération syndicale des familles (FNAAFP/CSF) ; l'Union nationale des ADMR (UN-ADMR) ; et la fédération Adessadomicile (devenue depuis Adédom). Ces fédérations se présentent comme des réseaux ayant pour fonction de représenter les associations d'aide à domicile, mais elles insistent également sur le fait qu'elles sont aussi des mouvements militants défendant certaines valeurs qu'elles rattachent à l'économie sociale et solidaire. Les quatre fédérations sont d'ailleurs membres de l'Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire (UDES).

Cela étant, chaque fédération conserve sa propre identité. L'ADMR inscrit son action dans le cadre du développement local en assurant un maillage du territoire homogène par la présence d'associations « à taille humaine » et défend le principe de subsidiarité. L'UNA revendique son rôle de vigie et de partenaire des pouvoirs publics en matière d'observation « des réalités sociales et sanitaires, et d'élaboration des réponses ». La FNAAFP/CSF quant à elle est davantage orientée vers la défense des intérêts des familles qui historiquement étaient ceux des « familles populaires ». Enfin, Adédom, qui dès les années 1920 apportait un soutien aux familles et aux mères prioritairement<sup>7</sup>, a diversifié ses services auprès des personnes retraitées dépendantes tout en conservant cet ancrage familial.

Au-delà de la référence à l'économie sociale et solidaire, ces fédérations partagent l'idée qu'elles relèvent du champ social et médico-social. Elles entendent se distinguer des services à la personne qui relèvent davantage, selon elles, de services de confort. Dans cette perspective, les critères économiques et techniques mobilisés principalement par les conseils départementaux sont jugés insuffisants, voire inappropriés. L'accompagnement social, voire psychologique, assuré par les aides à domicile dans leurs activités professionnelles n'est pas, d'après nos interlocuteurs, pris en charge. Or, ce dernier est au cœur de leur activité et du travail réel des intervenants à domicile. Plus largement, un sous-financement public structurel est pointé par l'ensemble des acteurs (syndicats d'employeurs et de salariées confondus) de la branche de l'aide à domicile.

Les quatre fédérations sont regroupées depuis les années 2000 dans une union syndicale de branche appelée USB-Domicile. Au sein de cette union syndicale, les représentants des fédérations entendent :

- représenter leurs membres auprès des pouvoirs publics afin qu'ils bénéficient d'un environnement législatif et réglementaire favorable ;
- assurer une représentation de leurs membres auprès des organisations syndicales de salariés de la branche, notamment en négociant et en signant tous accords collectifs au niveau de la profession, conformément à la législation sur les conventions collectives et accords de branche ;
- assurer une représentation des membres fondateurs et adhérents auprès de toute instance ayant pour objet l'étude, l'information, la concertation, la négociation, la gestion de dispositions relatives à l'emploi, à la formation et à tous sujets connexes dans le secteur de l'aide à domicile.

Du côté des salariés, la CFTC (fédération santé-sociaux), la CGT (fédération des organismes sociaux), la CFDT (fédération santé-sociaux), FO (fédération action sociale), la CFE-CGC (fédération santé-action sociale) et l'UNSA (Syndicat national autonome du personnel de l'aide à domicile) ont contribué à la naissance de la convention collective unique de branche. Il convient de remarquer qu'au final, FO et la CGT n'ont pas signé cette convention collective, entendant dénoncer les grilles salariales proposées et l'insuffisante prise en

---

<sup>7</sup> Henriette Viollet, créatrice en 1920 de l'association « Aide aux mères de famille », a initié des services de « maman de secours » pour les mères sans soutien et d'aide face aux tâches de la vie quotidienne.



compte des conditions de travail difficiles (mobilité, temps partiel, travail le dimanche, etc.). Seuls ont signé la CFDT et le SNAPAD<sup>8</sup>.

Les mêmes syndicats ayant contribué à la naissance de la convention collective unique de branche, mais parfois avec des fédérations différentes, ont également contribué à la mise en place de la branche des entreprises de service à la personne (à l'exception de l'UNSA) et à la branche des salariés du particulier employeur (à l'exception de l'UNSA et de la CFE-CGC). Or, ces trois branches entretiennent des relations parfois difficiles, du fait de proximités supposées en termes de services rendus, et la question de leur périmètre respectif est régulièrement posée. « *La branche de l'aide à domicile s'est construite autour d'une identité professionnelle liée à son inscription dans le domaine social et médico-social, entérinée lors de la loi du 2 janvier 2002. La branche des salariés du particulier employeur est issue d'une histoire tout à fait différente, celle de l'évolution du statut de domestique puis d'employé de maison et de la construction des droits de ces salariés* » (Lefebvre, 2013, p. 107). La branche des entreprises privées de services à la personne, quant à elle, est le résultat d'une volonté politique : celle de faire émerger et reconnaître un secteur des services à la personne. Le ministère du Travail et les fédérations d'employeurs ont joué un rôle déterminant pour imposer cette branche, et ce, malgré l'opposition des acteurs d'autres branches : celle des entreprises de propreté et services associés et celle de l'hospitalisation privée en particulier. Finalement, trois branches coexistent tant bien que mal. Cela débouche sur des mises en concurrence entre employeurs, mais aussi entre salariés, ce qui contribue à affaiblir les collectifs de travail (Devetter, Dussuet & Puissant, 2023). Cela soulève également des inégalités en termes de salaire, de conditions de travail et d'accès à la formation.

Il est donc possible d'exercer le métier d'aide à domicile dans des contextes et des statuts sensiblement différents (cf. tableau 1 ci-après). Du point de vue des intervenantes, trois, voire quatre statuts, sont possibles. Dans le mode prestataire, l'intervenante est salariée d'une structure qui peut être publique ou privée (association et entreprise). L'intervenante peut aussi intervenir sous le mode mandataire. Son employeur est alors le bénéficiaire du service, mais ce dernier est aidé dans ses démarches administratives (fiche de paie, etc.) par une structure. Dans l'emploi direct, l'employeur est toujours le bénéficiaire, mais celui-ci a la charge de la production des documents administratifs, néanmoins facilitée par l'existence du chèque emploi service universel (Cesu). Enfin, l'intervenante peut aussi intervenir à titre informel sans être déclarée<sup>9</sup>.

Les personnes recourant aux services d'aide à domicile, dits services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) peuvent aussi bénéficier sur prescription médicale de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)<sup>10</sup>. Les aides à domicile sont ainsi amenées à côtoyer au domicile des bénéficiaires d'autres intervenantes plus qualifiées. La séparation des tâches entre SAAD et SSIAD n'est pas toujours respectée, donnant lieu à un « glissement de tâches ». Il est par exemple difficile aux aides à domicile de refuser certaines demandes des bénéficiaires relevant du soin (pansements, etc.) si les infirmières sont absentes du domicile (Garabige & Trabut, 2020 ; Trabut, 2014). Il est fréquent de constater l'existence de deux cahiers de liaison relevant des SAAD et des SSIAD, même si des initiatives récentes ont été prises afin de mieux coordonner l'accompagnement des bénéficiaires. Nous faisons référence ici aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui regroupent dans une même structure services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Le financement relève de l'assurance maladie quand il y a recours à des SSIAD, mais est assuré majoritairement dans le cas des SAAD par le conseil départemental lorsque le bénéficiaire reçoit l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Rappelons que l'APA ne peut couvrir l'intégralité du coût des SAAD dont une partie est donc prise en charge par le bénéficiaire lui-même suivant ses ressources.

---

<sup>8</sup> Depuis, les rapports de force ont bougé. D'après l'arrêté du 28 juillet 2021 publié au JO du 6 août, les seules organisations syndicales reconnues représentatives sont la CFDT (44,8 %), la CGT (39,5 %) et FO (15,7 %).

<sup>9</sup> Il est ainsi difficile d'évaluer lorsqu'il y a augmentation des emplois dans les services à la personne s'il y a création nette d'emplois ou si ces emplois correspondent à un « blanchiment » d'emplois « au noir ».

<sup>10</sup> Depuis 2005, les pouvoirs publics ont introduit les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui visent à coordonner SAAD et SSIAD. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, a introduit les SPASAD « intégrés » qui comme leur nom l'indique, visent à intégrer SAAD et SSIAD pour permettre un « accompagnement global de la personne et de la promotion de la bienveillance » (<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>)

Comme le soulignent des rapports ou des études syndicales récentes (Bonnel & Ruffin, 2020 ; CGT, 2021), le mode d'intervention prestataire, notamment dans le cadre associatif est plus protecteur que les modes mandataire et direct alors qu'il reste approximativement un tiers des aides à domicile qui relèvent de ces derniers modes d'intervention. La convention collective du particulier employeur est même considérée par la CGT comme dérogoire du droit du travail : le temps plein est fixé à 40 h et non 35 h, l'ancienneté de la salariée n'est pas prise en compte, etc.

**Tableau 1 • Les différents modes d'intervention dans l'aide à domicile**

Mode d'intervention	Structure d'emploi	Cadre réglementaire	Cadre de gestion des ressources humaines
Prestataire	Services de soins infirmières à domicile (SSIAD)	Autorisation	Convention collective nationale de la branche de l'aide à domicile (associations)
			Convention collective des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif
			Droit de la fonction publique (FPH ou FPT)
	Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	Autorisation	Convention collective nationale de la branche de l'aide à domicile (associations)
			Convention collective de la branche des entreprises des services à la personne
			Droit de la fonction publique (FPH ou FPT)
Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)	Autorisation	Convention collective nationale de la branche de l'aide à domicile (associations)	
		Droit de la fonction publique (FPH ou FPT)	
Mandataire	Particulier employeur	Agrément	Convention collective du particulier employeur
Emploi direct ou « gré à gré »	Particulier employeur		Convention collective du particulier employeur

Source : adaptation Cour des comptes (2016)

## 1.4. Les enjeux de la branche

Ces questions d'inégalités en termes de salaire, de conditions de travail et d'accès à la formation sont centrales pour les acteurs de la BAD. Cela transparait d'ailleurs dans les quatre enjeux mentionnés dans le dernier rapport de branche réalisé en 2022 (sur des données de 2021)<sup>11</sup>. Ces enjeux portent sur les flux de salariés et l'attractivité du secteur, la formation professionnelle et l'évolution des emplois, la prévention des risques et la qualité de vie au travail et enfin, la pérennisation des structures.

<sup>11</sup> Données Uniformation.

La gestion prévisionnelle des emplois s'impose aux structures de l'aide à domicile. Les besoins de recrutement sont importants. En 2021, 94 % des structures envisageaient de recruter en 2022, pour un total de 40 600 projets de recrutement. Les besoins de recrutement concernent prioritairement les auxiliaires de vie sociale, les employés à domicile et, dans une moindre mesure, les aides-soignantes. Cette dynamique devrait, selon la Dares et France Stratégie, se prolonger au moins jusqu'en 2030. Ces besoins de recrutement sont par ailleurs essentiellement motivés par le turn-over élevé des métiers d'intervention. « *Les employeurs jugent le turn-over significatif pour les métiers d'employé à domicile (75 %), d'auxiliaire de vie sociale (65 %) et d'agent à domicile (69 %). Le premier facteur de turn-over est la rémunération jugée insuffisante (46 %), puis viennent la pénibilité physique et/ou psychique (40 %) et l'organisation du travail et les horaires (36 %)* » (Rapport de branche, 2022). Toutes les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenus ont insisté sur le problème de l'attractivité du secteur de l'aide à domicile.

Rien d'étonnant dès lors que 86 % des structures interrogées déclarent des difficultés de recrutement. Ces dernières « *reposent majoritairement sur le manque de candidats ayant la qualification recherchée (75 %), le manque de candidats ayant les compétences comportementales recherchées (74 %, contre 58 % en 2020). Ces deux motifs devançant le problème de rémunération qui se place à présent en troisième position (46 %)* » (*ibid.*). Cette tension sur les recrutements est encore accrue par de nombreux départs à la retraite. La moyenne d'âge est de 45 ans, en augmentation significative par rapport à l'estimation réalisée lors du précédent rapport de branche, en 2016 (41 ans). D'autres indicateurs témoignent de cette tendance marquée au vieillissement de la population salariée : 28 % des salariées ont plus de 55 ans alors que seulement 9 % des salariées ont moins de 25 ans.

Dans ce contexte de difficultés de recrutement et de vieillissement de la population salariée, la prévention des risques et la qualité de vie au travail sont pointées comme un enjeu majeur. Il est vrai que « *41 % des salariés ont déjà eu un arrêt de travail au cours de leur carrière pour des pathologies en lien avec leur activité [... et que 62 % d'entre eux] envisagent une évolution ou une mobilité professionnelle* » (*ibid.*). L'enquête réalisée par la branche permet de repérer des âges pivots : aux alentours de 44 ans, les difficultés psychologiques s'intensifient et vers 48 ans, l'usure professionnelle et les difficultés physiques sont davantage ressenties. Il y a urgence, car l'indice de fréquence des accidents du travail est l'un des plus élevés de l'ensemble des secteurs d'activité. Le rapport de branche suggère que des politiques RH adaptées doivent être envisagées pour mettre en place des actions de prévention des risques et aménager les secondes parties de carrière. Les réunions d'échange et les groupes de travail sur les pratiques professionnelles, la désignation d'un référent interne ou le recours à un prestataire externe permettent déjà à de nombreuses structures d'aborder ces questions, mais « *la formation du personnel est sans conteste l'action de prévention privilégiée des structures* » (*ibid.*). 79 % des structures, contre 42 % en 2016, recourent à la formation pour aborder ces questions de qualité de vie et de santé au travail.

La formation, justement, est un enjeu fort pour la branche. « *La formation professionnelle constitue un levier d'action transversal, notamment pour répondre aux enjeux d'attractivité, accompagner le développement des compétences [des salariés], faciliter la mobilité interne, fidéliser le personnel et dynamiser le secteur. 69 % des salariés souhaitent se former et 30 % ont l'intention d'évoluer professionnellement au sein de leur structure employeuse* » (*ibid.*). L'accompagnement de la fin de vie, la maladie d'Alzheimer, les gestes et postures, la prise en charge du handicap et de l'autisme viennent en tête des souhaits de formation.

Les difficultés de recrutement, les problèmes de fidélisation, les conditions de travail difficiles et les arrêts de travail nombreux pèsent sur la pérennisation des structures « *dans un contexte de forte mise en concurrence et de baisse structurelle des fonds publics* » (*ibid.*). Les axes stratégiques prioritaires retenus par les structures interrogées font d'ailleurs la part belle au travail réel et à sa reconnaissance. 48 % des structures entendent agir sur la qualité de vie et les conditions de travail « *pour prévenir les risques professionnels, favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels sur des métiers en forte demande, mais qui présentent des difficultés de recrutement* » (*ibid.*) ; 41 % veulent développer ou intensifier une démarche qualité et 40 % désirent améliorer leur gestion des ressources humaines (40 %).

Comme mentionné précédemment, la convention collective de la branche est loin de faire l'unanimité parmi les acteurs de la branche. Les syndicats FO et de la CGT ne l'ont pas signée. Outre la dénonciation de la faiblesse des grilles salariales proposées, les critiques portent également sur les conditions d'exercice du métier d'aide à domicile (mobilité, temps partiel, travail le dimanche, etc.). En matière de politique salariale, la

valeur du point a été augmentée récemment, elle reste encore insuffisante pour les syndicats de salariés. Ils dénoncent depuis longtemps une politique salariale « au rabais » qui conduit à des niveaux de salaire pour les emplois les moins qualifiés en dessous du minimum salarial. La faiblesse des financements publics (où certains départements financent à la demi-heure les services d'aide à domicile) est un facteur déterminant de cette politique salariale, mais les syndicats non-signataires de la convention collective dénoncent également les pratiques des employeurs.

La mobilité, par exemple, constitue une pierre d'achoppement. Le déplacement moyen des aides à domicile est évalué à un peu plus de 44 kilomètres par jour, pour un peu moins de 6 interventions. La question de l'indemnité kilométrique (négociée au sein de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation, CPPNI) est l'objet de revendications importantes de la part des aides à domicile et des représentants syndicaux. Cette indemnité kilométrique, bien que plus élevée dans la convention collective du secteur associatif de l'aide à domicile que dans celle des entreprises, reste en deçà du coût réel des déplacements pour les syndicats de salariés et la situation n'a fait qu'empirer avec le retour de l'inflation. Une réponse possible à cet enjeu de la mobilité est la mise à disposition des aides à domicile de véhicules de service. Une solution intermédiaire consiste à proposer des véhicules neufs en location avec option d'achat et un entretien des véhicules dans des garages solidaires, ou encore des services d'entretien et de réparation des véhicules à des tarifs en dessous des tarifs du marché. La fédération ADMR s'est par exemple engagée dans ce type de politique. Mais il reste difficile d'en évaluer la portée.

## 1.5. Uniformation, un opérateur historique de la formation dans l'économie sociale et solidaire

Les associations de l'aide à domicile relèvent, pour ce qui est de la formation, d'Uniformation. Les partenaires sociaux y défendent une « vision inclusive de la société » et « une économie du quotidien répondant à des besoins sociétaux ». Le champ d'action d'Uniformation, défini comme étant celui de la cohésion sociale, renvoie à de 18 branches professionnelles<sup>12</sup>.

Uniformation est l'un des trois principaux OPCO dédiés aux structures de l'économie sociale et solidaire (ESS), avec l'OPCO Santé pour la branche sanitaire, médico-sociale et sociale privée à but non lucratif (ex-Unifaf) et l'AFDAS qui regroupe les entreprises des secteurs de la culture, des médias, des loisirs et du sport. Depuis 1972, Uniformation<sup>13</sup> revendique son attachement aux valeurs et spécificités de l'ESS. En 1993, en devenant OPCA, Uniformation a décentralisé son service d'accompagnement et sa gestion administrative en région. Avec la loi de 2009, Uniformation a élargi son périmètre à la protection sociale et à l'habitat social, devenant alors l'OPCA de l'ESS.

D'une réforme à l'autre, Uniformation s'est appuyé sur trois logiques pour répondre aux enjeux de l'ESS (Braley, Da Costa & Van Acker, 2023) :

- une logique multidispositifs territorialisée associant une expertise de proximité auprès des entreprises, une action de relaying des politiques publiques, notamment autour des métiers du grand âge, et une recherche de financements complémentaires auprès de partenaires institutionnels aux niveaux régional, national et européen ;
- une logique de mutualisation pour professionnaliser l'ESS qui a permis, par exemple, de faciliter le financement de parcours de formation et de certifications, longs et coûteux, dans l'aide à domicile ;
- une logique d'accompagnement des politiques d'emploi, notamment pour rendre visibles et accompagner les parcours professionnels sur des métiers en extrême tension.

---

<sup>12</sup> Uniformation est également compétent pour les entreprises ne relevant pas d'une convention nationale ou d'un accord national de branche sur la formation, mais dont l'activité principale relève du champ de la cohésion sociale, *i.e.* œuvrant à l'accompagnement de la personne, dans toutes les étapes de la vie.

<sup>13</sup> Uniformation était alors un FAF, fonds d'assurance formation.

Ces trois logiques ne sont pas propres à l'aide à domicile, mais elles s'y incarnent tout particulièrement. Par exemple, la branche bénéficie depuis plus de dix ans du soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Par le biais de conventions avec Uniformation, la CNSA soutient des actions de formation, de qualification et de professionnalisation. Il s'agit de promouvoir des actions de formation qualifiantes ou certifiantes dans le but d'améliorer le service rendu aux personnes en situation de perte d'autonomie et d'améliorer la reconnaissance des métiers concernés. Il s'agit également de favoriser l'adaptation des pratiques professionnelles et de mettre en œuvre des formations spécifiques en lien notamment avec les différents plans nationaux.

En 2022, 53 554 stagiaires ont bénéficié de formations, pour l'essentiel professionnalisantes (96,9 % contre 3,1 % pour les formations certifiantes). 837 751 heures de formation ont été, au total, dispensées. La durée moyenne de ces formations a donc été de 15,6 heures (79,2 heures pour les formations certifiantes et 13,6 heures pour les formations professionnalisantes). Le montant total de ces formations s'est élevé à 28 731 514 € et a été majoritairement financé par les fonds de la CNSA (55 % contre 44,3 % de fonds conventionnels et 0,7 % de fonds régionaux).

Les certifications visées pour les intervenants à domicile sont, comme chaque année, relatives au « cœur de métier ». Les stagiaires concernés, au nombre de 1 409 en 2022 (en baisse de 37,6 % par rapport à 2021), visaient le titre professionnel d'assistant de vie aux familles (TP-ADVF) pour 395 d'entre eux, le diplôme d'État d'accompagnement éducatif et social (DE-AES) pour 887 d'entre eux, le diplôme d'État d'aide-soignant (DE-AS) pour 72 d'entre eux et le diplôme d'État de technicien de l'intervention sociale et familiale (DE-TISF) pour 55 d'entre eux. Les fonds de la CNSA affectés à ces formations certifiantes, en baisse significative en 2022, ont été compensés par les ressources de France Relance dans le cadre des dispositifs Pro-A relance standard (TP-ADVF et DE-AES) et Pro-A « du prendre soin » (DE-AS et DE-TISF) et par les fonds conventionnels de la branche. Le profil moyen des stagiaires passés par le dispositif Pro-A<sup>14</sup> relance standard était celui d'une femme de 41 ans, sans diplôme. Le profil moyen des stagiaires passés par le dispositif Pro-A « du prendre soin » était celui d'une femme de 41 ans, de niveau initial CAP/BEP.

La formation, c'est aussi le compte personnel de formation (CPF). La BAD a entamé des discussions avec la Caisse des dépôts et consignations (CDC) mais cela n'a pas encore débouché sur une convention tripartite comme pour les branches du régime général de la sécurité sociale et de la mutualité. La BAD a le sentiment que le CPF lui a échappé depuis le transfert de la gestion de ce dispositif de l'OPCO vers la CDC. Elle envisage, sans remettre en cause l'initiative et le choix individuel du salarié, de mettre sur pied une politique d'abondement du CPF.

Finalement, Uniformation s'impose comme un outil essentiel de la branche. Les liens sont anciens et le passage de l'OPCA à l'OPCO a permis de mieux appréhender les complémentarités entre les questions d'emploi, de travail et de formation. En outre, Uniformation contribue, aux côtés de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la BAD à représenter la branche, notamment dans l'appui aux entreprises et vis-à-vis des pouvoirs publics. L'articulation entre Uniformation et la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP) semble forte mais il ne nous a pas été possible de consulter les documents échangés annuellement entre ces deux entités. Par ailleurs, il existe en région l'équivalent de la CPNEFP. Ces CPREFP ont leur propre programme de travail et initient des partenariats avec, notamment, le Conseil régional, la DREETS, Uniformation et Pôle emploi. Les CPREFP peuvent en outre être force de proposition auprès de la CPNEFP. Ainsi, la CPREFP d'Occitanie a-t-elle plaidé, en vain jusqu'ici, pour la mise en place d'un CQP<sup>15</sup>, arguant qu'il n'existe pas de diplôme spécifique pour le poste d'agent à domicile et que la branche ne dispose d'aucun CQP.

---

<sup>14</sup> Promotion par alternance.

<sup>15</sup> Certificat de qualification professionnelle.

## 2. La politique de la branche en direction des salariés en emploi peu qualifié

La branche professionnelle de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, forte en 2021 de 4645 structures prestataires à but non lucratif, emploie 217 609 salariés (dont 89 % sur les métiers d'intervention), pour la plupart en CDI (88 %) et à temps partiel (66 % en 2021 contre 86 % en 2016). Parfois présentée comme un gisement d'emplois, y compris pour des personnes peu qualifiées, l'aide à domicile est également dépeinte comme un métier en souffrance (Devetter, Dussuet & Puissant, 2023). Il est vrai que ce métier presque exclusivement exercé par des femmes est pénible (physiquement, mais aussi psychologiquement et émotionnellement), mal payé et invisibilisé, quand il n'est pas carrément déconsidéré.

### 2.1. Des salaires bas qui font écho à la faiblesse des financements publics ?

Avant de revenir sur la situation des intervenants à domicile, il faut rappeler combien les structures sont contraintes par les financeurs publics. Offrir un service de qualité est certes un objectif de la politique publique du maintien à domicile et de la dépendance, mais il existe des disparités territoriales en termes de financement liées aux décisions des conseils départementaux. Surtout, les acteurs de la branche soulignent, de manière unanime, que les tarifs horaires appliqués par les départements restent insuffisants pour rémunérer correctement le personnel et encourager une montée en qualification et en compétence.

Lors de nos enquêtes, en 2021, l'ADMR réclamait un tarif socle financé par les conseils départementaux à hauteur de 25 euros. L'État n'est pas resté totalement sourd à cette demande, mais le compte n'y est toujours pas. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, un tarif national minimal de l'heure d'aide à domicile pour l'APA et la prestation de compensation du handicap (PCH) est applicable. D'abord fixé à 22 euros de l'heure, il a été rehaussé à 23 euros de l'heure au 1<sup>er</sup> janvier 2023 et sera, à partir de l'année 2024, indexé annuellement selon l'évolution de la majoration tierce personne (MTP). Cette mesure a conduit à une harmonisation positive des tarifs au niveau national puisqu'elle a permis la revalorisation de 63 % des heures APA et PCH dans les 98 départements qui présentaient des tarifs inférieurs au tarif minimal. La compensation apportée par l'État aux départements s'est élevée à 189,4 millions d'euros au titre de l'année 2022. Elle devrait représenter 309,1 millions d'euros au titre de l'année 2023.

À cela peut s'ajouter une dotation complémentaire attribuée par les départements aux SAAD pour améliorer la qualité de service rendu à l'usager. Cette dotation, attribuée aux services d'aide à domicile retenus à l'issue d'un appel à candidatures départemental et après signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM<sup>16</sup>), peut financer des actions permettant :

- d'accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités ;
- d'intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés ;
- de contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire ;
- d'apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées ;

---

<sup>16</sup> Le CPOM comprend 6 thématiques avec des indicateurs portant sur : 1) l'activité (tarif horaire, nombre d'heures APA facturées, etc.) ; 2) les ressources humaines (nombre d'équivalent temps plein moyen, part du personnel d'intervention, etc.) ; 3) la formation (nombre d'intervenants titulaires du DE-AES, nombre d'intervenants ayant suivi une formation, etc.) ; 4) la gestion des heures non présentes (taux d'heures non présentes, nombre d'heures d'organisation du travail et de réunions de coordination, nombre de kilomètres effectués dans l'année par les intervenants, etc.) ; 5) les données financières ; et 6) la qualité (recours à un logiciel de planification des interventions, utilisation de la télégestion, interventions le week-end et les jours fériés, existence ou non d'un pôle de remplaçants, organisation mise en œuvre pour limiter les temps de déplacement, etc.).



- d'améliorer la qualité de vie au travail des intervenants ;
- de lutter contre l'isolement des personnes accompagnées.

La CNSA finance le coût de cette dotation complémentaire à hauteur de 3 euros par heure en 2022, niveau porté à 3,14 euros par heure en 2023. Elle accompagne les départements dans leur processus de contractualisation et assure le suivi de l'utilisation de ce nouveau levier de financement au service de la qualité. Le montant global de cette dotation a été fixé à 300 millions d'euros pour 2023. La dotation complémentaire finance les surcoûts liés aux interventions spécifiques, telles que les interventions tardives, en zone éloignée, auprès de publics à besoins particuliers. Elle permet également de financer des projets tels que l'acquisition de véhicules de service pour les aides à domicile ou des démarches de transformation organisationnelle en équipe autonome.

Malgré ces compléments de ressources, le tarif horaire demeure, semble-t-il, insuffisant. Le 28 juin 2023, les fédérations de l'aide et du soin à domicile aussi bien du secteur public, associatif ou privé commercial ont alerté la Première ministre Élisabeth Borne sur « la situation économique d'urgence absolue » dans laquelle se trouve une grande partie des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Selon ces fédérations, 30 % des demandes adressées aux structures de l'aide et du soin à domicile ne peuvent trouver de solutions. Les plans d'aide APA et PCH atteindraient, quant à eux, un niveau de non-exécution record de l'ordre de 35 %, du fait du manque de personnel. Dans le cas particulier de la BAD, 25 % des SAAD pensaient se retrouver en rupture de trésorerie avant la fin de l'année. Ces difficultés économiques sont renforcées par la succession des avenants<sup>17</sup> à la convention collective de la BAD validés par le gouvernement pour adapter les grilles salariales aux évolutions du SMIC. Les employeurs sont dès lors pris en étau entre les obligations de revalorisation des salaires et les compensations versées « de façon très disparate » par les départements, départements qui, eux, se plaignent d'un État qui « *s'abstient de prendre en compte l'inflation dans l'évolution de [leurs] dotations* ». Quoi qu'il en soit, ce sont les salariés qui paient le prix de ce manque de moyens.

En plus de l'insuffisance du financement public, certains syndicats pointent des pratiques d'employeur comme explication aux faibles rémunérations des intervenants à domicile. Le travail à temps partiel, en particulier, est l'objet de controverses. D'après le rapport de branche de la BAD, en 2021, 34 % seulement des salariés travaillaient à temps plein et 11 % avaient un temps de travail inférieur ou égal à un mi-temps. La même source indique que 63 % des salariés concernés ont choisi de travailler à temps partiel. Le problème est que la notion de temps partiel est toute particulière dans l'aide à domicile. En cause, la fragmentation de la journée de travail. Cette journée est morcelée, de sorte que le travail effectif, celui qui est comptabilisé et rémunéré, ne rend pas pleinement compte de l'engagement réel du salarié qui, entre deux interventions, a parfois des coupures significatives et non rémunérées. Le salaire est bien partiel, comme le temps de travail rémunéré, mais il n'est pas nécessairement compensé par un surcroît de temps libre. « *Lorsque l'on rapporte le temps décompté comme travail effectif à l'amplitude de la journée de travail, on s'aperçoit qu'il représente moins de 57 %, tandis que ce ratio atteint 84 % pour l'ensemble des salariés [...]. Cette fragmentation est un des éléments centraux de l'explication des sous-salaires et de la pénibilité* » (Devetter, Dussuet & Puissant, 2023, p. 24). Certains employeurs ont d'ailleurs compris qu'une meilleure organisation du travail et une plus grande autonomie des intervenants à domicile dans la gestion de leur emploi du temps peuvent contribuer à une meilleure qualité de vie au travail et à un travail à temps partiel réellement synonyme de temps libre (Ferraton & Michun, 2023).

## 2.2. La faible qualification des intervenants à domicile : problème ou solution pour la branche ?

De nombreuses études (voir la dernière synthèse dans Devetter, Dussuet & Puissant, 2023) montrent la très importante précarité des emplois développés dans l'aide à domicile : temps partiel, faible rémunération, isolement, individualisation de la relation de travail, situations de multiemployeurs lorsque les aides à domicile cumulent interventions sous mode prestataire, mandataire et emploi direct, etc. Pourtant, l'aide à domicile qui

---

<sup>17</sup> Avenants 51, 52 et 54, dans la foulée de l'avenant 43 qui organisait un rattrapage salarial associé à une meilleure reconnaissance des compétences.

consiste à prendre en charge des personnes en situation de dépendance fait l'objet depuis les années 1960 de mesures de politiques publiques, cherchant à améliorer la qualité de l'offre par sa professionnalisation. L'introduction en 2002 de l'allocation personnalisée d'autonomie et du diplôme d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)<sup>18</sup> représente dans cette perspective un tournant majeur dans la politique du maintien à domicile (Weber, 2014).

Il reste que ces emplois très majoritairement occupés par des femmes restent encore faiblement qualifiés<sup>19</sup>. Ces activités reposent sur l'application de standards techniques qui constituent, de manière croissante, le critère principal sur lequel s'appuient les financeurs publics, mais elles reposent également sur la mobilisation de compétences sociales et relationnelles (souci d'autrui, bienveillance, etc.) encore faiblement reconnues institutionnellement. Ces compétences ont été régulièrement associées à l'identité féminine des intervenantes. Ces compétences que d'aucuns jugent « naturelles » reposeraient sur des activités déjà réalisées dans le propre foyer des intervenantes. Ces emplois seraient facilement accessibles pour les femmes du fait de leur expérience issue de leur vie quotidienne dont elles seraient détentrices. Cette invisibilité des compétences n'est en rien une découverte et a fait l'objet de nombreuses analyses depuis les années 1970 (Kergoat, 2012), tout particulièrement dans les emplois de service relationnels, assimilés fréquemment aux activités du *care*, majoritairement, voire très majoritairement occupés par des femmes (Molinier, 2005, 2013). D'une certaine manière, cette invisibilité du capital humain et ce déni de reconnaissance constituent une opportunité, à court terme, pour certains employeurs. On peut exercer dans l'aide à domicile sans diplôme ni titre. On peut y apprendre son métier sur le tas. Les « mères de famille », les « femmes isolées », les chômeuses de longue durée et les femmes immigrées sont donc susceptibles de venir alimenter en emplois le secteur... quitte à ne pas y rester durablement. De même, il est tentant, pour les pouvoirs publics, de voir là un gisement d'emplois exploitable à peu de frais. Si l'on en croit l'estimation de la répartition du nombre de salariés par métier réalisée dans le cadre du dernier rapport de branche, une majorité d'emplois ne nécessitent pas une qualification formelle. Les agents à domicile (32 % des effectifs totaux) et les employés à domicile (26 %) peuvent exercer *a priori* sans diplôme ni titre.

En termes d'image, cette stratégie est néanmoins catastrophique. Elle contribue à déconsidérer ces métiers, voire le secteur dans son ensemble. Cela est apparu très clairement durant les premiers mois de la crise sanitaire en 2020. Selon le secrétaire général de l'ADMR, les intervenants à domicile ont été « la dernière roue de la charrette » et ont eu « le sentiment d'avoir été abandonnés dans cette crise » (Le Monde, 21 mars 2020). Les difficultés de recrutement en ont été majorées, d'autant que le gouvernement a, par l'obligation vaccinale, poussé vers la sortie un certain nombre de salariés. Les partenaires sociaux ont, semble-t-il, pris conscience de l'impasse que constitue la non-qualification et/ou la non-reconnaissance de certaines compétences. Nous en rendrons compte en évoquant plus loin l'avenant 43 de la convention collective de branche. En attendant, il nous faut revenir sur les compétences que mobilisent les intervenants à domicile et la raison de leur invisibilisation.

### 2.3. Quelles compétences dans l'aide à domicile ?

Au-delà du constat d'une faible qualification relative des emplois dans l'aide à domicile, la qualification des intervenants à domicile diplômés ne reflète pas, pour beaucoup de nos interlocuteurs, l'ensemble des compétences mobilisées. Le travail de ces intervenants ne se résume pas à un enchaînement de prestations techniques, mais relève de l'action sociale et suppose donc le développement d'un accompagnement individualisé de la personne. Dans une perspective « relativiste », introduite par Pierre Naville dans *Essai sur la qualification* (1956), les qualifications des emplois, produits des négociations collectives, estiment la « valeur sociale » qui leur est attribuée. Les salaires « disent la visibilité et l'invisibilité des compétences, leur légitimité et au bout du compte la vérité des acteurs et des rapports de force dans la négociation » (Daune-Richard, 2003, p. 146). Les représentations sociales naturalisant les compétences des aides à domicile parce que très proches de celles mobilisées dans la sphère domestique jouent probablement un rôle significatif dans la faible reconnaissance des qualifications déployées.

---

<sup>18</sup> Devenu le diplôme d'État d'accompagnement éducatif et social (DEAES).

<sup>19</sup> Le DEAVS, maintenant DEAES, est un diplôme de niveau V.



Les compétences sont par définition inobservables, seules leurs manifestations le sont, et doivent être rapportées au contexte dans lequel elles s'inscrivent (Valléry & Leduc, 2010). Une compétence peut être définie comme une combinaison de ressources que l'on ne peut évaluer que dans le cours de l'action. Une somme de connaissances ne suffit pas à déterminer ce qu'est une compétence parce que celle-ci ne pourra se manifester que si le contexte s'y prête et si un certain nombre de moyens sont mis à disposition du travailleur. Surtout la reconnaissance de ces compétences résulte d'un processus impliquant plusieurs acteurs et conduisant à une qualification des compétences mobilisées, tout particulièrement de la part des employeurs. Dans l'aide à domicile, au-delà des tâches ménagères, des compétences sociales ou encore relationnelles renvoyant à des liens sociaux, voire affectifs (Bernardo, 2003), sont observées et sont fréquemment indissociables de l'intervention technique (Avril, 2003 ; Moré, 2014). Tous les acteurs de la branche avec lesquels nous nous sommes entretenus reconnaissent la primauté des compétences sociales et relationnelles et dénoncent la conception « productiviste » et techniciste à laquelle est fréquemment renvoyée l'aide à domicile, en particulier au travers des modalités de financement des interventions à domicile (financement déterminé en fonction des listes préétablies de tâches à réaliser).

Ces compétences sociales ou relationnelles peuvent en partie être reconnues institutionnellement. Ainsi, le diplôme d'État d'accompagnement éducatif et social (DEAES) inclut quatre blocs de compétences :

1. Se positionner comme professionnel dans le champ de l'action sociale.
2. Accompagner la personne au quotidien et dans la proximité.
3. Coopérer avec l'ensemble des professionnels concernés.
4. Participer à l'animation de la vie sociale et citoyenne de la personne.

Le référentiel de ces compétences inclut indéniablement des compétences qui renvoient aux compétences sociales et relationnelles mentionnées précédemment : « concourir au bien-être de la personne par des gestes et une communication adaptés », « aider la personne à exprimer ses désirs et ses choix en utilisant des activités d'expression », « reconnaître les signes non verbalisés de la douleur », etc. Cependant, ce diplôme correspond à un faible niveau de qualification (niveau V, c'est-à-dire niveau CAP/BEP).

L'introduction du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) en 2002 avait pour objectif une amélioration de la professionnalisation de l'aide à domicile. Ce diplôme a en effet contribué à une progression de la qualification pour les salariés de l'aide à domicile, principalement par le biais de la validation des acquis de l'expérience (Trabut, 2014). Cela a permis de certifier des pratiques déjà existantes qui néanmoins « ne correspondent pas à la réalité du travail qui déborde très largement le périmètre légal de l'activité [...], trop limité pour garantir la continuité du soin » (Trabut, *op. cit.*, p. 76). En ce qui concerne la formation initiale, elle semble éloignée de la réalité du terrain en mettant en place un « modèle industriel de formation par la décomposition systématique de l'activité » (Trabut, *op. cit.*, p. 76 ; Julliard & Leroy, 2014). Ce diplôme semble donc ne pas reconnaître ce qui fait la spécificité des compétences déployées dans l'aide à domicile : d'un côté, leur nature labile provoquée par la singularité des besoins exprimés, et de l'autre, l'intrication des compétences techniques et sociales.

Les intervenants non diplômés dans l'aide à domicile s'appuient également sur des compétences sociales ou relationnelles non reconnues institutionnellement, mais fréquemment associées à des « qualités » féminines (Gadrey, Jany-Catrice & Pernod-Lemattre, 2005a, 2005 b ; Bonnet, 2006 ; Molinier, 2005). La convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010 signée par les acteurs associatifs indique que pour l'exercice des emplois du premier niveau ne nécessitant pas de diplôme, « les connaissances acquises au cours de la scolarité obligatoire et/ou une expérience personnelle de la vie quotidienne » sont suffisantes. Or, fréquemment ces emplois ne sont pas réductibles à des activités ménagères, mais impliquent de gérer des situations potentiellement complexes notamment lorsque les intervenants en question doivent faire face à des personnes avec un niveau de dépendance élevé. Il y a dans ce cas absence de reconnaissance des compétences relationnelles mobilisées y compris pour des emplois non qualifiés d'entretien ménager (Dussuet, 2016, p. 17).

## 2.4. L'invisibilité des compétences, une pluralité de causes

La non-reconnaissance de certaines compétences, tout particulièrement les compétences sociales ou relationnelles, nécessaires à la réalisation des services d'aide à domicile n'est pas réductible au seul référentiel « industriel » sur lequel s'appuient les politiques publiques au moins depuis le plan Borloo. Si cette conception conduit à une « standardisation progressive des services proposés » réduits à leur seule dimension technique (Dussuet, Nirello & Puissant, 2017, p. 190) et donc à occulter leurs aspects sociaux et relationnels, d'autres facteurs doivent être pris en compte : prioritairement les caractéristiques de ces emplois (lieu d'exercice de l'emploi, service relationnel et immatériel), et les catégories existantes en matière de traitement de la dépendance qui ont partie liée avec la politique de santé mise en place en France avec d'un côté l'aide à domicile et de l'autre les activités du secteur médico-social.

### 2.4.1. La singularité des emplois à domicile

Les emplois d'aide à domicile restent encore souvent rattachés à certaines qualités dont les intervenants seraient dotés, « *qualités étroitement reliées aux dimensions relationnelles des métiers et associées aux représentations de la "nature féminine"* » (Gadrey, Jany-Catrice & Pernod-Lemattre, 2005a, p. 203). L'invisibilisation des compétences des intervenants est ainsi liée au fait que « *leur travail est identifié aux tâches effectuées gratuitement par les femmes dans leur propre foyer, qu'il n'est donc pas besoin d'en parler, ni même de l'évoquer, pour qu'il soit effectué* » (Dussuet, 2016, p. 131). La difficulté d'objectiver de telles compétences, qui peuvent prendre il est vrai l'aspect d'une catégorie fourre-tout, peut expliquer cette invisibilisation, mais elle semble surtout reposer sur l'influence des représentations sociales des différents acteurs impliqués dans l'aide à domicile. Les activités de service, et spécifiquement pour les services relationnels, sont moins valorisées pour leur dimension technique, qui « *symbolise un pouvoir sur la nature* », et généralement associée « *au masculin et au travail qualifié* », qu'à « *un univers de travail où sont sollicitées des qualités inhérentes à la nature féminine* » (Daune-Richard, 2003, p 141-143).

Ces qualités ou encore aptitudes issues de la sphère privée ont bien fait l'objet d'un apprentissage, mais en dehors des canaux institutionnels. Ce temps consacré à l'acquisition de savoir-faire et/ou de savoir-être correspond à un temps de formation, mais ne bénéficie d'aucune reconnaissance ou d'une reconnaissance marginale. Au-delà de ces qualités, une prestation à domicile efficace est une prestation qui ne perturbe pas « *l'ordre simultanément physique et psychique des choses, tout en anticipant ce qu'il y a à faire* ». Pour l'aide à domicile, l'« *effacement de soi fait partie de la prestation réussie* » (Molinier, 2013, p. 51).

L'aide à domicile s'inscrit dans le cadre de relations de service (De Bandt & Gadrey, 1994). La croissance de la part des services dans la production et dans l'emploi au sein des économies dites « post-fordistes », et en particulier des services relationnels, remet en cause les catégories à partir desquelles est mesurée la richesse. Comme le souligne Jean Gadrey, « *la création des richesses [...] se mesure autant au degré d'adéquation de la production à des besoins spécifiques qu'au volume de biens ou services produits* ». Et c'est précisément « *la relation de service qui produit cette adéquation* » (Gadrey, 1997, p. 8). Trois caractéristiques de la relation de service doivent être ici soulignées, car elles permettent de comprendre la difficulté d'apprécier objectivement les compétences mobilisées dans l'aide à domicile :

Le contenu du service ne peut être connu *a priori* dans la mesure où il y a « coproduction ». Selon Jean Gadrey, deux niveaux d'interaction doivent être distingués dans une relation de service : celui rattaché à la « coproduction » proprement dite portant sur l'objet du service, et celui du « copilotage » lié au contrôle et à la régulation de la relation (règles, contrats, etc.). Ainsi, le service en question, mais aussi les conditions d'exercice de l'emploi de service, dépendront largement de ces dernières propriétés. Des exigences fortes de la part de l'utilisateur ou bénéficiaire pourront influencer négativement sur les conditions de travail. Une faible coopération involontaire ou non, notamment face à des personnes fortement dépendantes, pourra jouer sur les caractéristiques de l'emploi. Une relation de service avec un usager est susceptible de changer dans le temps en fonction de la nature évolutive de ses besoins. Ainsi, chaque relation de service est singulière, rendant difficile l'appréciation des conditions de travail.

Par ailleurs, toute relation de service implique de la part du prestataire une interprétation des demandes de l'utilisateur et se traduit par des services susceptibles de les satisfaire. Cette interprétation renvoie aux compétences notamment sociales ou relationnelles mentionnées précédemment.

Enfin, la relation de service s'inscrit dans un environnement (familles, autres intervenants, organismes prestataires, etc.) qui détermine aussi la configuration que celle-ci prendra.

Si les règles (conventions collectives, description des tâches à réaliser, etc.) qui encadrent la prestation d'aide à domicile influent sur le type de service qui est offert, le contrôle, la régulation et aussi l'observation des aspects relationnels et immatériels de la relation de service s'avèrent beaucoup plus difficiles d'autant plus que le lieu d'exercice du service est le domicile de l'utilisateur ou du bénéficiaire. Nos entretiens ont largement confirmé le point précédent avec de la part des aides à domicile, le constat d'une grande hétérogénéité du travail concret.

## 2.4.2. L'aide à domicile à la marge des politiques de santé

Le positionnement de l'aide à domicile vis-à-vis du secteur médico-social (soins infirmiers, etc.) favorise l'invisibilisation du « capital humain » des intervenantes à domicile. L'aide à domicile ne relève-t-elle pas de la politique de la santé, et à ce titre, ne devrait-elle pas être intégrée au secteur médico-social ?<sup>20</sup> L'orientation récente de la politique de l'autonomie (loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie) semble aller dans ce sens puisque la perte d'autonomie est devenue un nouveau risque de la Sécurité sociale et a été intégrée à la loi de financement de la Sécurité sociale<sup>21</sup>. La dépendance comme risque social est une conception défendue par les associations de l'aide à domicile au motif que la dépendance occasionne une hausse des dépenses qui peut être couplée à une baisse des revenus pour les personnes en emploi (Gallois, 2013, p. 24). La raison principale expliquant pourquoi l'aide à domicile reste en dehors du secteur médico-social repose sur les coûts qu'occasionnerait une telle décision, argument qui mérite d'être nuancé compte tenu du coût total actuel de la dépendance et des prévisions à moyen et long terme de ce coût<sup>22</sup>. Cependant, d'autres raisons peuvent être invoquées dont « *le mépris du milieu médical pour le type de soins que nécessite la dépendance* » (Weber, 2014, p. 26). L'organisation actuelle de l'aide à domicile (SAAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) résulte en partie d'une recomposition du système de santé avec une baisse des durées d'hospitalisation opérée à partir du début des années 1980. Cela entraîna un transfert des publics vers la médecine de ville et le secteur médico-social qui ne purent être complètement absorbés face à l'insuffisance de l'offre, et eu pour répercussion un transfert vers l'aide à domicile « *amenée à prendre en charge des patients relevant du SSIAD* » (Gallois, 2013, p. 23)<sup>23</sup>. Mais ce transfert ne s'est pas accompagné d'une harmonisation des modes de financement entre le secteur médico-social et le secteur de l'aide à domicile, le premier relevant principalement de la Sécurité sociale, le second des collectivités locales.

Identiquement, les SAAD et les SSIAD continuent à être distingués, même si les expérimentations récentes comme les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et les SPASAD « intégrés » visent précisément à assurer une meilleure coordination de l'offre et permettre un accompagnement global de la personne dépendante. Cette dernière séparation est, comme il a été souligné, parfois remise en cause dans les faits où les aides à domicile, pour maintenir la continuité du service, se retrouvent contraintes d'assurer des tâches relevant du soin, théoriquement interdites. Elle devrait même à terme progressivement disparaître puisque la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2022 prévoit une restructuration des SAAD, SSIAD et SPASAD par rapprochement ou fusion. Ainsi, dans le code de l'action sociale et des familles (CASF), les SAAD, SSIAD et SPASAD sont remplacés par les services d'autonomie à domicile (services médico-sociaux autorisés). Les SAAD aujourd'hui autorisés ne souhaitant pas intégrer de services de soins devront

---

<sup>20</sup> La reconnaissance de l'aide à domicile comme assurant une fonction sanitaire a été un temps envisagée au moment de l'émergence d'une offre structurée d'aide à domicile durant les années 1950 (Gallois, 2013, p.21).

<sup>21</sup> Avec la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2005, l'autonomie était devenue une branche de la protection sociale (Vachey *et al.*, 2020).

<sup>22</sup> Antoine Bozio, Agnès Gramain et Cécile Martin évaluent en 2014 entre 41 et 45 milliards d'euros par an le coût de la dépendance incluant les dépenses liées aux soins, à l'hébergement et à l'aide informelle. 23,5 milliards relèvent d'un financement public. La progression de la dépense publique jusqu'à 2040 devrait être comprise entre +0,3 et +0,7 point de PIB. Le coût de la dépendance pour la dépense publique est estimé à 8,1 milliards (Bozio, Gramain & Martin, 2016).

<sup>23</sup> Transfert aussi observé dans les maisons de retraite (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], etc.).

en tant que services autonomie à domicile respecter un cahier des charges. Les SSIAD devront s'adjoindre une activité d'aide ou fusionner avec un SAAD et demander une autorisation comme service autonomie auprès de l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental. Les SPASAD deviendront des services autonomie et devront respecter un cahier des charges. Cette évolution de secteur de l'aide à domicile doit se réaliser à partir du milieu de l'année 2023.

Cette configuration explique pourquoi « *malgré leur position dominée dans le monde médical, les salariés du bas de l'échelle sanitaire sont encore bien mieux lotis que les aides à domicile sans lien avec le sanitaire* » (Weber, 2014, p. 26) et par conséquent contribue à masquer les compétences sociales et relationnelles mobilisées par les salariées de l'aide à domicile. Les représentations propres aux acteurs du secteur médico-social où « *l'aide à domicile, ce n'est rien d'autre que du ménage* » (Weber, *ibid.*, p. 37) renforcent sans nul doute cette invisibilisation.

Au sein même du secteur de l'aide à domicile, des lignes de clivage existent qui ont été renforcées avec l'introduction du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). En effet, une « hiérarchisation des tâches » peut être observée lorsque les conseils départementaux distinguent les services qui s'adressent directement à la personne, des services de ménage. Les aides à domicile détentrices du DEAVS pouvant alors revendiquer les services jugés plus nobles et délaissier les prestations ménagères aux non-diplômées (Trabut, 2014, p. 77-78). Cette division du travail entre SSIAD et SAAD et au sein même des SAAD ne semble pas répondre qu'à des critères techniques liés aux domaines de spécialité et de compétences des différents intervenants et intervenantes. Comme l'a montré Everett C. Hughes pour les professions de service, la hiérarchisation des tâches semble aussi être fonction du « degré d'impureté des fonctions remplies ». Le « sale boulot » revient ainsi toujours aux métiers situés au bas de l'échelle. Dans le monde médical, 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 [...] à ceux qui sont chargés du linge sale [ou à] certaines tâches malpropres* ». Dans ces activités de service, la « *délégation du sale boulot fait aussi partie du processus de mobilité professionnelle* » (Hughes, 1996 p. 64, p. 82). Il semble que cette description corresponde à la situation de l'aide à domicile.

### 2.4.3. Vers une orientation « productiviste » de l'aide à domicile

La promotion par les pouvoirs publics des services à la personne considérés comme un « gisement d'emplois » surtout depuis les années 1990 contribue également à l'invisibilisation des compétences sociales et relationnelles des aides à domicile. Les analyses récentes soulignent l'orientation marchande et productiviste de la politique publique de soutien aux services à la personne (Devetter, Dussuet & Puissant, 2023) dans l'objectif de créer davantage d'activités et donc d'emplois. Outre le surcroît de concurrence pour les acteurs associatifs historiques engendré par une telle orientation, cette politique tend à valoriser la « performance technique » du service au détriment de ses dimensions sociales et relationnelles. Cette conception conduit à concevoir l'aide à domicile moins comme un service relationnel que comme un bien industriel classique. Les aides à domicile témoignent de l'impossibilité de définir une journée de travail « type » confrontées à des changements imprévus (chute du bénéficiaire, etc.), à la nécessité d'adapter leur travail face à l'expression de nouveaux besoins des bénéficiaires ou parce que leur état de santé s'est dégradé. Cette caractéristique inhérente à la relation de service est niée au profit d'une conception standardisée de la prestation. Les conseils départementaux ont introduit un « *pilotage de l'activité par les indicateurs* » (Dussuet, Nirello & Puissant, 2017, p. 193) afin d'augmenter la quantité des services délivrés, mais en ne tenant compte que des tâches d'ordre technique de l'aide à domicile (ménage, etc.).

Les plans de financement élaborés par les conseils départementaux prévoient de plus en plus une liste de tâches en indiquant « *le temps requis pour les réaliser [...] les interventions à la demi-heure, et même au quart d'heure* » ont ainsi vu le jour. Certains acteurs de la branche nous ont confirmé tout en les critiquant ces modalités de financement. Cette détermination de tâches à réaliser en amont revient à nier l'essence même de l'aide délivrée dont le contenu comme nous le soulignons est par définition incertain et doit répondre aux besoins du bénéficiaire dans le cours de l'interaction ou de la relation de service. Une personne dépendante peut chuter ou voir son état de se dégrader, situation demandant un ajustement de l'aide que le pilotage par les indicateurs ne peut prendre en compte. Dans ce contexte, les conditions de travail des intervenantes à domicile ont tendance à se dégrader avec un émiettement croissant des tâches et une intensification du travail.

#### 2.4.4. L'introduction du « modèle de la compétence » : vers une reconnaissance des compétences sociales et relationnelles des aides à domicile ?

La branche associative de l'aide à domicile a introduit très récemment (octobre 2021), avec l'aval des pouvoirs publics principaux financeurs des services offerts, des modifications significatives dans la classification des emplois et le système de rémunération des métiers, ce qui a conduit à une augmentation globale de la masse salariale de l'ordre de 16 %. La convention collective de la branche a été complétée d'un nouvel avenant (avenant n°43/2020) permettant une progression professionnelle pour les aides à domicile, qui ne repose pas uniquement sur le diplôme, mais également sur la prise en compte des compétences.

La négociation de cet avenant relatif à la classification des emplois et au système de rémunération a abouti à la signature d'un texte en février 2020 par les employeurs de l'USB-Domicile et côté salariés par la CFDT et FO. La CGT a adhéré à l'avenant 43/2020 en novembre 2020. L'avenant a été publié au Journal officiel le 28 juillet 2021. Les nouvelles dispositions relatives aux emplois et rémunérations poursuivent plusieurs objectifs. Il s'agit, à court terme, de revaloriser les rémunérations conventionnelles et d'éviter l'immersion sous le SMIC en sortant l'ancienneté et le diplôme du salaire de base. Il s'agit également de supprimer l'automatisme du lien entre diplôme et emploi, tout en maintenant une valorisation des diplômes. À plus longue échéance, enfin, il est question de favoriser les parcours et l'évolution des salariés *via* la reconnaissance des compétences. Ces dispositions s'organisent en deux grandes parties. L'une concerne les emplois avec de nouvelles définitions plus génériques et organisées par filières, catégories et degrés ; l'autre propose un nouveau système de classification et de rémunération basé sur la détermination d'un salaire de base en fonction de la catégorie et de l'échelon des salariés auquel s'ajoutent des éléments complémentaires de rémunération (ECR).

Deux filières sont définies : la filière « intervention » et la filière « support ». Pour chaque filière, trois catégories socioprofessionnelles sont retenues : employé ; technicien/agent de maîtrise ; et cadre. Ces trois catégories socioprofessionnelles se décomposent en deux degrés, 1<sup>er</sup> degré et 2<sup>e</sup> degré, qui correspondent au niveau de complexité des missions du poste. Au total, on aboutit à 12 emplois génériques<sup>24</sup>, 6 pour la filière intervention et 6 pour la filière support. Un emploi générique se caractérise par les publics accompagnés (intervention) ou les services d'affectation (support) mais aussi par les principales missions exercées et les missions transversales. Chaque salarié doit être positionné dans un emploi générique et doit bénéficier d'une fiche de poste venant préciser, de manière spécifique et individuelle, les publics accompagnés ainsi que les missions principales et les missions transverses qu'il exerce.

Alors que l'ancienne convention collective supposait l'acquisition d'un diplôme pour occuper certains emplois (ou du moins recommandait un certain niveau de diplôme de l'Éducation nationale), la nouvelle convention est à la fois plus souple (un diplôme n'est plus indispensable) et plus précise puisque les conditions d'accès aux emplois génériques se réfèrent explicitement à trois critères : l'expérience/ancienneté dans l'emploi, la formation en lien avec les principales missions de l'emploi et l'évaluation des compétences (niveau de maîtrise). La mise en place de trois échelons permet, en outre, de proposer aux salariés des parcours professionnels ascendants et donc une évolution salariale qui, contrairement à ce qui prévalait jusqu'alors, ne dépend pas seulement de l'ancienneté et de la valeur du point ou d'un changement d'emploi. L'échelon 1 correspond à un salarié en phase d'appropriation des activités de base de l'emploi. L'échelon 2 renvoie à un salarié en maîtrise de l'ensemble des activités normales de l'emploi. Enfin, l'échelon 3 est destiné à un salarié en parfaite maîtrise de l'ensemble des activités de l'emploi, y compris lors de situations inhabituelles. Au 1<sup>er</sup> octobre 2021, les écarts de coefficients entre échelons sont calculés sur la base des augmentations suivantes : + 4,5 % pour un passage à l'échelon 2 et + 6,5 % pour un passage à l'échelon 3.

L'avenant 43 énumère également ce que sont les actes essentiels de la vie quotidienne et souligne qu'ils ne doivent pas être assimilés à des actes de soins. Ces actes essentiels sont notamment l'aide à la mobilité et aux déplacements, l'aide à la toilette, l'aide à l'habillage, l'aide à la prise du repas, l'aide aux fonctions d'élimination, l'aide à la prise de médicaments (conformément aux dispositions du Code de l'action sociale et

---

<sup>24</sup> L'ancienne nomenclature renvoyait à des « emplois repères » définis suivant leur finalité, les activités exercées, les conditions d'exercice et les conditions d'accès à l'emploi. La nouvelle nomenclature s'appuie sur des « emplois génériques » caractérisés par les publics accompagnés et les missions exercées, éléments à partir desquels sont établies des fiches de poste.



des familles), le garde-malade, le soutien des activités intellectuelles, sensorielles et motrices et tous les actes qui en découlent directement. Il est rappelé que les intervenants de la catégorie « employé, degré 1, échelon 1 » ne doivent pas intervenir pour de l'aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Ce rappel ne doit pas faire illusion. Pour plusieurs de ces actes, par exemple la toilette, on peut observer concrètement un « glissement des tâches » (Garabige & Trabut, 2020) généralement peu reconnu par les employeurs.

On peut espérer que la complexité, jusqu'alors partiellement occultée, du travail réel soit dans l'avenir mieux prise en compte. En tout cas, un entretien d'évaluation est désormais instauré. Il doit avoir lieu au moins tous les deux ans. Cette évaluation, réalisée en utilisant les modèles de grilles d'évaluation construites par les partenaires sociaux, permet de positionner chaque salarié dans un degré et dans un échelon. Ce faisant, les partenaires sociaux ont *a priori* accru la probabilité d'une progression professionnelle. Dans un secteur où environ 40 % des emplois occupés ne nécessitent pas de diplôme, les perspectives de progression professionnelle restaient faibles dans l'ancienne convention collective. Cette barrière du diplôme est aujourd'hui en partie levée puisque la formation, l'expérience, l'ancienneté dans l'emploi et la maîtrise des compétences permettent *a priori* de proposer des évolutions de carrière. Cette adoption du « modèle de la compétence » est présentée par la plupart de nos interlocuteurs comme une avancée. Bien sûr, l'individualisation de l'évaluation laisse toujours craindre une part plus ou moins grande d'arbitraire, mais les partenaires sociaux ont cherché à limiter ce risque en établissant des critères assez précis.

### **Encadré • Une autre manière d'appréhender les parcours professionnels : Le GEIQ et le GE Domicile Grand Sud**

L'ensemblier Domicile Grand Sud a été créé par des associations d'aide à domicile de l'Hérault. Face aux difficultés structurelles de recrutement et de fidélisation du personnel intervenant à domicile, ces dernières ont décidé de se doter de deux outils mutualisés afin de répondre à ces problématiques. Un groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ) a tout d'abord été créé en 2014. Il parie sur le potentiel de personnes en difficulté d'accès à l'emploi en proposant des parcours d'insertion et de qualification. Un groupement d'employeurs (GE) a ensuite été créé en 2017. Il propose des emplois mutualisés en CDI afin de fidéliser les salariés. Les difficultés de recrutement sont telles, actuellement, que le GE a suspendu ses activités. Les associations ont en effet besoin de recruter de façon ferme et pour des temps de travail, si possible, soutenus. Elles ne sont plus en demande de travail partagé. Depuis leur création, le GEIQ et le GE bénéficient du soutien de la DREETS (ex-DIRECCTE), du conseil départemental et de la région Occitanie.

Les six associations d'aide à domicile fondatrices du GEIQ en 2014 représentaient alors 90 % des interventions d'aide à domicile sur le département de l'Hérault. Désormais, le GEIQ est présent sur quatre départements (Hérault, Lozère, Tarn, Aveyron). Le GEIQ propose des parcours en alternance visant l'obtention d'une qualification reconnue par la branche : le titre professionnel « assistant de vie aux familles » (ADVF) essentiellement, mais aussi le « diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social » (DEAES). De nombreux acteurs dont Pôle emploi, les missions locales, les PLIE, le conseil départemental, des associations intermédiaires et les associations d'aide à domicile elles-mêmes orientent des personnes faiblement qualifiées vers le GEIQ. Ce dernier noue une relation de longue durée (12 à 18 mois) entre le salarié, l'association d'accueil et un organisme de formation. Il suit la trajectoire du salarié et dresse des bilans réguliers avec les trois acteurs concernés. L'association d'accueil s'engage à recevoir le salarié du GEIQ sur sa période d'alternance, à lui attribuer un tuteur référent et à assurer un tutorat sur la base de 150 heures maximum sur toute la durée du contrat de professionnalisation.

Le problème d'attractivité s'est accru ces derniers temps. « *On reçoit moins de candidatures et on va moins au bout* » aux dires du président du GEIQ. Se projeter sur 12 à 18 mois semble poser problème, de même que l'obligation de se former, sans parler du coût des déplacements. Il devient difficile d'assurer les 70-80 entrées-sorties attendues sur une année « normale ». Cela rend d'autant plus indispensable le travail de médiation et d'accompagnement social opéré par le GEIQ. Les personnes éloignées de l'emploi et/ou faiblement qualifiées cumulent souvent des difficultés significatives : méconnaissance du monde de l'entreprise et de ses contraintes, problèmes de logement et/ou de mobilité, surendettement, crainte de suivre une formation dans des centres assimilés à l'école, etc.

Les deux tableaux suivants présentent, pour la filière intervention, les conditions de passage prévues par les grilles de classification pour un(e) intervenant(e) employé(e). Pour apprécier le degré de maîtrise de ses missions par le salarié, plusieurs éléments sont pris en compte, notamment les durées de pratique, de formation et les éléments d'appréciation des compétences par l'encadrement. Concernant les heures de formation, ce sont les heures de formation suivies dans le cadre de la formation professionnelle continue en lien avec l'emploi exercé dans la branche qui sont prises en compte. Ces heures de formation seront comptabilisées sur la base de présentation de justificatifs par le salarié (attestation de présence, de formation ou d'assiduité, etc.) ou à défaut par l'employeur pour les formations suivies depuis l'entrée dans la structure. Par exemple, pour les salariés classés en filière intervention, catégorie employé de degré 1, les formations en lien avec l'emploi exercé à prendre en compte peuvent, notamment, être les suivantes : « Entretien du cadre de vie, repassage, linge, nettoyage du domicile », « Maladie Alzheimer, troubles du comportement, maladies dégénératives », « Hygiène corporelle, aide à la toilette », « Risques routiers », « Protocole sanitaire en temps de pandémie », « Accompagnement aux démarches administratives », etc.

**Tableau 2 • Conditions de passage d'échelon pour un(e) intervenant(e) employé(e), degré 1**

<p><b>Échelon 1</b> En phase d'appropriation des missions de base de l'emploi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Salarié·e en cours d'appropriation des missions de base de l'emploi et qui n'effectue pas d'actes essentiels de la vie quotidienne (cf. art. 5.1).</li> </ul>
<p><b>Échelon 2</b> Maîtrise de l'ensemble des principales missions de l'emploi</p>	<p><b>Passage en échelon 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● à l'issue de 48 mois de pratique dans l'emploi ;</li> </ul> <p><b>ou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● avoir suivi 42 heures de formation en échelon 1, en lien avec les principales missions de l'emploi et avoir 1 année de pratique en degré 1 échelon 1.</li> </ul>
<p><b>Échelon 3</b> Parfaite maîtrise de l'ensemble des missions de l'emploi, y compris lors de situations inhabituelles</p>	<p><b>Passage en échelon 3 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● avoir suivi en échelon 2, 105 heures de formation permettant d'intervenir auprès d'un public tel que décrit à l'art. 5.1 a) ;</li> </ul> <p><b>ou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● avoir 4 années de pratique en échelon 2,</li> </ul> <p><b>et</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● appréciation par l'encadrement de la parfaite maîtrise de l'ensemble des missions de l'emploi, de la capacité d'adaptation à des situations imprévues, de la capacité d'initiative et de rendre compte, selon les grilles d'évaluation définies dans le guide paritaire prévu à l'art. 11.</li> </ul>

Source : Guide paritaire d'application de l'avenant 43/2020.

**Tableau 3 • Conditions de passage d'échelon pour un(e) intervenant(e) employé(e), degré 2**

<p><b>Échelon 1</b> En phase d'appropriation des missions de base de l'emploi</p>	<p><b>Passage en degré 2 échelon 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● salarié·e en cours d'appropriation des missions de base de l'emploi et titulaire d'un diplôme en lien avec l'emploi exercé ;</li> </ul> <p><b>ou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un·e employé·e degré 1 échelon 3 ayant au moins 4 années de pratique pour des actes essentiels de la vie quotidienne auprès d'un public tel que décrit à l'article 5.1 a).</li> </ul>
<p><b>Échelon 2</b> Maîtrise de l'ensemble des principales missions de l'emploi</p>	<p><b>Passage en échelon 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● à l'issue de 48 mois de pratique dans l'emploi d'intervenant degré 2 échelon 1 ;</li> </ul> <p><b>ou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● avoir suivi 70 heures de formation en échelon 1, en lien avec les missions de l'emploi et avoir 1 année de pratique en degré 2 échelon 1.</li> </ul>
<p><b>Échelon 3</b> Parfaite maîtrise de l'ensemble des missions de l'emploi, y compris lors de situations inhabituelles</p>	<p><b>Passage en échelon 3 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● avoir suivi en échelon 2, 105 heures de formation permettant d'intervenir sur de l'accompagnement social ou sanitaire renforcé ;</li> </ul> <p><b>ou</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● avoir 4 années de pratique en échelon 2,</li> </ul> <p><b>et</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● appréciation par l'encadrement de la parfaite maîtrise de l'ensemble des missions de l'emploi, de la capacité d'adaptation à des situations imprévues, de la capacité d'initiative et de rendre compte, selon les grilles d'évaluation définies dans le guide paritaire prévu à l'Art. 11.</li> </ul>

Source : Guide paritaire d'application de l'avenant 43/2020.



Il convient également de noter la création d'un salaire minimum hiérarchique conventionnel. Ce dernier correspond à la somme du salaire de base (calculé en fonction de la catégorie, du degré et de l'échelon du salarié) et d'éléments complémentaires de rémunération (ECR). Le salaire de base est fixé sur la base d'un système « coefficient x valeur du point », la valeur du point étant actuellement de 5,5 €. Les ECR, quant à eux, peuvent être de trois ordres. On distingue en effet les ECR pérennes et personnels (en lien avec le diplôme et l'ancienneté) ; les ECR ponctuels et transverses liés à l'organisation du travail (travail du dimanche et jours fériés, astreinte, travail de nuit, accompagnement de salariés ou de stagiaires/tutorat) ; et les ECR spécifiques aux cadres (cf. annexes).

Le « modèle de la compétence » couplé à ce système de rémunération est censé contribuer à la fidélisation des salariés. Contribuera-t-il aussi à renforcer l'attractivité des emplois d'aide à domicile dans un secteur où les taux de rotation de la main-d'œuvre sont particulièrement élevés et les difficultés de recrutement endémiques ? Il est encore trop tôt pour le dire d'autant que ses divers objectifs ne pourront être atteints que sous deux conditions :

1. L'accord par les différents financeurs publics de l'aide à domicile de financements supplémentaires pour faire face aux augmentations de salaire induites par la reconnaissance des parcours professionnels. Certains départements, qui sont parmi les principaux financeurs publics, ont manifesté depuis la publication de l'avenant à la convention collective des réticences à financer ce surcroît de dépenses. L'instauration récente (loi de financement de la Sécurité sociale 2022) d'un tarif plancher de l'heure (22 euros) pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) ne suffira probablement pas. La crainte d'un financement public qui ne suive pas les évolutions salariales est d'autant plus fondée que certains employeurs ont pu préférer jusque-là les aides à domicile non qualifiées pour des questions de soutenabilité financière de leurs structures, ou que certaines aides à domicile qualifiées peuvent être amenées à masquer volontairement leur titre par peur de ne pas être recrutées.
2. La deuxième condition est liée au pouvoir croissant donné aux employeurs par le « modèle de la compétence ». L'individualisation de l'évaluation des compétences et le fait que celle-ci repose sur des critères transversaux, mais appliqués à des situations d'emploi hétérogènes et singulières et appréciés uniquement par l'employeur, risquent de conduire à des inégalités de traitement. Ce nouveau modèle que d'autres secteurs d'activité ont connu avant l'aide à domicile, reste marqué par « *l'intensité de la formalisation* » (entretien d'évaluation, indicateurs, etc.) auquel il donne lieu contrastant avec « *la faiblesse des garanties de reconnaissance que [ce modèle] procure* » (Monchatre, 2018, p. 133-134). Ce risque est redoublé par les représentations sociales qui ont longtemps prévalu et dont la prégnance encore actuelle mérite d'être questionnée, conduisant à la naturalisation des compétences relationnelles et sociales mobilisées par les aides à domicile (Daune-Richard, 2003).

## Bibliographie

- Avril, C. (2003). Les compétences féminines des aides à domicile. Dans F. Weber, S. Gojard & A. Gramain. *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine* (p. 187-207). Paris : La Découverte.
- Bernardo, L. (2003). La place des sentiments dans l'aide professionnelle de gré à gré. Dans F. Weber, S. Gojard & A. Gramain. *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine* (p. 362-389). Paris : La Découverte.
- Bonnel, B. & Ruffin, F. (2020). *Rapport d'information sur les métiers du lien*. Commission des affaires économiques, Assemblée nationale, rapport d'information n° 3126.
- Bonnet, M. (2006). Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(1), 73–85.
- Bozio, A., Gramain, A. & Martin, C. (2016). Quelles politiques publiques pour la dépendance ? *Notes du conseil d'analyse économique*, 35(8), 1-12. <https://doi.org/10.3917/ncae.035.0001>
- Braley, E., Da Costa, C. & Van Acker, Y. (2023). Vingt ans de formation dans l'ESS : le cas d'Uniformation. *Éducation Permanente*, 233(4), 69-77.
- Capuano, C. (2017). De l'aide à domicile aux services à la personne. *Vie sociale*, 17(1),13-29.
- Capuano, C. (2018). *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*. Paris : Presses de Sciences Po.
- CGT (2021). Présentation et état des lieux du secteur aide à domicile. Document de travail/Collectif confédéral aides à domicile, publié le 23 février.
- Conseil économique et social (1976). *Les conditions de vie à l'âge de la retraite*. Journal Officiel du 25 mai 1976, rapport Brudon, 24-25 février 1976.
- Cour des comptes (2016). *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*. Rapport public thématique, juillet. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>
- Daune-Richard, A.-M. (2003). La qualification dans la sociologie française : en quête de femmes. Dans J. Laufer, C. Marry & M. Maruani (dir.). *Le travail du genre. Les sciences sociales à l'épreuve des différences de sexe* (p. 138-150). Paris : La Découverte.
- Debonneuil, M. (2004). Les services : une opportunité pour créer des emplois productifs. Dans P. Cahuc & M. Debonneuil. *Productivité et emploi dans le tertiaire* (p. 11-45). Paris : La documentation française.
- De Bandt, J. & Gadrey, J. (1994). *Relations de service, marchés de services*. Paris : CNRS Éditions.
- Devetter, F.-X., Dussuet, A. & Puissant, E. (2023). *Aide à domicile, un métier en souffrance. Sortir de l'impasse*. Ivry-sur-Seine : Les Éditions de l'Atelier.
- Dussuet, A. (2016). Genre, frontières du travail domestique et marges du salariat. Le cas des aides à domicile. *Revue Française de Socio-Economie*, 17(2), 123-41.

- Dussuet, A., Nirello, L. & Puissant, E. (2017). De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *La Revue de l'Ires*, 91-92(1-2), 185-211.
- Ennuyer, B. (2014). *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*. Malakoff : Dunod.
- Ferratton, C. & Michun, S. (2023). Aide à domicile : concilier l'autonomie et l'engagement dans un collectif. *Céreq Bref*, 445.
- Gadrey, J. (1997). Préface à L. Reboud (dir.). *La relation de service au cœur de l'analyse économique* (p. 7-11). Paris : L'Harmattan,
- Gadrey, N., Jany-Catrice, F. & Pernod-Lemattre, M. (2005a). Genre et emplois non qualifiés. Dans D. Méda, F. Vennat. *Le travail non qualifié. Permanences et paradoxes* (p. 197-207). Paris : La Découverte.
- Gadrey, N., Jany-Catrice, F. & Pernod-Lemattre, M. (2005b). Les employés non qualifiés : quelles compétences ? Dans D. Méda, F. Vennat. *Le travail non qualifié. Permanences et paradoxes* (p. 255-268). Paris : La Découverte.
- Gallois, F. (2013). L'aide à domicile, parent pauvre du système de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 31(1), 15-29.
- Garabige, A. & Trabut, L. (2020). Le glissement de tâches comme aporie de la construction d'un territoire professionnel : le cas des aides à domicile. *Socio-économie du travail*, 7(1), 53-84.
- Julliard, É. & Leroy, A. (2014). Convertir des chômeuses, former des professionnelles ? Dans F. Weber. *Le salaire de la confiance* (p. 97-121). Paris : Éditions Rue d'Ulm coll. « Sciences sociales ».
- Kergoat, D. (2012). *Se battre, disent-elles...* Paris : La Dispute.
- Hughes, E. C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Éditions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Laroque, P. (1962). *Politique de la vieillesse*. Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, Haut Comité consultatif de la population et de la famille. Paris : La documentation française.
- Lefebvre, M. (2013). La construction des champs conventionnels dans les services à la personne : dynamiques et enjeux. *Revue de l'Ires*, 78(3), 99-126.
- Molinier, P. (2005). Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. Dans P. Paperman & S. Laugier. *Le souci des autres. Ethique et politique du care* (p. 299-316). Paris : EHESS coll. « Raisons pratiques ».
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris : La Dispute.
- Monchatre, S. (2018). De la qualification à la compétence en passant par l'employabilité. Dans D. Mercure & M. Vultur (dir.). *Dix concepts pour penser le nouveau monde du travail* (p. 119-134). Laval : Presses Universitaires de Laval.
- Moré, P. (2014). Les employé(e)s dans le travail de care : corps et investissement de soi entre éthique et contrainte. *Travailler*, 32(2), 33-53.

Trabut, L. (2014). Aides à domicile : la formation améliore-t-elle l'emploi ? *Formation emploi*, 127, 71–90.

Unifformation (2022). Branche de l'aide, de l'accompagnement des soins et des services à domicile. Rapport de branche Unifformation.

Vachey, L., Allot, F. & Scotté, N. (2020). La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement. Inspection générale des finances, rapport du 14 septembre. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/276269.pdf>

Valléry, G. & Leduc, S. (2010). Une analyse des emplois de services à destination des personnes âgées : compétences sociales et identité professionnelle des aides à domicile. *Gérontologie et société*, vol. 33, n° 135(4), 213–37.

Weber, F. (2014). Introduction. Le maintien à domicile : à quel prix ? Dans F. Weber. *Le salaire de la confiance* (p. 9-40). Paris : Éditions Rue d'Ulm coll. « Sciences sociales ».

## Annexes

Tableau A1 • Positionnement des emplois par filière et par catégorie

	Filière Intervention			Filière Support		
	Catégorie			Catégorie		
	Employé.e	Technicien.ne / Agent.e de maîtrise	Cadre	Employé.e	Technicien.ne/Agent.e de maîtrise	Cadre
<b>Les emplois</b>	<b>Degré 1</b> Agent.e à domicile Agent.e polyvalent.e Employé.e à domicile Livreur.vreuse de repas Garde d'enfant	<b>Degré 1 :</b> Technicien.ne de l'intervention Sociale et familiale Moniteur.trice - éducateur.trice	<b>Degré 1 :</b> Psychologue	<b>Degré 1</b> Agent.e employé.e de bureau Agent.e employé.e d'entretien	<b>Degré 1</b> Secrétaire de direction Assistant.e technique Secrétaire médical.e Assistant.e responsable de secteur	<b>Degré 1</b> Cadre administratif ou technique Cadre de secteur ou de proximité Coordinateur.trice de service de soins Responsable de service Responsable d'entité Responsable qualité Chef.fe de service
<b>Les emplois</b>	<b>Degré 2</b> Auxiliaire de Vie Sociale Aide Médico-Psychologique Aide-soignant.e Auxiliaire de puériculture	<b>Degré 2 :</b> Infirmier.e Chargé.e d'évaluation Educateur.trice de Jeunes Enfants Ergothérapeute Délégué.e à la tutelle Médiateur.trice familiale Podologue-pédicure Diététicien.ne Psychomotricien.ne Educateur.trice spécialisé.e	<b>Degré 2 :</b> Médecin Sage-femme	<b>Degré 2 :</b> Secrétaire Aide comptable Hôte d'accueil Technicien téléalarme	<b>Degré 2 :</b> Assistant.e de direction Chargé.e de développement Comptable Formateur formatrice Responsable de secteur Conseiller.e technique Maître.sse de maison Accompagnant.e de proximité Qualiticien.ne	<b>Degré 2</b> Directeur.trice de fédération départementale Directeur.trice d'entité Directeur.trice de service Directeur.trice général.e d'entité Médecin coordinateur.trice

Ce tableau présente les métiers les plus courants au sein de la branche et les positionne au sein des emplois génériques tels que présentés dans l'avenant 43/2020. La liste des métiers énumérés ici n'est pas exhaustive.

Source : guide paritaire d'application de l'avenant 43/2020.

**Tableau A2 • Un exemple de nouvelle rédaction des définitions d'emploi : de l'agent à domicile (catégorie A) à la filière intervention, catégorie employé, intervenant employé de degré 1**

	Avant	Après
Intitulé de poste	Agent à domicile – Catégorie A	Filière Intervention / Catégorie Employé / Intervenant Employé de Degré 1
Définition d'emploi	<p><b>Finalité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples essentiellement auprès des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci.</li> </ul> <p><b>Principales activités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalise les travaux courants d'entretien de la maison.</li> <li>- Assiste la personne dans des démarches administratives simples.</li> </ul> <p><b>Conditions particulières d'exercice de la fonction :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne peut intervenir habituellement et de façon continue chez des personnes dépendantes, ni auprès de publics en difficulté</li> <li>- Exerce sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique</li> </ul> <p><b>Conditions d'accès / Compétences :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test et entretien d'embauche</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p><b>Article 5.1 – Intervenant.e Employé.e de Degré 1</b></p> <p>L'intervenant.e Employé.e de Degré 1 exerce, sous la responsabilité de son ou sa supérieure hiérarchique. Il ou elle réalise les missions définies ci-dessous en fonction de son Echelon, de l'activité de la structure et des publics accompagnés dans le respect de la personne, de son bien-être, et de l'évaluation des besoins préalablement effectuée.</p> <p><b>a) Les publics accompagnés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi des actes ordinaires et essentiels de la vie courante,</li> <li>- les personnes ne pouvant pas faire les actes ordinaires et essentiels de la vie courante en totale autonomie et/ou rencontrant des difficultés passagères,</li> <li>- les enfants de plus de 3 ans.</li> </ul> <p><b>b) Les principales missions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réaliser diverses activités liées à l'entretien et l'amélioration du cadre de vie et des activités administratives simples,</li> <li>- assister les personnes dans les actes ordinaires de la vie quotidienne et contribuer à l'amélioration du cadre de vie et des activités administratives,</li> <li>- à l'exception des intervenant.es positionné.es en Degré 1 Echelon 1, aider les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne tels que définis dans le guide paritaire visé à l'article 11 du présent titre,</li> <li>- réaliser de la garde d'enfants de plus de 3 ans.</li> </ul> <p>Quelles que soient les missions principales du ou de la salarié.e, il ou elle doit assurer les missions transverses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- participer au repérage des fragilités de la personne et veiller à sa sécurité,</li> <li>- effectuer son action en coopération et cohérence avec l'ensemble des autres acteurs tels que les équipes pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles,</li> <li>- rendre compte selon les procédures mises en place.</li> </ul>

Source : guide paritaire d'application de l'avenant 43/2020.

**Tableau A3 • Un exemple de nouvelle rédaction des définitions d'emploi :  
de l'auxiliaire de vie sociale (catégorie C) à la filière intervention, catégorie employé,  
intervenant employé de degré 2**

	Avant	Après
Intitulé de poste	Auxiliaire de Vie Sociale – Catégorie C	Filière Intervention / Catégorie Employé / Intervenant Employé de Degré 2
Définition d'emploi	<p><b>Finalité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectue un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur vie quotidienne.</li> <li>- Aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) et/ou fait à la place d'une personne qui est dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante.</li> </ul> <p><b>Principales activités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation...)</li> <li>- Accompagne et aide les personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (aide à la réalisation des courses, aide aux repas, travaux ménagers)</li> <li>- Accompagne et aide les personnes dans les activités de la vie Sociale et relationnelle (stimule les relations sociales, accompagne dans les activités de loisirs...)</li> <li>- Participe à l'évaluation de la situation et adapte son intervention en conséquence</li> <li>- Coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs</li> </ul> <p><b>Conditions particulières d'exercice de la fonction :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exerce sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique</li> </ul> <p><b>Conditions d'accès / Compétences :</b></p> <p>Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social Spécialité Accompagnement de la vie à domicile (DEAES)</p> <p>Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) ou du CAFAD (sont dispensées de cette condition les personnes titulaires d'un diplôme d'Etat de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale qui justifient d'une expérience professionnelle dans un emploi d'intervention à domicile d'au moins six mois), Mention Complémentaire « Aide à Domicile ».</p> <p>La classification dans cette Catégorie requiert une bonne maîtrise des outils de base nécessaire à l'emploi.</p>	<p><b>Article 5.2 – Intervenant.e Employé.e de Degré 2</b></p> <p>L'intervenant.e Employé.e de Degré 2 exerce, sous la responsabilité de son ou sa supérieur.e hiérarchique. Il ou elle réalise les missions définies ci-dessous en fonction de son Echelon, de l'activité de la structure et des publics accompagnés, dans le respect de la personne, de son bien-être, et de l'évaluation des besoins préalablement effectuée.</p> <p><b>a) Les publics accompagnés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les publics accompagnés par les intervenant.es Employé.es de Degré 1,</li> <li>- les personnes âgées en perte d'autonomie, qui sont dans l'incapacité de faire seules les actes ordinaires et essentiels de la vie courante,</li> <li>- les enfants ou des adultes en situation de handicap qui sont dans l'incapacité de faire seuls les actes ordinaires et essentiels de la vie courante,</li> <li>- les personnes ayant besoin de soins d'hygiène, de confort et des soins préventifs,</li> <li>- les enfants de moins de 3 ans,</li> <li>- les aidant.es des publics accompagnés.</li> </ul> <p><b>b) Les principales missions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exercer les missions principales des intervenant.es Employé.es de Degré 1,</li> <li>- effectuer un accompagnement social et un soutien dans leur vie quotidienne auprès des publics visés au a) du présent article,</li> <li>- aider à faire (stimuler, encourager, accompagner, apprendre à faire) et/ou faire à la place les actes essentiels de la vie courante tels que définis dans le guide paritaire visé à l'article 11 du présent titre,</li> <li>- participer à l'accompagnement d'enfants, d'adultes en situation de handicap ou non et de personnes âgées dépendantes, afin de leur apporter l'assistance individualisée que nécessite leur état psychique et/ou physique,</li> <li>- contribuer à la prise en charge d'une personne, participer à des soins (sous réserve d'être titulaire des diplômes correspondants) visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de son autonomie.</li> </ul> <p>Quelles que soient les missions principales du ou de la salarié.e, il ou elle doit assurer les missions transverses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- participer au repérage des fragilités de la personne et à sa sécurité,</li> <li>- participer à l'évaluation de la situation et adapter son intervention en conséquence,</li> <li>- participer à la prévention de la dépendance et à la stimulation de la personne,</li> <li>- coordonner son action avec l'ensemble des autres acteurs tels que les équipes pluridisciplinaires, ou pluriprofessionnelles,</li> <li>- rendre compte selon les procédures mises en place.</li> </ul>

Source : guide paritaire d'application de l'avenant 43/2020.



**Tableau A4 • Tableau récapitulatif des éléments complémentaires de rémunération (ECR)**

	Type d'ECR	Versement Proratisé	Modalités de calcul	Bénéficiaires
Pérennes et personnelles	<b>Diplôme</b>	<b>Oui</b>	Points selon le niveau du diplôme	salariés titulaires d'un diplôme reconnu par la Branche
	<b>Ancienneté</b>	<b>Oui</b>	% du salaire de base selon le nombre d'années d'ancienneté dans l'emploi dans la Branche	Tous les salariés
Ponctuels et transverses	<b>Travail du dimanche et jours fériés</b>	<b>Non</b>	Majoration du Taux horaire OU repos compensateur	salariés concernés par le travail du dimanche et jour férié
	<b>Astreinte</b>	<b>Oui</b>	Points par période de 24 heures	salariés concernés par les astreintes
	<b>Travailleurs de nuit</b>	<b>Non</b>	Majoration de salaire ET repos compensateur	Salariés avec le statut de travailleur de nuit
	<b>Accompagnement de salariés ou stagiaires / tutorat/maitre d'apprentissage</b>	<b>Non</b>	Points selon l'action de tutorat ou de maitre d'apprentissage	Salariés exerçant la fonction tutorale

Source : guide paritaire d'application de l'avenant 43/2020.

**Tableau A5 • Tableau récapitulatif des éléments complémentaires de rémunération (suite)**

	Type d'ECR	Versement Proratisé	Modalités de calcul	Bénéficiaires
Spécifiques cadres	<b>Responsabilité</b>	<b>Oui</b>	Points selon le nombre de salariés en ETP	Cadres de Degré 1 et 2 (Psychologue, Responsable de service, Responsable d'entité, Chef.fe de service, Directeur.trice d'entité, Directeur.trice de service, Directeur.trice général.e d'entité, Médecin, Doctoresse, Médecin, Doctoresse Coordinateur.trice)
	<b>Associations</b>	<b>Oui</b>	Points selon le nombre d'associations	Cadres de Degré 2 (Directeur.rice de Fédération départementale)
	<b>Complexité</b>	<b>Oui</b>	Points selon le nombre d'activités développées (liste) Minimum 12 mois d'ancienneté dans l'emploi.	Cadres de Degré 1 et 2. (Psychologue, Responsable de service, Responsable d'entité, Chef.fe de service Directeur.trice d'entité, Directeur.trice de service Directeur.trice général.e d'entité, Médecin, Doctoresse Médecin, Doctoresse Coordinateur.trice)
	<b>Cadre supérieur.e (a)</b>	<b>Oui</b>	Points selon l'année d'ancienneté dans l'emploi et les fonctions exercées	Cadres de Degré 2 (Psychologue, Responsable d'entité, Chef.fe de service Directeur.trice d'entité, Directeur.trice de service Directeur.trice général.e d'entité, Médecin, Doctoresse Médecin, Doctoresse Coordinateur.trice)
	<b>Cadre supérieur.e (b)</b>	<b>Oui</b>	Points selon l'année d'ancienneté dans l'emploi et les fonctions exercées	Cadres de Degré 2 (Directeur.trice général.e d'entité)
—	<b>Nombre de places</b>	<b>Oui</b>	Points selon le nombre de places gérées	Cadre de Degré 1 (Coordinateur.trice de service de soins)

Source : guide paritaire d'application de l'avenant 43/2020.

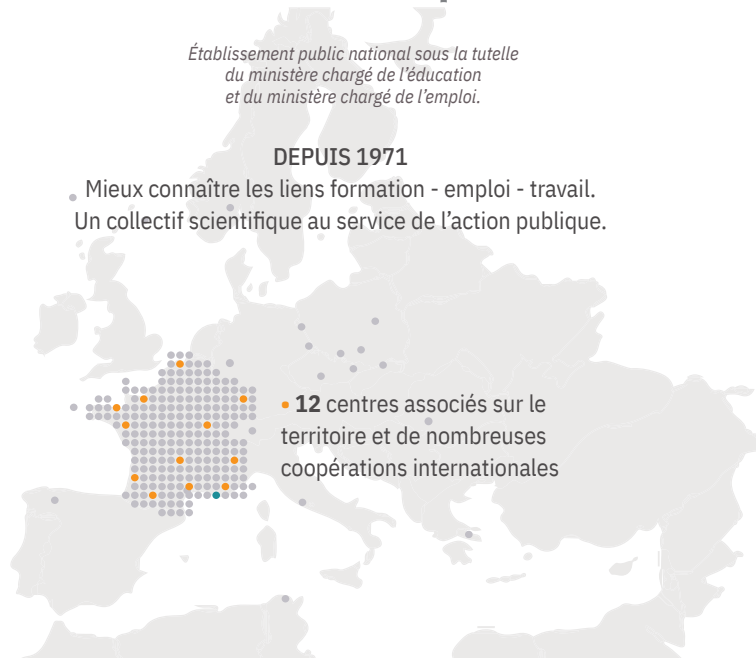


# Céreq

*Établissement public national sous la tutelle  
du ministère chargé de l'éducation  
et du ministère chargé de l'emploi.*

## DEPUIS 1971

• Mieux connaître les liens formation - emploi - travail.  
Un collectif scientifique au service de l'action publique.



• 12 centres associés sur le territoire et de nombreuses coopérations internationales

 **+ d'infos**  
et tous les travaux

**À explorer**  
[www.cereq.fr](http://www.cereq.fr)



 **+ de 600 publications**  
Accessibles librement