



Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide au domicile. Construction des points de vue sur la qualité de l'aide à domicile

Frédéric Blondel, Sabine Delzescaux, Béatrice Fermon

► To cite this version:

Frédéric Blondel, Sabine Delzescaux, Béatrice Fermon. Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide au domicile. Construction des points de vue sur la qualité de l'aide à domicile. [Travaux universitaires] Université Paris Diderot;France. 2013, pp.253.

HAL Id: hal-01519858

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01519858>

Submitted on 9 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

APPEL A PROJETS

MIRe - DREES - CNSA (2009)

« Mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction :
prise de parole des usagers »

Mesure de la qualité et qualité de la mesure de l'aide au domicile

Construction des points de vue sur la qualité de l'aide à domicile

> Équipe de recherche

Frédéric Blondel - Université Paris Diderot

Sabine Delzescaux - Université Paris-Dauphine

Béatrice Fermon - Université Paris-Dauphine

Rapport - 2013

 DAUPHINE
UNIVERSITÉ PARIS

université
PARIS
PARIS 7
DIDEROT

LEDa LEGOS
EA 4404

 **LCS** Laboratoire
de changement
social
Laboratoire de Changement Social

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier en premier lieu les membres du comité de pilotage institutionnel composé de Michèle Pondaven, Caroline Lefèvre, Emmanuel Verny, Catherine Wartel et Marie Wierinck sans qui la recherche n'aurait pu être lancée.

Nous souhaiterions également remercier le comité de pilotage technique de la recherche qui, de par l'énergie et la ténacité déployées pour mobiliser les principaux acteurs du champ de l'aide à domicile, l'ont rendue possible, les difficultés d'accès au terrain constituant un véritable écueil dans ce type de recherche. Nous remercions donc Monique Carlotti, Alice Casagrande, Bernard Ennuyer, Thomas Guitton, Alice Muller, Christophe Pelletier, Guillaume Quercy, Philippe Rosset et Patrick Rothkegel pour la constance et la générosité de leur implication, pour leur bienveillance et leur analyse critique.

Nous adressons, par ailleurs, nos sincères et chaleureux remerciements aux personnes qui ont bien voulu participer aux différents groupes de travail. Les résultats de la recherche doivent beaucoup à leur participation aussi bienveillante que critique. Nous remercions donc Yvelise Abecassis, Zakia Aissiou, Etienne Balu, Ruth Barros, Christine Becker, François Berger, Jacky Bernard, Hervé Bouchain, Jean-François Bouckart, M. Brouck, Benoit Cagnache, Céline de Gironde, Charlotte du Nord, Perine Desbureaux, Patrick Cleenlwerk, Yves Colpaert, Corinne, Lucie Coubel, Sandra Da Silva, Antonio De Carvalla, Charlotte de Saubœuf, Séverine Degas, Sandrine Demarquoy, David Desmulier, Mme Donze, Véronique Dubarry, Marie-Danielle Dubois, Cyril Dufour, Stéphanie Duhau, Béatrice Dumortier, Christine Dupré, Christelle Durieux, Frédéric Duvignaud, Sylvie Ferry, Marc Frioux, Fabienne Fruleux, Andrée Gallot, Mme Gavelle, Geneviève Gimonay, Gérard Gimonay, Giovana du Nord, Yann Glacet, Marilyne Gnetti, Céline Gonay, Nathalie Grégoire, Corinne Hardy, Ibrahim Hassane, Corinne Husse, Lesley Jones, Claudie Kulak Morelle, Pascale Lafaille, Michel Lalemant, Sylvie Laurent, Marie Andrée Leclercq, Irène Lenravet, Estelle Mafille, Laurie Maille, Marie Laure, Carole Martin, René Martin, François Mathé, Sandy Maza, M. et Mme Menant, Philippe Meresse, Michèle Robin le Calve, Monique de Gironde, Fabrice Mutter, Claudine Normand, Valérie Ouf, Carmen Péjoine, Aurore Piat, Christine Picoche, Marie-Pierre Pignol, Cindy Pinto, Laetitia Pons, Isabelle Puech, Sebastien Queulin, Marilyne

Rault, Marie-Thérèse Rivière, Isabelle Roure, Maty Sall, Alain Seguy, Pauline Séon, Elisabeth Simond-Côte, Sophie Soulard, Nathalie Szczesny, Anne Tanga Moudio, Christine Terrade, Claude Thillis, madame Thomès et ses équipes d'évaluateurs, Raymond Vauday, Corinne Vigreux-Leveque, Marie Noëlle Villedieu, Leila Zouar.

Les personnes que nous avons interviewées dans le cadre de la recherche et dont nous avons fait le choix, pour des raisons d'anonymat et de confidentialité, de ne pas mentionner les noms sont aussi à remercier. Nous les remercions pour leur disponibilité, leur patience ainsi que la générosité et la consistance de leurs contributions, les voies de réflexions ouvertes leur devant beaucoup.

Nous remercions de la même manière les étudiants en Licence 2 de l'université Paris Diderot qui ont suivi le cours de méthodologie (« Méthodes de recherche qualitative ») sous la responsabilité de Frédéric Blondel. En effet, la promotion de 2009-2010 a été mise à contribution pour réaliser une trentaine d'entretiens auprès de bénéficiaires de l'aide à domicile ; la promotion de 2010-2011 a réalisé, quant à elle, une trentaine d'entretiens auprès de professionnels intervenants à domicile.

Sont enfin à remercier Eglantine Cluzel, Sylvie Jacquet, Pascale Olivier et Philippe Rosset pour leur précieuse relecture et correction du rapport, Evelyne Delzescaux pour la mise en pages, Louisa Baralonga pour sa participation à la logistique.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INDEX DES ABRÉVIATIONS	7
INTRODUCTION	9
PARTIE 1 : L'APPROCHE PRESCRIPTIVE ET NORMATIVE DE LA QUALITÉ	12
CHAPITRE 1 - CONTEXTE D'EMERGENCE ET ENJEUX DE LA MESURE DE LA QUALITÉ	14
1.1 - LA NOUVELLE GESTION PUBLIQUE	14
1.2 - UN SECTEUR COMPLEXE ET OPAQUE	16
CHAPITRE 2 - LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉVALUATION	18
2.1 - L'ÉVALUATION DES BESOINS, CONDITION D'UNE RÉPONSE ADAPTÉE ET OUTIL DE NORMALISATION	18
2.1.1 - La grille AGGIR	20
2.1.2 - La grille GEVA	22
2.2 - AU-DELÀ DE L'ÉVALUATION DES BESOINS, LA RECHERCHE D'EFFICIENCE	25
CHAPITRE 3 - L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ, UNE PRÉOCCUPATION DE L'ACTION PUBLIQUE	26
3.1 - LA QUALITÉ, UNE PRÉOCCUPATION DE L'ACTION PUBLIQUE	26
3.2 - D'UNE PRÉOCCUPATION DE L'ACTION PUBLIQUE À UN PRINCIPE DE RÉGULATION DU SECTEUR	27
3.2.1 - La qualité, condition d'entrée dans le secteur	27
3.2.2 - La qualité, élément de régulation du secteur	27
3.2.2.1 - Les dispositifs obligatoires : l'évaluation interne et l'évaluation externe	27
3.2.2.2 - Le dispositif volontaire : la certification par des organismes privés	29
3.2.2.3 - Les contrôles	30
3.2.2.4 - L'ANESM	31
CHAPITRE 4 - UNE APPROCHE PLURIELLE DE LA QUALITÉ	32
4.1 - LE « RÉFÉRENTIEL QUALITÉ » DANS LE RÉGIME DE L'AUTORISATION	32
4.2 - LES RÉFÉRENTIELS QUALITÉ DU RÉGIME DE L'AGRÉMENT	33
4.3 - LE RÉFÉRENTIEL QUALITÉ DE L'ÉVALUATION EXTERNE	36
4.4 - LES RÉFÉRENTIELS DE CERTIFICATION VOLONTAIRE	38
4.4.1 - Présentation comparative des normes	38
4.4.2 - Le certificat QUALICERT	39
4.4.3 - La norme NF	40
4.4.4 - Le certificat QUALISAP	41
4.4.5 - Convergences et divergences entre les certifications	42
4.5 - ASSURANCE QUALITÉ ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ	44
4.6 - MESURE OBLIGATOIRE, MESURE VOLONTAIRE	45
CHAPITRE 5 - VERS UNE COEXISTENCE CONFLICTUELLE DES CONCEPTIONS SOLIDARISTE ET LIBÉRALE DE L'AIDE À DOMICILE ?	46
PARTIE 2 : LES FABRIQUES DE LA QUALITÉ DU POINT DE VUE DES MDPH (MAISONS DÉPARTEMENTALES POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES), DES ÉQUIPES APA (ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE) ET DES DIRECTEURS DE SERVICES	57
CHAPITRE 1 - LES MAISONS DÉPARTEMENTALES POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES FACE À LA QUALITÉ	58
1.1 - QUELQUES SPÉCIFICITÉS DÉPARTEMENTALES	60
1.1.1 - Département ALPHA	60
1.1.2 - Département OMEGA	61

1.1.3 - Département EPSILON.....	62
1.1.4 - Département DELTA.....	63
1.1.5 - La qualité et ses outils selon les directeurs de MDPH.....	65
1.2 - PROGRESSION DE LA PCH ET DÉLAIS D'INSTRUCTION : RATIONALISER LES MOYENS.....	67
1.3 - LA QUALITÉ DE LA PRESTATION DU MAINTIEN À DOMICILE.....	69
1.3.1 - La qualité comme résultat de la régulation collective.....	70
1.3.2 - Le rural et l'urbain face à l'iniquité de l'offre de service.....	73
1.3.4 - Limites de la mission, limites de l'intervention : la posture de l'intervenant comme outil de la qualité.....	73
1.4 - DE L'IDÉAL DE DESUBJECTIVISATION DE L'INTERPRÉTATION DES DEMANDES À LEUR RESUBJECTIVISATION SUR LE TERRAIN.....	74
1.4.1 - La réception des demandes.....	76
1.4.2 - Le traitement des demandes et l'évaluation à domicile des besoins.....	77
CHAPITRE 2 - LE POINT DE VUE D'ÉVALUATEURS APA DES DÉPARTEMENTS EPSILON ET DELTA : LA FRAGILITÉ DES INTERDÉPENDANCES.....	83
2.1 - LA GESTION DE L'ÉVALUATION APA DANS LE DÉPARTEMENT EPSILON.....	83
2.1.1 - L'évaluation à domicile du besoin APA.....	86
2.1.2 - L'évaluation de la qualité de la prestation à domicile.....	89
2.2 - LA GESTION DE L'ÉVALUATION APA SUR LE DÉPARTEMENT DELTA.....	90
2.2.1 - L'évaluation à domicile.....	91
2.2.2 - La qualité référée au point de vue des bénéficiaires.....	93
CHAPITRE 3 - LE POINT DE VUE DES DIRECTEURS.....	95
3.1 - TROIS ENTREPRISES D'ENVERGURE NATIONALE.....	95
3.1.1 - L'entreprise Energie.....	95
3.1.1.1 - Présentation de la structure.....	95
3.1.1.2 - Les normes qualités NF à l'épreuve des besoins de l'entreprise.....	96
3.1.1.3 - Le chargé de clientèle : la cheville ouvrière de la qualité.....	97
3.1.1.4 - Recrutement et suivi du personnel.....	98
3.1.1.5 - L'évaluation et la formation des professionnels auxiliaires de vie.....	100
3.1.1.6 - Remarques conclusives : une gestion clivée « des qualités » comme condition de la rentabilité.....	102
3.1.2 - L'entreprise Solaire.....	105
3.1.2.1 - Présentation de la structure.....	105
3.1.2.2 - Les dimensions de la qualité dans l'entreprise Solaire.....	107
3.1.3 - L'entreprise Brillance.....	108
3.1.3.1 - Présentation de la structure.....	108
3.1.3.2 - La qualité du point de vue l'entreprise Brillance.....	109
3.2 - TROIS ENTREPRISES D'ENVERGURE LOCALE.....	110
3.2.1 - L'association Crépuscule située dans le département OMEGA.....	110
3.2.1.1 - Présentation de la structure.....	110
3.2.1.2 - La qualité du point de vue de l'association Crépuscule.....	111
3.2.2 - La SARL Séniors située dans le département ALPHA.....	112
3.2.2.1 - Présentation de la structure.....	112
3.2.2.2 - La qualité du point de vue de la SARL Séniors.....	113
3.2.3 - Un SSIAD situé sur le département EPSILON.....	114
3.2.3.1 - Présentation de la structure.....	114
3.2.3.2 - Organisation et cycles continus de travail.....	115
3.2.3.3 - Qualité du travail, statut et traitement des personnels.....	117
3.2.3.4 - Savoir-faire avec les usagers.....	119
3.2.3.5 - Le Chèque Emploi Service Universel : un moyen de dynamiser la qualité ?.....	120
3.2.3.6 - La certification : outil de qualité ou/et de conformité.....	121
3.2.3.7 - La qualité ou la capacité à juger de la situation.....	122

3.2.3.8 - La qualité en SSIAD aujourd'hui et demain.....	123
3.2.3.9 - La qualité comme processus de co-production.....	125
3.2.3.10 - Une politique de la qualité : l'accessibilité et la solvabilisation des plus démunis.....	126
3.3 - TROIS CCAS SUR LES TROIS DÉPARTEMENTS DELTA, EPSILON ET ALPHA.....	126
3.3.1 - Le CCAS dans le département EPSILON.....	127
3.3.2 - Le CCAS dans le département DELTA.....	128
3.3.3 - Le CCAS dans le département ALPHA.....	130
3.3.4 - Les points communs aux CCAS.....	131
3.4 - LA QUALITÉ DU MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : UNE ÉQUATION DU TROISIÈME DEGRÉ.....	132
3.4.1 - Les enjeux pour un service d'aide du département EPSILON.....	132
3.4.2 - Une des conditions de la qualité au domicile : l'institution d'un modèle organisationnel contenant.....	133
3.4.3 - Le savoir-faire avec les bénéficiaires.....	136
3.5 - ANALYSE TRANSVERSALE DES POINTS DE VUES EXPRIMÉS PAR LES DIRECTEURS.....	137
3.5.1 - Qui faut-il satisfaire ?.....	137
3.5.2 - Niveau de l'allocation horaire et qualité.....	138
3.5.3 - Qualité n'est pas satisfaction.....	139
3.5.4 - Satisfaction et qualité du travail fourni.....	140
3.5.5 - Continuité et discontinuité entre le sensible et l'objectif.....	141
CHAPITRE 4 - LES MODALITÉS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU : LE POINT DE VUE DES RESPONSABLES DE SECTEUR.....	143
PARTIE 3 : LA QUALITÉ AU DOMICILE : UN RAPPORT NÉGOCIÉ.....	152
CHAPITRE1 - LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS AUXILIAIRES DE VIE.....	153
1.1 - LE DOMICILE COMME LIEU ET ENJEU DE RESYMMÉTRISATION DES RAPPORTS SOCIAUX.....	153
1.2 - LA PRÉCARITÉ DE LA MESURE ET DE SON ÉTALONNAGE.....	155
1.3 - UNE ÉVALUATION DE LA QUALITÉ TOUJOURS RÉFÉRÉE À LA DYNAMIQUE RELATIONNELLE.....	159
1.3.1 - Les rapports de sujétion.....	161
1.3.2 - La production d'« illégalismes ».....	162
1.4 - DE LA QUALITÉ DES CONDITIONS DE TRAVAIL À LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU : LA QUADRATURE DE LA RELATION.....	167
1.4.1 - La pénibilité du travail et ses conséquences sur le service rendu.....	170
1.4.2 - DE LA COMPRESSION DES TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT À L'ÉVICTION DES TEMPS DE SOCIALISATION RÉCIPROQUE AUX MODALITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT.....	173
1.5 - LES PACTES IMPLICITES : DE LA TENTATION D'ÉVICTION DES TIERS RÉGULATEURS À LEUR SOLLICITATION.....	180
CHAPITRE 2 - LE POINT DE VUE DES BÉNÉFICIAIRES ET DES AIDANTS FAMILIAUX : LE « SUR-MESURE » COMME IDÉAL DE LA QUALITÉ.....	191
2.1 - LE RAPPORT À LA QUALITÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : « DISPOSER DE L'AUTRE COMME DE SOI-MÊME ».....	191
2.2 - LE RAPPORT À LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES PSYCHIQUEMENT AUTONOMES : CONSERVER « SA LIBERTÉ DE VIE ».....	197
2.3 - LE RAPPORT À LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU DES AIDANTS FAMILIAUX : UNE DIFFICILE TRIANGULATION.....	201
2.3.1 - Le rapport à la qualité des aidants familiaux confrontés à des situations de handicap.....	202
2.3.2 - Le rapport à la qualité des aidants familiaux accompagnant des personnes âgées fragilisées.....	205
CONCLUSION.....	213
LES CONDITIONS DE LA FABRIQUE DE LA QUALITÉ.....	213
BIBLIOGRAPHIE.....	228
ANNEXE N°1.....	231

LE PROCESSUS DE PRODUCTION DES CONNAISSANCES	231
A - RAPPEL DES ORIENTATIONS INITIALES DU PROJET DE RECHERCHE	231
A - CONTEXTE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	231
B - LES OBJECTIFS INITIAUX.....	233
C - LES HYPOTHÈSES INITIALES.....	234
B - LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	234
A - L'ARCHITECTURE INITIALE DU DISPOSITIF DE RECHERCHE	234
B - GROUPES DE TRAVAIL ET CO-PRODUCTION DE CONNAISSANCE : UNE GÉOMÉTRIE VARIABLE.....	238
C - STRATÉGIES DE RESTITUTION, DE LECTURE, D'ÉCRITURE.....	239
ANNEXE N°2	242
RAPPEL DE LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE PROPOSÉE INITIALEMENT.....	242
ANNEXE N°3	246
RAPPEL DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES SUR LE TERRAIN ET PRÉSENTATION DES GUIDES D'ENTRETIEN.....	246
A - GUIDE D'ENTRETIEN À DESTINATION DES DIRECTEURS	247
<i>a - Protocole Recherche « maintien</i>	
<i>à domicile » - L2 sociologie (2009-2010)</i>	250
<i>b - La fiche d'identification</i>	251
B - GUIDE D'ENTRETIEN À DESTINATION DES PERSONNES « FRAGILES » PERCEVANT UNE ALLOCATION DANS LE CADRE DU MAINTIEN À DOMICILE	251
C - MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL	253
D - PROBLÉMATISATION	253

INDEX DES ABRÉVIATIONS

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AFNOR	Association Française de Normalisation
AGGIR	Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Médico-sociaux
ANSP	Agence Nationale de Services à la Personne
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
CAFAD	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDA	Comité Départemental d'Autonomie
CDAPH	Commission Départementale pour l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDES	Comité Départemental d'Éducation Spécialisée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CG	Conseil Général
CESU	Chèque Emploi Service Universel
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COFRAC	Comité Français d'Accréditation
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRAMIF	Caisse Régionale d'Assurance Maladie Île-de-France
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DEAVS	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale
DGCCRF	Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi(ex DDTEFP)
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGEFP	Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EN	Éducation Nationale
EPE	Équipes Pluridisciplinaires d'Évaluation
ESSMS	Évaluation des activités et de la qualité des prestations des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

ETP	Equivalent Temps Plein
EURL	Entreprise Unipersonnelle à Responsabilité Limitée
FDC	Fond de Compensation
FEDESAP	Fédération Française des Services à la Personne et de Proximité
FEPEM	Fédération des Particuliers Employeurs
FMAD	Fonds de Modernisation de l'Aide à Domicile
GCSMS	Groupement de Coopération Social et Médico-social
GERIAPA	Groupement d'Etudes, de Recherches et d'Initiatives pour l'Aide aux Personnes Agées
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensations des personnes Handicapées
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GIR	Groupes Iso-Ressources
HAD	Hospitalisation à Domicile
IGAS	Inspection Générale de l'Action Sociale
Loi HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
MDS	Maison de la Solidarité
MDSI	Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
MDPH	Maison départementale des Personnes Handicapées
PCH	Prestation Compensation Handicap
PDA	Personal Digital Assistant
PEL	Plan Epargne Logement
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAD	Service d'Aide à Domicile
SAP	Service à la Personne
SARL	Société à Responsabilité Limitée
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEP	Sclérose en plaques
SESP	Syndicat des Entreprises et Services à la Personne
SGS	Société Générale de Surveillance
SLA	Sclérose latérale amyotrophique
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
T2A	Tarifification à l'Activité
UNA	Union Nationale des Aides, des Soins et des Services aux Domiciles
UNCCAS	Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
URIOPS	Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
VAD	Visite à Domicile

INTRODUCTION

C'est, à l'origine, dans le champ de l'industrie américaine et des sciences appliquées qu'a émergé la problématique de la qualité et de sa mesure. À la fin du 18^e siècle, l'étude technique de la production en série amène les ingénieurs à réfléchir sur la reproductibilité des pièces qui doivent être de dimensions exactes, le repérage des pièces défectueuses exigeant la mise au point de nouvelles techniques de contrôle. Le développement de la normalisation industrielle prend pied dans ce nouveau contexte de production. En 1939, Walter A. Shewhart, membre de la direction technique des laboratoires de la compagnie des *Bell Téléphone* attire l'attention sur l'intérêt de recourir aux méthodes statistiques pour non seulement contrôler, mais aussi maîtriser la qualité des pièces produites et augmenter ainsi la productivité. Le modèle de contrôle statistique de la qualité qu'il développe dans une série de conférences intitulées « *Les fondements de la maîtrise de la qualité* » sera repris par W. Edwards Deming qui souhaite l'appliquer dans le domaine de l'agriculture. Ce modèle ne saurait être restreint, de l'avis de Deming, au champ de la fabrication industrielle et après l'avoir importé et expérimenté dans l'agriculture puis, dans les années cinquante, dans l'industrie japonaise, il en fait la pierre d'angle de sa conception du management dont la finalité est l'amélioration continue de la qualité. Deming entend, par le biais de cette conception, transformer le management occidental et c'est dans l'ouvrage consacré à cette modélisation et intitulé *Hors de la Crise*, qu'il donne à la question de la qualité ses lettres de noblesse. Le schéma qu'il élabore, et qui est médiatisé sous le nom de *Roue de Deming*, met en application les principes formulés par W. A. Shewhart et ouvre un nouvel horizon conceptuel pour penser la qualité qui n'est pas seulement l'affaire des producteurs chargés de veiller à la productivité et à la compétitivité de l'entreprise, mais celle aussi des consommateurs qu'il convient de satisfaire pour les fidéliser. « Le consommateur », note Deming, dans ses propos introductifs, « *est le point le plus important de la ligne de production. La qualité a pour but de satisfaire les besoins du consommateur, présents et futurs* » (Deming, 1982, 2002, p. 22). L'élaboration d'un cercle vertueux de contrôle doit permettre de suivre et améliorer la qualité de manière continue et totale, le management qui en découle se

montrant très attentif à la question des objectifs et de l'atteinte de ces objectifs via la mise en place d'un processus en quatre étapes : une étape de planification qui doit permettre la prévision et l'anticipation, une étape d'action qui doit permettre la réalisation des objectifs définis dans le cadre de la planification, une étape d'évaluation de ces réalisations au regard des prévisions envisagées à la première étape et enfin une dernière étape de réaction et de redéfinition des objectifs en fonction des écarts constatés. L'acronyme PDCA pour *Plan, Do, Check, Act* résume ce processus et incarne l'esprit du management par la qualité promu par Deming.

S'il convient d'attirer d'emblée l'attention, fusse brièvement, sur le contexte d'émergence de la problématique de la qualité et sur la conception de la qualité et du management développée par ce dernier, c'est que l'importation dans le champ des organisations de service qu'il préconisait a trouvé à se concrétiser et l'étude de la mesure de la qualité dans le champ de l'aide à domicile qui fait l'objet du présent rapport montre combien cette conception a infléchi les modes de problématisation relatifs à la qualité. Dans le secteur de l'aide à domicile, comme dans l'industrie manufacturière, la question de savoir si le service rendu, comme le produit fabriqué, est de qualité et satisfait le consommateur – quelque soit le nom qu'on lui donne : usager, bénéficiaire, client – est au cœur des préoccupations. Les « fabricants d'aide », comme les fabricants de produits manufacturiers, ont à juger de cette qualité et lorsqu'elle est attestée via des procédures spécifiques de contrôle, la question de sa pérennisation et de la maîtrise de cette pérennisation se pose avec la même acuité. Le fait, toutefois, que « *la qualité, comme le soulignait Deming, ne [puisse] se définir que dans les termes de celui qui la fait* » (ibid., p. 180) confronte les fabricants à l'épineuse question de sa mesure. Si, dans le champ de l'industrie, des normes de spécification peuvent être clairement établies et contrôlées, par le biais notamment des contrôles statistiques (W. A. Shewhart, 2002), dans le champ de l'aide à domicile, cette mesure apparaît complexe et difficile de ce fait à systématiser. Les destinataires, en premier lieu, du service rendu, à savoir les personnes en situation de handicap et les personnes âgées¹ sont des personnes dites

¹ Pour des raisons de faisabilité, ont été exclues de la re-

fragiles ou vulnérables qui ne sont pas forcément en mesure d'exprimer leur point de vue sur les prestations réalisées et lorsqu'elles le sont, leur système interprétatif et leurs critères de jugement restent étroitement liés à leurs attentes subjectives. Les acteurs, en second lieu, qui, par ailleurs, contribuent à la production de ce service sont multiples et leur point de vue sur la qualité ne converge pas forcément, voire même diverge radicalement. La question de savoir quels sont, pour chacun, les objets de la qualité et quelles sont les finalités poursuivies à travers cette quête de qualité reste entière et montre que l'équivalence entre le domaine industriel et le champ de l'aide à domicile concernant la question de la qualité ne peut être prolongée au-delà d'un certain point car les outils de la mesure, dans le second cas, ne peuvent être simplement quantitatifs et procéduraux, la question de la qualité touchant ici à l'existential, le sensible, l'intime.

Dans le cadre de la réponse à l'appel à projet de recherche lancé en 2009 par la Direction de la Cohésion Sociale (DGCS) en collaboration avec la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES-MIRe) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et intitulé « *Mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction : « prise de parole » des usagers* », le choix a été fait, à travers un dispositif participatif et clinique de recherche, de ressaisir la pluralité des points de vue que les différents acteurs compris dans le champ de l'aide à domicile portent sur la qualité et sa mesure, de comprendre la spécificité de chacun d'entre eux et d'analyser à travers le croisement transversal de ces points de vue la dynamique des interdépendances qui structure le champ.

Bien que les aspects méthodologiques de la recherche soient fondamentaux pour comprendre le processus de production des connaissances exposées dans le présent rapport, l'équipe a pris le parti, pour des raisons de clarté, de les présenter en détail dans les annexes n°1, 2 et 3. Le lecteur désireux de comprendre le dispositif de recherche mis en œuvre pour appréhender cette thématique pourra s'y référer. L'annexe n°1 rappelle les objectifs initiaux de la recherche et décrit l'architecture du dispositif de recherche. L'annexe n°2 présente la

démarche méthodologique telle qu'elle a été initialement conçue, ce rappel ayant pour vocation de permettre une comparaison entre la démarche prévue et la recherche réalisée. L'annexe n°3 présente, quant à elle, les difficultés rencontrées sur le terrain et restitue l'ensemble des guides d'entretien élaborés par les chercheurs.

Pour ce qui concerne la restitution du point de vue des différents acteurs s'inscrivant dans le champ de l'aide à domicile sur le thème de la qualité et de sa mesure, l'équipe a fait le choix d'un exposé « descendant », c'est-à-dire de partir du point de vue des prescripteurs de l'aide et des concepteurs des normes qualité pour aller vers celui des bénéficiaires de l'aide, en passant par le point de vue des évaluateurs, des producteurs des offres de services et des professionnels auxiliaires de vie. Ces points de vue ne sont pas exposés de manière sommative mais sont ressaisis à chaque fois dans une perspective clinique et interactive qui explique le découpage des différents chapitres et leur facture. La perspective clinique offre au lecteur la possibilité de déambuler dans la fabrique de la qualité pour en observer et en comprendre, à travers les discours tenus et les analyses proposées, les occurrences concrètes. La perspective interactive a, quant à elle, pour vocation de sensibiliser le lecteur à la structure des interdépendances qui lie les acteurs les uns aux autres.

La structuration du secteur de l'aide à domicile est complexe et pour permettre au lecteur d'en comprendre les rouages, il convenait, en effet, en première instance, d'apporter des précisions sur l'orientation des politiques publiques en la matière, l'ouverture à la concurrence du secteur et le processus de normalisation de l'offre de service faisant passer les questions d'évaluation et de régulation au premier plan. Les modalités de régulation du secteur via les procédures d'accréditation et de certification des services dédiés à l'aide à domicile, de même que les modalités d'évaluation de la qualité prennent pied dans un contexte de marchandisation du secteur où s'affrontent deux conceptions de la qualité : l'une que l'on peut qualifier de solidariste, l'autre de libérale (partie 1). Ce contexte est important pour comprendre les modalités d'évaluation des besoins et du traitement des demandes que ce soit dans le champ du handicap ou dans celui du vieillissement, le point de vue des directeurs montrant, dans sa pluralité, combien les axes de tension restent forts entre les allocations allouées, les plans d'aide élaborés et l'offre de

cherche les personnes en situation de vulnérabilité sociale suivies au titre de la protection de l'enfance.

service proposée, les exigences de rentabilité se heurtant à la complexité de mise en œuvre des plans d'aide (partie 2). Le domicile, en effet, n'est pas un lieu où les normes de qualités définies en extériorités peuvent s'appliquer purement et simplement. Le point de vue des professionnels y exerçant et le point de vue des bénéficiaires de l'aide y résidant montrent, articulés avec celui des aidants familiaux, combien l'équilibre des relations nouées à domicile est précaire et mouvant. La question de la qualité et de sa mesure recouvre, en ce lieu et pour ces acteurs, des enjeux d'ordre à la fois professionnel et existentiel qui structurent la dynamique relationnelle, la recherche du « juste équilibre » dans la relation contraignant ces derniers à un *rapport négocié* qu'il convient d'appréhender pour comprendre pourquoi l'entre soi de la relation tend toujours à fonctionner comme une « boîte noire » difficilement accessible aux tiers régulateurs (partie 3). Si la qualité peut être conçue comme une marchandise objective, mesurable et appropriable par un bénéficiaire, et ce sera l'objet de la conclusion que de revenir sur une interprétation synthétique de la recherche, il faut, comme condition préalable, qu'elle ait été vécue par les protagonistes sur le mode d'une valeur d'usage. La perception de la qualité dépend, autrement dit, de la valeur que ces derniers attribuent à la relation qu'ils nouent au cours de la réalisation de la prestation. Les traces visibles, si celles-ci existent, de la qualité d'une prestation d'aide à domicile n'ont de sens et de matérialité que dans le contexte de sens à l'intérieur duquel l'intersubjectivité des acteurs a été mise à contribution. La qualité de la prestation à domicile se construit par le contexte interactionnel dans lequel s'impliquent les protagonistes, leur degré d'implication étant lié à un ensemble de variables que nous passons en revue dans la présente étude.

Il convient, en dernière instance, d'attirer l'attention sur le fait qu'un exposé « ascendant » aurait également pu être proposé, le choix de rendre compte en première instance de la dynamique des relations au sein de la *domus* étant à la fois possible et justifié. Si l'équipe ne l'a pas, en définitive, retenu, c'est que la dynamique relationnelle qui prévaut au domicile n'est pas détachable du contexte normatif, institutionnel et organisationnel, qui, en amont, s'efforce de la structurer. La question du tiers régulateur est, autrement dit, centrale et on ne saurait comprendre les efforts

répétés des habitants de la *domus* pour, dans l'aval de la relation, s'émanciper de l'amont qui prétend la réguler, sans cerner préalablement comment cet amont se structure et déploie, à travers la problématique de la qualité et de sa mesure, sa propre conception de la régulation.

PARTIE 1

L'APPROCHE PRESCRIPTIVE ET NORMATIVE DE LA QUALITÉ

Cette première partie a pour objectif de donner au lecteur les éléments clés pour comprendre l'évolution de la doctrine de l'État en matière de politique d'aide à domicile. Il rappelle comment, dans un contexte où les questions de la mesure deviennent prépondérantes notamment sous la pression économique, l'État, par le dispositif institutionnel qu'il construit et surtout par les normes législatives qu'il produit, tente de rendre possible la cohabitation de deux conceptions de l'intervention à domicile, conceptions qui se déclinent, s'agissant de la qualité, en deux modèles, « solidariste » et « libéral ». En effet, par ses interventions législatives ou incitatives, l'État conditionne l'intervention des services souhaitant intervenir auprès des personnes fragiles à un agrément, de même que le renouvellement des agréments et autorisations sont soumis à la

mesure de leur activité. Ces dispositions donnent à voir la volonté de l'État d'encadrer, de sécuriser, et de garantir un seuil de qualité à l'intervention à domicile. Mais, par ailleurs cette volonté politique est amenée à s'inscrire dans le courant de libéralisation du secteur dans lequel le citoyen-client est invité à exprimer et à définir ses critères de qualité sur un marché de l'aide à domicile où cohabite, dans une dynamique concurrentielle, secteur public et secteur marchand. La qualité de l'aide à domicile supporte ainsi deux approches que l'intervention politique s'efforce de coordonner : le courant qu'on nomme solidariste correspond, comme il sera décrit, aux initiatives notamment des départements en matière de soutien à l'intervention publique, le courant libéral correspond, quant à lui, aux approches soutenues par les fédérations de particuliers employeurs.

CHAPITRE 1 - CONTEXTE D'ÉMERGENCE ET ENJEUX DE LA MESURE DE LA QUALITÉ

Du point de vue des pouvoirs publics, la mesure de la qualité se développe dans un contexte économique où le secteur des services à la personne apparaît comme un gisement d'emplois, mais où il est nécessaire de rationaliser l'intervention de l'État pour les publics relevant de sa politique sociale, tant l'efficacité de son action est remise en cause. D'une part, il s'agit de développer un secteur porteur d'emplois non délocalisables, d'autre part il s'agit de rendre plus efficace le mode de fonctionnement du secteur induisant une recherche de transparence pour toutes les parties prenantes.

Les enjeux de la mesure de la qualité se situent ainsi au niveau de la régulation du secteur où intervient une diversité de structures relevant du secteur marchand et du secteur non marchand. Par la rationalisation qu'elle permet d'introduire, la mesure de la qualité devrait permettre « l'industrialisation » du secteur et participer en même temps au développement de l'efficacité de l'intervention publique.

L'industrialisation du secteur prend forme avec le plan de développement des services à la personne mis en place en 2005 par J.L. Borloo². Comme le souligne le rapport de l'IGAS³, ce plan reposait sur l'idée que « tous les services, y compris les services à la personne, vont devenir productifs. Ils vont devenir productifs, non parce qu'on les produira plus vite, mais parce que, grâce aux technologies de l'information, on sera capable de les organiser sur les lieux de vie des consommateurs, donc de les diversifier et d'en augmenter structurellement la qualité ».

Cette nouvelle façon de satisfaire les besoins des consommateurs permettra de mieux les satisfaire et donc de soutenir une croissance porteuse d'un

grand nombre d'emplois non délocalisables. Il est donc possible de transformer ce qui était une politique de soutien public indéfini à la création de « petits boulots » en une politique de soutien à l'innovation, une sorte de politique « industrielle » dans des services d'avenir. (...) C'est aussi en facilitant la naissance de tous ces services à la personne productifs que l'État préparera le mieux le pays à satisfaire les besoins croissants des personnes fragiles. »

L'ouverture du secteur du maintien à domicile au secteur marchand et sa coordination avec les politiques sociales vise à soutenir l'objectif d'efficacité de l'action publique. Il s'agit alors pour l'État de rendre visible ce qui se fait dans le cadre des politiques de « prise en charge » des personnes fragiles, de façon à organiser une réponse qui corresponde aux besoins, de façon efficace, équitable et efficiente. Plus que par la mesure, c'est par des dispositifs d'évaluation que la qualité est assurée dans ce contexte. Le concept de mesure renvoie en effet à l'utilisation de chiffres pour quantifier une caractéristique d'un objet. C'est « une norme objective permettant de penser le monde en chiffre⁴ ». Il s'agit d'objectiver par l'abstraction d'un chiffre, la réalité des choses. L'évaluation fait intervenir le jugement humain dans la mesure où il s'agit de donner une valeur à un bien ou un service. C'est ce concept-là qui est utilisé dans le cadre des politiques en direction des personnes fragiles : il va d'abord s'agir d'évaluer les besoins, puis la qualité dans le cadre de la loi 2002-2⁵. Aujourd'hui l'évaluation s'inscrit clairement dans la réflexion conduite sur la tarification des services délivrés à domicile.

1.1 - La nouvelle gestion publique

La raréfaction des ressources disponibles pour financer l'action publique et la remise en cause de l'État-Providence justifient l'introduction de nouvelles modalités de gestion publique connue sous le nom de *New Management Public* (Nouvelle Gestion Publique). Ce terme désigne la vague

² Ce plan dit « Plan Borloo » correspond à la loi n°2005-841 du 25 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Par la suite, dans le texte, nous parlerons indifféremment de la loi Borloo, du plan Borloo ou de la loi de 2005.

³ Michèle DEBONNEUIL, Les services à la personne, bilan et perspectives, Rapport IGAS n° 2008-M-024-01, Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi, Ministère du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique, 2008.

⁴ François VATIN (sous la dir.) 2009, *Évaluer et mesurer, une sociologie économique de la mesure*, Presses universitaires du Mirail, 306p.

⁵ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel de la République Française du 3 janvier 2002. Par la suite dans le texte, nous parlerons de la loi de 2002-2.

mondiale de réformes des secteurs publics depuis le début des années 80. L'objectif affiché est d'augmenter l'efficacité du secteur public en renforçant le pilotage du secteur. L'hypothèse fondamentale du *New Management Public* est que les gouvernements sont moins performants que le marché pour assurer la bonne utilisation des ressources disponibles, c'est-à-dire une utilisation efficace correspondant aux besoins à satisfaire. Les mécanismes traditionnels d'allocation des ressources dans le secteur public (tels que ceux mis en place en France avec la Rationalisation des Choix Budgétaires) sont remis en cause par la croissance des dépenses publiques et la faible maîtrise que les gouvernements semblent avoir sur le phénomène : les réformes se succèdent et les dépenses de l'État continuent d'augmenter et avec elles, le taux de prélèvements obligatoires⁶. Il s'agit donc de favoriser la recherche de la rentabilité et les rapports de type commercial ou contractuel en privilégiant la satisfaction des citoyens pris en leur qualité de consommateur de services publics. Une double priorité s'affiche dans le cadre de cette nouvelle gestion publique : celle accordée au service envers le public et celle liée à l'obligation de rendre des comptes à la société de manière générale. Du point de vue managérial, il s'agit de substituer la culture du résultat à la culture de moyens qui prévalait. La mise en place de cette gestion par les résultats nécessite de définir les objectifs de l'action et de se doter des outils appropriés pour en évaluer l'atteinte. La mesure et/ou l'évaluation de la performance deviennent fondamentales dans ce contexte, à la fois référence, mais aussi objectif de l'action publique. C'est un changement radical du paradigme de l'action publique qui s'impose à des systèmes administratifs lentement construits au 20^e siècle et en particulier pendant la première moitié du 20^e siècle. Ces mutations touchent tout autant les structures (transformation de la structure hiérarchique), les organisations (séparation des fonctions de stratégie, de pilotage et opérationnelles), les modes de gestion (prédominance des raisonnements

⁶ Le taux de prélèvements obligatoires atteint 42.5% du PIB en 2010 (rapport sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, Projet de Loi de Finances pour 2012). Il reste supérieur à 40% du PIB depuis le début des années 1980 alors qu'ils s'élevaient à 31% du PIB en 1960 et 35% en 1975 (Insee, Comptes Nationaux).

économiques et financiers sur les coûts, mise en exergue de la satisfaction du citoyen considéré comme un client/consommateur, mécanismes d'incitations), les outils de gestion (introduction massive d'indicateurs de suivi, de résultat, utilisation des tableaux de bord) que les individus⁷. De manière concomitante à la transformation de la gestion publique, se développe plus ou moins explicitement une remise en cause implicite d'un modèle associatif considéré par essence comme vertueux et productif vis-à-vis de l'action sociale. En l'absence de démonstration « d'évidence », rien ne permet d'affirmer que ce modèle assure la meilleure réponse aux besoins sociaux. Concernant l'aide à domicile, différents rapports mettent en lumière les difficultés des structures à répondre aux besoins. Le rapport « Vieillir en France » de Guinchard-Kunstler (1999) souligne ainsi (p. 53) « les difficultés d'ordre organisationnel qui se traduisent notamment par :

- une insuffisance de l'évaluation des besoins des personnes âgées,
- une difficulté de mise en œuvre de réponses pluridisciplinaires,
- une absence de coordination des services,
- une offre de services limitée dans le temps ne permettant pas ou peu les interventions de nuit ou le week-end,
- une difficile coordination des interventions lors de l'hospitalisation et du retour au domicile,
- un suivi des interventions parcellaire,
- une sous-qualification des professionnels. »

S'y ajoutent « des difficultés économiques liées à la multiplicité des financeurs » et qui « se traduisent pour les services de maintien à domicile par une grande complexité du système, une multiplicité d'interlocuteurs et de réelles difficultés d'organisation des interventions et de professionnalisation des intervenants ».

Il est vrai que la configuration du secteur, le nombre d'intervenants, la pluralité des autorités de tutelle, la diversité des flux financiers ne permettent pas d'avoir une visibilité immédiate sur sa capacité à répondre aux besoins et, dans le cadre d'une attention accrue à l'efficacité, à utiliser au mieux les ressources disponibles.

⁷ Tor Hernes, « Quatre réactions organisationnelles idéales-typiques aux réformes du *New management public* et quelques conséquences », *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 2005/1 Vol. 71, 2005, p. 5-18

1.2 - Un secteur complexe et opaque

L'aide à domicile des personnes fragiles repose sur une organisation complexe, fondée encore sur la dichotomie du sanitaire et du social malgré l'avènement récent des ARS⁸ et que la multiplicité des décideurs et des financeurs ne fait qu'aggraver. Le terme « aide à domicile » comprend en effet dans sa version extensive tous les services qui permettent aux personnes fragiles de rester à leur domicile parce que c'est leur projet et ce, à long terme et malgré leur perte d'autonomie (Ennuyer B, 2006)⁹. Ces services sont rendus par des aidants familiaux et professionnels. Ils répondent à des besoins de soins, d'aide à la vie quotidienne, de sécurisation ou encore d'accompagnement. Ils sont rendus au domicile de la personne aidée, mais peuvent aussi être rendus à l'extérieur du domicile. Dans ce dernier cas, ils contribuent au maintien à domicile, ils complètent l'aide apportée au domicile et ce faisant, inscrivent dans le long terme le projet de rester à domicile. L'hôpital de jour ou les accueils et hébergements temporaires permettent ainsi de prendre en charge des épisodes ponctuels et de courte durée de soins ou d'accompagnement, rendus nécessaires par la dégradation de l'état de santé à un moment donné ou par le besoin de ne pas rester chez soi suite à l'hospitalisation du conjoint par exemple. La diversité de ces besoins renvoie pour les prestations professionnelles à une variété de réponses possibles relevant de logiques institutionnelles et financières différentes. Les soins à domicile relèvent du secteur sanitaire, les services d'aide et d'accompagnement à domicile du secteur médico-social.

Les soins à domicile ne sont accessibles que sur prescription médicale. Ils peuvent être délivrés de deux manières : soit par l'intermédiaire de services (les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), soit directement par des infirmiers libéraux.

Les services de soins infirmiers à domicile sont des services sociaux et médico-sociaux au sens du code de l'action sociale et médico-sociale. Ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes,

aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie¹⁰. Les SSIAD emploient directement des infirmières diplômées et/ou des aides-soignantes et/ou des Aides Médico-Psychologiques (AMP). Ils peuvent également recourir aux services des infirmières qui exercent leur activité en libéral. Ils sont financés par enveloppe globale par les caisses d'assurance maladie, selon leur nombre de places.

Les soins à domicile reposent également sur l'intervention des infirmières dans un cadre strictement libéral. Le processus d'accès et de fourniture de la prestation est alors celui de n'importe quel autre acte médical ou paramédical effectué par un professionnel de la santé exerçant son activité en libéral. Avec une prescription médicale, la personne contacte directement l'infirmière, organise avec elle sa prise en charge, et peut faire l'avance des fonds et être remboursée rétroactivement si elle n'est pas prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont définis par le décret n°2004-613 du 25 juin 2004. Selon les articles 10 à 14 de ce décret, ils « assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les SSIAD. Les prestations (...) sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale ». Les services à domicile regroupent un grand nombre de prestations offrant une assistance aux tâches et activités de la vie quotidienne et/ou une assistance directe aux personnes dont il s'agit de compenser la perte d'autonomie. L'aide peut être ponctuelle ou régulière, allant de quelques heures à 24 heures sur

8 Agences Régionales de Santé créées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 118.

9 Bernard ENNUYER, *Repenser le maintien à domicile, Enjeux, acteurs, organisations*, Paris, Dunod, 2006.

10 Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Journal officiel du 27 juin 2004 complété par la circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

24, 7 jours sur 7. À ces services, s'ajoutent parfois le portage des repas à domicile, des systèmes de télé-alarme et de télé-assistance, des services de gardes de jour et de gardes de nuit, des gardes itinérantes de nuit, etc. L'offre de services à domicile s'est extrêmement diversifiée depuis une dizaine d'années, notamment dans le cadre de la politique de développement de l'emploi : trois modalités distinctes d'aide sont aujourd'hui possibles : le gré à gré, le mandataire et le prestataire. Dans le premier cas, la personne en perte d'autonomie peut employer directement une (ou plusieurs) personne(s) pour assurer son maintien à domicile. Elle est dans ce cas un employeur direct et en tant que tel, doit en remplir toutes les fonctions (respect du droit du travail, obligations fiscales, etc.). Dans le second cas, elle peut s'adresser à un service mandataire, qui prend en charge les fonctions de recrutement et de gestion administrative liées à l'emploi d'une personne à domicile. Dans le troisième cas, elle recourt aux services d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) géré par les communes, d'une association d'aide à domicile ou d'entreprises de services à but lucratif qui lui fourniront les prestations nécessaires en mode dit prestataire. L'accessibilité à ces différents services à domicile est fortement conditionnée par des contraintes financières, le mode prestataire étant généralement le plus onéreux. Plusieurs sources de financement sont ainsi mobilisées : les conseils généraux¹¹, les caisses de retraite principales et complémentaire¹, les assurances privées, les collectivités locales, l'État¹² et les personnes et leurs familles pour ce qui concerne le financement direct des prestations. Cette multiplicité de financeurs est source de complexité et d'inégalité d'accès aux services à domicile.

¹¹ Les conseils généraux financent la grande dépendance dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à la prestation personnalisée d'autonomie) qui a succédé à la Prestation Spécifique Dépendance mise en place en 1997. Certains départements ont laissé le choix aux personnes de plus de 60 ans justiciables de l'APA mais dont les ressources mensuelles sont inférieures au plafond de l'aide sociale légale entre l'APA et la prestation d'aide ménagère légale. Enfin ils financent la Prestation de Compensation du handicap (PCH) introduite par la loi du 11 février 2005 et remplaçant l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP).

¹² Exonération des charges patronales sous certaines conditions et crédit d'impôt.

Depuis l'ordonnance du 1er décembre 2005¹³ et la mise en place du droit d'option, la création d'un service prestataire d'aide et d'accompagnement à domicile est soumise au choix entre le régime de l'agrément qualité (sollicité auprès des services déconcentrés de l'État ; le service étant alors soumis aux dispositions du Code du travail) et celui de l'autorisation délivrée par le président du conseil général (ouvert aux seuls organismes intervenant sur le mode prestataire). Dans ce second cas, la réglementation du service est précisée dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) et le tarif est fixé par le président du conseil général.

L'articulation entre la logique de politique sociale et la logique de politique d'emploi qu'institue le droit d'option est complexe dans les faits. Dans un contexte de difficultés économiques et financières croissantes pour les structures du secteur, il est aujourd'hui préconisé de renouveler la gouvernance du secteur en articulant plus étroitement les logiques médico-sociales avec les logiques sanitaires dans l'esprit de la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire. Le rapport Poletti¹⁴ constate ainsi que la pratique du droit d'option s'avère particulièrement compliquée, à la fois pour les institutions en charge de l'autorisation ou agrément de ces services, mais également pour les services et les usagers eux-mêmes. La philosophie même de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire », s'agissant de la prise en charge des publics fragiles, a contribué à mettre en exergue la difficulté à gérer une partie des services portés aux publics les plus fragiles hors du champ médico-social, alors même que le principe de la loi HPST fait de l'autorisation par appel à projet l'un des principaux outils de la régulation de l'offre sur le champ. Les deux logiques à l'œuvre dans le droit d'option - la réponse aux besoins identifiés sur le terrain par une régulation de l'offre dans le cas de l'autorisation et la création d'un secteur à gisement d'emplois

¹³ Ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005 portant dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹⁴ Bérangère POLETTI, Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation des ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles, Mission confiée par madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, janvier, rapport public, La Documentation Française, 2012.

potentiellement important pour l'agrément - ne satisfont pleinement aucun des acteurs du secteur. Le droit d'option suscite des incompréhensions et des rejets de part et d'autre des deux régimes. La question de la gouvernance de ce secteur d'activité se pose pour dépasser les divisions existantes aujourd'hui entre les structures relevant du droit commun et celles qui interviennent sous le régime de l'agrément. L'IGAS¹⁵ préconisait en juillet 2009 la suppression du régime de l'autorisation. L'esprit de la loi HPST appuie cette préconisation dans sa recherche d'intégration des modes de prise en charge du domicile jusqu'aux dispositifs sanitaires en passant par les établissements d'hébergement.

CHAPITRE 2 - LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉVALUATION

C'est dans ce contexte que l'évaluation apparaît au début des années 2000 comme un incontournable du développement du secteur : « *La gérontologie, comme l'ensemble de notre système de soin, est rentrée dans l'ère de l'évaluation.* » écrivaient en 2001, H. Bocquet, A. Grand et S. Andrieu dans un article d'un numéro de la Revue Gérontologie et Société entièrement consacré à l'évaluation¹⁶. L'évaluation est alors justifiée par sa capacité à assurer la qualité de vie des personnes qui souhaitent rester à domicile malgré leur perte d'autonomie ou leur handicap. Du point de vue des professionnels, elle devrait produire les informations nécessaires pour répondre aux besoins individualisés de la personne et assurer la qualité des soins. Ce faisant, elle pourrait répondre aux attentes des financeurs quant aux montants à engager et rassurer la société quant à sa capacité à assumer sa responsabilité collective envers les personnes fragiles. Les questions de l'évaluation sont donc étroitement liées à la nécessité de donner une valeur *a priori* à un service parce que les ressources engagées ne sont pas des ressources individuelles (auquel cas, ce serait chaque individu qui ferait librement cette évaluation pour définir l'utilité du service considéré au regard de sa contrainte budgétaire). Elles renvoient à l'importance de la définition des objectifs de l'évaluation, de son objet, de ses outils et des personnes concernées. Elles se posent de manière différente suivant le contexte : dans le champ de l'aide à domicile, on est ainsi passé d'une évaluation visant à objectiver l'utilité des actions par rapport aux besoins des personnes à une utilité des actions par rapport aux ressources disponibles.

2.1 - L'évaluation des besoins, condition d'une réponse adaptée et outil de normalisation

L'évaluation a concerné en premier lieu les besoins des personnes vivant au domicile et souhaitant y rester malgré leur perte d'autonomie ou leur han-

¹⁵ Michel RAYMOND, Bernadette ROUSSILLE, Hélène STROHL, « Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées », Rapport de l'IGAS juillet 2009.

¹⁶ Hélène BOCQUET, Alain GRAND, Sandrine ANDRIEU, L'évaluation de la « prise en charge » à domicile des personnes âgées, d'une approche individuelle à une approche globale territorialisée, in *Gérontologie et Société*, n°99, décembre, pp. 207-218, 2001.

dicap. Ainsi, le bilan¹⁷ des 1ères Assises Nationales du Maintien à Domicile qui se sont tenues du 14 au 17 juin 2000, dans le cadre du salon AUTONOMIC¹⁸, à Paris, Porte de Versailles souligne la nécessité de « mener une réflexion sur les besoins des personnes souhaitant vivre à leur domicile quel que soit leur âge, leur maladie, leur handicap ». Plus loin dans le texte est écrit que « La loi de 75 va évoluer. Le maintien à domicile demande des actions personnalisées à partir d'une évaluation des besoins faite grâce à des outils d'évaluation individuelle qui sont en train de se mettre en place. La notion de droit à la compensation globale apparaît et se précise avec les aides techniques, les aides humaines, les aides animalières et les aides pour l'aménagement du logement ».

Il s'agit donc d'évaluer les besoins de manière à y répondre avec des actions personnalisées et efficaces. La personne fragile est au centre des préoccupations et le respect de ses choix est une priorité affichée dès 1962 avec le rapport Laroque. Si l'objectif paraît simple et clair dans son énoncé, sa mise en œuvre est beaucoup plus compliquée : la notion de besoins apparaît vite très relative au contexte de l'évaluation, aux outils utilisés pour les cerner et aux ressources financières disponibles. Ce ne sont donc pas les besoins tels que la personne fragile serait amenée à les exprimer sans restriction (sa demande ou ses désirs). Encore faut-il pour cela qu'elle puisse reconnaître son incapacité, son handicap ou sa dépendance.

B. Ennuyer (2006)¹⁹ rappelle que la question de l'évaluation ne se pose que parce qu'il y a des financeurs qui ne sont pas les personnes elles-mêmes. Son observation porte sur le maintien à domicile des personnes âgées, mais on peut sans aucun doute l'élargir à toutes les personnes fragiles qu'il faut soutenir dans leur choix de rester à domicile. Ainsi, à côté de l'objectif de cerner les besoins à satisfaire pour allouer le plus efficacement possible l'enveloppe budgétaire, existe en filigrane la question de l'efficacité. Elle ne sera pas posée en tant que telle tant que la question des outils d'évaluation

des besoins ne sera pas tranchée au niveau national. Mais, à partir du moment où la grille AGGIR pour les personnes âgées (Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources) et le guide GEVA pour les personnes handicapées (Guide d'évaluation des besoins de compensations des personnes handicapées) deviennent les références nationales de l'évaluation des besoins, la problématique de l'évaluation va clairement aborder la question de l'efficacité. On est ainsi passé d'un système d'évaluation centrée sur les besoins de la personne, faite de manière artisanale, c'est-à-dire en référence principalement à l'expertise et l'expérience du professionnel, à un système outillé pour objectiver le besoin, limiter l'hétérogénéité et la subjectivité suspectée de l'évaluation. Sont en train d'apparaître, dans le cadre des réflexions sur la tarification des services d'aide et d'accompagnement à la personne les questions liées à l'efficacité.

« Dans les années 1970, quand une personne demandait une aide ménagère – dans les termes de l'époque – le service d'aide à domicile sollicitait envoyait à domicile une professionnelle, en ce temps-là nécessairement une assistante sociale diplômée d'Etat, ayant déposé sa signature professionnelle auprès de l'organisme financeur de la prestation d'aide-ménagère (CNAV ou CRAM)²⁰. (...) En règle générale, on peut donc dire que la demande d'aide-ménagère signée par l'assistante sociale et le demandeur et envoyée à la caisse vieillesse était, partiellement, le résultat d'une négociation entre la personne demandeur et l'assistante sociale évaluatrice, ceci bien sûr en fonction de la personnalité de la personne enquêtée, de sa capacité à défendre sa façon de voir les choses et aussi de la connaissance de ce à quoi elle pouvait prétendre » (ENNUYER B., 2006). L'évaluation était ainsi confiée à des personnes extérieures au secteur, mais agréées par les financeurs. Sans outil spécifique, le résultat de cette évaluation se révélait aléatoire au sens où il se « jouait » dans la relation entre la personne qui demande et celle qui évalue. Les capacités de négociation des parties, quels que soient les arguments utilisés, étaient fondamentales, mais n'assuraient en rien la satisfaction des besoins d'autant plus que la négociation se tenait dans le cadre d'une enveloppe d'heures limitées : le rapport Laroque préconisait en 1962 un maximum de deux

17 Dominique BOULONGNE, Bilan des « 1^{ères} Assises du maintien à domicile » 14-16 juin 2000, dans le cadre du salon AUTONOMIC, Paris, Porte de Versailles, www.handroit.com/colloques.textes.

18 Autonomic est le salon pour l'autonomie des personnes handicapées et des personnes dépendantes.

19 Bernard ENNUYER, Repenser le maintien à domicile, Enjeux, acteurs, organisations, Opus cité.

20 Note des auteurs : CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse ; CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

heures d'aide-ménagère par jour et la CNAV dans les années 70 finançait jusqu'à 40 heures d'aide-ménagère par mois²¹.

Pour limiter la variabilité des évaluations, les assistantes sociales ont été progressivement remplacées par des responsables de secteur, professionnelles venant d'horizons divers et notamment anciennes aides à domicile. Cette expérience passée du métier offre la garantie d'une « expertise » forgée sur le terrain, capable de comprendre les situations les plus complexes, voire de prioriser les réponses à apporter en fonction du montant de l'aide accordée. Dans un second temps, des outils d'évaluation sont venus compléter la capacité de l'expertise métier à contrôler la variabilité des évaluations. Deux outils – ou plutôt une grille et un guide – sont aujourd'hui essentiels dans la mesure où ce sont eux qui sont utilisés par les services du conseil général ou par les équipes des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) pour évaluer les besoins. Ils servent aussi de référence pour définir le montant correspondant de l'aide financière. Il s'agit du modèle AGGIR et du guide GEVA (Guide d'évaluation des besoins de compensations des personnes handicapées) cités ci-dessus²². Partagés par l'ensemble des professionnels de l'évaluation, ces outils s'imposent dans leur travail et tentent de le structurer en leur donnant une méthodologie d'intervention. Ils apparaissent comme des leviers d'action pour faire évoluer les pratiques vers plus de transparence, plus de responsabilité et finalement plus de mesure.

2.1.1 - La grille AGGIR

La grille AGGIR, élaborée initialement par des

²¹ Chiffre donné par Bernard ENNUYER (2006), *op. cit.*, p. 182.

²² Ces deux outils ne rendent pas compte à eux seuls de l'ensemble des outils existants pour évaluer les besoins des personnes dans le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile. Les associations du secteur se sont également employées à produire leur outil. On peut donner l'exemple de l'outil DESIR proposé par l'UNA. DESIR est un outil d'aide au recueil des données sur la situation individuelle. Il favorise, dans un premier temps, le recueil des termes de la demande en repérant si cette demande émane de la personne elle-même ou d'une autre personne de son entourage. Il permet, dans un deuxième temps, de réaliser une observation professionnelle à partir des fonctions et des activités et d'analyser les données de l'environnement. Enfin, le recueil de l'avis de la personne sur sa situation, ses habitudes de vie et le rôle du ou des aidants concourent à l'élaboration d'un projet d'intervention.

professionnels de la gérontologie pour des professionnels de ce secteur est mobilisée par les pouvoirs publics dans le cadre de la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (loi du 20 juillet 2001). Cependant, la grille présente au moins deux défauts majeurs comme l'écrit A. Colvez²³: elle ne permet pas d'apprécier l'environnement dans lequel évolue la personne ; elle reste, toujours selon l'auteur, tributaire de l'artificielle séparation des personnes âgées handicapées et des personnes handicapées vieillissantes

Cette préoccupation s'est concrétisée par le vote de l'article 17 de la loi précitée, reprenant la proposition d'amendement, selon les termes suivants : « Il est créé un comité scientifique dont la mission est d'adapter des outils d'évaluation de l'autonomie. Ce comité dont la composition est déterminée par un décret, présentera au Parlement ses conclusions avant le 31 janvier 2003 ».

Parmi les recommandations du comité, on trouvera les éléments d'une méthode de l'évaluation des besoins, censée dissocier la question de l'évaluation des besoins de la personne de celle de son éligibilité aux prestations. On peut y voir le souci de ne pas détourner l'outil de son intention première qui doit rester celle de l'évaluation multidimensionnelle des besoins de façon à définir des modalités efficaces du plan d'aide. Ainsi il est recommandé qu'une personne doit pouvoir bénéficier d'une procédure d'évaluation multidimensionnelle débouchant sur une proposition de plan d'aide, antérieurement à l'examen de ses droits.

Dans une seconde recommandation, le comité scientifique préconise la dissociation de l'établissement du plan d'aide et de l'ouverture du droit à l'APA. D'une façon générale, il apparaît souhaitable que l'instrument d'éligibilité à l'APA s'intègre à l'intérieur d'un instrument d'évaluation multidimensionnelle permettant d'élaborer le plan d'aide. Enfin, il est proposé que le Groupe Iso-Ressource (et non AGGIR) serve uniquement à l'éligibilité à la prestation. Une fois le droit à l'APA acquis, c'est le niveau et le type de besoins déterminés par l'évaluation multidimensionnelle qui fixe le montant de la prestation attribuée, dans le cadre d'un montant maximal d'APA prédéterminé et d'une complémentarité des financements

²³ Alain COLVEZ, *Rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, rapport du Sénat, janvier 2003.*

ENCADRÉ N° 1 : LE GROUPE ISO-RESSOURCE (GIR)

Le GIR permet d'évaluer le niveau de dépendance à partir de variables relatives aux actes de la vie quotidienne, la grille AGGIR se propose d'évaluer les besoins d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Il interroge les capacités des personnes pour accomplir des activités corporelles, mentales (activités renvoyant à 10 variables discriminantes) et des activités domestiques et sociales (activités renvoyant à 7 variables dites illustratives).

Activités corporelles et mentales	Activités domestiques et sociales
1. Cohérence	1. Gestion
2. Orientation	2. Cuisine
3. Toilette	3. Ménage
4. Habillage	4. Transports
5. Alimentation	5. Achats
6. Elimination urinaire et fécale	6. Suivi de traitements
7. Transferts	7. Activités du temps libre
8. Déplacements à l'intérieur	
9. Déplacements à l'extérieur	
10. Alerter	

Pour chacune de ces activités, il s'agit d'observer celles qui sont faites par la personne seule et/ou d'obtenir ces informations par entretien auprès de la personne. Dans tous les cas, sont exclues les activités que font les aidants et les soignants.

La cotation de la réalisation des activités se fait selon 4 adverbes : Spontanément, Totalement, Habituellement, Correctement.

Elle permet de classer les personnes selon trois groupes :

Groupe A : la personne fait seule toutes les activités identifiées spontanément, totalement, habituellement et correctement.

Groupe B : la personne fait seule non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement

Groupe C : la personne ne fait pas seule ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

Une démarche est préconisée pour que le modèle AGGIR soit utilisé de la manière la plus reproductible possible. Un guide pratique d'utilisation est réalisé par la CNAMTS et publié au Journal Officiel en 2001. Il est réactualisé en 2008²⁴. Des formations sont proposées au niveau des conseils

généraux et des études sont commandées pour comprendre comment les équipes se sont appropriées le modèle et le mettent en pratique. Des préconisations²⁵ sont faites pour accompagner le nouveau guide d'utilisation de la grille AGGIR.

²⁴ Journal Officiel de la République Française du 21 août 2008

²⁵ Albert DAVID, Laëtitia ROUX, Mathias SZPIRGLAS, Emilie CANET, Carine DONGES, 2008, *Quelles bonnes pratiques d'organisation des EMS autour de la grille AGGIR ?*, Rapport Ecole des Mines de Paris, octobre.

Dès l'introduction, l'objectif annoncé est de « *formaliser une doctrine partagée autour de bonnes pratiques* ». Cet objectif s'inscrit dans une finalité plus large d'égalité des citoyens et d'efficacité maximale: « *Cette réflexion est importante car malgré son perfectionnement, la grille AGGIR, comme tout outil de gestion, peut faire l'objet d'interprétations et d'utilisations personnelles par chacun de ses utilisateurs. Or pour garantir l'égalité des citoyens face au service public et pour garantir un maximum d'efficacité, il est au contraire important que cette grille soit comprise et utilisée de façon similaire par tous* ». Les auteurs du rapport soulignent également l'impact de la routinisation – voire la ritualisation – des pratiques sur la réalisation du diagnostic. A être expert et reproduire une activité d'évaluation de manière fréquente, les professionnels de l'évaluation risquent de s'enfermer dans un schéma standard, alors même que la diversité des situations est importante. La doctrine qu'il est projeté de formaliser apparaît ainsi plus nettement : il s'agit d'homogénéiser les pratiques d'évaluation, de s'assurer de la reproductibilité de la grille AGGIR, de lutter contre ces « *interprétations et utilisations personnelles* » qui peuvent aller à l'encontre du bien-être collectif. Pour cela, il convient d'assurer la traçabilité du relevé d'informations sur lequel se fonde l'évaluation. Il s'agit également de donner à voir cette information, de la partager, la réfléchir pour y puiser des bonnes pratiques. En fait, il s'agit d'installer un processus d'auto-évaluation permettant à l'équipe de s'inscrire dans un processus d'amélioration continue. Ces deux principales dimensions des préconisations (transparence et processus d'amélioration continue) structurent également la seconde vague de préconisations pour l'amélioration de la performance des évaluations. Une charte de fonctionnement, des tableaux de bord, une gestion des ressources humaines et un management participatif sont ainsi évoqués. On reconnaît là les outils de la nouvelle gestion publique que l'IGAS (2010)²⁶ reprend également dans son rapport sur la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. A partir du constat d'une grande disparité dans l'évaluation médico-sociale,

26 Véronique GUILLERMO, Michel LAROQUE, Joëlle VOISIN, Didier LACAZE, (2010), *Synthèse 2010 sur la gestion de l'Allocation personnalisée d'Autonomie, Rapport IGAS RM2010-035P*

l'IGAS préconise en effet un certain nombre de mesures pour y remédier : partage des informations entre membres de l'équipe d'évaluation, entre équipes d'évaluation, entre conseils généraux, développement de l'analyse des résultats pour expliquer les écarts, identification d'un responsable chargé de l'animation et de la coordination de l'équipe médico-sociale, recours aux outils (guide méthodologique pour les médecins généraux, outils informatiques pour les travailleurs sociaux).

2.1.2 - La grille GEVA

Comme la grille AGGIR, le GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée) est l'outil de la « *normalisation* » des pratiques d'observation des besoins pour assurer « *l'égalité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire* » et « *le développement d'une culture commune autour du handicap* ». C'est avec ces termes que la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) présente le GEVA dans le bilan²⁷ qu'elle doit remettre au ministre chargé des personnes handicapées un an après la mise en place de l'outil²⁸. Il s'inscrit bien dans le cadre de la politique publique en faveur des personnes handicapées, mais son objectif de développer la culture de l'évaluation multidimensionnelle autour et avec la personne concernée est rapidement occulté par l'éligibilité à la prestation compensation handicap (PCH) qu'il permet de prononcer. Sa complexité et sa densité dans un contexte où le nombre de dossiers présentés est croissant sont souvent évoqués pour justifier cette situation²⁹.

Le GEVA constitue pour le champ du handicap, l'outil de référence national de l'évaluation des besoins de compensation. Il affiche l'ambition d'assurer, comme le préconise la loi du 11 février 2005, une évaluation individualisée et globale de la personne³⁰.

27 Ce bilan est prévu par le décret 2008-110 du 6 février 2008, art 2 : « le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée donne lieu à un bilan établi par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de l'arrêté prévu à l'article R.146-28 du code de l'action sociale et des familles. Ce bilan est remis au ministre chargé des personnes handicapées ».

28 Dossier technique (2010), *Rapport sur l'appropriation du GEVA, Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*, CNSA, janvier.

29 CNSA, dossier technique, janvier 2010, opus cité.

30 La loi du 11 février 2005 mentionne que des références

Il a été publié dans l'arrêté du 6 mai 2008, pris en application du décret du 6 février et de l'article L 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Cette évaluation est fondée sur la définition du handicap donnée par la loi de 2005 : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* ». C'est pourquoi elle porte sur les différents aspects relatifs à la situation de la personne handicapée : aides personnelles de divers types, logement, transport, scolarité, insertion professionnelle ou encore ressources. En effet, telle qu'elle est définie par la loi, la compensation « *consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, (...) des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, (...)* »

L'évaluation ne se limite donc théoriquement pas à recueillir les éléments strictement nécessaires pour se prononcer sur l'éligibilité à l'une ou l'autre des prestations : elle doit être conduite de façon globale. Elle aborde différentes dimensions de la situation de la personne handicapée. Elle comporte une approche de ses facteurs personnels, de son environnement et des interactions qui existent entre les deux. Elle requiert aussi de prendre connaissance et de mettre en cohérence les autres démarches déjà effectuées par la personne ainsi que les prises en charge et accompagnements dont elle bénéficie déjà. Le GEVA se veut donc un outil support pour conduire une évaluation plutôt qu'une mesure quantifiée du handicap ou un outil d'éligibilité. Il ne se substitue pas aux bilans ou expertises qui pourraient être réalisés par ailleurs,

d'évaluation doivent être définies par décret. « Les références pour l'appréciation de ses besoins sont précisées dans un guide d'évaluation prenant en compte l'ensemble de la situation notamment matérielle, familiale, sanitaire, scolaire, professionnelle et psychologique de la personne handicapée. »

mais il les synthétise dans un bilan unique et commun à toute l'équipe pluridisciplinaire.

ENCADRÉ N° 2 : LA GRILLE GEVA

Le GEVA est conçu par rapport à la définition du handicap telle que proposée dans la loi de 2005. Cette définition reconnaît le handicap comme une limitation d'activités ou une restriction de la participation à la vie en société dans un environnement donné et du fait d'altérations substantielles, durables ou définitives. Le guide se présente sous la forme de 8 volets dont l'objectif est de décrire diverses caractéristiques des personnes et du contexte dans lequel elles se trouvent (volet 1 : situation familiale, sociale et budgétaire, volet 2 : habitat et cadre de vie ; volet 3 : parcours de formation et parcours professionnel, volet 4 : volet médical, volet 5 : volet psychologique). Ces caractéristiques permettent d'examiner la capacité fonctionnelle et les réalisations effectives en fonction des éléments facilitateurs ou obstacles de son environnement (volet 6). Le volet 7 est étroitement articulé au volet 6 et reprend de façon globale toutes les aides mises en œuvre, qu'elles soient professionnelles ou familiales. Le volet 8 permet la synthèse des informations les plus pertinentes pour présenter les résultats de l'évaluation à la Commission des Droits et de l'Autonomie.

L'évaluation de la capacité fonctionnelle détermine la capacité de la personne à réaliser une activité seule et sans assistance. La difficulté est cotée selon 5 niveaux de 0 : pas de difficulté à 4 : difficulté absolue. Il existe une cotation sans objet. Le guide prévoit l'évaluation de 19 activités correspondant aux domaines suivants :

- Tâches et exigences générales, relation avec autrui
- Mobilité, manipulation
- Entretien personnel
- Communication
- Vie domestique et vie courante
- Application des connaissances, apprentissage
- Tâches et exigences en relation avec la scolarité et la formation initiale
- Tâches et exigences relatives au travail.

Outre les capacités fonctionnelles présentées ci-dessus, le GEVA permet la cotation de la réalisation effective des activités, telles que la

personne les vit au quotidien, dans son environnement, en fonction des facilitateurs qu'elle mobilise et des obstacles qu'elle rencontre, en relation avec l'environnement, qu'il soit physique ou humain (familial et/ou social).

La cotation se fait en référence aux réalisations attendues d'une personne de même âge qui n'a pas de problème de santé, en tenant compte notamment de la fatigabilité, la lenteur, la douleur,...). Il s'agit d'indiquer la façon dont est habituellement, ou en moyenne réalisée cette activité. Cela correspond au niveau de réalisation le plus courant.

La réalisation effective est cotée en 4 niveaux :
«A» : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté

«B» : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle

«C» : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance

continue et/ou avec une difficulté régulière
«D» : Activité non réalisée (quel qu'en soit le motif, celui-ci pouvant être commenté dans la rubrique « observations »)

L'intégralité de l'outil se présente sous forme de 40 fiches à renseigner.

Face à la complexité de l'outil, la remise en cause des pratiques qu'il génère, les difficultés d'appropriation qui sont relevées, il existe des formations à l'outil, un guide d'accompagnement pour la cotation des capacités fonctionnelles, une réflexion en cours pour harmoniser le vocabulaire utilisé par tous les outils qui gravitent autour de la personne handicapée.

On ne peut que constater les similitudes – même si les deux outils ne sont pas superposables – entre les deux outils de référence de l'évaluation des besoins des personnes fragiles. Dans le contexte de la nouvelle gestion publique, les objectifs d'égalité de traitement et d'efficacité sont clairement affirmés. Ils imposent dans le champ de la prise en charge des personnes fragiles une rationalisation de la première étape d'intervention : l'évaluation des besoins. L'outil doit homogénéiser les pratiques, harmoniser le vocabulaire, développer une culture commune pour permettre une offre d'aide la plus appropriée et répondre aux dysfonctionnements

« classiquement » relevés pour ce secteur³¹. Tout se passe comme si l'objectivité de l'outil devait garantir la qualité de la prestation qu'il permet d'organiser, du moins dans sa capacité à relever les « bons besoins ». Dès lors, il s'agit d'en soutenir la technicité par la formation de ses utilisateurs ou la production de guides supplémentaires de manière à garantir l'objectivité requise au nom de l'égalité de traitement des citoyens. On peut faire l'hypothèse que la dimension économique récemment introduite explicitement dans les objectifs de régulation du secteur ne va pas amoindrir cette recherche d'objectivation. Il est en effet question aujourd'hui de rendre des comptes non seulement sur l'efficacité des actions conduites, mais également sur leur efficience³².

31 En autres dysfonctionnements :

l'opacité du système pour les usagers (le manque d'informations et la faible lisibilité du système qui peut conduire à des choix inefficients) ;

l'éclatement des responsabilités (complexité du partage des compétences tant au niveau décisionnel que financier, clivage entre les acteurs institutionnels locaux proches des besoins à satisfaire et les acteurs institutionnels nationaux au fait des contraintes à respecter) ;

un renforcement de la différenciation des cultures professionnelles déjà marquées par la césure existante entre les domaines médicaux et médico-sociaux ;

un défaut de coordination des intervenants professionnels qui se traduit par une grande difficulté de mettre en œuvre des réponses pluridisciplinaires ;

une reconnaissance insuffisante du rôle de la famille dans le maintien à domicile.

32 On ne voudrait pas laisser penser au lecteur que la question de l'efficience dans le secteur est totalement nouvelle pour ce secteur. Déjà, en 1984, l'IGAS mettait en garde les associations du secteur face aux choix que les départements allaient vraisemblablement devoir faire, face à la montée en charge des nouvelles dépenses qui leur incombaient dans le cadre de la décentralisation. « Les élus vont être conduits à analyser, évaluer et comparer les pratiques existantes dans le champ de l'action sociale. Cette démarche va aboutir à remettre en cause des situations acquises, à s'interroger sur des choix entre gestion publique et privée. Les associations disposent d'atouts importants pour engager ce nouveau dialogue, à condition d'éviter de se retrancher dans une position défensive, et d'aller au contraire au devant d'un contrôle qui va être inéluctablement renforcé, en se dotant de moyens d'évaluation de leurs activités ». Cf. IGAS (1984) La politique sociale et les associations, rapport annuel 1983-1984, Paris, La documentation française p. 95, cité par Savignat (2009). Cependant, la pression de la rareté des ressources n'a fait que s'accroître dans le contexte des déficits publics des années 2000, introduisant explicitement l'objectif d'efficience dans la conduite des politiques publiques.

2.2 - Au-delà de l'évaluation des besoins, la recherche d'efficacité

En 2012, le rapport Poletti³³ relatif aux difficultés financières de l'aide à domicile propose clairement des orientations de structuration et fonctionnement du secteur fondées sur la recherche de mécanismes assurant l'efficacité : « Les règles de tarification, sur le champ des services autorisés et habilités à l'aide sociale, reposent sur une discussion budgétaire annuelle et itérative entre le SAAD et les services du conseil général. La discussion porte sur l'acceptation par le financeur des charges historiques de la structure. Cette procédure de tarification est peu dynamique et ne permet pas de déterminer au mieux la réponse à apporter aux besoins des usagers, sur la base d'un projet de service. Or, le propos d'une réforme aboutie des règles d'allocation des moyens est la capacité de répondre de la façon la plus efficace possible aux besoins des usagers, surtout dans le cas des publics les plus fragiles. C'est pourquoi il est proposé de renverser la procédure en évaluant, en fonction des prestations rendues et selon les besoins des personnes accompagnées, dans un cadre contractuel le montant de la dotation dont le service a besoin pour remplir ses missions. Cette dynamique budgétaire, plus conforme à l'esprit de la loi HPST et au droit européen, doit également permettre aux usagers de choisir librement le prestataire de leur choix. » On reconnaît dans ces propos l'idéologie du New Management Public à l'intérieure de laquelle l'utilisateur est replacé au cœur du système, et ce de manière identique quel que soit l'utilisateur, sa situation face à la perte d'autonomie, son environnement matériel, financier ou social. L'« Usager-Roi », positionné au cœur de la libéralisation du secteur de l'aide à domicile, est censé user de son libre choix pour stimuler la concurrence entre les structures d'offre. Cet usager converti en client est censé contribuer au développement de l'efficacité. On reconnaît également l'idée du New Management Public selon laquelle la réponse aux besoins doit prendre en compte les coûts. On reconnaît enfin l'engagement de la responsabilité des parties prenantes, que ce soit

par un contrat ou par le libre choix. La réforme de fond du financement du secteur présente des caractéristiques globales assez ressemblantes à celle que les établissements de santé ont connue en 2005 avec l'introduction de la tarification à l'activité. Ce ne sera plus les dépenses qui engendreront les recettes, mais bien l'inverse, engageant ainsi théoriquement les services à maîtriser leurs coûts de façon à ce que l'équilibre budgétaire soit assuré. Par ce biais est ainsi introduit ce que les économistes appellent de la concurrence fictive et qui nécessite d'évaluer l'utilité de la dépense pour faire des arbitrages dans l'allocation des ressources. Le champ de l'évaluation se déplace ainsi de l'utilité des activités par rapport aux besoins à l'utilité des activités par rapport aux ressources disponibles.

Le rapport Connangle³⁴ (2011) reprend cette question de l'efficacité en soulignant les enjeux financiers de l'évaluation dans le secteur médico-social : il s'agit de « rendre compte de l'utilisation de l'argent public, notamment en termes de dépenses est logique lorsqu'on est gestionnaire et il paraît tout à fait normal de rechercher l'optimisation des ressources allouées visant à tendre au meilleur coût possible de l'action. Il y a donc une association de moyen à l'objectif d'efficacité. » (p. 20).

33 Bérangère POLETTI, Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation des ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, janvier, 63 pp, 2012.

34 Sylvain CONNANGLE, Réflexions visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées - 10 propositions, décembre 2011, La documentation française.

CHAPITRE 3 - L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ, UNE PRÉOCCUPATION DE L'ACTION PUBLIQUE

3.1 - La qualité, une préoccupation de l'action publique

Avec l'évaluation est introduite la question de la qualité : si en 2001, comme nous l'évoquions ci-dessus, « *La gérontologie, comme l'ensemble de notre système de soin, est rentrée dans l'ère de l'évaluation.* », H. Bocquet, A. Grand et S. Andrieu continuaient leur introduction en écrivant : « *C'est le concept de qualité qui est au centre des débats, qu'il s'agisse de la qualité de vie des personnes vieillissantes ou de la qualité des soins qui leur sont proposés* »³⁵.

Cette question de la qualité se pose dans un contexte de politiques publiques où la concurrence est de plus en plus vive sur le secteur des services à la personne depuis l'ouverture du secteur aux associations mandataires et au secteur privé (lois du 31 décembre 1991 et du 29 janvier 1996 relatives aux associations de services aux personnes et au développement d'emplois familiaux, loi 2005 dite loi Borloo) et les diverses mesures prises pour réduire le coût du maintien à domicile (réduction d'impôt par exemple). Cette concurrence est source de prises en charge très variables liées aux différents niveaux de qualification du personnel et de professionnalisation des structures qui interroge les objectifs de l'action sociale dans ce secteur, et ce d'autant plus que ce secteur est caractérisé par une asymétrie d'information, une prestation co-produite et une demande faiblement solvable. Ces trois caractéristiques principales mettent à mal, d'un point de vue économique, l'idée que l'évaluation de la qualité du service rendu pourrait se faire, dans un contexte concurrentiel, par l'utilisateur lui-même.

Étudions, en premier lieu, la question de l'asymétrie d'information : une répartition équilibrée de l'information est, en théorie économique standard, une condition nécessaire à la réalisation d'une

transaction où l'offreur et le demandeur ont atteint leurs objectifs, notamment en termes de qualité. Si l'information est inégalement répartie, la partie du marché qui est mieux dotée dispose d'une possibilité de rente de situation qu'elle utilisera à son profit. Akerlof³⁶ (1970) a ainsi montré que dans ces conditions, le niveau de qualité qui s'échangeait sur un marché n'était pas optimal. Il utilise comme exemple le marché des véhicules d'occasion, mais son analyse pourrait également valoir pour le marché des services d'aide et d'accompagnement à la personne. Sur ce marché, les parties prenantes les mieux informées (en l'occurrence les services d'aide et d'accompagnement à la personne) peuvent utiliser cette information à leur profit et au détriment de celui du bénéficiaire du service. La théorie économique montre que dans ce cas, l'intervention de l'État est justifiée pour outiller le dispositif d'évaluation de la qualité. De plus, il est fait l'hypothèse que la situation de demandeurs des usagers de ces services sur un marché caractérisé par une insuffisance de l'offre ne leur donne pas la capacité de négociation nécessaire vis-à-vis de ces dysfonctionnements : le contrôle de la qualité du service par l'utilisateur est d'autant plus difficile que celui-ci est conscient des difficultés de recrutement des intervenants à domicile et qu'il est réticent à changer d'interlocuteur.

Deuxième interrogation soulevée par l'ouverture du secteur à la concurrence : comment le bénéficiaire de la prestation peut-il en évaluer la qualité alors qu'il en est le « co-producteur ». La prestation est le fruit d'activités inter corrélées entre un professionnel et le bénéficiaire, la participation de ce dernier étant essentielle, spécifiquement lorsque l'objectif de la prestation est la préservation de son autonomie. Au-delà de cet aspect « technique », la prestation est le fruit d'un ajustement mutuel entre deux individus et à ce titre, repose sur des éléments intangibles, spécifiques à chaque relation et chaque individu, mais essentiels pour déterminer la qualité du service. Tous ces éléments font que le service est défini par des caractéristiques de confiance, c'est-à-dire des caractéristiques qui ne peuvent pas être observées, même après leur consommation (Coestier, Marette, 2004)³⁷. De plus,

35 Hélène BOCQUET, Alain GRAND, Sandrine ANDRIEU, « L'évaluation de la « prise en charge » à domicile des personnes âgées, d'une approche individuelle à une approche globale territorialisée », in *Gérontologie et Société*, n°99, décembre, pp. 207-218, 2001.

36 George AKERLOF, « The Market for «Lemons» : Quality Uncertainty and the Market Mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 84, n° 3, 1970, p. 488-500

37 Bénédicte COESTIER, Stéphan MARETTE, *Economie de la qualité*, collection Repères n°390, Editions La décou-

l'insuffisance de l'offre ou le niveau de solvabilité du bénéficiaire ne lui permettent pas de changer facilement de prestataire s'il n'est pas satisfait ; il peut encore moins se faire rembourser en cas d'insatisfaction.

Enfin, la question de la solvabilité des besoins dont la satisfaction est pourtant primordiale pour les usagers, pose la question du seuil en deçà duquel la qualité ne peut descendre pour s'ajuster à la faiblesse des prix. La régulation par les prix qu'opère l'État soit en fixant ou encadrant les tarifs, soit en accordant des réductions d'impôts ou des allègements de charges, nécessite de piloter l'arbitrage prix/qualité que les services pourraient faire, notamment dans le cadre de l'ouverture à la concurrence. L'aide au domicile est la condition du maintien à domicile. Sans cette aide, c'est le recours à l'institutionnalisation que les pouvoirs publics veulent éviter.

C'est donc parce que l'utilisateur n'a pas une information suffisante et une autonomie complète de décision, qu'il est en situation de « subordination structurelle³⁸ » que la mesure de la qualité est organisée par le législateur. C'est aussi parce que dans le cadre d'une politique publique, l'État engage des ressources sur lesquelles il a des comptes à rendre en termes d'accessibilité et d'égalité de traitement des personnes fragilisées du fait de leur perte d'autonomie. C'est enfin parce que la solvabilité de ce marché est faible, que la qualité peut engendrer des coûts supplémentaires et que les prix sont fixés ou encadrés.

3.2- D'une préoccupation de l'action publique à un principe de régulation du secteur

Progressivement, l'évaluation de la qualité s'imposera comme un instrument de régulation du secteur d'une part en en déterminant les conditions d'entrée, d'autre part en en organisant sa dynamique.

3.2.1 - La qualité, condition d'entrée dans le secteur

Pour entrer dans le secteur, les services doivent être soit autorisés soit agréés. Dans les deux cas, leur entrée est conditionnée par le respect de critères de qualité.

Un service est autorisé par le Conseil Général au titre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale si son projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles et s'il prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 de ce même code. L'autorisation peut être refusée pour des motifs de qualité. Depuis 2005, l'agrément est également fonction de critères dits de qualité. C'est l'agrément qualité d'abord défini par l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L 129-1 du code du travail et aujourd'hui abrogé et remplacé par l'arrêté du 26 décembre 2011. Nous verrons ci-dessous avec l'étude des différents cahiers des charges que la qualité dont il est question dans les deux régimes se décline différemment alors même qu'il existe un principe d'équivalence de qualité entre le niveau d'exigence demandé dans le cadre de l'autorisation et celui demandé dans le cadre de l'agrément³⁹.

3.2.2 - La qualité, élément de régulation du secteur

Ce sont les deux types d'évaluation prévus par la loi de 2002-2 (évaluation interne et évaluation externe - voir encadré n°3 et n°4 ci-dessous) avec notamment les conséquences juridiques de l'évaluation externe (renouvellement de l'autorisation) qui mettent la qualité (mais pas uniquement la qualité) au centre des dispositifs de régulation. Depuis l'ouverture du marché du maintien à domicile avec la loi du 25 juillet 2005 (dite loi Borloo) et l'ordonnance du 1er décembre 2005 qui instaure le droit d'option, la certification volontaire vient compléter les dispositifs obligatoires. Les différents contrôles exercés par les autorités de tutelle complètent ce dispositif.

Enfin, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), chargée de promouvoir la « culture de la bientraitance », apporte un soutien méthodologique à l'ensemble du système.

3.2.2.1 - Les dispositifs obligatoires : l'évaluation interne et l'évaluation externe

Les évaluations interne et externe constituent deux dispositifs obligatoires, selon lesquels il s'agit

verte, 2004.

38 Rapport de l'IGAS juillet 2009 *op cit.*, p.10.

39 Article 7232-5 du code du travail

de « *procéder à l'évaluation des activités (des établissements et des services) et de la qualité des prestations qu'ils délivrent* ».

ENCADRÉ N° 3 : L'ÉVALUATION INTERNE

L'évaluation interne (ou auto-évaluation) doit être réalisée tous les cinq ans. Elle ne fait pas l'objet d'un cahier des charges précis. Il est seulement précisé qu'elle est réalisée au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'ANESM. Cette agence a d'ailleurs publié un guide de l'évaluation interne destinée à expliquer la démarche. Ainsi, l'auto-évaluation ou évaluation interne est conçue comme un dispositif obligatoire de questionnement sur les pratiques professionnelles, les orientations de l'établissement ou du service, son organisation et son fonctionnement. Le référentiel n'est imposé que pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)¹ dans le cadre des conventions tripartites, c'est-à-dire des conventions engageant l'établissement envers l'État et le Département sur les modalités de prise en charge des personnes, la qualité et l'allocation des moyens financiers. Les autres établissements ou services peuvent s'appuyer sur les différents référentiels que l'AFNOR, les groupements professionnels, les associations du secteur ou des entreprises privées proposent. Ils peuvent également produire leur propre référentiel dans le cadre de l'auto-évaluation. Pour autant, des dimensions incontournables de l'évaluation interne sont fixées par la loi dès lors que celle-ci précise que les champs des évaluations interne et externe doivent être les mêmes, afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service.

1) Il s'agit du référentiel ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements) ! 142 items, 4 grandes parties : attentes et satisfaction des résidents et des familles, besoins d'accompagnement et de soins des résidents et réponses apportées, l'établissement et son environnement, la démarche qualité. Chaque item fait l'objet d'une cotation (4 niveaux de cotation de A à D). Le diagnostic interne n'est pas diffusé. Seul le rapport de syn-

thèse présentant les points forts, les points à améliorer et les objectifs d'amélioration retenus sert de base à la négociation avec l'État et le département dans le cadre des conventions tripartites.

ENCADRÉ N° 4 : L'ÉVALUATION EXTERNE

L'évaluation externe correspond à l'évaluation par un organisme extérieur des activités des établissements ou services et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date d'expiration de celui-ci. Elle relève de l'initiative de l'établissement ou du service qui choisit, après mise en concurrence, l'organisme habilité qui effectuera l'évaluation externe. Les critères sur lesquels la mise en concurrence est faite sont précisés par le décret n°2007-975 du 15 mai 2007, de même que les éléments du contrat qui lie l'établissement ou le service et l'organisme sélectionné. Par ailleurs, cet organisme doit être habilité par l'ANESM selon une procédure spécifique.

La loi précise que l'évaluation externe n'a pas pour objectif de comparer les établissements ou services entre eux : seule est recherchée la comparaison dans le temps des résultats des évaluations successives de manière à inscrire l'établissement ou le service dans un processus d'amélioration continue.

Le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixe le cahier des charges de l'évaluation externe. Il définit quatre champs prioritaires d'évaluation :

- le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations : il s'agit de mesurer l'effectivité de ces conditions de mise en œuvre, à partir de critères objectifs et mesurables de l'action conduite, en veillant à l'articulation entre projet individuel et mode de fonctionnement de l'établissement ou du service; à la sécurité des usagers et à la gestion des risques (y compris de maltraitance) ;

- l'établissement ou le service dans son environnement : insertion, travail en réseau, partenariats, ouverture, accessibilité ;

- le projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre, notamment en termes de cohérence et d'écart avec les besoins identifiés et avec les missions confiées à l'établissement ou au service ;

- l'organisation de l'établissement ou du service, la façon dont elle contribue à la mise en œuvre effective des objectifs fixés, à l'amélioration continue des pratiques, au regard des moyens mobilisés.

Ce faisant, les acteurs du secteur sont conduits à formaliser un certain nombre d'objectifs de qualité et à évaluer la capacité du service à les atteindre. Par le processus d'objectivation sur laquelle elle repose, par la visibilité qu'elle donne sur les pratiques professionnelles, sur l'organisation et le fonctionnement de la structure, sur les caractéristiques de la prestation, par ses conséquences en termes de renouvellement de l'autorisation et de l'agrément⁴⁰, l'évaluation externe se présente comme un outil de la régulation publique du secteur. La définition de la qualité, de ce qui « fait qualité » dans et au cours de la prestation, n'appartient plus exclusivement aux professionnels, à leur qualification et à leur savoir-faire. La qualité devient l'affaire des pouvoirs publics, des usagers (Loi 2002-2), des décideurs et des financeurs. Elle est « assurée » par le respect des prescriptions législatives et améliorée par la démarche d'amélioration continue que le législateur introduit. L'annexe 3-10 du décret du 15 mai 2007 indique clairement qu'il s'agit d'entraîner les structures dans une dynamique d'amélioration de la qualité et non de se donner les moyens de les comparer: « *L'évaluation externe ne permet pas de comparer les établissements et services entre eux. Seule la comparabilité dans le temps entre les résultats des évaluations peut être recherchée, pour un établissement ou un service donné.* »⁴¹

L'évaluation des services autorisés se fait selon le régime de droit commun déterminé par la loi de 2002-2, à savoir une évaluation interne tous les 5 ans et une évaluation externe dans les 7 ans suivant l'autorisation et deux ans avant son renouvellement (autorisation délivrée pour 15 ans). Les services bénéficiant de l'agrément qualité ne sont soumis qu'à l'évaluation externe et ce, tous

⁴⁰ Le renouvellement, tous les 5 ans pour les services agréés, tous les 15 ans pour les services autorisés, est subordonné à l'évaluation interne et externe pour les services autorisés, à l'évaluation externe seulement pour les services agréés.

⁴¹ Section 2 de l'annexe 3-10 du décret. : conditions particulières liées aux dispositions inscrites notamment aux articles L 311-1 et L 313-3.

les cinq ans. L'évaluation est réalisée par un organisme habilité par l'ANESM, mais c'est le service qui choisit l'organisme qui réalisera l'évaluation. Les résultats sont transmis au préfet qui les transmet au président du conseil général dont l'avis est sollicité. Si le service fait l'objet d'une certification volontaire, l'évaluation externe n'est obligatoire que sur les items qui ne sont pas couverts par la certification.

3.2.2.2 - Le dispositif volontaire : la certification par des organismes privés

L'ouverture du marché du maintien à domicile avec la loi Borloo⁴² et l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 qui instaure le droit d'option incite les structures, notamment les structures agréées, à signifier au marché la qualité de leur offre en particulier pour justifier de prix différents des tarifs des services autorisés. C'est ce que permet la certification volontaire, reconnue par l'Agence Nationale de Services à la Personne (ANSP). C'est ce que reconnaît également l'État puisque la certification volontaire permet le renouvellement automatique de l'agrément ou peut remplacer sous certaines conditions l'évaluation externe tant pour les services autorisés qu'agréés. C'est une démarche volontaire de la part des services. Actuellement, trois référentiels sont reconnus : la norme NF X 50-056 Services aux personnes à domicile, le certificat Qualicert « Prestations de services à la personne » (SGS-International Certification Service) et le certificat Qualisap « Qualité de service des organismes exerçant des activités de services à la personne » (Bureau Veritas Certification).

ENCADRÉ N° 5 : LA CERTIFICATION

La certification, reconnue par l'Agence nationale de services à la personne (ANSP), est une procédure volontaire qui peut remplacer le contrôle de la qualité exercé par les autorités publiques pour les établissements ou services agréés ou autorisés :

Suite au décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 et à la circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n° 1-2007 du 15 mai 2007, la certification permet un renouvellement automatique de l'agrément : « *Pour les organismes certifiés, l'agrément est renouvelé tacitement dès lors que le champ*

⁴² Loi n° 2005- 841 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, dite loi Borloo

et le référentiel qualité de la certification répondent aux prescriptions légales et réglementaires relatives aux services à la personne... ». La certification, reconnue par l'ANSP, remplace ainsi le contrôle de la qualité par les autorités publiques.

Les structures autorisées dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002, si elles sont certifiées, bénéficient quant à elles, d'une dispense de l'évaluation externe imposée par cette loi.

Pour permettre le renouvellement automatique de l'agrément ou se substituer éventuellement en partie à l'évaluation externe, les conditions suivantes doivent être remplies :

- le champ de la certification couvre l'activité pour laquelle l'agrément a été délivré ;
- le référentiel utilisé est élaboré et validé conformément à l'article R. 115-8 du code de la consommation ;
- l'organisme certificateur bénéficie d'une accréditation par une instance reconnue et selon les normes européennes de la série 45000 ;
- la certification est effectuée tous les cinq ans ;
- les résultats de la certification sont communiqués au Préfet dans les mêmes délais que l'évaluation externe, qui les transmet de la même manière au Président du Conseil général.

Les certifications reconnues aujourd'hui par l'ANSP sont la norme NF X 50-056 Services aux personnes à domicile, le certificat Qualicert « Prestations de services à la personne » (SGS-International Certification Service) et le certificat Qualisap « Qualité de service des organismes exerçant des activités de services à la personne » (Bureau Veritas Certification).

Cette démarche est exigeante : la certification est obtenue pour une durée de 3 ans et il peut y avoir des contrôles annuels. Comparativement, l'évaluation externe est réalisée tous les 7 ans. De plus, elle repose sur une démarche d'amélioration continue de la qualité très largement inspirée – quand elle n'est pas explicitement citée comme pour la norme AFNOR – d'un outil développé pour l'industrie : la *Roue de Deming*. La certification est obtenue lorsque le service peut justifier de sa capacité à répondre aux exigences de ce principe. En d'autres termes, cette mesure porte sur la capacité d'adaptation des processus aux évolutions des attentes. Il s'agit non seulement de maîtriser les processus, mais également

de définir des procédures optimales qu'il faut, dans un effort continu d'amélioration, mettre progressivement en place. De ce fait, la mesure facultative recouvre un nombre plus important de dimensions de la qualité⁴³ et précise, pour chacune de ces dimensions ce qu'il faut faire.

3.2.2.3 - Les contrôles

Les modalités de certification de la qualité que constituent les autorisations d'exercer dans le secteur ou l'évaluation externe ont pour but de garantir au bénéficiaire une certaine conformité du service à ce qu'il attend à travers une « mise sous contrôle de la variabilité locale et sectorielle du process » (Cochoy, De Tersac, 1999)⁴⁴. Cependant, la certification n'élimine pas complètement les questions liées à l'asymétrie d'information, notamment celles des comportements opportunistes. Les contrôles ont pour objectif de maîtriser ce risque. L'enjeu est important pour la régulation du secteur car si ces derniers se révèlent inefficaces, la certification peut créer des rentes de situation qui n'incitent pas les services à améliorer la qualité si celle-ci ne correspond pas vraiment à la qualité attendue (Coestier, Marette, 2004). Dans le secteur du maintien à domicile, l'IGAS parle d'une « déficience de contrôle » : pluralité des domaines qui font l'objet des contrôles, pas ou peu de coordination entre les organismes chargés des contrôles, impossibilité de rentrer au domicile, lieu de réalisation de la prestation, sont autant de facteurs qui expliquent cette déficience. Le contrôle s'exerce en effet sur les conditions d'organisation et de fonctionnement des services par les conseils généraux pour les services autorisés ou les services du Préfet pour les services agréés. Le contrôle de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes relève des services de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) pour les services autorisés. Pour les services agréés, les articles L 313-1-1 et L 331-1 laissent entendre que

⁴³ 6 dimensions sont explorées dans la norme AFNOR : l'organisation et les responsabilités, les modalités de mise en œuvre du service, la gestion des ressources humaines, la gestion des documents qualité, l'évaluation de la qualité du service, l'amélioration de la performance du service.

⁴⁴ Franck Cochoy, Gilbert De Tersac, « Les enjeux organisationnels de la qualité, Sciences de la société », Toulouse, 1999.

le Conseil général ne dispose pas de pouvoir de contrôle sur les services agréés non autorisés, sauf celui relatif au plan d'aide et à l'effectivité des prestations financières par l'APA.

La protection économique (respect des règles d'information, des conditions de contractualisation, des conditions de concurrence sur le secteur etc.) est assurée par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF). Comme toute entreprise, les services prestataires sont aussi soumis au respect du code du travail et des conventions collectives. Les services agréés transmettent chaque année un rapport d'activité quantitatif et qualitatif aux services du Préfet, rapport qui peut motiver le retrait de l'agrément. Concrètement, les visites sur site sont peu nombreuses et elles s'arrêtent de toute façon à la porte du domicile. En réalité, ce sont les équipes chargées de l'établissement des plans d'aide dans le cas de l'APA ou de la PCH qui sont au plus près des données à collecter pour assurer le contrôle.

3.2.2.4 - L'ANESM

Dernier élément du dispositif de régulation de la qualité dans le secteur, l'ANESM. Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'ANESM remplace depuis la loi du 23 décembre 2006 le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale qui avait été créée par la loi du 2 janvier 2002. Cette agence est un Groupement d'Intérêt Public, constitué en 2007 entre l'État, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (aspect financier) et onze organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux. L'objet de l'Agence est de « *développer, à travers la promotion des pratiques d'évaluation, une culture de la bientraitance au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables - âgées, handicapées, enfants et adolescents en danger et personnes en situation d'exclusion* ».

Ses deux missions principales sont définies par le législateur :

- valider, élaborer ou actualiser des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les diffuser. En revanche, elle ne valide pas de référentiels. On se rappelle que ces recommandations sont citées comme des appuis à la démarche d'évaluation de la qualité organisée par la loi de 2002-2.

- habiliter les organismes extérieurs qui procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements ou services

visés à l'article L.312-1 du code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles font l'objet d'une programmation par « programme » dont les sujets recouvrent les principales thématiques des référentiels d'évaluation de la qualité. La majorité des recommandations publiées à ce jour concerne principalement les droits des usagers sur des questions autour de la bientraitance, du questionnement éthique, de l'expression et de la participation des usagers, de la qualité de vie, de la prévention des risques. On retrouve là la finalité affichée de l'évaluation de la qualité telle que nous l'avons vu ci-dessus. On note également un programme destiné au soutien aux professionnels à l'intérieur duquel sont publiées deux recommandations concernant l'évaluation interne et un programme dédié aux relations des établissements et services avec l'environnement. L'habilitation confie à l'ANESM un rôle pivot dans le dispositif d'évaluation de la qualité et à l'évaluation externe un rôle central dans la régulation du secteur : en garantissant la qualité de l'organisme, l'ANESM apporte des garanties de fiabilité, crédibilité, pertinence de l'évaluation.

Au final, le dispositif qualité du secteur apparaît aussi complexe que l'est le secteur lui-même. La législation sur la qualité est abondante : dans son enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées, l'IGAS parle de « fouillis législatif » peu propice à la compréhension des intentions publiques par les gestionnaires des services et peu aidante pour comprendre les caractéristiques de l'objet évalué : la qualité.

CHAPITRE 4 - UNE APPROCHE PLURIELLE DE LA QUALITÉ

L'analyse des différents référentiels qualité existant dans le secteur témoigne d'une approche plurielle de la qualité selon la catégorie de structures concernées. Cette pluralité aurait dû se fondre dans le référentiel de l'évaluation externe auquel l'ensemble des services, qu'ils soient autorisés ou agréés, doit se référer. Dans les faits, il existe un référentiel pour le régime de l'autorisation proposé par la loi de 2002-2, un référentiel pour le régime de l'agrément (initialement l'arrêté du 24 novembre 2005 abrogé et remplacé par l'arrêté du 26 décembre 2011) et un référentiel pour l'évaluation externe (décret du 15 mai 2007). A cette diversité s'ajoutent les trois référentiels des certifications volontaires qui, sous certaines conditions, permettent le renouvellement tacite de l'agrément ou dispensent de l'évaluation externe les services agréés et, depuis le 30 janvier 2012 sont pris en compte sous certaines conditions pour l'évaluation externe les établissements autorisés. Cependant, cette pluralité tend à s'amoinrir avec le temps : progressivement se met en place un système d'équivalence entre les référentiels assurant la convergence des approches⁴⁵. Nous présenterons donc les référentiels par ordre chronologique, montrant ainsi comment l'articulation progressive d'un objectif de développement du secteur des services à la personne par l'ouverture à la concurrence avec un objectif de protection de l'utilisateur dans le cadre du régime autorisé contribue à façonner la doctrine de la qualité dans le secteur de l'aide à domicile.

4.1- Le « référentiel qualité » dans le régime de l'autorisation

Dans le régime de l'autorisation défini par la loi de 2002-2, la qualité est approchée par des conditions très générales⁴⁶ mais qui, finalement, posent les

fondements d'un système qualité organisé autour d'une finalité centrale : le respect du droit des usagers. Cette finalité est réaffirmée par le ministère des solidarités et de la cohésion sociale qui, dans l'introduction d'une circulaire publiée en octobre 2011⁴⁷ écrit : « *L'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médicosociaux (ESSMS), prévue à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et introduite dans ce code par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, contribue à la mise en œuvre effective du droit de l'utilisateur à une prise en charge et à un accompagnement de qualité, adaptés à ses besoins (article L. 311-3, 3° du CASF)* ». S'assurer du respect du droit des usagers constitue ainsi le fil structurant l'évaluation de la qualité des prestations dans une logique de politique sociale organisant l'intervention auprès de publics fragiles et vulnérables. Et les outils de la qualité présentés par la loi de 2002-2 constituent les éléments tangibles et vérifiables de la réalisation de cet objectif. Il faut noter que ce référentiel a une portée nationale et est complété par des cahiers des charges définis par chaque département.

Le respect du droit des usagers vise la garantie de l'exercice des droits et libertés individuels à toute personne prise en charge dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'article L 311-3 du CASF précise les éléments constitutifs du droit des usagers : droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité

ments visés au b du 5° du I de l'article L. 312-1, aux besoins et débouchés recensés en matière de formation professionnelle ;

2°/ Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent code et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 ;

3°/ Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation, sauf en ce qui concerne les projets visés au II de l'article L. 313-1-1 ;

4°/ Est compatible, lorsqu'il en relève, avec le programme interdépartemental mentionné à l'article L. 312-5-1, et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 312-5-2, L. 313-8, L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, au titre de l'exercice au cours duquel prend effet cette autorisation.

47 Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.

⁴⁵ Le décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux JORF n°0026 du 31 janvier 2012 en est la plus récente preuve.

⁴⁶ Art L 314-4 du CASF. L'autorisation est accordée si le projet :

^{1°/ Est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève et, pour les établisse-}

et de sa sécurité ; droit au libre choix entre les prestations qui lui sont offertes dans le cadre d'un service à son domicile, droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité.

Des principes d'action sont posés pour garantir ce droit : donner une réponse adaptée à l'âge et aux besoins, rechercher systématiquement un consentement éclairé (ou le consentement du représentant légal lorsque la personne n'est pas en mesure de l'exprimer elle-même), assurer la confidentialité des informations concernant la personne, permettre l'accès à l'information relative à la prise en charge, donner une information sur les droits fondamentaux et permettre « *la participation directe de la personne à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne* ».

Des outils et des modalités d'organisation sont également rendus obligatoires pour garantir l'exercice effectif des droits mentionnés ci-dessus.

ENCADRÉ N° 6 : LES OUTILS DE LA QUALITÉ DANS LA LOI 2002-2

Pour assurer l'exercice effectif de ces droits, la loi prévoit un certain nombre d'outils que les établissements ou service doivent mettre en place pour être autorisés à fonctionner. Il s'agit :

- du livret d'accueil dans lequel sont insérés une charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel ;

- du recours possible à une personne qualifiée pour aider la personne prise en charge par un établissement ou un service à faire valoir ses droits. Cette personne est choisie sur une liste établie conjointement par le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général et elle rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle de l'établissement ;

- du conseil de la vie sociale, instance qui permet aux personnes prises en charge de participer au fonctionnement de l'établissement ou du service ;

- du projet d'établissement qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement.

La qualité dans le régime de l'autorisation repose aussi sur l'obligation de satisfaire aux démarches d'évaluation telles que la loi de 2002-2 les définit (évaluation interne et externe). Comme nous le verrons ci-dessous, cette obligation introduit de nouvelles dimensions de la qualité pour les services autorisés, mais la thématique du respect du droit des usagers est un aspect important d'un des quatre objectifs de l'évaluation externe.

4.2 - Les référentiels qualité du régime de l'agrément

À la différence du référentiel lié à l'autorisation que nous venons de présenter, celui concernant l'agrément a une portée nationale et fait donc l'objet d'un cahier des charges précis, qui a été d'abord publié en annexe de l'arrêté du 24 novembre 2005 et ensuite modifié par l'arrêté du 26 décembre 2011. Même si l'on peut noter une évolution dans les intentions de modélisation de l'action – évolution qui nous semble importante et sur laquelle nous reviendrons –, ces deux textes affichent, dans le cadre des prescriptions générales, la même finalité : établir une « *relation de confiance et de dialogue avec le bénéficiaire et son entourage familial et social* » et garantir le respect de « *l'intimité des personnes et des familles, leur culture, leur choix de vie, leur espace privé et leurs biens et la confidentialité des informations reçues* ». Les deux textes renvoient explicitement à l'article L 311-3 du CASF en précisant que « *le gestionnaire garantit aux bénéficiaires auprès desquels il intervient l'exercice des droits et libertés individuels, conformément à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles.* ». Le respect du droit des usagers constitue donc bien la finalité d'action commune et les moyens préconisés constituent « *des références qualitatives que le gestionnaire met en œuvre selon ses propres choix d'organisation* » Il (le gestionnaire) lui appartient de définir et de mettre en œuvre

*les modalités d'organisation, d'encadrement et de coordination des interventions de façon à assurer une prestation de qualité, de la maintenir dans le temps et d'en justifier l'effectivité dans le cadre des contrôles et procédures prévus à cet effet*⁴⁸. » Les deux textes se présentent donc comme des repères pour organiser la production de la prestation, le fonctionnement de la structure, l'évaluation, la gestion du personnel. Ils précisent un certain nombre d'objectifs d'action, laissant les structures définir concrètement leurs moyens à mettre en œuvre. Ils traitent tous les deux des conditions de l'accueil, de la personnalisation de l'intervention, des caractéristiques de l'offre, des modalités d'interventions, de leur suivi et évaluation, des questions de sélection et qualification du personnel. C'est en ce sens qu'ils encadrent l'action et constituent du point de vue du législateur des « références qualitatives ».

Cependant, l'analyse comparée des deux textes met en évidence une évolution de la conception du législateur quant au cadre de l'action. La présentation des prescriptions de ce deuxième référentiel témoigne d'une intention de production d'un cadre rationnel – voire rationalisant – de management des services.

Le tableau suivant en page 35 permet un aperçu de la structure comparée de chacun des textes.

On remarque d'emblée la différence dans l'organisation de la présentation des prescriptions : 10 chapitres pour l'arrêté du 24 novembre 2005 et 7 pour l'arrêté du 26 décembre 2011 alors même qu'un nouveau chapitre concernant spécifiquement les services mandataires a été introduit dans ce dernier arrêté.

Si le déroulé suit globalement le même fil conducteur, l'arrêté du 26 décembre 2011 présente les prescriptions en distinguant clairement celles qui relèvent de la mission principale des services, l'offre de prestations, et celles qui relèvent des fonctions support nécessaires à la réalisation de la mission. Cette présentation offre un support structuré d'analyse des activités et modalités de fonctionnement du service. Ce support permet notamment de distinguer les différents types

d'activités réalisées dans un service, celles qui sont en lien direct avec le résultat attendu, la valeur créée, celles qui organisent, soutiennent voire améliorent l'efficacité et/ou l'efficience des activités principales. On pourrait reconnaître ici le concept de chaîne de valeur développé par M. Porter pour analyser l'avantage concurrentiel des organisations⁴⁹ et en déduire une intention de rationalisation du management des services par l'application des prescriptions liées à la qualité. Les prescriptions de l'arrêté du 26 décembre 2011 distinguent, en effet, bien clairement, dans la partie II, les activités de production de la prestation – c'est d'ailleurs le titre donné à cette partie II : la production de la prestation et ce, dans l'ordre chronologique d'apparition des étapes du processus (accueillir et informer le bénéficiaire, analyser la demande et proposer une intervention individualisée, préparer l'intervention, réaliser l'intervention, assurer le suivi de l'intervention). Dans la partie III de ce même arrêté – Organisation et fonctionnement interne –, sont regroupés les facteurs et les objectifs d'organisation et de fonctionnement interne (Recrutement et qualification du personnel, sensibiliser et former le personnel, assurer la continuité des interventions et la coordination, améliorer la prestation en continu).

Cette volonté de clarification des activités des services s'accompagne d'un souci d'identification des différentes fonctions et responsabilités exercées par le personnel. En particulier, la responsabilité du gestionnaire par rapport à la mission et à la réalisation des objectifs de la structure est clairement affirmée⁵⁰, il est notamment responsable

⁴⁹ Michael PORTER, *L'avantage concurrentiel*, InterEditions, 1986. La chaîne de valeur décrit les différentes étapes qui déterminent la capacité d'une organisation à obtenir un avantage concurrentiel en proposant une offre valorisée par ses clients. Elle distingue les fonctions primaires qui assurent l'offre de produits ou de services et qui sont directement impliquées dans la création de valeur et les fonctions de soutien aux fonctions primaires qui en améliorent l'efficacité ou l'efficience.

⁵⁰ L'arrêté du 26 décembre 2011 énonce dans le 2° des prescriptions générales : « Le gestionnaire garantit aux bénéficiaires auprès desquels il intervient l'exercice des droits et libertés individuels, conformément à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles. » Cette responsabilité n'était pas écrite en tant que telle dans l'arrêté du 24 novembre 2005. Par contre, dans l'arrêté de 2005, seuls les intervenants établissaient une relation de confiance avec les bénéficiaires (1° des prescriptions générales). L'arrêté de 2011 positionne également le gestionnaire sur cette pre-

⁴⁸ 4° des prescriptions générales de l'arrêté du 24 novembre 2005 repris également au 4° des prescriptions générales de l'arrêté du 26 décembre 2011.

**STRUCTURE COMPARÉE DE L'ANNEXE PRÉSENTANT LE CAHIER
DES CHARGES RELATIF À L'AGRÉMENT QUALITÉ**

Arrêté 24 novembre 2005		Arrêté 26 décembre 2011	
Chapitres	Nb d'items	Chapitres	Nb d'items
I - Liste des activités relevant de l'agrément qualité			
II - Prescriptions générales	1-6	I - Prescriptions générales	1-4
III - Organiser un accueil de qualité	7-10	II - La production de la prestation Accueillir et informer le bénéficiaire Analyser la demande et proposer une intervention individualisée Préparer l'intervention Réaliser l'intervention Assurer le suivi de l'intervention	5-7
IV - Une proposition d'intervention individualisée	11-16		8-13
V - Clarté et qualité de l'offre de service	17-21		14-17
VI - Les modalités de l'intervention	22-38		18-21 22-26
VII - Le suivi et l'évaluation des interventions	39-43		
VIII - Sélection et qualification des personnes mettant en œuvre l'activité	align="center">44-47	III - Organisation et fonctionnement interne	27-31
		Recrutement et qualification du personnel	32-36
		Sensibiliser et former le personnel	37-43
		Assurer la continuité des interventions et la coordination	44-48
		IV - Obligations spécifiques au mode mandataire	49-62
IX - Composition du dossier de demande d'agrément	48-50	V - Composition du dossier de demande d'agrément	63-69
X - Dispositions particulières applicables aux services assurant la garde des enfants de moins de 3 ans	51-52	VI - Dispositions communautaires	70-71

de « *la mise en œuvre et de l'évaluation des prescriptions du présent cahier des charges* ». La fonction d'encadrant est identifiée en tant que telle. Elle concerne toutes les activités d'organisation, de soutien, de suivi et de management d'équipe permettant la prestation. Celle-ci est concrètement réalisée par les intervenants⁵¹. La mission du mandataire est également spécifiée dans une partie bien identifiée du décret. Leur rôle d'intermédiaire dans la gestion de la relation de travail entre l'intervenant et le bénéficiaire du service renvoie à des prescriptions centrées sur cette particularité (en sus des prescriptions communes aux autres modes d'intervention, c'est-à-dire toutes les prescriptions qui ne correspondent pas à la prestation en tant que telle puisque celle-ci relève du champ de décision du bénéficiaire)

Une approche quantitative des moyens émerge : le contrôle interne doit être réalisé au moins une fois par an (périodicité qui n'était pas donnée dans l'arrêté du 24 novembre 2005), il est demandé d'organiser au moins une formation des encadrants et des intervenants et au moins une information du public sur les problématiques de la maltraitance.

Parallèlement à cette rationalisation du cadre de l'action, disparaît la référence explicite aux caractéristiques du public « *vulnérable en raison de son âge, de son état de santé ou de son handicap* ». De même, a disparu la référence à la « *fonction sociale* » des actions mises en place.

Il nous semble qu'un nouveau paradigme de la gestion et du management des structures du secteur émerge avec ce dernier référentiel dont on peut penser qu'il aura un effet structurant compte tenu du régime d'équivalence de qualité entre les régimes autorisés et agréés, du droit d'option pour les services prestataires et des convergences recherchées entre les référentiels, notamment entre les référentiels obligatoires et les référentiels de la certification privée. Sans rentrer dans les détails, rappelons en effet qu'en l'état actuel de la législation, la certification des services agréés permet le renouvellement de l'agrément⁵² entre autres conditions si le champ de la certification couvre l'intégralité de l'activité

faisant l'objet de l'agrément, donc si l'activité répond aux exigences minimales fixées par le référentiel de l'agrément. De la même manière, et sous les conditions relatives au champ de l'activité et au référentiel utilisé, la certification dispense de l'évaluation externe. Comme elle accorde également le renouvellement de l'agrément, on peut penser que s'organise ainsi un recentrage des référentiels autour des principes de celui de l'agrément. L'analyse développée ici concerne bien les référentiels et non les modalités d'évaluation de la qualité. En effet, il ne s'agit pas de confondre les procédures selon lesquelles une structure obtient ou renouvelle son agrément avec celles auxquelles elle est soumise dans le cadre de l'évaluation externe. Dans le premier cas, c'est la structure qui apporte les preuves de sa capacité à respecter les engagements prescrits dans le cahier des charges, dans le second, c'est un organisme extérieur, reconnu pour ses compétences en la matière, impartial et indépendant qui assure l'évaluation. En limitant le risque de manipulation des données, l'évaluation externe donne une garantie de confiance considérée comme supérieure aux évaluations reposant sur la production de données fournies par la personne ou l'entité qui est évaluée. Il n'en reste pas moins que pour organiser un système d'équivalence entre évaluation externe, certification et renouvellement de l'agrément, il apparaît nécessaire à un moment donné de se référer à un même outil d'évaluation⁵³.

4.3- Le référentiel qualité de l'évaluation externe

Rappelons que l'évaluation externe s'inscrit dans la continuité du processus évaluatif mis en place notamment dans le cadre de l'autorisation puisque ses résultats impactent le renouvellement de l'autorisation. Elle répond aux exigences de la loi de 2002-2 selon lesquelles « *Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un*

scription.

51 27° de la partie III - Organisation et fonctionnement interne.

52 Encadré n° 5 ci-dessus présentant la certification.

53 Et ce alors même que l'article L 7232-5 du code du travail pose l'exigence d'équivalence de qualité entre les critères du Conseil Général pour l'autorisation et ceux du Préfet pour l'agrément.

cahier des charges fixé par décret. »⁵⁴ Ce cahier des charges fixe quatre objectifs à l'évaluation externe⁵⁵ :

Le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixe le cahier des charges de l'évaluation externe. Il fixe quatre objectifs :

1. Porter une appréciation globale
2. Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne
3. Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques
4. Elaborer des propositions et/ou des préconisations

Le premier objectif renvoie finalement à cinq types de critères : la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficacités et l'impact. Ce faisant, il introduit clairement dans la conception de la qualité les questions économiques.

Le second objectif est lui aussi spécifique à ce référentiel. Il renvoie à la nécessaire articulation entre les deux types d'évaluation et positionne l'évaluation externe comme l'élément déterminant du dispositif d'évaluation. Ce faisant, il inscrit l'évaluation externe dans une démarche d'amélioration continue, qui peut avoir du mal à se concevoir dès lors que l'évaluation externe fait l'objet d'une évaluation extérieure dont l'enjeu est également le renouvellement de l'agrément ou de l'autorisation.

Le troisième objectif se décline dans les quatre champs prioritaires d'évaluation suivants:

- le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations : il s'agit de mesurer l'effectivité de ces conditions de mise en œuvre, à partir de critères objectifs et mesurables de l'action conduite, en veillant à l'articulation entre projet individuel et mode de fonctionnement de l'établissement ou du service; à la sécurité des usagers et à la gestion des risques (y compris de maltraitance) ;

- l'établissement ou le service dans son environnement : insertion, travail en réseau, partenariats, ouverture, accessibilité ;

- le projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre, notamment en termes de cohérence et d'écart avec les besoins identifiés et avec les missions confiées à l'établissement ou au service ;

5. l'organisation de l'établissement ou du service, la façon dont elle contribue à la mise en œuvre effective des objectifs fixés, à l'amélioration continue des pratiques, au regard des moyens mobilisés.

Comme dans les autres référentiels présentés ci-dessus, la qualité se décline ici aussi dans la question des rapports aux usagers, dans l'organisation et le fonctionnement du service, dans le respect des bonnes pratiques professionnelles. Par contre, les questions de l'insertion de la structure dans son environnement, de son ouverture aux partenaires extérieurs, de sa capacité à satisfaire différentes parties prenantes, à s'inscrire dans le cadre des politiques publiques renvoient à des dimensions qui n'étaient qu'évoquées pour certaines dans les autres référentiels, alors qu'elles sont clairement posées dans le cadre de l'évaluation externe.

Enfin le dernier objectif introduit une dimension nouvelle de la qualité : la capacité à élaborer des propositions et/ou des préconisations « sur des aspects stratégiques et en second lieu sur des éléments plus directement opérationnels »⁵⁶. La structure est ici interrogée dans sa capacité à s'insérer dans son environnement, à s'adapter à ses évolutions et à participer à la politique publique. La qualité de l'offre tient aussi à la capacité stratégique de la structure c'est-à-dire à sa capacité à développer des projets pertinents au regard de la politique publique, avec des ressources adaptées. Cette dimension fait écho à la présentation de 2011 des prescriptions du cahier des charges de l'agrément

⁵⁴ Article L 312-8 : « Art. L. 312-8. - Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. « Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ».

⁵⁵ Chapitre II du cahier des charges relatif au décret n°2007-975 du 15 mai 2007.

⁵⁶ Chapitre II, section 4

ment où la distinction entre activités principales et activités de soutien témoignait d'une intention de rationalisation du management nécessaire pour faire face à l'environnement.

4.4 - Les référentiels de certification volontaire

4.4.1 - Présentation comparative des normes

Trois référentiels de certification sont actuellement reconnus par l'ANSP : la norme NF-X 50-056 Services aux personnes à domicile, le certificat QUALICERT « Prestations de services à la personne » (SGS-International Certification Service) et le certificat QUALISAP « Qualité de service des organismes exerçant des activités de services à la personne » (Bureau VERITAS Certification). La reconnaissance de ces trois organismes certificateurs peut être mise en lien avec le plan de développement des services à la personne dit Plan Borloo qui a créé une véritable ouverture sur le marché privé, pour les services à domicile. Face aux risques de création anarchique d'entreprises et d'emplois, c'est-à-dire sans étayage « déontologique », l'option a été prise de réguler le marché en recourant aux organismes de certification. Pour les pouvoirs publics, qui délèguent au COFRAC (Comité Français d'Accréditation) de désigner les certificateurs, il est plus facile de soutenir la démarche de certification lorsqu'ils sont face à plusieurs interlocuteurs.

Jusqu'en 2002, le certificat QUALICERT s'est affirmé, dans le champ des services à la personne, comme référentiel unique. En 2001, le référentiel NF produit par AFNOR, introduit sa propre norme et en 2009, cela a été au tour du certificat QUALISAP de forger son propre référentiel. Le choix des pouvoirs publics de reconnaître ces trois référentiels a reposé sur la volonté de stimuler le marché en l'ouvrant à la concurrence et d'affermir ses propres marges de manœuvre face aux organismes certificateurs en leur demandant d'intégrer tout ou partie de la législation de la loi de 2002-2 et de 2005. L'idée étant pour les pouvoirs publics d'assouplir les règles du marché d'accès à la certification notamment. On peut noter, par ailleurs, que les premières certifications, QUALICERT et NF, sont plus en rapport avec une doctrine de la professionnalisation et de la rationalisation managériale du secteur qu'en rapport avec le respect

de la réglementation, ce qui est le cas de QUALISAP. De même, le niveau d'exigence de certaines certifications produit des contraintes à respecter par les entreprises certifiées qui impactent les coûts de revient, modulant ainsi la rentabilité des entreprises. L'arrivée de QUALISAP, en 2009, correspond à ce qui semble être la nécessité d'assouplir les règles pour le secteur marchand, introduit sur ce marché depuis 1996⁵⁷ et dont la présence est renforcée par la loi du 26 juillet 2005 dite loi Borloo⁵⁸ l'objectif d'une entreprise privée étant d'être rentable et les entreprises doivent être libres de fixer leurs prix. Ainsi, l'esprit des certifications est-il aujourd'hui de développer des règles afin de définir le champ d'intervention, d'éviter que ce marché soit purement et simplement régulé par les prix, tout en laissant la liberté des prix. La certification n'est cependant ni une autorisation, ni un agrément à exercer dans le champ.

Pour exercer dans le champ de l'aide à domicile des personnes fragiles, deux démarches sont nécessaires : la démarche d'autorisation et la démarche d'agrément qualité. La démarche d'autorisation relève du code de l'action sociale et des familles et de la loi de 2002-2 du 2 janvier 2002. Elle concerne les établissements sociaux et médico-sociaux. La démarche d'agrément qualité dépend, quant à elle, et pour ce qui concerne le service d'aide à la personne (SAP), du code du travail et est placée sous la responsabilité de l'ANSP (Agence Nationale des Services à la Personne) qui en assure la gestion. Ainsi que le prévoit la loi de 2002-2, les associations prestataires autorisées peuvent utiliser un droit d'option qui leur permet d'être « agréées qualité », un tel agrément ouvrant la voie à une procédure plus simple et allégée. En effet, la DIRECCTE, (ex DDTEFP Direction départementale du travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle), est chargée du renouvellement

⁵⁷ Lois n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers, *Journal Officiel* du 30 janvier 1996. Mais dès 1987, la loi n°87-39 du 27 janvier 1987, portant diverses mesures d'ordre social, *Journal Officiel* du 28 juillet 1987 va inciter au développement de l'emploi direct auprès des particuliers notamment pour les personnes âgées de plus de 70 ans en introduisant une exonération des charges patronales et une exonération fiscale.

⁵⁸ Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, *Journal Officiel* du 27 juillet 2005

de l'agrément, et il existe un accord, au niveau de l'ANSP, qui permet aux structures certifiées de voir renouveler leur agrément qualité par tacite reconduction. Depuis 2007⁵⁹, conformément aux orientations de cette circulaire qui introduit un partenariat entre la DGCS, l'ANSP et la DGEFP, les différents organismes de certification se sont efforcés de dégager un socle commun sur la base duquel les entreprises autorisées ou « agréées qualité » peuvent postuler à la certification. La certification, quel que soit l'organisme certificateur, ouvre droit à une réduction d'impôts, à un allègement de certaines charges sociales du personnel, à un taux réduit de TVA, ainsi qu'à une dispense de l'évaluation interne et sous conditions de l'évaluation externe⁶⁰, ces dispenses concernant les trois organismes certificateurs. Or, ainsi que le met en évidence l'analyse comparative des trois certificats, leur niveau d'exigence en matière de prérequis pour la certification est loin d'être équivalent.

4.4.2 - Le certificat QUALICERT

La certification QUALICERT (qui correspond à la marque du groupe) a été développée à partir de 1999 par le groupe SGS (ex Société Générale de Surveillance) qui a été le premier certificateur sur le marché français de l'aide à domicile à se

positionner dans le champ de l'aide à domicile (« prestation de services à la personne »). SGS a été sollicité, à cette date, par le Syndicat des Entreprises et Services à la Personne (SESP) afin d'étudier l'intérêt d'une certification des services. Pour le responsable de projets (chargé du travail de conception des référentiels et des relations avec les pouvoirs publics), c'est en premier lieu dans le secteur privé (environ 40 structures certifiées, beaucoup moins dans le public) que la marque QUALICERT a été développée, avec, toutefois, une progression notable dans le secteur associatif. À l'heure actuelle, le référentiel en est à la version IV qui intègre les attentes de l'ANSP exprimées dans la circulaire du 24 novembre 2005⁶¹. QUALICERT prépare une version 5 qui doit intégrer le soutien scolaire ainsi que le soutien aux personnes dépendantes. Une réflexion est également en cours sur l'élaboration d'un référentiel spécifique pour les SSIAD, ces derniers ne souhaitant pas être apparentés au SAP (Service à la Personne). Le référentiel QUALICERT comprend des chapitres obligatoires et des chapitres optionnels⁶². L'objectif de la certification est d'offrir un critère de sélection pour le public. Celui-ci doit pouvoir, en effet, choisir la qualité de sa prestation en fonction de critères transparents et vérifiables. Le travail des structures sollicitant une certification va donc porter en priorité sur

⁵⁹ Notamment la circulaire DGAS/2C/DGEFP/ANSP n° 2007-263 du 15 mai 2007 relative à l'agrément des organismes de services à la personne, celle-ci complétant celle du 25 novembre 2005.

⁶⁰ Art 6.4.2.1. de la circulaire « Évaluation externe ». Les services qui auront fait l'objet d'une certification au sens de l'article R. 129-4 du code du travail, définie aux articles L. 115-27 à L. 115-33 et R. 115-1 à R. 115-12 du code de la consommation, sont dispensés de l'évaluation externe si la certification répond aux conditions suivantes :

le champ de la certification couvre l'activité relevant de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles ; le référentiel utilisé est élaboré et validé conformément à l'article R. 115-8 du code de la consommation ;

l'organisme certificateur bénéficie d'une accréditation par une instance reconnue à cet effet et selon les normes européennes de la série 45 000 ;

la certification doit être effectuée tous les cinq ans ;

les résultats de la certification sont communiqués au Préfet dans les mêmes délais que l'évaluation externe, qui les transmet, de la même manière, au Président du Conseil Général.

Art 6.4.2.2. de la circulaire « Évaluation interne » : le respect par l'organisme gestionnaire des dispositions n° 39 à 43 du cahier des charges relatif à l'agrément qualité le dispense de procéder à l'évaluation interne prévue à l'article L. 312-8 du code de l'Action Sociale et des Familles.

⁶¹ Voir la note 3 de cette section.

⁶² Les items de certification que nous avons extrait du plan de certification de QUALICERT concernent : la direction, les ressources humaines (au niveau du recrutement, de la formation, de l'évaluation) et du plan de progression), les ventes (au niveau de l'accueil du demandeur, de l'analyse de la demande d'un prospect, de l'établissement d'un contrat), la réalisation de la prestation (préparation de l'intervention, conduite et suivi de l'intervention), l'administratif et le financier, la facturation et l'encaissement, le système qualité, la spécificité liée au régime de l'autorisation et les processus infrastructures et achat de sous-traitance. Sont obligatoires les caractéristiques suivantes : A/ Un gestionnaire accessible et qui vous informe. B/ Une offre personnalisée et claire. C/ Un suivi rigoureux des interventions. D/ La maîtrise des intervenants. E/ Un suivi administratif organisé. F/ Un suivi régulier de la qualité de la prestation. G/ Spécificité pour le mode mandataire. H/ Spécificité assistance aux personnes âgées. Les caractéristiques suivantes sont optionnelles : I/ Engagement optionnel sur l'offre de service. J/ Engagement équipes stables et compétentes. K/ Engagement sur la qualité de la prestation. L/ Engagement sur la sécurité vis-à-vis des intervenants et des bénéficiaires. M/ Engagement sur les aspects administratifs et comptables.

la définition des critères d'accueil, d'offre et de suivi des interventions et sur l'engagement et les compétences des intervenants. En ce sens, cette certification se veut orientée « métier » (elle définit les compétences nécessaires à la qualité d'une prestation), mais vise aussi à être un outil d'engagement du management. Le document de certification repose entièrement sur l'investissement de la direction dans le projet. De même, le projet de certification insiste sur la nécessité de mettre en place des plans de progression, comme caractéristique de la démarche qualité et preuve de l'engagement de la direction. Il ne s'agit pas simplement, par conséquent, de vérifier la conformité à la réglementation, mais bien de se positionner au-delà de la circulaire de 2007 dans la mesure où la certification est aussi conçue comme outil d'encadrement à l'usage des managers et comme un instrument de motivation et de qualification du personnel. Le document de 75 pages environ qui est communiqué aux structures les enjoint à rendre effective la traçabilité de tout acte de sorte à rendre la prestation à la fois lisible et évaluable à partir de données tangibles et vérifiables. La SGS effectue deux contrôles sur trois ans, puis propose un renouvellement. Les contrôles sont effectués sur place et à partir de pièces fournies. Le certificat QUALICERT entend contrôler l'effectivité de la congruence entre le projet et sa réalisation, notamment pour tout ce qui concerne les phases d'accueil et d'orientation des demandeurs, en recourant à l'appel « mystère » (méthode consistant à vérifier la qualité de l'accueil téléphonique en se faisant passer pour un demandeur potentiel, non comme un évaluateur). Ce référentiel se veut évolutif et les entreprises certifiées sont amenées à se conformer au nouveau cahier des charges lors des renouvellements de certification. Comme le certificat QUALISAP et la norme NF, le certificat QUALICERT a été tenu de reprendre la réglementation du 24.11.2005, ainsi que la circulaire du 15 mai 2007, le référentiel devant donc intégrer, pour être reconnu par l'ANSP, les 47 points de cette réglementation. Au terme du processus de certification, les entreprises doivent être en conformité avec les soixante items retenus par le certificat QUALICERT.

4.4.3 - La norme NF

La norme NF d'AFNOR apparaît en 2002 sur le marché du service à la personne. Le référentiel

comprend 6 parties et s'applique avec des règles de certification NF 311⁶³. Ce référentiel a été sollicité auprès d'AFNOR par le groupe GERIAPA qui souhaitait notamment que le courant associatif (dans le sillage du certificat QUALICERT qui, lui, couvre le secteur marchand) puisse montrer la valeur réelle des services proposés. La caractéristique de la certification NF est d'être une norme qui s'applique à l'ensemble d'un secteur, ce qui la différencie d'un référentiel élaboré sur la base d'un partenariat plus restreint. Pour l'élaboration de la norme NF, un partenariat entre l'ensemble des acteurs publics et privés du champ du médico-social a été requis. L'objectif de la certification était de professionnaliser le secteur dans un contexte de forte progression de la demande d'accompagnement des personnes vieillissantes, la professionnalisation préconisée prenant appui sur une approche de la certification centrée sur le client de sorte à être véritablement en phase avec l'enjeu que représente l'intervention dans la sphère privée⁶⁴. Il s'agissait pour GERIAPA de permettre aux bénéficiaires de se défaire de leur suspicion à l'égard d'intervenants à domicile considérés comme des « bricoleurs », ces derniers devant désormais être reconnus comme de véritables professionnels. Pour ce faire, AFNOR

63 Les items suivants sont extraits du document Norme Française, AFNOR Service à la personne à domicile : 1/ Domaine d'application. 2/ Termes et définitions. 3/ Prestations de service à domicile, principes et cadre d'intervention, accueil du client, traitement de la demande, prestation de service à domicile. 4/ Mesure et amélioration continue de la qualité du service, traitement des réclamations, gestion des conflits, évaluation de la qualité de service perçue par le client, mise en place d'actions correctives et préventives. 5/ Compétences requises liées aux fonctions, accueil, traitement de la demande (offre de service), réalisation de la prestation, suivi et évaluation. 6/ Engagements de l'entité pour assurer la conformité au présent document, engagement qualité du responsable de l'entité, politique et objectifs qualité de l'entité, définition des responsabilités, procédures, modes opératoires. 7/ Instructions, enregistrements. Tous les points de la norme et des règles d'application sont obligatoires. Il n'y a aucun élément optionnel. AFNOR édite un deuxième document « Référentiel de certification » qui, lui, précise : le champ d'application, les engagements à respecter, les modalités d'admission à la certification, les modalités de valorisation de la certification, les modalités de suivi de la certification (extrait du plan du référentiel de certification NF311. du 08/07/2010).

64 Il est d'ailleurs envisagé, dans la nouvelle version élaborée, que la norme NF exerce des contrôles sur site, chez les clients.

place au cœur du principe de certification une approche déontologique qui encadre l'ensemble de la procédure. La norme NF est donc conçue comme un référentiel « métier » centré sur la satisfaction des besoins du client. À l'instar du certificat QUALICERT, elle entend dépasser la stricte exigence de conformité à la réglementation, l'esprit de la marque consistant à ne pas imposer à l'entreprise les moyens à mobiliser pour parvenir à la norme, cette dernière étant libre de les choisir selon ses ressources et son projet. Quoique le premier objectif affiché soit la professionnalisation, il ne faut pas oblitérer le fait que la norme NF se veut aussi un outil d'aide à la décision par l'évaluation. De ce point de vue, elle s'inscrit de plain-pied dans l'idéologie de la *Roue de Deming*, l'amélioration continue étant explicitement évoquée comme engagement à respecter (p. 13 du référentiel NF). Par ailleurs, la norme doit aussi contribuer à valoriser l'image de l'entreprise professionnelle aussi bien auprès des financeurs qu'auprès des clients, l'ensemble des items retenus devant être tracés, la preuve de la qualité passant par cette traçabilité. S'agissant de l'instruction de la demande et de l'audition, celles-ci sont réalisées par des auditeurs externes à la norme NF. Les auditeurs, autrement dit, qui ont accompagné les entreprises à la certification, ne peuvent être les auditeurs de contrôle. La norme NF dispose, en revanche, de ses propres auditeurs pour statuer sur l'éligibilité des postulants. Elle certifie, nous l'avons dit, à partir de ses normes⁶⁵, ce qui suppose une préparation spécifique pour les entreprises. L'implication et l'investissement du personnel peuvent s'avérer très importants pour les entreprises qui sont éloignées des critères de certification, le management participatif étant considéré comme une des conditions de l'appropriation, par l'ensemble du personnel, d'une approche déontologique de la qualité, ce dernier étant amené à la faire vivre et à la défendre. Ainsi, avant de déclencher une certification, la norme NF étudie donc la recevabilité de la demande afin de ne pas mettre l'entreprise en trop grande difficulté si son fonctionnement

⁶⁵ Se référer à la note de bas de page précédente concernant les champs d'applications des normes. Cette démarche se distingue donc de celle mise en œuvre par le certificat QUALISAP qui part des choix normatifs des entreprises pour établir une progression.

est trop éloigné de ses exigences. L'éligibilité porte donc non pas sur une promesse de mise aux normes, mais sur un engagement de mise aux normes effective.

4.4.4 - Le certificat QUALISAP

Le certificat QUALISAP, de Bureau VERITAS, a émergé en 2009 à la demande de la Fédération Française des Services à la Personne et de Proximité (FEDESAP). À l'origine de la demande, le souhait des PME de services à la personne d'être certifiées par un organisme reconnu, indépendant et capable de mettre en place un référentiel adapté à leurs besoins et à leurs moyens. Pour la FEDESAP, les référentiels AFNOR et QUALICERT étaient, en effet, trop exigeants et nécessitaient des moyens jugés hors de portée des PME. D'ailleurs, seules les entreprises de 0 à 30 ETP (c'est-à-dire les prestataires Entreprise Unipersonnelle à Responsabilité Limitée (EURL) et les entreprises d'intérim) sont éligibles à la certification QUALISAP. L'analyse du « référentiel de certification de services ⁶⁶ » met en évidence la conformité du référentiel proposé par l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité ». Ce référentiel⁶⁷ est conçu comme un guide méthodologique qui doit permettre aux entreprises de respecter la législation et de s'assurer la possibilité du dégrèvement d'impôts. L'objectif opérationnel de la certification est d'accompagner les entreprises à la simplification des procédures et au respect de la législation en vigueur notamment en matière de droit du travail⁶⁸. Le processus de certification, si on le compare aux deux référentiels, semble conforme aux attentes de la FEDESAP puisqu'il est beaucoup plus simple et nettement moins onéreux. En effet, la procédure de candidature n'exige pas de dossier préalable, et nombres de critères n'ont comme indicateurs de preuves que

⁶⁶ RE/QUALISAP/09 version 1 en date du 30/06/09. Qualité de service des organismes exerçant des activités de services à la personne. Agrément simple. Agrément qualité.

⁶⁷ Document composé d'une vingtaine de pages.

⁶⁸ Les items extraits du sommaire du référentiel de certification sont les suivants : 1/ Des moyens adaptés dans le respect de la déontologie métier et des bonnes pratiques professionnelles. 2/ Un accueil et une réponse transparente et sur mesure pour le particulier. 3/ La mise en œuvre d'une organisation qui permet d'assurer les prestations conformément aux engagements pris. 4/ Une politique de gestion des ressources humaines efficace. 5/ Un suivi de la qualité des prestations.

la déclaration de la personne interrogée. La preuve est toute contenue dans la sincérité du déclaratif. Le contrôle repose sur l'étude du parcours client et sur la continuité du service. Il est effectué auprès de la direction, de quelques membres du personnel administratif, d'intervenants et il donne lieu à une vérification de l'existence des pièces requises et à la conduite d'entretiens. Si aucun contrôle n'est effectué auprès du client, l'entreprise a, toutefois, l'obligation de collecter son point de vue. La certification, autrement dit, est attribuée sur la base d'un principe déclaratif et correspond à la formalisation de ce que les entreprises mettent déjà en œuvre. Le certificat QUALISAP souhaiterait moduler le niveau d'exigence des autres certificateurs et propose pour cela une pédagogie spécifique : pour les entreprises qui le souhaitent, le référentiel propose une faible marge de progression de sorte à ne pas mettre les structures en échec. L'intérêt est de permettre l'obtention de la certification à des entreprises qui sont, en général, très peu structurées, puis de les accompagner, au fur et à mesure du temps, dans la montée en charge du niveau des exigences de la certification. Le certificat QUALISAP doit donc être en mesure d'évaluer, parmi les entreprises qui postulent, lesquelles sont susceptibles de remplir les exigences minima de la qualité et lesquelles sont susceptibles d'évoluer. La certification est attribuée après une journée d'intervention sur site, les auditions étant réalisées à 75% par les personnels de QUALISAP, les 25% autres pouvant être sous-traités à des auditeurs externes. Pour ce référentiel orienté « clients », la qualité résulte donc du bon déroulement de la globalité du système, la garantie de qualité étant rapportée en priorité au respect de la réglementation.

4.4.5 - Convergences et divergences entre les certifications

Quel que soit le référentiel retenu, les trois principales certifications des services assurent leur fonction d'assurance qualité : au travers d'une preuve de conformité à un référentiel, elles fournissent une garantie essentielle aux clients pour que ceux-ci aient confiance. Elles délivrent des informations sur ce qu'ils sont en droit d'attendre du service, leur donnant ainsi théoriquement des éléments de choix avant même la consommation de la prestation. De ce fait, les certifications participent à la régulation du marché par les signes de qualité qu'elles envoient. Encore faut-il que

ces signes fassent sens pour les clients et que la demande soit autant fonction de la qualité que du revenu. Or il semblerait que la demande de prestations d'aide à domicile soit certes fonction des besoins, mais également extrêmement dépendante des financements publics⁶⁹. Dans ce contexte, les exonérations fiscalosociales permettent de soutenir la demande et, associées aux certifications, elles favorisent également une demande pour un niveau minimal de qualité.

Toutes les trois articulées à l'évaluation externe, ces certifications participent à l'homogénéisation des pratiques et à la structuration du secteur dont on a souvent décrié la diversité. Elles intègrent également dans leur proposition la diversité des niveaux de qualité et proposent un audit avant de rentrer dans la démarche de certification (AFNOR) ou une démarche progressive (Bureau VERITAS) pour ne pas mettre les structures en échec. Ces principales convergences ne doivent cependant pas masquer les divergences.

Bien que les trois organismes de certification dépendent étroitement de l'ANSP pour toute la partie réglementaire qui joue un rôle déterminant pour l'obtention de leur accréditation à certifier, les référentiels qu'ils proposent se distinguent sur de multiples points. En premier lieu, le niveau de preuve de la qualité est théoriquement plus élevé pour la marque NF que pour les certificats du fait des différences d'exigence à respecter pour la production des référentiels correspondants. La marque NF relève en effet d'un processus de production de normes dont la finalité et la méthodologie sont définies de la manière suivante :

- « *La normalisation est une activité d'intérêt général qui a pour objet de fournir des documents de référence élaborés de manière consensuelle par toutes les parties intéressées, portant sur des règles, des caractéristiques, des recommandations ou des exemples de bonnes pratiques, relatives à des produits, à des services, à des méthodes, à des processus ou à des organisations.* » (Décret n° 2009-697 du 16 juin 2009 relatif à la normalisation, JORF n°0138 du 17 juin 2009).
- Les certificats QUALICERT et QUALISAP n'ont pas cette obligation d'intérêt général et de métho-

⁶⁹ François Xavier DEVETTER, Florence JANY-CATRICE, Thierry RIBAUT, *Les services à la personne, Collection Repères, Edition La Découverte, 2009, p. 49.*

dologie d'élaboration consensuelle. Leur qualité est reconnue par l'accréditation par le COFRAC des entreprises qui les ont développés (SGS et Bureau Veritas).

Le premier suppose la réunion d'un partenariat élargi pour édicter des normes dans un esprit de consensus alors que les deux suivantes proposent des certifications élaborées par des acteurs spécifiques en référence à la réglementation. Le niveau d'exigence du certificat QUALICERT se rapproche de celui de la norme NF, les deux étant soucieux de faire de la certification un outil de management et de construction de preuves factuelles capables de démontrer la qualité de ses prestations.

L'analyse des référentiels, ainsi que les entretiens réalisés avec les responsables de projets de chaque entité certificatrice, montrent qu'il co-existe bien deux conceptions (ou stratégies) de la qualité : une conception qui consiste à exiger, dès le départ, un niveau de pratiques « certifiables » et les entreprises qui le souhaitent peuvent être accompagnées, dès la première demande, dans la réussite de la certification. Cette conception vise à faire de la qualité une réalité attestée plus qu'un projet en devenir. Les postulants à la certification NF et QUALICERT doivent ainsi prouver qu'ils répondent aux exigences d'une certification dont les critères normatifs sont conçus en dehors de leur savoir-faire usuel et ils doivent accepter le fait qu'ils seront contrôlés objectivement sur la mise en œuvre effective des items retenus. Pour ce qui est du certificat QUALISAP, on l'a vu, le principe de certification repose sur le déclaratif et s'inscrit dans une dynamique de pédagogie « progressiste » qui vise à accompagner les entreprises vers l'excellence à partir de la reconnaissance de leur organisation actuelle, celle-ci devant respecter a minima le cahier des charges de 2007 qui est surtout axé sur le respect du code du travail. Ainsi la qualité est-elle perçue comme un minimum en dessous duquel l'entreprise ne doit pas descendre au risque d'apparaître en situation d'illégalité au regard de la circulaire et du droit du travail. Cette conception minimaliste de la qualité sert, toutefois, de critère de définition de la non qualité au certificat QUALISAP, non qualité qui se traduirait par une forme de maltraitance réglementaire à l'égard du personnel. Se pose la question de savoir, concernant le principe de certification de QUALISAP, ce qu'il advient des entreprises qui font le choix de rester au niveau de la qualité proposée dans le document de certification. Surgissent également

d'autres interrogations quant à l'équivalence de ces différentes certifications. Force est de constater, en effet, que les degrés d'exigence en termes de qualité ne sont pas les mêmes, alors que toutes trois ouvrent aux mêmes dégrèvements et dérogations. Les tarifs pratiqués par les différents organismes de certification ne sont pas non plus équivalents, du fait même du niveau d'exigence requis par les uns et les autres. Globalement, les tarifs demandés pour l'obtention de la norme NF sont trois fois plus élevés (ceux du certificat QUALICERT étant un peu moins élevés) que ceux demandés pour le certificat QUALISAP. On peut se demander si le principe même de certification⁷⁰ ne souffrira pas d'un discrédit du fait que cette disparité de prix pourrait encourager une approche minimaliste au moindre coût, moindre effort pour les mêmes avantages. La cohérence recherchée entre respect de la réglementation, satisfaction du client et professionnalisation du secteur qui était annoncée au niveau politique, risque fort d'être mise à mal. Il risque de se produire un processus de dualisation entre les certifications qui se traduirait par une dérégulation et libéralisation à l'intérieur même d'un processus législatif qui se voudrait homogénéisant et unifiant. Dans ce contexte, on peut se demander dans quelle mesure les entreprises n'ayant pas obtenu la certification NF ou QUALICERT ne seront pas tentées, dès lors qu'elles disposeront de moins de 30 ETP, d'en obtenir une à moindre coût en se tournant vers le certificat QUALISAP.

Le processus de certification semble tenir actuellement grâce à la réputation d'AFNOR dans ce domaine, talonnée par celle de SGS. On pourrait faire l'hypothèse que cette réputation est liée à la taille et à l'âge des sociétés en question⁷¹. En réalité, les modalités d'accompagnement des structures dans

⁷⁰ Si ce n'est de servir de laboratoire avancé et ou sous traitant privatisé ayant une délégation de contrôle réglementaire et agissant pour le compte d'un tiers, en l'occurrence certains services publics qui n'ont plus les moyens de l'exercer.

⁷¹ SGS est fondée en 1878 et compte aujourd'hui en France 2100 personnes.

Site www.fr.sgs.com/fr/in_brief_fr AFNOR créée en 1926 rassemble 1231 personnes (2010, rapport d'activité). Le Bureau Veritas apparaît sur le marché en 1995 et compte 220 personnes.

http://www.bureauveritas.fr/wps/wcm/connect/bv_fr/local/home/aboutus/ourbusiness/certification/certification+to+know+more+v2

la démarche de certification sont déterminantes, comme le lecteur le lira dans la section consacrée aux gestionnaires. Ceux qui ont fait le choix de la certification NF⁷² attestent du soutien et de la mise en forme des pratiques que la certification a induit. Cela étant, nous n'avons pas rencontré d'entreprises certifiées QUALISAP, l'échantillon de la recherche étant composé d'entreprises de plus de 30 ETP. Sans doute convient-il de ne pas réduire le référentiel à ces dimensions financières, la demande de certification ne répond pas qu'à un désir de conformité réglementaire qui pousserait les entreprises à se tourner vers les organismes certificateurs pratiquant les tarifs les plus bas. Et le fait d'être conforme au droit ne paraît pas, en effet, une condition suffisante pour parler de qualité. Sans doute que nous avons là une condition nécessaire, mais il semble bien que le référentiel de certification doive contenir une portée supra-réglementaire pour que l'on puisse véritablement parler de qualité, cette dernière renvoyant aussi bien à la prise en compte de la satisfaction du client, qu'à l'animation des équipes de travail dans le champ de l'intervention à domicile.

L'ensemble de ces dispositifs d'évaluation de la qualité donne à voir les conceptions normatives et prescriptives de la qualité où l'État cherche à articuler un objectif d'assurance qualité avec un objectif d'amélioration continue de la qualité, une mesure obligatoire et une mesure facultative.

4.5 - Assurance qualité et amélioration continue de la qualité

L'agrément, l'autorisation et l'évaluation externe vérifient la conformité des services aux préconisations. La démarche d'évaluation interne, qui doit s'articuler avec l'évaluation externe, relève d'une logique d'amélioration continue de la qualité. Elle permet d'impliquer tous les professionnels qui, de fait, sont les premiers contributeurs de la qualité du service. Elle permet également de faire évoluer les

structures dans un processus continu d'amélioration. En effet, comme le précise la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM au sujet de la mise en œuvre de l'évaluation interne⁷³, « le constat d'écart et d'effets non attendus n'est pas « négatif » mais productif. Il doit permettre la promotion d'une meilleure cohérence de l'action avec les missions d'intérêt général et d'utilité sociale, comme avec les besoins, les attentes, les appréciations des usagers. »

Dans l'industrie, ces démarches se sont développées dans un contexte de concurrence croissante où la qualité devenait un élément de différenciation et où le pouvoir d'achat progressait. Dans le secteur médico-social, c'est l'État qui privilégie ce type de démarche : on peut faire l'hypothèse qu'il s'agit de contourner la difficulté de définir *a priori* les caractéristiques du service tout en voulant donner aux usagers un signe de confiance quant à la capacité des structures à améliorer la qualité du service rendu. On peut également y voir l'intention de l'État de se donner les moyens d'ouvrir la « boîte noire » que représentent les structures, puisqu'elles doivent nécessairement donner à voir une partie de leur mode de fonctionnement au cours de l'évaluation externe qui s'en suit. On peut enfin voir dans l'obligation qui est ainsi faite aux structures de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue une prescription d'amélioration qui aurait d'autant plus d'impact sur les structures qu'elle serait produite par les professionnels de ces mêmes structures. En d'autres termes, si les niveaux de qualité minimale sont définis par l'État, ce sont les professionnels du secteur eux-mêmes qui en définissent la progression. La démarche d'amélioration continue permet de rendre aux professionnels la maîtrise de la qualité dont ce même État les avait dépourvus au nom du respect du droit des usagers et de l'égalité de traitement des individus. Ce que la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM au sujet de l'évaluation interne intègre voire même dépasse lorsqu'elle englobe dans la démarche l'ensemble des parties concernées et en parlant d'exercice de citoyenneté. « La démarche se veut participative, elle repose de manière essentielle sur le croisement des perspectives, intégrant

72 Une des entreprises nationales que nous avons interviewée a déclaré être d'abord certifiée QUALICERT, puis NF. Elle déclare être passée d'une certification à l'autre pour une question de réputation de la marque NF. Elle n'a formulé aucune critique à l'égard de QUALICERT. Elle a donc accepté d'accroître son coût de certification pour accéder à la réputation de la marque NF. Ce qui peut donc démentir le risque de voir les certifications tirées vers le bas. Cela étant, notre exemple concerne une entreprise composée de plusieurs centaines de salariés, le surcoût provoqué par le passage de QUALICERT à NF doit être totalement marginal pour le budget global de l'entreprise.

73 ANESM, Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du CASF, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mars 2008.

l'ensemble des acteurs concernés : professionnels, usagers, entourage, partenaires, bénévoles... Elle est un exercice de la citoyenneté au sein des établissements et services ».

4.6 - Mesure obligatoire, mesure volontaire

La coexistence d'une mesure obligatoire avec une mesure volontaire de la qualité pour un même secteur peut interroger : elle pose, en effet, la question de l'articulation entre une logique de l'évaluation de la qualité pilotée par l'État et inscrite dans un processus d'organisation et de régulation du secteur, et une mesure à l'initiative des services, plus exigeante et aujourd'hui, partiellement reconnue par l'État. On peut faire l'hypothèse que la montée en puissance de mécanismes volontaires de certification est liée au déficit - ou tout le moins à l'assouplissement - de la régulation publique de la qualité et constitue une réponse partielle à l'exigence de garantie de qualité pour les usagers qui voient l'offre de services se développer dans un environnement de plus en plus concurrentiel (Petrella, Richez-Battesti, 2009)⁷⁴. L'IGAS également en 2009 parlait « *de l'externalisation, voire de la privatisation du contrôle de la qualité* »⁷⁵. Il nous semble que cette analyse est aujourd'hui en train de perdre le fondement qu'elle avait en 2009 pour plusieurs raisons :

Première raison, la certification volontaire est une démarche qui concerne l'ensemble du secteur des services à la personne, pas uniquement le maintien à domicile d'un public fragile. Il aurait été difficile de soustraire à la démarche volontaire une partie du secteur du fait des caractéristiques du public qu'il prend en charge, et ce d'autant plus que certaines structures développent à la fois des services de confort et des services destinés aux personnes fragiles.

Deuxième raison, la lenteur avec laquelle le dispositif institutionnel de la qualité s'est structuré. Il faut attendre 2007 pour que soit créée la structure qui produira les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Or, le législateur demande explicitement aux services

de s'appuyer sur ces outils pour l'évaluation interne ou externe. De même, l'habilitation effective des organismes n'a commencé qu'en 2010, la mise en place du dispositif ayant nécessité les premières années de fonctionnement de l'agence. L'évolution des besoins et la recherche de l'efficacité publique mettent aujourd'hui au cœur des réflexions les questions de tarification. Dans ce contexte et compte tenu des enjeux que représente ce secteur pour l'emploi, la question de la régulation de la qualité apparaît au centre des préoccupations de l'État. On en veut pour preuve l'analyse de l'évolution du référentiel de l'agrément comme nous l'avons démontré ci-dessus.

Troisième raison, la certification volontaire permet l'ouverture du marché des outils de la mesure de la qualité. Par la comparaison des outils qu'elle permet, la dynamique qu'elle instaure, cette ouverture est un facteur facilitant l'adéquation entre l'évolution du marché et l'évolution des outils de mesure d'une caractéristique de ce marché : la qualité qui s'y échange.

Quatrième raison, la certification volontaire est un moyen donné aux professionnels pour se réapproprier les questions de la qualité, non plus dans la singularité de leurs pratiques, mais dans un cadre normé et commun à tous. Aujourd'hui, se développe ainsi toute une activité de production de labels à l'initiative des professionnels du secteur. Cette effervescence peut étonner dans la mesure où il existe déjà des certificats reconnus dans le secteur et que ces labels n'ont pas l'autorité des trois certificats reconnus. En particulier, ils ne peuvent pas assurer le renouvellement de l'agrément. Il faut y voir là sans doute la mobilisation par les professionnels du secteur de la fonction première de la certification : donner des signes de qualité au marché de manière à l'informer des différences entre les offres. En quelque sorte, la certification exerce une fonction commerciale en permettant aux services de se valoriser sur le marché. C'est d'ailleurs la première motivation des gestionnaires (directeurs et responsables qualité) pour s'engager dans une démarche de certification d'après l'enquête réalisée en 2009 par AFNOR⁷⁶.

⁷⁴ Francesca PETRELLA, Nadine RICHEZ-BATTRESTI, 2009, *Régulation de la qualité dans les services à la personne en France, l'Economie sociale et solidaire entre innovation et isomorphisme ?* Revue Management et avenir, n°35, pp. 273-292.

⁷⁵ IGAS, *op. cit.*, p. 27, 2009.

⁷⁶ AFNOR Certification, *La certification au service de la professionnalisation des services à la personne, Enquête février 2009. Valoriser l'image de la structure est la première motivation pour 54% des répondants pour s'engager dans une démarche de certification de services.*

Enfin, la certification volontaire est un moyen supplémentaire pour voir ce qui se fait dans la structure et pallier les déficiences des contrôles administratifs.

CHAPITRE 5 - VERS UNE COEXISTENCE CONFLICTUELLE DES CONCEPTIONS SOLIDARISTE ET LIBÉRALE DE L'AIDE À DOMICILE ?

La section précédente a restitué les efforts de l'État pour coordonner les différentes modalités d'intervention qui correspondent finalement à deux histoires et perspectives philosophiques différentes. En effet, en agençant les données précédentes dans la perspective d'une discussion sur l'idéologie sous jacente aux définitions de la qualité et aux instruments privilégiés pour la mesurer, on remarque rapidement que, sous le vocabulaire générique de « service à la personne »⁷⁷, l'intervention à domicile renvoie à deux missions différentes. L'une concerne l'aide à la personne, et l'État contribue à fortement à la structurer en défendant, comme nous allons le voir, une conception solidariste de l'intervention ; l'autre concerne le service à la personne, cette mission est structurée par le marché où employeurs-particuliers et professionnels s'entendent de gré à gré pour définir les tâches à effectuer à domicile et convenir de leurs conditions de réalisation. La présente section vise à rappeler les contextes d'émergences de ces différentes missions et à cerner les enjeux qui émergent du fait de leur rapprochement qui s'est opéré courant les années quatre-vingts dix. En effet, au fur et à mesure du temps, un courant de pensée se fait jour au sein de l'État comme chez les acteurs du marché selon lequel l'aide à la personne peut être envisagée comme l'est le ser-

vice à la personne. D'où la question de savoir si, à partir du moment où les critères qui la définissent sont réputés comparables à ceux des services à la personne, le secteur de l'aide à la personne ne ressortirait pas du marché. Au-delà du débat portant sur la pertinence des critères utilisés pour définir la comparabilité des « prestations », le débat idéologique se porte sur les conceptions sous jacente à la mission selon que les acteurs estiment que l'aide à domicile relève fondamentalement de l'entente libre entre particuliers et professionnels ou d'une politique sociale qui en structure les conditions d'accès. La présentation épurée et cependant contextualisée de l'avènement de ces deux conceptions de l'intervention à domicile, solidariste et libérale, introduit ainsi aux enjeux idéologiques actuellement à l'œuvre au sein de la sphère institutionnelle d'une part, et permet de saisir, sur le terrain, les raisons pour lesquelles ces deux courants en viennent à retenir des critères différents pour définir la qualité de la prestation et les outils de sa mesure d'autre part. Si nombre d'acteurs de terrain, comme nous le verrons au chapitre suivant, tentent d'inventer une logique hybride entre conception solidariste et libérale de l'intervention, en combinant modalités d'intervention et critères d'évaluation de la qualité, leurs « alternatives » ne fondent pas pour autant une nouvelle conception, elles ne font que hiérarchiser différemment des critères et des outils qu'elles puisent dans les deux approches existantes et que nous allons maintenant définir.

La conception solidariste. – La conception solidariste prévaut à partir des années soixante dès les premières politiques de maintien à domicile développées par l'État. L'usage de ce terme renvoie à la philosophie de Léon Bourgeois selon laquelle la solidarité est la « *responsabilité mutuelle qui s'établit entre deux ou plusieurs personnes* » ou encore un « *lien fraternel qui oblige tous les êtres humains les uns envers les autres, nous faisant un devoir d'assister ceux de nos semblables qui sont dans l'infortune* »⁷⁸. Cette politique peut être qualifiée de solidariste car elle s'inscrit, sur la période qui va des années cinquante aux années quatre-vingts dix, dans le prolongement de celle de l'assistance sociale auprès des plus démunis en marquant cependant une inflexion importante. En

⁷⁷ C'est le terme officiel retenu depuis 2005 par l'Agence Nationale des Services à la Personne. Ce terme regroupe diverses prestations soumises à des agréments différents. Un premier groupe de prestations nécessite un « agrément qualité » dispensé par la DIRRECTE et concerne les activités d'aides à la personne fragile (personne handicapée, enfant de moins de trois ans, personne vieillissante dépendante). Le second groupe d'activités peut faire l'objet d'un « agrément simple » (appelé aussi « déclaration ») et concerne les services à la personne, terme antérieurement réservé pour désigner les activités domestiques (repassage, ménage, jardinage) auprès des particuliers.

⁷⁸ Solidarité, (1931) L. Bourgeois, Armand Colin et Cie, éditeurs, 1896 pour la première édition.

1953, un décret réforme les lois d'assistance pour fonder ce qui sera l'aide sociale. Ce changement sémantique, - le terme d'aide se substitue à celui d'assistance à partir de cette période -, signifie clairement la volonté de l'État de sortir d'une politique de la main tendue au profit de l'instauration d'une politique de droits. Le solidarisme sort l'assistance du registre de la charité qui en appelle à la conscience individuelle pour l'introduire dans celui de la solidarité collective au nom de la fraternité qui lie les hommes en société. Dès les années soixante, l'État républicain se préoccupe du vieillissement de la population, et le rapport Laroque publié en 1962 sur ce sujet, préconise clairement une politique sociale de maintien à domicile. Il s'agit d'en finir avec le placement en hospice jugé dégradant pour la personne humaine et de considérer la personne vieillissante comme un citoyen à part entière. Cet encouragement à une politique de maintien en milieu naturel verra dans un premier le développement, auprès de la personne vieillissante dépendante, des services d'aides ménagères et d'auxiliaires de vie temps, puis dans un second temps et avec la loi de 75, celui des services de soins à domicile (Join-Lambert M-T, 1997, p 489 et suivantes). A cette période, l'intervention de l'État se concentre fondamentalement sur le public vulnérable et démuné tant du point de vue des réseaux familiaux que du point de vue des ressources. Cette conception solidariste (qui passe donc par la redistribution de l'impôt) centrée sur les plus démunés s'élargit en 1987 avec le développement du secteur associatif qui accompagne la réponse aux besoins de retraités dont la solvabilité croît au regard des générations précédentes. Le secteur de l'aide à domicile prend son essor, encouragé par un ensemble d'incitations fiscales, l'accroissement des ressources des familles modestes, des politiques publiques attractives en faveur de l'emploi. Cette politique d'aide au maintien à domicile va, à partir des années quatre-vingts, concerner la prise en charge de situations assez hétérogènes : l'intervention concerne la prévention de la dépendance auprès des jeunes retraités, - et dans ce cadre se sont développées les associations proposant des activités sociales à domicile ou d'accompagnement, - et la prise en charge de la personne dépendante. Une concurrence se développe entre ces services associatifs d'aide à domicile sur fond de crise financière que l'État reporte sur la gestion des secteurs transférés aux conseils généraux. Cette double dynamique

d'accentuation de la contrainte budgétaire d'un côté et de développement des besoins de l'autre favorise l'intérêt pour une « marchandisation »⁷⁹ du secteur de l'intervention sociale, l'idée étant d'industrialiser le secteur dans l'objectif d'une gestion plus efficace des dépenses sociales. L'industrialisation du secteur s'intensifie au cours des années 90, par l'accroissement de la productivité des services et leur standardisation. Cette industrialisation par la mise en concurrence des différents acteurs se déroule en plusieurs temps, chacun d'eux concourant à infléchir l'univers des référents solidaristes couramment usités dans le champ de l'intervention sociale publique. Dans un premier temps, la rationalisation de la gestion de l'intervention sociale conduit à substituer la logique du coût à celle du besoin et à introduire la logique managériale comme nouveau mode de gouvernance dans les services publics. Ce choix se traduit par le recours à la sous-traitance des missions de service public, avec une forte valorisation du secteur associatif. Cette sous-traitance fonctionne conformément aux principes du « marché » en combinant les logiques d'appels d'offres visant la mise en concurrence, la désignation de « prestataires de service » à partir du critère du « mieux disant et le moins disant » et l'évaluation des résultats dans laquelle le critère l'efficacité commence à l'emporter sur celui d'efficience. De fait, la notion de qualité tend à se centrer sur la satisfaction du client plutôt que sur la qualité des moyens mis en œuvre. Dans un deuxième temps, ces pratiques de mise en concurrence se généralisent à l'intérieur du marché spécifique au champ de la délégation de service public et dans lequel s'achètent et se vendent les prestations de missions de service public. De même, la procédure d'appel d'offre se généralise comme étant la procédure incontournable d'appréciation des services proposés. Dans un troisième temps, la culture marchande et entrepreneuriale devient considérée par les directeurs de services comme la culture légitime à partir de laquelle les critères de qualité des prestations doivent être définis. L'importation de l'univers référentiel entrepreneurial, jusque-là étranger au monde de l'intervention sociale, conduit à la relative standardisation de la prestation dans un

⁷⁹ Notion que nous empruntons à Michel CHAUVIERE, *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète marchandisation, La découverte, 2007.*

contexte paradoxalement favorable, avec la loi de 2002-2, à la prise en compte de la singularité de l'usager. Cette nouvelle logique brouille le rapport entre offre et demande. Là où antérieurement prédominait la difficulté d'intégrer une demande personnalisée dans un système de qualité homogénéisé, domine aujourd'hui l'injonction d'une singularisation des réponses aux attentes. C'est dans ce mouvement de montée en charge de la standardisation des dispositifs et de la relative reconnaissance de la complexité de l'intervention sociale, que les services passent de l'intervention militante à l'intervention professionnalisée. L'idée défendue est que l'accroissement de la qualité de la prestation passe par la professionnalisation du personnel, professionnalisation qui doit aussi permettre de fidéliser ce personnel dans l'emploi et lui garantir un parcours possible dans le champ de l'intervention. Le quatrième temps résulte des trois premiers : l'usager (l'ayant droit) est transmué en client, la loi 2002-2 consacrant son point de vue comme critère essentiel de définition de la qualité de la prestation. Le rapport entre professionnel et client se marchandise lui aussi du fait que s'accroît entre les protagonistes la recherche de compromis entre la nécessité d'accroître les gains de productivité (ce qui se traduit par la maîtrise du temps consenti à l'usager) et l'atteinte de la satisfaction du client (qui tend à se traduire par une demande d'allongement du temps de la prestation). Cette recherche d'un nouvel équilibre tient aussi aux systèmes d'évaluation et aux démarches qualité qui encadrent de plus en plus fortement la relation qui s'établit en professionnel et client. Tout au long de la décennie 90, cette marchandisation est restée circonscrite au champ des services à but non lucratif autorisés, tarifés, et soumis à la fois à des conventions collectives et à une réglementation exigeant des quotas de personnels diplômés dans les effectifs. Ces services seront invités à optimiser leurs moyens à défaut de pouvoir augmenter leurs tarifs. Dans cette perspective, la concurrence porte sur la comparaison entre la qualité de prestation au regard d'une structuration comparable des prix et d'une affectation comparable des moyens (qualification des personnels, politiques de formation, contraintes et respect des conditions de travail, politique de régulation des services et des interventions, profils des usagers servis). Une nouvelle étape de l'esprit de rationalisation se manifeste, fin des années 90 début des années 2000. En effet, le besoin

d'accompagnement à domicile croît rapidement avec l'application effective, sous le gouvernement Jospin, de l'APA en 2002, et parallèlement, la loi de 2002-2 instaure le respect du choix sur son mode d'intervention à domicile. Certaines grandes enseignes nationales exerçant dans le champ du service à domicile vont intégrer dans leur stratégie ces nouvelles données et s'organiser en mode prestataire au niveau départemental. Certaines postuleront auprès de départements pour obtenir les autorisations afin d'occuper une place dans le paysage jusque là réservé aux interventions associatives. Ces organisations lucratives, intégrant les capacités de financement des départements pour leur éligibilité, vont ajuster leur tarif d'intervention à celui en vigueur dans le secteur associatif. Elles le peuvent du fait que nombre de leurs services (paies, service juridique, management territorial) sont mutualisés à divers échelons territoriaux (national, régional, départemental)⁸⁰. Ces organisations optimisées du point de vue de leur gestion inspirent les départements qui invitent les services associatifs qu'ils financent à mutualiser leurs moyens. Parallèlement à cette « ouverture » au marché, somme toute contrôlée et régulée selon la doctrine des départements, la réforme des conditions d'obtention de l'APA en 2003, sous le gouvernement Raffarin, aura pour conséquence, entre autres, l'augmentation de la participation financière de l'usager. De fait, l'implication financière de l'usager l'invite à prendre une place plus importante dans la désignation de la qualité de la prestation. Il commence à comparer les pres-

⁸⁰ Dans une précédente recherche nous montrons que le positionnement de certaines enseignes nationales sur l'aide à domicile correspond à une véritable stratégie de marché. En effet, l'alignement de leur tarif sur les capacités de financements des départements les conduisent à être déficitaire sur la prestation d'aide à domicile. Mais pour ces enseignes le principal n'est pas d'équilibrer leur budget par le financement que représente l'aide à domicile, mais de fidéliser une clientèle à laquelle elles pourront, lorsque le besoin sera émergeant, proposer les produits (services à domicile, lits médicalisés, matériels domotiques...) commercialisés par leur soin ou par celui de partenaires avec lesquels elles se sont entendues. La prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes en situation de handicap prises en charge à domicile, 2009, Frédéric Blondel, Sabine Delzescaux, recherche commanditée par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie) et CPM-CHORUM (Groupe Médéric et Mutualité Française de Prévoyance au service de l'économie sociale), 200 pages. En ligne sur www.domhestia.com.

tataires entre eux et la participation financière demandée dans le cadre de l'APA étant devenue dissuasive, celui dont les revenus sont confortables préfère se tourner vers le service à domicile du fait des crédits d'impôts escomptés. Les organisations à but lucratif, positionnées historiquement sur le service à domicile, se trouvent en lieu et place pour proposer leurs services.

Le processus global de rationalisation des moyens dont nous retraçons ici l'histoire actuelle ne suppose pas, en soi, un renoncement au paradigme solidariste dans l'offre de prestation, ni ne transforme fondamentalement l'ordre de la relation entre bénéficiaire et le service intervenant. En effet, la mise en place du « reste à charge » pour les usagers ne donne à ces derniers qu'un pouvoir marginal dans la définition de la qualité de la prestation. Ce qui change, c'est la marge de manœuvre des usagers bénéficiant de revenus moyens et supérieurs. Ainsi, le processus de construction de la qualité reste déterminée par l'implication des départements, qui, en fixant une tarification, contraignent relativement le secteur privé à aligner le niveau de ses prix aux tarifs régulés par les départements.

Ainsi, l'introduction de la concurrence à l'intérieur du champ administré par le département et dominé par le secteur associatif de l'aide à domicile n'a pas entamé le noyau dur du solidarisme qui, aujourd'hui, reste assumé par des Conseils Généraux investis dans le pilotage de l'aide à domicile (l'aide de l'État par le dégrèvement d'impôts est, quant à elle, à situer sur autre plan). Nous verrons dans le chapitre suivant que certains Conseils Généraux ont pris le parti de maintenir, voire de développer, le régime de l'autorisation sur leur département. La politique d'accès des plus démunis à une offre de service (de qualité) au moins égale à celle proposée par les organismes soumis au régime de l'agrément⁸¹ s'exprime à travers l'implication du département à soutenir le

régime de l'autorisation. D'une part le département s'efforce d'offrir l'accessibilité à l'aide à domicile (et donc à la possibilité de rester au domicile) et d'autre part, il garantit (après négociations des coûts de revient proposés par les organismes qu'il autorise) une égalité de traitement de l'utilisateur sans que celui-ci, du fait de sa situation sociale et financière, n'ait à supporter un reste à charge qui pourrait représenter un obstacle à l'accès à ce droit. Dans la perspective solidariste, c'est le degré d'implication du champ politique qui infléchit, en fonction des moyens dont il dispose et au regard du nombre et des profils des usagers à prendre en compte, les conditions d'accessibilité et le degré de qualité qu'il estime pouvoir dispenser⁸². D'ailleurs, cette finalité solidariste se trouve réaffirmée par le ministère des solidarités et de la cohésion sociale qui, dans l'introduction de sa circulaire publiée en octobre 2011⁸³ écrit : « *L'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médicosociaux (ESSMS), prévue à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et introduite dans ce code par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, contribue à la mise en œuvre effective du droit de l'utilisateur à une prise en charge et à un accompagnement de qualité, adaptés à ses besoins (article L. 311-3, 3° du CASF)* ». Ainsi, si le bénéficiaire du droit d'accès peut s'exprimer sur la qualité de la prestation reçue, il n'accède généralement pas au processus politique qui la rend possible du fait du niveau d'abstraction dont procède le dispositif. Il semble banal de dire que la qualité d'une prestation sociale tient d'abord au fait qu'une politique a l'envisagé comme un droit accessible au plus grand nombre. Ce qui fonde le droit d'accès à une politique d'aide à domicile échappe à l'utilisateur lui-même alors qu'il est celui qui contribue le plus indéniablement à l'existence la qualité d'une prestation. Car la qualité d'une

81 Dans le régime de l'agrément qualité, les organismes sont libres de fixer leurs prix. C'est la possibilité pour les organismes intervenant à domicile de tarifier au dessus du montant de l'allocation pour perte d'autonomie qu'attribue le département à l'utilisateur. Lorsque l'utilisateur accepte cette condition, il se voit facturer un reste à charge à régler à l'organisme intervenant à domicile. Alors que dans le régime de l'autorisation, le département règle à l'organisme le montant de la prestation, convenue à un tarif négocié, sans reste à charge pour l'utilisateur.

82 De même, plus le département soutient le développement du régime de l'autorisation, plus il contribue à la régulation des tarifs exercés par le marché privé. En effet, un faible nombre de prestataires autorisés contribue à l'absence de concurrence du fait que la demande non satisfaite est immédiatement condamnée à se reporter sur le marché privé du fait de l'engorgement des prestataires autorisés.

83 Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.

prestation sociale n'est pas indépendante des rapports de forces politiques qui ont contribué à la faire exister (par les budgets alloués) et par les orientations données (par voie incitative et/ou législative). Dans la perspective solidariste la qualité de la prestation ne peut reposer sur seul point de vue de l'utilisateur. Elle est politiquement définie *a priori*. En veillant à l'accessibilité des plus démunis à un certain niveau de qualité de prestation de maintien à domicile, les départements contribuent à la reconnaissance de l'égalité de dignité entre les citoyens. Cette politique d'accessibilité est un élément fondamentalement structurant de la qualité, mais invisible pour l'utilisateur et omis dans les critères d'évaluation. L'expression des usagers sur la qualité de la prestation dépend de ce qui l'a rendue possible, soit l'existence de cette autre qualité invisible résultant de l'orientation solidariste de la politique de maintien à domicile.

La conception libérale. – La conception libérale de l'aide à domicile prend, quant à elle, sa source dans le mouvement du service à la personne. L'orientation libérale est aujourd'hui portée par la FEPEM (Fédération des particuliers employeurs)⁸⁴, acteur incontournable puisqu'elle représente, en 2011, 3,6 millions de particuliers employeurs et près de 1,7 million de salariés.⁸⁵ Plus généralement, l'emploi direct représente, en France, près de 70% de l'activité du maintien à domicile, service et aide confondus. À sa création, dans les années 1940, la FEPEM est un regroupement de quelques femmes employant du personnel de maison qui se préoccupe de répondre aux problèmes auxquelles elles se heurtent, de même que leurs employés. Le premier problème que ce regroupement s'efforce de solutionner est celui de la retraite du personnel de maison. L'esprit de la Fédération commence alors à se façonner : elle entend défendre les intérêts des particuliers employeurs et structurer le secteur. La FEPEM ne se développera que très lentement, le métier d'employé de maison tombant en relative désuétude et la prise en compte des personnes fragiles n'étant pas encore à l'ordre du jour. Jusqu'à

la fin des années 90, la FEPEM est positionnée sur le service à la personne. Sa clientèle est majoritairement constituée de particuliers en emploi et qui ont besoin d'une prestation à domicile (ménage, repassage, courses etc.) et qui ne sont pas au fait des démarches, droits et obligations des employeurs particuliers. La FEPEM est ainsi historiquement positionnée sur l'aide aux particuliers souhaitant accéder au marché libre des services à la personne. Sous le gouvernement d'Edith Cresson, la loi du 31 décembre 1991⁸⁶ va favoriser le développement du marché du service à domicile par une série d'allègements fiscaux visant la dynamisation du secteur de l'emploi de personnels à domicile. Le plan Borloo permet, à partir de 2005, au secteur de l'emploi direct de se développer sur le marché de l'aide à domicile. C'est dans ce cadre, et surtout grâce au plan Wauquiez (2009), dit le « Plan II » que la FEPEM va voir son activité se démultiplier. Ce « Plan II » vise à « *poursuivre la démocratisation de l'accès* » à ces services d'aide grâce notamment à la mise en place d'une avance sur le crédit d'impôt de 50 % des sommes investies pour les payer. Ce plan affiche deux objectifs : éviter, tout d'abord, que les personnes les plus modestes renoncent à recourir à ces prestations en élargissant de façon extrêmement importante le nombre de ménages et de familles concernés par les services à la personne, d'où la création de l'avance sur le crédit d'impôt qui doit permettre une solvabilité des ménages modestes et constituer ainsi un gisement d'emplois et de croissance supplémentaire. Mais surtout, le plan Borloo ouvre au secteur marchand le marché de l'aide à domicile par l'instauration du régime de l'agrément qualité. Les organismes comme les auto-entrepreneurs du secteur du service à la personne munis de cet agrément peuvent accéder et développer leur activité en direction de l'aide à domicile. Parallèlement à ce soutien à la consommation des services, l'État vise aussi à professionnaliser les professionnels intervenant au domicile. Ainsi, le deuxième objectif, totalement congruent avec l'objectif historique de la FEPEM, est-il d'améliorer la professionnalisation et la qualité de l'emploi des

84 Notre analyse repose sur les entretiens réalisés auprès de représentants de la FEPEM ainsi que sur l'étude de supports écrits diffusés par la FEPEM.

85 Propositions contributives de la fédération des particuliers employeurs de France. La réforme de la dépendance une opportunité sociétale et économique. Juin 2011. FEPEM, p 3.

86 Loi n° 91-1405 du 31 décembre 1991 en faveur du développement des emplois de services aux personnes. Cette période d'ouverture du secteur aux associations mandataires et au secteur privé trouve sa suite avec la loi du 29 janvier 1996 relative aux associations de services aux personnes.

salariés de ce secteur. À terme, il s'agit d'améliorer la qualité du service rendu en facilitant l'accès à la formation pour les salariés du secteur par la structuration de l'offre de formation des services à la personne. L'amélioration de la formation des salariés du secteur devrait se traduire par une amélioration de la qualité de leurs emplois et du service. Comme on le voit, les orientations de la FEPEM convergent avec celles de la loi 2002-2 (notamment sur l'importance à accorder à la formation du personnel et au respect du libre choix des usagers quant au mode d'intervention à domicile) et c'est pourquoi, dès 2009, elle signe une convention avec l'ANSP (convention FEPEM/ANSP du 21/10/2009) « pour l'accompagnement du développement de l'emploi direct et intermédié (mandataire) au travers de programmes significatifs centrés sur la structuration et la professionnalisation ». En 2010, cinq Centres Ressources des Particuliers Employeurs et des Emplois de la Famille sont créés dans cinq territoires avec les objectifs suivants : « Offrir aux particuliers employeurs et à leurs salariés des prestations, de l'accompagnement et de l'appui pour améliorer les conditions d'emploi et de travail. Structurer et professionnaliser l'emploi direct et intermédié (mandataire). Valoriser, accompagner, fédérer les particuliers-employeurs. Professionnaliser les employeurs et salariés »⁸⁷.

La vision libérale de l'intervention à domicile de la FEPEM se construit sur l'argument selon lequel notre société est en train, qu'elle le veuille ou non, de rompre avec une vision providentielle de l'État. Selon cette conception à la fois libérale et volontariste, la qualité du service commence par le respect du libre choix du citoyen et, si l'on se place dans la logique de rupture avec l'État Providence⁸⁸, le citoyen a un devoir moral et civique de contribuer à l'effort collectif et de s'impliquer en tant que personne responsable pour œuvrer au maintien du système social français. « Notre conviction », notent ses représentants, « est forgée depuis fort longtemps : nos concitoyens sont en

mesure d'assumer une partie de la réponse à leur besoin, en tenant compte de leur mode de vie et de l'entrée dans le processus de la perte d'autonomie. Ils n'attendent pas de l'État et des pouvoirs publics l'ensemble des réponses aux besoins sociétaux qui se posent à eux. Au regard du contexte sociétal et économique de notre pays, ils savent qu'un juste équilibre entre l'accompagnement des pouvoirs publics et la responsabilité, pour chacun, de préparer les conditions de prise en charge d'une potentielle perte d'autonomie est nécessaire ⁸⁹ ». Le libre choix comme première condition de la qualité du service, – chacun doit pouvoir choisir la qualité qui lui convient en fonction de ses besoins –, suppose, avec Akerlof (1970), un niveau égal d'information pour contractualiser dans un égal état de liberté et de symétrie d'information. D'où, pour la FEPEM, la nécessité de former le citoyen à devenir un employeur capable d'assurer ses droits et obligations. Cette orientation est particulièrement mise en avant pour les services à la personne et dans le cadre de l'emploi direct.

S'agissant des personnes fragiles, la FEPEM introduit une distinction importante entre les personnes dites « capables » et les personnes dites « incapables ». Ainsi qu'elle l'indique dans ses propositions, « la problématique relève moins de la capacité des personnes à consentir, c'est-à-dire à exercer leur libre arbitre, que des moyens de gestion d'une personne en perte d'autonomie devenant employeur. Néanmoins, il n'y a guère de différences entre la situation d'un particulier employeur et celle d'un client. L'un comme l'autre doivent pouvoir se lier par contrat et, si la personne se révélait au sens juridique du terme « incapable », cette incapacité affecterait tous les contrats et toutes les situations juridiques placées alors sous le contrôle d'un tuteur ou d'un curateur »⁹⁰. Les critères de la distinction importent peu ici, ce qui importe, c'est le fait que la FEPEM prend en compte l'inégalité des situations des citoyens face à l'usage de leurs droits et de leur liberté, la « capacité » de contractualiser n'étant pas identique d'un individu à l'autre. C'est la raison pour laquelle la Fédération défend l'intérêt du régime mandataire. Ici, la FEPEM est en accord avec d'autres courants sur l'importance d'intro-

87 *Le mandataire en question(s) Mutation, défis, innovation Paris - 25 mars 2010.*

Conférence 3 : le positionnement du mandataire éd. i) formations p. 6.

88 *Propositions contributives de la fédération des particuliers employeurs de France, Ibid., p. 6. On voit que la conception libérale inverse les termes de la proposition solidariste : le devoir de fraternité oblige le citoyen là où il obligeait l'État.*

89 *Propositions contributives de la Fédération des particuliers employeurs de France, Ibid., p. 3.*

90 *Ibid. p. 17.*

duire du tiers dans la relation entre bénéficiaire et professionnel et, dans le cas du régime mandataire, cette intervention peut être minimaliste dans la mesure où le service n'est pas l'employeur. Mais, en fonction des niveaux d'incapacité repérés ou les besoins exprimés par les aidants, la fonction de tiers du mandataire peut varier, l'éventail des prestations proposées par le régime mandataire pouvant être assez large. Du point de vue de la FEPEM, le régime mandataire pourrait être renforcé ou adapté selon les besoins, l'idée étant qu'un régime mandataire, même renforcé, sera toujours moins onéreux qu'une intervention en mode prestataire.

Le deuxième point central qu'il convient de souligner concerne la proposition de métamorphoser l'utilisateur en client. En installant l'individu comme un client qui évolue sur un marché de la prestation de services, la FEPEM conçoit que celui-ci peut prétendre à une qualité en rapport avec ses besoins et moyens. La qualité ne renvoie donc pas à un effet d'une solidarité collective mais est affaire de transaction entre individus car celle-ci réside dans la capacité du professionnel à s'ajuster, en fonction du prix que le client est prêt à payer, au besoin exprimé et à la réalité vécue du client⁹¹. C'est cette personnalisation de la prestation adaptée aux besoins qui justifie, entre autres, la prise en charge par l'utilisateur-client du reste à charge. Comme l'avance la FEPEM, « *comment demander à nos concitoyens d'assumer un reste à charge plus important alors même qu'un mode d'accompagnement leur serait imposé ?* »⁹². En effet, que peut revendiquer en termes de qualité un client qui n'aurait rien à payer du fait qu'il serait accompagné en mode prestataire dans le cadre d'un régime autorisé tarifé ? En toute logique, le service prestataire autorisé conduit, au nom de l'équité de traitement dans le service public, à traiter tous les clients de la même manière ce qui, de ce fait, réduirait à néant la possibilité d'une qualité de service « sur mesure » ou personnalisée puisque le client serait accompagné comme Monsieur tout le monde et non comme le voudrait sa singularité, comme évoqué plus haut. On comprend mieux, dans ce contexte, qu'identifier la finalité du service et les acteurs pertinents auprès de qui la mesure de la qualité sera collectée, ne

correspond pas uniquement à une recherche de parts de marché, mais implique et véhicule une conception spécifique de l'aide à domicile. La satisfaction du client ne peut être réduite à un enjeu commercial de fidélisation, elle est le principe à partir duquel se construit toute l'argumentation de l'orientation libérale.

À cet égard, le plan Wauquiez encourage la contribution des clients de sorte que chacun ait droit à une prestation personnalisée, et l'État, par sa politique de soutien aux déductions fiscales, doit veiller à ce que le plus grand nombre puisse accéder au statut de client responsable et libre de son choix. Pour satisfaire la diversité des besoins et les exigences de qualité du client, la FEPEM propose de structurer l'offre de services grâce à la formation des professionnels qu'il faut encourager à entrer dans le métier en leur offrant des conditions de travail adéquates, des possibilités de carrière etc. Pour la FEPEM, la formation soutenue des professionnels sera le gage de la fidélisation de la relation avec l'employeur, point sur lequel, au demeurant, l'ensemble des acteurs du maintien à domicile s'accorde. Il s'agit aussi d'alléger les coûts d'une régulation, les compétences des professionnels doivent réduire la demande de recours à des tiers en vue d'arbitrer les conflits. La thèse de la FEPEM en la matière est qu'il faut qualifier l'environnement de l'intervention (l'employeur, l'employé, l'organisme tiers, la législation) à défaut de savoir ce qui se passe au domicile. Ainsi, et comme nous l'avons évoqué dans le cadre d'autres recherches⁹³, la FEPEM convient du fait que le domicile est une boîte noire, le mandataire le mieux préparé ne sait ce qui se tisse exactement entre le professionnel et le client. À défaut de mesurer la qualité au domicile, il faut se donner les moyens de mesurer la professionnalité des intervenants. La qualité vécue par le client et le professionnel ne peut procéder que du libre choix des personnes, chacune étant informée par ailleurs de manière égale de la nature et des modalités d'exécution du contrat, l'intégrité et la professionnalité de l'inter-

91 Ibid. p. 4.

92 Ibidem.

93 Frédéric BLONDEL, Sabine DELZESCAUX, *La prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes en situation de handicap prises en charge à domicile, recherche commanditée par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) et CPM-CHORUM (Groupe Médéric et Mutualité Française de Prévoyance au service de l'économie sociale)*, 2009, Site www.dom-hestia.com/documents/Rapport-final-RADHI.pdf.

venant comme de celle de l'employeur particulier devant être garanties par une instance tierce à laquelle les deux parties peuvent en appeler pour réguler leurs rapports. Favoriser la reconnaissance de cet ensemble (égalité de l'information comme critère de choix de la prestation, formations des employeurs, choix d'une structure support, qualification du personnel) fait l'objet de la présence de la FEPEM dans une multiplicité de réseaux professionnels et politiques, cette dernière ayant pour ambition d'instaurer un partenariat politique susceptible de défendre le mode mandataire qui peut être, de son point de vue, un producteur de qualité en mesure de se doter des moyens de la suivre et de la contrôler.

Le financement du dispositif est, lui aussi, appréhendé en termes de responsabilité individuelle : à chacun selon ses moyens et selon sa prévoyance. Pour la FEPEM, le vieillissement, à la différence de la survenue du handicap, est prévisible et il revient donc au citoyen de s'y préparer. Il faut ainsi encourager l'épargne de précaution, via les systèmes assurantiels, vers le financement de la perte d'autonomie, réfléchir à de nouveaux produits, comme par exemple le « Plan d'Épargne Autonomie », ou encore le « crédit viager hypothécaire ». S'agissant du « Plan d'Épargne Autonomie, la proposition est la suivante : « *par analogie avec le plan d'épargne logement* » (PEL), ce produit d'épargne, populaire par nature, permettrait aux citoyens de constituer une épargne de précaution orientée vers la perte d'autonomie et de bénéficier d'un prêt automatique en cas de réalisation du risque. Ce produit d'épargne reprendrait les caractéristiques de fonctionnement du plan d'épargne logement en ce qui concerne la bonification par l'État du taux d'épargne et du taux de crédit, son exonération d'impôts sur les intérêts, le calcul des droits à prêts en cas de réalisation du risque dépendance et sa transmissibilité entre les générations. Sa durée initiale serait plus longue (10 ans), renouvelable une fois (20 ans) maximum, mais l'épargnant garderait à tout moment la possibilité d'y mettre un terme. Dès lors, la rémunération de l'épargne ne tiendrait pas compte de la bonification de l'État. Ce produit rentrerait dans la catégorie des comptes d'épargne à régime spécial dont le taux est fixé par la Banque de France.

À travers ce produit d'épargne, l'objectif est comme pour le PEL de démocratiser en France la nécessité, au-delà de tout financement public, de financer la couverture du risque de perte d'autonomie. La

mise en place de cette épargne et du crédit associé doit ainsi contribuer à aider les familles à disposer d'outils de patrimoine mobilisables en cas de survenance d'une perte d'autonomie, que ce soit celle du détenteur du produit ou celle d'un proche »⁹⁴. Cette proposition marque la volonté d'impliquer l'individu et d'en faire le sujet de sa prévoyance, dispositif dans lequel la solidarité familiale serait davantage sollicitée qu'elle ne l'est actuellement. On peut dire, en résumé, pour la FEPEM, que la qualité de la prestation est fondamentalement définie par le client. La gestion publique n'a pas à interférer dans l'offre qualitative, mais doit inciter à l'épargne et accompagner l'accès des personnes aux dispositifs de maintien à domicile par des mesures fiscales adéquates aux moyens de chacun car en à défaut d'encouragements, les plus démunis et/ou les moins prévoyants, du fait de notre régime de protection sociale, seront entièrement à la charge de la dépense publique. Il appartient à la société de démocratiser l'accès à une qualité choisie et contrôlée par le sujet lui-même. Ce dernier, par le niveau du reste à charge qu'il veut bien prendre à son compte, pourra définir le degré de qualité de la prestation dont il souhaite personnellement bénéficier, qualité de la prestation qui peut aussi passer par une mobilisation variable d'un tiers « mandataire » selon le niveau de « capacité » des personnes aidées, et de l'effort que les aidants familiaux veulent bien consentir pour le confort de leurs proches. L'engagement de l'État n'est pas sollicité dans une perspective solidariste mais dans l'attente qu'il potentialise l'individualisme.

Une comparaison biaisée entre régime autorisé et régime libéral. – Est-il pertinent de penser qu'il existe une concurrence entre la conception libérale de la FEPEM et les pratiques des systèmes autorisés ? On répondra oui, à la condition que les deux dispositifs aient affaire aux mêmes bénéficiaires et que ces derniers possèdent, à tout point de vue, les mêmes moyens (financiers, capitaux culturels et symboliques). Or, tout le débat sur la mise en concurrence équitable entre les dispositifs s'effrite dès lors que le constat est fait qu'ils ne s'adressent pas aux mêmes publics et qu'ils ne sont pas dotés des mêmes moyens. Les services tarifés, en s'adressant de fait aux plus démunis, prennent

⁹⁴ *Ibid.*, p. 22-23.

en compte des personnes qui, en toute probabilité, combinent des vulnérabilités plus importantes que celles dont souffrent d'autres catégories de populations. Si aider les plus vulnérables des démunis à se maintenir à domicile suppose des moyens accrus et un soutien renforcé auprès du personnel pour l'aider face à la pénibilité de la tâche et à la complexité de la relation, alors la comparaison simple entre services est erronée, du fait que ni les publics, ni les finalités, ni les moyens ne sont comparables. De plus, les publics qui nécessitent les moyens de prise en compte les plus importants sont aussi les moins solvables.

Or, dans le courant des années 2000, les comparaisons ne sont plus circonscrites à l'intérieur du champ du secteur public et associatif. Avec le plan Borloo, elles s'étendent au secteur privé qui accède au marché de l'aide à domicile par la procédure d'agrément qualité (voir infra). Ainsi, se trouve réuni sous le même vocable de services à la personne, ce qui jusque là relevait de missions différentes et, au sein de l'Agence Nationale des Services à la Personne, les missions des services à la personne (agrément simple) et celles de l'aide à domicile (agrément qualité), ce regroupement laisse entendre qu'une comparaison, plus qu'un rapprochement, serait possible, non entre les missions, mais entre leurs modèles d'organisation et d'intervention.

Alors que les finalités (maintien à domicile dans une logique de délégation de mission de service public pour l'une, développement du service à la personne dans une logique de marché pour l'autre) et les moyens restent distincts (législatifs et opérationnels), le raisonnement rationaliste du secteur privé semble prévaloir en cherchant à imposer une conception spécifique dans l'approche du marché, en invitant le secteur agissant dans le cadre d'une délégation du service public à raisonner à partir indicateurs du marketing mix que sont les quatre « P »: Produits, Prix, Promotion (communication du produit) et Place (point de vente). L'hypothèse implicite repose sur le raisonnement selon lequel secteur privé et public seraient bien dans des situations comparables : les deux auraient un produit comparable parce qu'ils peuvent être considérés comme équivalents du point de vue du système organisationnel dont ils ont besoin pour produire leur prestation, donc des prix comparables. Les deux ont pignon sur rue et disposent (moyennant quelques adaptations législatives) de moyens comparables de publicité de leurs produits.

Donc, ils sont complètement comparables. Le secteur privé arrive à recouvrir le raisonnement du secteur public par sa capacité à proposer sa vision concernant les enjeux du débat sur la concurrence, en s'appuyant sur deux points auxquels sont sensibles les financeurs publics. Premièrement, la mesure de la qualité de la prestation porte fondamentalement sur les aspects mesurables et porte sur les dimensions techniques de la prestation à domicile plutôt que sur la dimension relationnelle (d'ailleurs le client attendrait d'abord une prestation technique, le relationnel venant de surcroît)⁹⁵. Ce raisonnement fonde le discours d'une formation du personnel orientée sur les apports techniques plutôt que de savoir-être, et justifie les modalités de régulations et de motivations au travail actuellement en œuvre dans certains secteurs de l'intervention à domicile (absence de conventions, de dispositif de soutien au personnel⁹⁶, etc.). Deuxièmement, le secteur privé véhicule l'idée que les deux modalités d'intervention seraient comparables à condition de les positionner sur un marché de concurrence libre et transparent (du fait des quatre « P ») et qui reposerait fondamentalement sur la promotion de la liberté du client de choisir sa prestation en bonne connaissance du rapport entre qualité et coût de la prestation. Le secteur autorisé bénéficierait d'une rente de situation, et du confort de sa situation historique sur un marché captif. Il aurait moins à se battre pour fidéliser les clients d'où l'hypothèse d'un relâchement sur la qualité de la prestation à fournir. Nous pouvons faire ici allusion à une remarque du directeur de la SARL Séniors qui déplore, que les services autorisés, qu'il vit sur le mode de la concurrence, ne soient pas dans les mêmes conditions d'exercice que lui qui est agréé. Pour lui, les prestations sont à peu près équivalentes, il n'y a donc pas de raison que les privilèges ne soient pas les mêmes ou abolis. Leurs tarifs sont aussi à peu près équivalents. Un détour par l'étude de la formation des prix met

⁹⁵ Cette vision accompagne l'idée selon laquelle une prestation de service à la personne est équivalente à une prestation d'aide à la personne. D'ailleurs dans certaines organisations, le personnel est le même quelle que soit la mission (pour des questions d'efficience des coûts, de gestion de l'absentéisme ...).

⁹⁶ Ces visions seraient d'autant plus en « vogue » que les financeurs de ces services doivent faire face à l'ancienneté des personnels dont ils ont favorisé la titularisation.

cependant en évidence que les prix ne recouvrent pas des situations équivalentes. En effet, les services autorisés à but non lucratif assurent une prestation à prix négociés avec le Conseil Général⁹⁷. Ce prix comprend le salaire, frais de service (administration etc.) et fraction de frais liée à l'application de conventions collectives (formation etc.) ancienneté, paiements des inter vacations, de primes de fin d'année, et frais consacrés à la qualité des conditions de travail (suivi du personnel, réunions de coordination, supervision...). Ces conditions sont loin d'être celles proposées dans le secteur marchand, en raison de l'absence de convention. Pourtant les services sont conduits, même s'ils sont libres de prix, à s'aligner aux prix négociés par les services autorisés, au risque de ne pouvoir se faire une place sur le marché. Comment peut s'établir la « marge » ou le « bénéfice » pour un service à but lucratif qui pratique les mêmes tarifs que ceux du secteur autorisé, si ce n'est en ne faisant pas ce que les autres font et inversement en faisant ce que les autres ne font pas. Les monographies de services mettent en évidence qu'ils se structurent sur les mêmes modes à l'exception notable des enseignes nationales qui réduisent leurs charges de structures par la centralisation de certains services (paies, communication etc.), ce qui leur permet de jouer sur des effets de seuil. Hormis donc les entreprises d'envergure nationale, les entreprises locales ont des tailles comparables et le même type de hiérarchisation en trois niveaux (direction, responsable de secteur, aides à domicile). La marge, si minime soit-elle, se constitue sur le degré de liberté qu'offre l'absence de convention collective et sur la moindre qualité des conditions de travail offertes aux personnels (régulations, réunions, prise en charge des inter vacations, primes, niveau des rémunérations de nuit, « de garde sans intervention » par exemple etc.). Inutile de dire que cette différence dans la structuration des prestations est vécue par les directeurs de services d'aide à domicile autorisés comme une concurrence déloyale du fait qu'ils sont astreints à une régle-

97 La loi 2002-2 a poussé à la qualification du personnel du secteur, une qualification somme toute remise en cause par la nécessité de contrôler les dépenses. D'où cette tension entre services qui ont titularisé leurs personnels et ceux qui ont intérêt à la rotation du personnel pour maintenir leur espérance de rentabilité. La rotation pouvant être assurée par de mauvaises conditions de travail.

mentation dont d'autres sont dispensés. Par ailleurs, on peut relever que certains départements usent de la position du secteur marchand pour faire pression sur leurs services autorisés. Par exemple, certaines associations se voient actuellement tarifés à des niveaux inférieurs à leur coût de revient. Certains départements, attirés par des comparaisons entre secteur associatif et secteur marchand, estiment que les personnels sont rémunérés à des tâches non productives, réunions de supervisions, paiements des inter-vacations, et souhaitent par conséquent, financer leur secteur autorisé à l'aune des principes que ceux en vigueur dans le secteur agréé. Certaines associations, prises dans ce mode d'évaluation, disent être conduites à prendre sur leurs fonds propres pour financer ce que le Conseil Général ne finance plus au nom de l'égalité de traitement⁹⁸, voire au nom d'une suspicion de mauvaise gestion du secteur associatif⁹⁹. Cette vision de l'efficacité construite par la culture de gestion a comme conséquence une tendance à la réduction des coûts et des niveaux de tarification, mais vouloir aligner au plus près les prestations du secteur autorisé au secteur agréé comporte des risques. En effet, pour pouvoir parler de concurrence « pure et parfaite », il faudrait, selon les directeurs, abroger les conventions collectives favorables à la qualification du personnel et à ses conditions de travail en cours dans le secteur, annuler toute exigence en termes de formation du personnel, de régulation, de niveau de diplôme etc., ce qui est contradictoire avec l'exigence de qualité par ailleurs. Le secteur associatif semble trop qualifié pour pouvoir intégrer la baisse tendancielle de la tarification. Inversement, la législation devrait se faire aussi exigeante pour le secteur agréé qu'elle l'est pour le secteur autorisé. Si la réduction des financements du secteur autorisé se poursuit sous l'argument d'une concurrence, à terme, les publics lourdement handicapés et le public fragile à faible solvabilité,

98 C'est le cas pour une importante association qui distribue une prime de fin d'année à son personnel. Cette association, en service autorisé, n'a pas été autorisée à imputer le manque à gagner à l'utilisateur. « Le client n'a pas à faire les frais de la prime » nous dira un directeur. Cette association se trouve dans le dilemme de supprimer la prime (revenir sur des acquis) ou continuer à puiser dans ses fonds propres.

99 Ce qui peut être parfois vrai, permettant de traiter tout le secteur à partir de quelques cas isolés.

qui ne sont actuellement pas pris en compte par le secteur privé faute de solvabilité ou de rentabilité suffisante, ne pourront plus être l'être à la hauteur de la qualité actuellement fournie par le secteur autorisé. En effet, la libéralisation du secteur entraîne une dualisation des publics en deux catégories : ceux qui auront les moyens de choisir et les autres. Mais en deçà de cette vision pessimiste et qui concerne l'avenir du maintien à domicile, les directeurs de services s'expriment aussi sur la situation actuelle. Avant toute chose, les directeurs s'accordent unanimement pour souligner que le marché de l'emploi direct exerce une pression vers la baisse des tarifs. Nombre d'élus semblent intégrer l'idée selon laquelle la vitalité du secteur du maintien à domicile repose sur la dynamique engendrée par la concurrence induite par l'existence d'un marché d'emploi direct. Mais, à côté du marché de l'emploi direct, émergent, dans le paysage de l'aide à domicile, les assurances, qui ouvrent des enseignes nationales et déploient une stratégie de proximité par implantation d'agences locales. Leur force consiste, on l'a dit plus haut, en une centralisation de certaines charges (les paies ou encore les services d'information) qui permet aux enseignes de réduire les coûts de structures (un seul directeur, un service financier etc.), et d'atteindre des seuils de rentabilité qui les placent dans une situation concurrentielle favorable au niveau local. Ces enseignes offrent souvent des « bouquets » de services qui combinent aide à domicile, service à la personne, vente et location de matériels. Nous avons avancé plus haut que les « marges » réalisées sur le secteur de l'aide à domicile restaient faibles du fait qu'il est fondamentalement un secteur de main d'œuvre régulé par des tarifs proposés par les Conseils Généraux. Mais certaines enseignes acceptent d'être déficitaires sur un service si la probabilité de se « rattraper » sur un autre est forte, et il y a lieu de penser que celle-ci existe grâce pour les enseignes qui combinent marché de l'aide à la personne vieillissante et celui du service à domicile (domotisation, médicalisation, sécurisation des environnements). Le personnel auxiliaire de vie de ces enseignes représente un vecteur potentiel pour le marché de la vente et location de matériel médical, marché qui n'est pas sans avenir en France si l'on se réfère à la loi dite HPST du 21 juillet 2009, qui porte sur la « réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires », celle-ci favorisant le

maintien et l'hospitalisation à domicile dans un contexte de vieillissement de la population. Il est difficile d'apprécier jusqu'où ce type d'entreprise peut concéder sur ses tarifs pour asseoir, à terme et après éviction de la concurrence, une situation quasi monopolistique sur le secteur. Comme on le voit, le modèle libéral attire les départements par ses promesses d'une qualité de prestation qui se combinerait avec la réduction des coûts pour la collectivité. Mais ce modèle libéral, déployé dans toutes ses conséquences, peut conduire à l'éviction de l'orientation solidariste si cette dernière est réduite à ne prendre en charge que les effets de la dualisation du système d'aide à domicile. En effet, un marché pur et parfait de l'aide à domicile pourrait conduire à des niveaux de prise en charge très variables : une qualité globale proposée aux particuliers solvables, un « low cost » assuré par les services publics pour les plus démunis. Ainsi, tant que l'intervention d'aide à domicile relèvera pour partie d'une politique solidariste garante du droit d'accès pour tous à un maintien à domicile garanti par un traitement digne et pour une autre partie, comme relevant d'une politique libérale offrant une palette de qualité de prestation en rapport avec les moyens et besoins des particuliers, on peut penser que le champ de l'aide à domicile sera durablement animé par la coexistence conflictuelle de ces deux conceptions irréductibles l'une à l'autre.

PARTIE 2

*LES FABRIQUES DE LA QUALITÉ
DU POINT DE VUE DES MDPH
(MAISONS DÉPARTEMENTALES POUR
LES PERSONNES HANDICAPÉES),
DES ÉQUIPES APA (ALLOCATION
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE)
ET DES DIRECTEURS DE SERVICES*

CHAPITRE 1 - LES MAISONS DÉPARTEMENTALES POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES FACE À LA QUALITÉ

Ce chapitre est consacré au travail réalisé auprès de quatre MDPH dont la mission est d'instruire toutes les demandes concernant le handicap, qu'il concerne l'enfant ou l'adulte. Notre recherche, centrée sur le maintien à domicile de la personne fragile, s'est intéressée à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), allocation versée suite à une demande de l'ayant droit. Cette demande est d'abord instruite du point de vue de sa recevabilité administrative, puis par une équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a en charge l'évaluation des besoins (à partir d'une grille d'évaluation appelée GEVA, voir chapitre précédent). Une fois la recevabilité et l'éligibilité déterminées, la demande est discutée puis validée par la CDAPH (Commission Départementale pour l'Autonomie des Personnes Handicapées). Le versement de l'allocation commence à partir de la date de validation. Le Conseil Général finance l'allocation et a en charge le contrôle de l'effectivité de la prestation¹⁰⁰.

Ce chapitre se décompose en trois sections : la première présente succinctement les quatre MDPH ; la deuxième restitue les points principaux sur lesquels la qualité est en débat du point de vue des personnels, la troisième section en propose une analyse synthétique. Mais avant de les détailler, on peut donner au lecteur la ligne directrice de cette section. Les personnels des MDPH appréhendent la qualité de leur prestation plutôt que celle du maintien à domicile, même si l'on peut percevoir que la qualité de leur travail a un effet sur celle du maintien à domicile. Pour les personnels, il existe deux niveaux de qualité et à l'intérieur de ces niveaux, on trouvera deux registres de la qualité. Le premier niveau de qualité est défini par ce qu'en prescrit la loi. La qualité de la prestation est atteinte lorsque les MDPH traitent

un dossier conformément aux délais impartis par la loi du 11 février 2005 (délai de quatre mois). Le second niveau de qualité est défini à travers un discours éthique selon lequel l'utilisateur doit pouvoir bénéficier d'une prestation personnalisée et qui tient compte de sa capacité d'autonomie, conformément aux lois de 2002-2 (l'utilisateur au centre des dispositifs) et de 2005 (l'égalité de traitement entre les personnes quelque soit leur situation). S'agissant des registres, les personnels définissent la qualité à partir d'indicateurs objectifs, concrets, visibles et quantifiables et, par ailleurs, à partir d'indicateurs qualitatifs, sensibles, invisibles et non quantifiables. L'idéal de conformité à la loi comme l'éthique de la relation sont battus en brèche par les contraintes auxquelles les équipes (direction, évaluateurs MDPH et APA, pilotes) doivent faire face. Les contraintes, financières, organisationnelles, démographiques, relationnelles ou encore environnementales, n'empêchent pas les équipes de trouver les systèmes de régulations, d'actions qui donnent le sentiment, aux uns et aux autres, qu'ils produisent, à défaut de la prestation, un travail de la meilleure qualité qui puisse être.

Au-delà des particularités des MDPH dont le lecteur peut visualiser quelques aspects¹⁰¹, nous pouvons, dans un premier temps, dégager ce qui les rassemble.

¹⁰⁰ Pour ce qui est des plafonds de PCH, les MDPH appliquent en général les plafonds nationaux, soit pour le logement (chiffres de 2011), 10 000€ sur dix ans puis commission du fond de compensation pour le reste à charge. Aide technique : 3960 €/3 ans pour matériel spécifique (plan de bains etc.), charges exceptionnelles : 1800€/3 ans, charges spécifiques : 1500€ sur 3 ans (protections, couches, alèses).

¹⁰¹ Les entretiens ont duré entre une heure et trois heures, d'où une certaine variabilité des éléments collectés.

	ALPHA	OMEGA	DELTA	EPSILON
Population du département	2 500 000 (Chiffre 2011)	2 211 000	1 300 000	1 421 000
Personnel ETP	154 ²	135 dont 81 GIP	115 (au 01/01/12)	105
Nombres de demandes /an	280 132 000/an 200 000 file active	89 000	22 500 pour 70 700 demandes ³	77 000
PCH 2010	6340 demandes-3599- attrib. PCH enfants : 356	3025	2000	3000
Délai de traitement PCH	6,9 mois pour 2010 11 mois en 2009	7 mois ⁴	10mois/aménag log	6 mois
Séance CDAPH	2 séances/semaine 1000 instructions/mois	55 séances 62918 dossiers examinés	1600 dossiers/mois	5000/mois mais sélection
Equipe PCH	16 + 3 ergo financés par le GIP		13 pilotes	
Nb dossiers/an/ag	800. Moyenne nationale 500	Non renseigné		670
Taux de croissance		+6% en 2009 ; +25,23% en 2008	+24,33% en 3 ans	20%
Montant moyen PCH : Moy. Na 900€		915€	715€	1100€
Gestion app téléphoniques	2800/semaine Pic à 5000	8297/mois ⁵	9028/mois ⁶	600 à 900 par jour

2) Il est difficile de connaître la composition réelle de ces effectifs. Nous ne savons pas si les agents administratifs mis à disposition par le CG sont comptabilisés ou non dans les chiffres fournis.

3) Un dossier peut contenir plusieurs demandes, par exemple : insertion professionnelle, aménagement du logement, aide à la personne etc..

4) S'agissant de l'instruction des dossiers toute demande confondue : 3 mois pour les enfants, 6 mois pour les plus de 20 ans. (Toutes les MDPH mentionnent la mise en place d'une politique d'efforts pour le traitement des demandes pour les enfants).

5) Cet indicateur supporterait, comme les autres, une analyse comparative rigoureuse. En effet, le rapport d'activité de la MDPH du département OMEGA mentionne l'amplitude horaire de l'accueil téléphonique. Il attire l'attention sur l'évolution de cette activité. En 2009, l'amplitude de l'accueil téléphonique s'établit à 40h/s et mentionne que la moyenne mensuelle d'appels réceptionnés s'établit à 12 482, pour 2 687 appels servis. En 2010, l'amplitude de l'accueil téléphonique est établie à 31h/s pour une moyenne mensuelle de 8297 appels et une moyenne d'appels servis s'établissant à 2982. Soit un taux de réponse nettement plus satisfaisant dans le deuxième cas (36% de servis en 2010 contre 22% en 2009). L'appel servi définissant l'appel qui a trouvé un interlocuteur. Il faut donc connaître pour chaque MDPH le nombre de personnes affectées à la plateforme téléphonique. Les chiffres que nous avons collectés ne renseignent que sur les tentatives pour joindre les services. Par rapport à ce que préconise la loi Blanc, cette MDPH a réduit son amplitude horaire. Ses moyens ne lui permettent pas cette amplitude. La directrice évoque que « si on est ouvert 35h/semaine, les usagers sont mal servis car on n'a pas de temps pour traiter les dossiers derrière, donc il vaut mieux 35h d'ouverture et un traitement rapide derrière. D'ailleurs, comme il y a moins d'accueil, il y a moins de monde qui se présente, on peut mieux réguler. L'amplitude horaire ne veut rien dire en soi il faut être plus fin, et c'est plus compliqué et pas toujours quantifiable. Parce que ça ne veut rien dire ». Pour la directrice, il est très difficile d'isoler la nature des appels. Pour elle, il est possible que « moins vous répondez bien, plus il y a d'appels, moins vous répondez, moins il y a d'appels ». La réduction du chiffre en accueil peut se traduire pas une meilleure qualité de gestion des dossiers. Ce même problème se pose avec le traitement électronique des dossiers du fait de l'inégalité des flux, notamment dans les périodes de demandes d'inscription des enfants dans les écoles.

6) Le rapport d'activité mentionne, p. 46, que cinq chargés d'appel répondent au téléphone de 9h à 17h30 du lundi au vendredi. Soit un taux de prise d'appels de 66,79%.

Chaînes de traitement. – Les quatre MDPH sont organisées en « chaîne de traitement ». Leurs services sont agencés en fonction du circuit suivi par le dossier, de la demande jusqu'à la notification de prise en charge. L'organisation bureaucratique¹⁰² a progressivement laissé place à une organisation industrielle, les services n'étant plus organisés en guichets indépendants les uns des autres mais articulés en fonction d'une « chaîne de production » nécessaire au traitement logique du dossier. Sans doute que cette « industrialisation » du traitement prédispose à l'introduction de la thématique selon laquelle la qualité a à voir avec l'efficacité de la chaîne de traitement.

La première étape comprend l'instruction administrative de la demande. Elle consiste à vérifier la « complétude » du dossier. Dès que le dossier est complet, une notification est envoyée au demandeur. C'est à partir de cette notification que débute le décompte des quatre mois de délai d'instruction prévus par la réglementation.

Le dossier passe au pôle « évaluation » (ou service « logistique »), le médecin vérifie si les critères d'accessibilité à la PCH sont remplis (les statuts des médecins varient dans une même MDPH : certains sont contractuels, d'autres sont en poste à la MDPH). L'analyse de l'éligibilité médicale ne fait pas l'objet d'une sous-traitance à l'extérieur. Pour certaines MDPH, la visite à domicile (VAD) est systématique, sauf pour le renouvellement d'équipement technique (fauteuil, etc.). Lorsque le personnel de la MDPH a déjà connaissance de la situation, les demandes sont traitées par téléphone ou courrier. Pour la demande de PCH humaine, il y a en général visite au domicile. Dans les modes opératoires, les MDPH adoptent des stratégies différentes : pour le département ALPHA, une équipe peut être constituée de travailleurs sociaux et d'infirmières, avec un renfort, selon les thèmes, d'ergothérapeutes pour toute demande d'équipement spécifique. Pour le département DELTA¹⁰³, le maximum d'information sera recueilli

par téléphone. L'évaluation au domicile essaiera d'être réalisée en général lors d'un déplacement unique. Il est rarissime qu'un deuxième déplacement soit s'impose.

Puis retour des informations en équipes pluridisciplinaires où la proposition est validée par le médecin puis envoyée à la famille pour acceptation. La personne peut manifester son désaccord dans un délai établi entre quinze jours jusqu'à un mois. Après accord, le dossier part à la CDAPH pour instruction. En règle générale, l'entente avec l'utilisateur a déjà été constituée lors de la visite à domicile. Si les évaluateurs ne sont pas en capacité de donner exactement le niveau de prestation auquel l'utilisateur aura droit, ils savent néanmoins approximativement ce qui sera accordé, sauf complexité accrue de la demande.

La CDAPH instruit en général le dossier sur pièce et parfois convoque la personne si elle a besoin de l'entendre.

Dans certains départements, le dossier, techniquement éligible, passe au Conseil Général pour instruction financière.

Le Conseil Général effectue le contrôle d'effectivité de la prestation, généralement lors du renouvellement de la demande de PCH, celle-ci pouvant être attribuée pour cinq ans maximum.

L'organisation spécifique des MDPH rend particulièrement difficile l'identification des personnels spécifiquement dévolus à l'instruction de demande de PCH dans le cadre du maintien à domicile, c'est pourquoi nous le mentionnerons lorsque nous posséderons les éléments¹⁰⁴.

1.1 - Quelques spécificités départementales

1.1.1 - Département ALPHA

En 2011, ce département, parmi les plus peuplés de France, compte plus de deux millions d'habitants. À la MDPH, 165 agents traitent 132 000 demandes par an. Dans le service « évaluation »

¹⁰² Le terme peut être discuté. En effet, certaines MDPH soulignent le fait qu'auparavant l'organisation était plutôt portée sur la gestion du portefeuille de dossier. L'agent était responsable sur une grande longueur dans la chaîne de traitement. Ce qui n'est pas non plus une approche bureaucratique.

¹⁰³ La MDPH du département Delta est organisée, suite à l'instruction médicale, en 4 pôles : orientation sco-

laire, insertion orientation professionnelle, orientation en établissement, projets de vie à domicile.

¹⁰⁴ Par ailleurs, les rapports d'activités que nous avons pu nous fournir ne font pas état d'éléments comparables. Pour apprécier la différence de consistance des informations, mentionnons par exemple que le rapport d'activité 2010 du département d'OMEGA contient 24 pages hors annexes (34 avec annexes) tandis que le rapport de DELTA contient 81 pages hors annexes (95 pages avec annexes),

sont représentés tous les corps de métiers. La PCH est directement versée à la personne. Le contrôle d'effectivité est réalisé par le Conseil Général lors du renouvellement de la demande d'allocation et il n'y a pas de véritable partenariat avec le Conseil Général sur ce thème de la vérification de l'effectivité de la prestation, si ce n'est par la transmission des pièces (« *On a des relations sur dossiers par mail* », « *on prévient quand il y a des changements dans les devis* »), la loi de 2005 ayant réalisé la séparation entre l'instructeur et le payeur. Mais le poids du système précédent pèse encore.

Pour la MDPH du département ALPHA, les longs délais de traitement des demandes s'explique par les engorgements dans la chaîne de traitement interne à la MDPH, engorgements liés aux variations de la demande et à la pression constante exercés par l'insuffisance des moyens. Une deuxième cause est liée aux comportements d'usagers qui ne possèdent pas de culture administrative. Certains ne comprennent pas l'importance d'apporter des compléments à un retour de dossier ou n'ont pas conscience qu'il leur faut procéder au renouvellement d'une prestation arrivée à échéance. Ces situations d'incompréhension ont favorablement évolué. Alors qu'il y a quelques années, 70% des dossiers n'étaient pas recevables, seulement 15% sont aujourd'hui retournés aux usagers pour des demandes de compléments. La MDPH du département ALPHA a mis en place un partenariat visant à créer sur le département 320 points de proximité. Cette stratégie a permis de mieux accompagner les usagers dans l'établissement de leur demande. Un autre frein, mineur, au respect des délais est cité : l'instruction des dossiers est aussi tributaire des devis des artisans, notamment dans le cadre de l'aménagement technique. La MDPH a la responsabilité de l'élaboration des devis et de la vérification de leur crédibilité.

Pour les responsables, l'activité augmente depuis 2008, intensifiant les relations partenariales débordées par les demandes. Toujours pour ce département, l'année 2010 a été marquée par l'informatisation des services et par l'écriture d'un référentiel métier conduisant à faire entrer le personnel affecté à l'administration des dossiers dans une chaîne de procédures conformes au respect des droits. Ce référentiel vise à formaliser des phases de l'instruction du dossier, les étapes de travail afin de faciliter le travail du personnel dont la rotation est importante. La montée en charge de l'activité contraint la MDPH à se tour-

ner massivement vers la rationalisation de ses moyens et en 2009, elle se réorganise (IODAS) afin « *d'améliorer la productivité pour absorber la masse de dossiers* ». Dans un deuxième temps elle recherche l'amélioration de la qualité, en renforçant et en spécialisant le pôle évaluation. S'agissant de ses missions auprès des usagers, la MDPH a pour fonction d'évaluer, de conseiller, et parfois d'orienter auprès des travailleurs sociaux, des assistantes sociales du Conseil Général et des associations (il faut une notification de la CDAPH pour bénéficier d'une aide du SAVS). La MDPH n'a plus à suivre l'utilisateur réputé autonome et en capacité de se débrouiller. Cette vision de l'utilisateur se défait d'une vision d'assistance et tend à distendre les liens avec le partenariat.

S'agissant du personnel, la MDPH est composée de 5 statuts différents : GIP, DIRECT, DASS, EN, et agents mis à disposition par le Conseil Général. Dans le service « évaluation », qui est le plus important, ces cinq statuts sont amenés à travailler ensemble. Les tensions historiques entre les différents statuts sont en voie de résorption, mais leur coordination reste difficile.

La MDPH du département ALPHA est implantée sur deux sites considérés comme accessibles aux personnes en situation de handicap : l'un, au centre du département, comprend 125 agents tandis que l'autre, à l'Est, en comprend 43.

1.1.2 - Département OMEGA

La politique du département OMEGA en matière de maintien à domicile des personnes handicapées se veut congruente avec l'esprit de la loi de 2005. Le département est très favorable au développement de la responsabilité et de l'autonomie au domicile de la personne handicapée comme de la personne vieillissante. D'ailleurs, il développe un programme d'expérimentations (EXAPAD, programme 2011-2016), déjà lancé dans d'autres départements, qui vise prioritairement l'autonomisation au domicile des personnes âgées. Ce programme consiste à développer les technologies à domicile permettant d'accroître la sécurité, le confort, et de faciliter la communication avec des tiers qui se trouvent à distance. Le département a, par ailleurs, créé une unité de logements spécialisés totalement « domotisés » dans des programmes d'habitations neuves, elles mêmes implantées dans des environnements adaptés.

Pour le département OMEGA, un des problèmes du maintien à domicile concerne l'absence de place,

notamment pour les enfants, dans des institutions de proximité. Plus globalement, selon l' élu chargé des personnes en situation de handicap, le maintien à domicile des personnes est autant une volonté des personnes qui le souhaitent qu'un palliatif à l'absence de place en institution. Le département est sous-équipé en structures d'accueil, notamment pour les personnes multi-handicapées vieillissantes. Nombre de parents vieillissants vivent actuellement avec leur grand enfant de plus de 30 ans, très handicapé et sans autonomie. Ils attendent avec anxiété que leur enfant « soit pris en compte »¹⁰⁵ en institution, tant qu'il est encore temps. Pour ces familles, il ne s'agit pas de discuter de la qualité du maintien à domicile mais de la quantité de peine que représente le maintien à domicile. Le thème du maintien à domicile ne doit pas occulter la pénurie d'institution.

Ainsi, la fonction de la MDPH est d'instruire les demandes concernant la capacité des usagers à vivre au domicile dans la meilleure autonomie. En cela, la MDPH applique la loi dans le respect des textes en ce qui concerne la demande de compensation (aide humaine et aide matérielle) et l'aménagement du domicile.

Selon le rapport d'activité 2010, la MDPH du département OMEGA est composée de 150 agents (135 ETP) qui se répartissent en cinq catégories de statuts (GIP, CG, DDCS, DIRECTE, EN) et sont soumis au même règlement intérieur. L'homogénéisation progressive du traitement des personnels doit beaucoup à la Loi Blanc¹⁰⁶, d'après laquelle tous les personnels dépendent de l'autorité du directeur. D'un point de vue fonctionnel, la MDPH est organisée en quatre pôles (accueil, enfants, adultes, ressources médico-sociales), et en quatre unités d'évaluation pluridisciplinaire : unité projets personnalisés jeunes, formation et insertion professionnelle, projets de vie et soutien à domicile, projets d'orientation en établissement et enfin une unité « transverse » qui regroupe les missions concernant la PCHU, les aides techniques (auditives et visuelles), ainsi que le FDC (fonds de compensation) et les aménagements de logement

¹⁰⁵ Allusion au rapport CHOSSY, « de la prise en charge à la prise en compte ».

¹⁰⁶ Loi n°2011-901 du 28.07.2011, art 2 : « Les personnels sont placés sous l'autorité du directeur de la maison départementale des personnes handicapées dont ils dépendent et sont soumis à ses règles d'organisation et de fonctionnement. »

ou encore de véhicule. Une soixantaine personnes sont dédiées aux fonctions d'évaluation dont vingt pour l'évaluation à domicile. Plus de 3000 PCH ont été accordées pour 2010.

L'évaluation est réalisée au domicile par un ergothérapeute et un travailleur social. La décision est prise d'un commun accord sur la PCH entre professionnels et demandeurs. Après accord de la CDAPH (63 000 dossiers examinés en 55 séances, soit 1145 dossiers par séance), le dossier est transmis au Conseil Général pour instruction et validation du niveau d'allocation accordée. La MDPH traite de l'ouverture des droits, l'éligibilité financière étant traitée par le département. Le Conseil Général règle la PCH sur facture, raison pour laquelle, dans ce département, nombre d'usagers choisissent de continuer à bénéficier de l'ACTP.

La MDPH est en cours de certification NF et, par ailleurs, adhère à une « charte d'accueil » départementale engageant ses adhérents à respecter des amplitudes et des modalités d'accueil du public (notamment en matière de communication et d'information, de délai de traitement) afin de parvenir à installer une norme de qualité d'accueil. La mise en place de conventions de sous-traitance d'évaluations à domicile avec certaines associations n'a pas donné les résultats escomptés pour des raisons financières et parce que les associations se trouvaient juges (évaluateurs) et parties (prestataires potentiels). La MDPH a mis fin à cette expérience, cette décision accentue la charge de travail des chargés d'évaluation et exprime la tension qui pèse sur les moyens de la MDPH.

Afin de réduire ses délais de traitements, la MDPH s'attend à ce que la gestion électronique de l'information et des documents contribue à la réduction des déplacements physiques des personnels et fluidifie la circulation des dossiers entre services et administrations, notamment avec l'Education Nationale (du fait du nombre de projets d'intégration scolaire demandés).

S'agissant du partenariat, celui-ci s'est surtout développé avec l'Education Nationale et le champ du sanitaire. La MDPH, impliquée dans plusieurs groupements de coopération sanitaire, a peu développé son partenariat avec le champ médico-social, du fait du sous équipement régional en terme de structures d'accueil.

1.1.3 - Département EPSILON

Le département EPSILON affiche une politique particulièrement volontariste en faveur du maintien

à domicile des personnes fragiles. Cette politique se traduit par une politique d'autorisation et de tarification qui concerne aussi bien les structures privées que publiques afin que le reste à charge des bénéficiaires soit minime. De même, à l'issue de l'élaboration du plan d'aide, l'orientation vers un prestataire s'appuiera cependant sur les pratiques déjà mises en œuvre par l'utilisateur. Si l'utilisateur n'a pas pris d'option quant à la nature et au type de prestataire auquel il souhaite recourir, les évaluateurs lui proposeront de recourir à des prestataires autorisés par le département. Les évaluateurs adhèrent à cette orientation car ils estiment que le moindre coût pour l'utilisateur est un des aspects de la qualité doit être.

La MDPH du département EPSILON fonctionne avec 105 ETP pour un département de 1 421 000 habitants. Sa caractéristique par rapport aux autres départements est d'intervenir sur des zones rurales importantes. En effet, ce vaste département est composé d'une ville centre et d'une multiplicité de petites villes et villages, ce qui conduit à une dissémination de l'intervention. La MDPH est située dans la ville centre et il n'y a pas actuellement d'antenne, ce qui explique, pour partie, la politique du département en terme de VAD.

Si la MDPH travaille en partenariat avec les CLIC (300 dossiers environ instruits pour l'année 2010), c'est moins le cas avec les MDSI (Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion, au nombre de 37) qui devraient pourtant être leurs partenaires naturels. Mais du fait d'un litige avec l'État au sujet de l'apurement de la dette concernant la mise à disposition des personnels, les rapports sont encore difficiles à la date des entretiens. C'est pourquoi les usagers sont souvent amenés à se déplacer au siège de la MDPH et, sans doute, est-ce ce qui explique la politique de visites à domicile effectuées par les équipes. Ce litige n'empêche pas qu'une perspective de normalisation est en cours.

La procédure de demande et de traitement des dossiers est « classique » ; elle correspond à la démarche que suivent tous les évaluateurs (voir le cas développé avec le département DELTA).

À la différence d'autres départements, le binôme (la visite peut aussi se faire par un seul évaluateur selon la charge des services) de la VAD est formé à partir de l'instruction du dossier que fait

le médecin¹⁰⁷. Toute nouvelle demande de PCH suppose une VAD, sauf exception¹⁰⁸. Pour ne pas perdre d'éléments et en vue d'optimiser le déplacement, la VAD peut être mise en place avec les partenaires (famille, HAD, partenaires divers). La personne concernée doit être présente ainsi que les tuteurs. Si les circonstances l'exigent, les visites de préparations de sorties d'hôpital peuvent se faire à l'hôpital.

Tout signalement d'urgence fait par le Conseil Général (signalement par les collègues du secteur etc.) est traité en priorité. S'agissant plus strictement de la visite à domicile, certains évaluateurs remplissent la grille du GEVA au domicile et en présence des usagers, d'autres, connaissant bien la grille, préfèrent prendre des notes au domicile pour remplir le GEVA à leur retour au bureau.

Les évaluateurs n'interviennent qu'au nom de la PCH, et la plupart du temps ils sont en mesure de déterminer dès la fin de la visite à domicile si la personne est éligible ou non, ce qui accélère la proposition un plan d'aide (celui-ci peut être déterminé dès la fin de la VAD), de concevoir avec l'utilisateur le type d'intervention retenue, voire même de notifier conjointement le prestataire qui assurera l'intervention. Une fois le plan d'aide établi, les usagers ont quinze jours pour manifester leur désaccord. Ce délai raccourci par rapport à la période légale (1 mois), vise à accélérer, au profit du demandeur, le passage de son dossier en CDAPH.

1.1.4 - Département DELTA

Dans ce département, les zones très urbanisées côtoient des zones rurales. La direction de la MDPH défend l'esprit de la loi de 2005 sur l'égalité de traitement entre les populations. Celle-ci affiche un objectif de qualité des prises en charge en plaçant l'utilisateur comme sujet de son projet de vie, comme n'importe quelle autre personne. Mais pour l'équipe de direction, les conditions de réalisation de cet objectif ne sont pas à la hauteur de ce projet posé

¹⁰⁷ À la différence d'OMEGA, EPSILON semble n'avoir pas de problème d'intégration des assistantes sociales dans la fonction d'évaluation. À défaut d'homogénéiser les pratiques d'évaluation, la MDPH harmonise les appellations professionnelles : les assistantes sociales sont des « évaluateuses sociales », comme il existe les « médecins évaluateurs ». La recherche d'homogénéisation des statuts et des fonctions l'emporte sur celle des pratiques corporatistes.

¹⁰⁸ Pour tout aménagement technique de l'environnement d'un usager déjà connu par les services.

dans la loi. Certaines institutions s'impliquent insuffisamment dans l'intégration d'enfants handicapés, tantôt pour des raisons culturelles, tantôt pour des raisons de manque de moyens et de budget pour faire face à l'individualisation des parcours. Ainsi, la direction mentionne sa difficulté pour honorer l'esprit de la loi, étant donné les volumes de demandes à traiter et les résistances à vaincre pour faire aboutir certains projets. On peut lire en introduction du rapport d'activité de 2010 : « *Les choix stratégiques sur la façon d'appréhender une activité qui ne cesse de s'accroître à moyens constants, doivent désormais être inscrits dans la réflexion (...). En effet, l'activité de la MDPH est bien différente de celle des anciennes COTOREP et CDES, en volume comme en périmètre d'action. Pour autant, les moyens dont elle dispose restent, pour la partie transférée, basés sur ceux de 2005. L'action gestionnaire arrivant au bout de ses ressources en termes d'ingénierie d'organisation, c'est un autre levier qu'il faudra certainement activer, si on exclut toute hypothèse de minoration du service rendu à l'utilisateur* ». Pour cette MDPH, être conforme à la loi est aussi un objectif de qualité (concevoir une allocation de compensation à partir du projet de vie du demandeur et traiter la demande dans un délai de quatre mois). Mais pour tenir les délais de traitement, le projet de vie peut être moins considéré. L'attention au projet de vie tend à se rétrécir au profit de la performance de la gestion des délais.

Pour trouver un compromis entre traitement standardisé et personnalisation de la prestation, l'équipe de direction a restructuré l'organisation du travail autour de quatre critères et d'une fonction nouvelle de « pilote » inspiré du case manager, du « gestionnaire de cas » ou encore appelé « gestionnaire de solution ». Ce terme désigne des coordinateurs dont la fonction est d'assurer le suivi du dossier sur toute la chaîne de traitement. Théoriquement, ils sont censés gérer l'évolution de la prise en charge au regard de celle de la personne.

Les quatre indicateurs principaux retenus pour identifier le meilleur choix organisationnel sont le cadre juridique, le délai de traitement, la satisfaction de la personne handicapée et la faisabilité. Pour le cadre juridique, il s'agit de respecter les principes posés par la loi 2005 (par exemple l'évaluation pluridisciplinaire, la prise en compte du projet de vie, la citoyenneté des personnes handicapées), dans la limite des missions de la

MDPH (exemple : information autour du handicap, conseil auprès de la personne handicapée pour orientation) et le respect du rôle des autres acteurs (personne elle-même, Protection de l'Enfance, Justice, associations représentatives). Pour le délai de traitement, il s'agit de tendre vers le respect du délai légal de 4 mois à compter de la recevabilité du dossier. En tenant compte de la réalité suivante : plus un dossier prend du retard, plus il est complexe à traiter (remise à jour des informations, rupture de droits en cours d'évaluation, etc.). Pour la satisfaction de la personne handicapée, il s'agit d'apporter les meilleures solutions de compensation au regard du projet de vie par une approche globale pluridisciplinaire et d'obtenir l'adhésion de la personne au contenu du plan de compensation (proposition ou décision). Pour ce qui est enfin de la faisabilité, il s'agit de prendre en compte les caractéristiques du département (distance etc.) afin d'absorber le volume de dossier reçus quotidiennement et gérer les dossiers avec les moyens actuellement disponibles : compétences (absence de technicien pour le bâti, disponibilité des médecins), système d'information (exemple : contraintes Perceval), locaux.

L'équipe pluridisciplinaire du service « évaluation orientation » est composée de 41 personnes (14 pilotes, 1 chef de service, un médecin coordinateur, 1 chargée de mission, 9 médecins, 5 ergothérapeutes, 1 infirmière, 3 assistants sociaux, 1 conseillère en économie sociale et familiale, 2 psychologues, et 3 secrétaires du service). Le dossier de demande est ventilé vers le pôle (évaluation et orientation scolaire, formation et insertion professionnelle, orientation en établissements, projet de vie à domicile et il existe un pôle transversal « traitement médical ») qui correspond le mieux à la dominante qui est repérée dans le projet de vie énoncé par le demandeur et, à défaut, le projet est « déduit » par le pilote au moment de son enregistrement. Une fois, le pilote est garant du dossier, tant devant la CDAPH que devant l'utilisateur. Pour ce faire, il doit « *comprendre la problématique du dossier* », manager l'évaluation (c'est lui qui désigne les évaluateurs idoines et la méthode retenue - VAD ou autres), il propose le plan de compensation à la personne, il présente une synthèse de l'évaluation et du plan de compensation à la CDAPH, il apporte son expertise aux autres services et tient à jour ses connais-

sances¹⁰⁹. Il s'agit d'harmoniser les pratiques en se faisant le garant des quatre critères énoncés plus haut¹¹⁰. Le pilote est à distance du terrain, il ne participe pas aux VAD. Les évaluations sont réalisées par les équipes pluridisciplinaires et, étant donné la charge de travail, les évaluations sont le plus souvent faites à distance, sauf pour tout ce qui concerne les aménagements de l'environnement. Lorsque les devis sont réalisés par des partenaires, l'évaluateur en vérifie la crédibilité. Les médecins font essentiellement de l'évaluation sur pièce et convoquent parfois des demandeurs pour une visite médicale. Le fait que le pilote soit en responsabilité directe du dossier, et bien que l'appropriation du rôle professionnel varie selon les personnes¹¹¹, il est toutefois attendu de lui qu'il raisonne en terme de personne à satisfaire plutôt qu'en terme de flux de dossier à gérer. Mais pour la direction, le critère de temps passé sur un dossier ne peut être un critère de qualité. Il s'agit aussi d'appréhender la qualité globale du service, à savoir le nombre de personnes servies. S'exprime ici une tension récurrente pour l'équipe de direction, à savoir que la qualité individuelle peut se payer cher au niveau collectif, comme l'inverse, la performance collective (en volume et flux de dossiers traités à temps) n'éclaire pas la qualité du traitement au niveau individuel.

L'ensemble est organisé pour raccourcir le temps de stationnement du dossier lors des étapes de traitement, car chaque stationnement prolongé bloque la chaîne de traitement. Pour mieux gérer le flux, un « contrôleur de gestion de l'activité » a la charge d'identifier et de remédier aux goulots d'étranglements. Par ailleurs, deux agents de la gestion administrative sont affectés, à plein temps, à la relance des demandeurs dont les dossiers sont incomplets et à la gestion des retours de pièces. La CDAPH, sous sa forme plénière, instruit en moyenne 1600 dossiers par mois. Elle se réunit une fois tous les quinze jours. Chaque semaine une CDA spécialisée pour chaque pôle instruit les dossiers. C'est dans ces instances que les dossiers sont traités. Tous les dossiers médicaux simples passent

directement (cartes de stationnement etc.). Après sa validation par la CDAPH, le travail de la MDPH prend fin avec l'envoi de la notification à l'utilisateur. La direction mentionne l'insuffisance de ses ressources pour aider les familles sur la recherche des prestataires. De fait, la suite dépend des ressources locales et les demandeurs doivent avoir le réflexe de se tourner vers les CCAS ou autres services équivalents.

Toujours dans une contribution à la qualité du service, la MDPH a mis en place le projet NUMEO (dématérialisation des dossiers) et la gestion électronique des dossiers. Elle développe des actions de formations auprès des travailleurs sociaux de services départementaux ou municipaux dont la mission est d'aider ou sensibiliser des personnes en situation de handicap afin de construire une demande de PCH.

Outre cette politique de formation des agents (en interne comme en externe), la MDPH est vigilante à la qualité des procédures (faire tout ce qui est possible pour repérer la non qualité). Une médiatrice est chargée, pour toute réclamation, d'identifier et de solutionner tout dysfonctionnement pouvant être à la source du malentendu.

Malgré ses efforts, la MDPH n'est pas en mesure d'atteindre des objectifs de qualité. Elle est positionnée « *sur du moins disant qualité par rapport aux moyens* » dont elle dispose. Le management tente de maintenir l'effort pour ne pas régresser. « *On est exigeant par rapport aux gens qui travaillent ici, on traque les erreurs mais je suis réaliste sur la réalité des choses. La MDPH est une structure spécifique dans le département, avec un niveau de sophistication de la demande et de son traitement qui pose la question de la qualité d'une manière différente de la manière dont cela peut se poser dans les autres services du département. Par exemple, on a eu des plaintes car on était trop long pour traiter de la PCH¹¹²* ». La tension réside dans le fait de dénoncer une industrialisation jugée trop poussée dans le traitement de la demande de PCH et en même temps d'y contribuer dans le management des équipes, faute de moyens.

1.1.5 - La qualité et ses outils selon les directeurs de MDPH

Pour les directeurs, la qualité est un terme relative-

¹⁰⁹ Rapport d'activité 2010, p. 68.

¹¹⁰ Un dossier adulte est revu en moyenne tous les 3 à 4 ans, un dossier enfant est revu chaque année.

¹¹¹ Certains pilotes, originaires des métiers de la relation d'aide directe, évoquaient une certaine frustration auprès de leur direction.

¹¹² Propos tenus par la direction.

ment insaisissable d'un point général mais identifiable sur le terrain. Sa définition et ses indicateurs sont relatifs au profil, à la place qu'occupent les personnes interviewées dans les services étudiés. Elle est néanmoins saisissable parce que, de leur place, les directeurs rendent des comptes à partir de repères sur lesquels ils s'appuient pour distinguer le travail bien fait du travail mal fait.

Pour les directeurs, peu concernés par le thème de la qualité au domicile, leur mission n'allant pas jusqu'au service rendu à domicile, la notion de qualité est rapidement circonscrite au champ de leur intervention (évaluation, validation, et beaucoup plus rarement orientation). Pour eux, les indicateurs de la qualité de la prestation portent sur le respect des objectifs assignés aux MDPH. Ils concernent fondamentalement deux registres. L'un porte sur le respect de la loi et se traduit par une attention personnalisée aux besoins des demandeurs, l'autre porte sur le rendement des moyens et se traduit par le respect des délais de traitement, le respect des objectifs d'efficience (rendement des moyens) passant par la tenue d'indicateurs, de tableaux de bord, qui tous contribuent à cerner la charge de travail et permettent à la direction d'accorder la productivité de l'organisation aux contraintes de gestion (articulation entre système technique – dématérialisation par exemple – et système social – nature de la coordination entre les acteurs). Quant aux dimensions qualitatives et sensibles de la qualité, celles-ci apparaissent au travers de régulations internes de toutes sortes (réunions de direction, de chefs de services, régulation avec les cellules de la CDA, ...). Certains directeurs rapportent le poids qu'occupent les associations de personnes en situation de handicap dans la veille du terrain et le contrôle du déroulement des procédures. Ces différentes instances permettent de s'enquérir de l'état d'esprit des équipes, condition d'une qualité minimum pour maintenir les délais et l'écoute du demandeur.

S'agissant du recueil de la « satisfaction » des usagers, les directeurs disposent des outils formels classiques comme les enquêtes de satisfaction conformément à la loi et suggérées par la CNSA mais aussi celles produites par leurs propres services ou encore conçues par des dispositifs dans lesquels leurs actions s'inscrivent (enquêtes liées à la suite de la mise en place d'une charte, par exemple). Ces thématiques de la satisfaction des usagers portent sur les délais, l'accueil, l'informa-

tion, la communication, les amplitudes horaires, la réactivité de l'organisation, la prise en compte de leur projet personnel etc. Pour les directeurs, ces enquêtes et sondages fournissent les éléments quantitatifs de conformité à la norme attendue, ce qui peut être un indice de la qualité. Mais chacun des directeurs reconnaît que les réponses aux questionnaires sont généralement aussi standardisées et décontextualisées que le sont les questions. Et encore une fois, ce sont les données sensibles qui renseignent, de manière complémentaire, sur la qualité du service. C'est la raison pour laquelle les MDPH portent leur intérêt sur la séquence du renouvellement des demandes. D'après les directeurs, c'est l'occasion pour les équipes « de faire le point » avec l'usager sur la manière dont se déroule l'intervention à domicile. Le renouvellement donne à voir, au médecin entre autre, les suivis mis en place par les confrères. Par ce biais, les MDPH collectent les éléments de qualité, à la fois sur leur prestation et celles dispensées à domicile. La qualité de ces données repose sur la crédibilité que les professionnels accordent aux propos de l'usager. Elles portent autant sur des aspects objectifs (description du déroulé des prestations) que subjectifs (vécu de la prestation). La dimension « sensible » des données collectées participe à la construction de l'évaluation. Par ailleurs, l'attention que les professionnels portent aux propos des usagers lors du renouvellement est relative à la pression exercée par le flux de dossiers à traiter. Enfin, le dernier « outil », sans doute le plus « sensible », auxquels les directeurs font confiance pour apprécier la qualité de la prestation, celle de leur MDPH assurément, transparait dans leur attention portée à la gestion et la résolution des réclamations. Il n'est pas anodin de constater que les réclamations sont toujours gérées par l'équipe de direction, ou, pour une MDPH, déléguées à un médiateur, dont la fonction spécifique est de comprendre et de régler, dans les meilleurs délais, toute plainte jugée importante et qui impliquerait un dysfonctionnement d'un ou de plusieurs services. Les directeurs prennent très au sérieux ce petit mais décisif dispositif, car il est l'observatoire pertinent qui concentre le plus d'informations (quantitatives) surtout qualitatives, sur les plaintes et leurs modalités de résolutions. Il est nécessaire de contrôler ce dispositif discret, mais névralgique, parce que, pragmatiquement, les directeurs ne peuvent prévoir jusqu'où peut

les entraîner une plainte mal contrôlée¹¹³. Il s'agit bien de contenir la plainte à l'espace de l'organisation, et d'éviter qu'elle trouve à s'exprimer auprès d'élus. La compréhension et la « moins mauvaise solution » donnée à une plainte nécessite la reconstruction du contexte conduisant la plainte, de retracer l'ensemble des événements qui ont conduit à la situation problématique. A la différence de l'approche par sondage, l'étude minutieuse de la plainte permet d'accorder une attention spécifique aux dimensions qualitatives du parcours par lequel passe le demandeur d'une allocation de compensation. La réclamation, en tant qu'analyseur, fournit souvent au directeur nombre d'éléments analytiques sur l'état de l'offre de service et sa qualité perçue par l'utilisateur. Dans ces moments de singularisation ou d'individualisation de la relation entre le demandeur et le directeur, ce dernier est mis en position de tiers entre l'organisation – cible de la plainte – et le plaignant, et dans ces moments que s'établit fréquemment une jurisprudence (un compromis) qui permet de complaire au demandeur et à l'esprit de la loi. Il n'en est pas toujours ainsi, certaines plaintes trouvent leurs réponses dans l'application stricte d'une circulaire, d'un règlement intérieur, mais bien souvent les sorties de litiges trouvent leurs issues dans des arrangements stratégiques ou moraux, au cas par cas.

Finalement, cette qualité « trouvée » dans la jurisprudence résulte d'un partage, d'un compromis entre les objectifs des uns et les attentes des autres. La qualité se construit pas à pas, et en cela elle se différencie de la qualité prescrite¹¹⁴ dans les espaces de régulation que les acteurs s'aménagent. Ce processus jurisprudentiel se retrouve aussi dans les pratiques des professionnels de terrain. Ces observations conduisent à conclure que les directeurs déploient les outils de la mesure de la qualité à des endroits très différents de la chaîne de traitement de la demande parce qu'ils perçoivent, vraisemblablement implicitement, la qualité comme un processus global et qu'elle ne

peut saisir pleinement par des indicateurs formels. Lorsque les directeurs cherchent à comprendre et à repérer les dysfonctionnements par le traitement de la réclamation, ils supposent une relation forte entre qualité dans le processus de travail et qualité perçue et vécue par le demandeur. Il est possible qu'à travers le traitement des réclamations les directeurs tentent d'établir des causalités entre processus de travail et résultat perçu. A l'étude des données purement factuelles s'ajoute celle des indicateurs sensibles¹¹⁵.

1.2 - Progression de la PCH et délais d'instruction : rationaliser les moyens

Les quatre départements concernés par l'étude évoquent l'accroissement de la demande de PCH (notamment celle concernant les enfants, actuellement encore trop basse selon OMEGA) dans un contexte où la stabilisation du personnel n'est pas totalement acquise. Les départements n'ont pas encore atteint leur « plateau » en matière de charge de travail. En effet, la constitution du dossier de PCH demande souvent des allers et retours avec les familles, un temps d'instruction pouvant s'étendre entre six et huit mois, voire jusqu'à dix mois (pour les aides techniques). Ce dispositif paraît dissuasif pour nombre de familles qui découvrent, notamment lorsque la demande fait suite à hospitalisation, la lourdeur du dispositif, quand bien même les MDPH proposent de traiter la demande en urgence, d'affiner l'aide au cours de la prestation.

Les causes des délais de traitement (notamment concernant les aides techniques) sont diverses. Certains usagers tardent à répondre aux demandes de compléments émises par la MDPH, parfois ce sont les prestataires qui répondent tardivement aux demandes de devis. Cependant, toutes les MDPH s'accordent sur la surcharge occasionnée par le travail de relance des usagers ou des prestataires, surcharge qui se combine aux restructurations fréquentes des services, mettant l'organisation dans la difficulté pour stabiliser des routines de travail. Certaines directions évoquent que les MDPH se « restructurent alors qu'elles ne sont pas structurées » (introduction de la PCH enfant en 2009, programme

¹¹³ À la différence des autres dispositifs qui vont chercher auprès de l'utilisateur les réponses aux questions que se pose l'organisation.

¹¹⁴ Certains directeurs regrettent la faible capacité des procédures à orienter et à ordonner les comportements dans la réalité. On retrouve ici la tension entre une prise en compte individualisée de la personne et un traitement de masse des dossiers.

¹¹⁵ Le terme d'outil pourrait être un équivalent à celui d'indicateur, mais il ne restitue qu'incorrectement la consistance spécifique des dispositifs dynamiques de régulation.

de numérisation en 2010 et 2011, instruction du RSDAE (revenu substantiel et durable d'activité), charge de travail occasionnée par les nouvelles modalités d'instruction et d'octroi de l'AAH, gestion des « bascules » des personnes au RSA vers l'AAH¹¹⁶, tension due à la restructuration de l'organigramme liée au non-respect de la part de l'État de ses engagements financiers, charge de travail disproportionnée entre l'investissement pour l'accompagnement à l'insertion professionnelle des personnes handicapées et le résultat obtenu du fait de l'imperméabilité du marché du travail dans ce domaine).

S'agissant d'expliquer les délais de traitement par la culture de certains personnels, un responsable de MDPH relève que nombreux sont les agents qui n'ont pas intégré la dimension temporelle du traitement du dossier. Le temps du traitement ne ferait pas sens, les dossiers seraient traités selon une double logique : selon la logique d'arrivée des pièces (le personnel s'occupe des dossiers entrant mais ne relance pas ceux dont les pièces tardent à venir après) et selon la logique du travail bien fait (le dossier avance dans la chaîne de traitement lorsque toutes les pièces requises sont totalement rassemblées). Un exemple significatif, qui sera traité plus à fond plus bas dans le chapitre consacré aux illégalismes, est rapporté par le responsable de la MDPH d'OMEGA. Pour résorber les retards importants, il met en place un « plan de déstockage¹¹⁷ ».

Verbatim Responsable MDPH : On fait des tas, et on met le paquet pour simplifier l'instruction (notamment pour les ré instructions). Une fois le retard rattrapé, on constate que le phénomène réapparaît, c'est-à-dire que le temps s'allonge à nouveau dans l'instruction des dossiers. Il semblerait que le personnel reprenne ses habitudes de traitement qui consistent à appliquer la loi au pied de la lettre, et qui est qu'un dossier bien traité est un dossier qui demande du temps. Comme s'il y avait la peur de passer à côté de quelque chose... S'ils vont vite, c'est qu'ils n'ont pas fait le tour du sujet.

¹¹⁶ Les personnes au RSA sont soumises à évaluation trimestrielle. Celles qui ne peuvent soutenir le rythme de la recherche d'emploi sont sujettes à être « basculées » vers l'AAH.

¹¹⁷ Terme employé par la responsable.

Ce exemple illustre les tensions récurrentes entre, d'une part, le temps nécessaire et celui réellement imparti à l'instruction et, d'autre part, la temporalité administrative du traitement des dossiers et la temporalité sociale dans laquelle la réponse aux besoins des demandeurs devrait se situer.

Les responsables de MDPH évoquent une autre cause du ralentissement : la tradition historique (au temps des COTOREP et CDES) selon laquelle il fallait toujours avoir l'avis du médecin, et parfois plusieurs fois. Un responsable explique la petite révolution qu'il a opérée dans sa MDPH :

Verbatim Responsable MDPH : On a fait une révolution, on utilise un « guide barème » pour les taux d'incapacité au regard de la pathologie. Ceci ne concerne pas la PCH, mais impacte indirectement la chaîne de traitement. Aujourd'hui ce guide barème n'est plus à l'usage exclusif des médecins. Toute personne chargée de l'évaluation peut l'utiliser. On assiste à une amélioration des délais car avant chacun instruisait sa partie.

Ainsi, pour les directeurs, le premier critère de la qualité est bien la maîtrise du délai de traitement et les stratégies sont diverses pour se tenir au mieux dans les exigences réglementaires.

Verbatim [Certains responsables évoquent] avoir « supprimé les réunions pluridisciplinaires qui retardent considérablement les délais de traitements. Un responsable : « Quand on se réunit à dix pour parler d'un dossier je ne sais pas si c'est efficace. Je pense même que ce type de réunion porte atteinte à l'usager, notamment dans les délais de traitement. Et d'un point de vue éthique, je me demande pourquoi, dans le cadre de la pluridisciplinarité l'usager est absent de ces réunions. La pluridisciplinarité sans l'usager, c'est se réunir en l'absence du tiers. Par ailleurs sur le handicap, c'est assez évident, il n'y a pas besoin de se réunir, les discussions sont à la marge. J'ai réduit les réunions sur l'insertion sociale et professionnelle, pas les réunions sur la PCH.

L'idée mise en avant consiste à faire confiance en l'expertise des instructeurs qui, somme toute,

s'applique en droit¹¹⁸. Il n'y aurait donc pas besoin d'en débattre.

Autre cause de ralentissement évoqué, celui consistant à modifier le profil de certaines catégories de personnels. En effet, les assistantes sociales¹¹⁹, pour au moins un directeur, sont dans une logique d'accompagnement social global et cet ethos professionnel les conduit à explorer et à vouloir trouver des solutions à un ensemble de difficultés rencontrées par les demandeurs de sorte que leur demande de PCH se trouve elle-même prise dans un ensemble qui en ralentit considérablement le traitement, notamment lorsqu'il s'agit de trouver des aides visant à neutraliser l'éventuel reste à charge qui découle de l'accès à la prestation.

Les processus de « dématérialisation » (traitement électronique des dossiers) est cité aussi comme une cause de ralentissement dans le traitement des dossiers. Ils en attendent des gains d'espaces de stockage et de temps de traitement, une réduction des déplacements actuellement extrêmement importants entre services liés au traitement des dossiers, et une fluidité de circulation des dossiers entre les administrations (notamment avec l'Education Nationale, s'agissant de l'intégration scolaire). Mais ceux qui expérimentent actuellement le processus de dématérialisation constatent plutôt la surcharge occasionnée dont il est difficile de savoir si elle est transitoire ou chronique.

Pour telle autre MDPH, la mise en place de « pilote », référent unique qui rend compte auprès de la CDAPH de l'avancement des dossiers, doit permettre de fluidifier le traitement du dossier. En effet, le pilote a la responsabilité fonctionnelle de coordonner les différents éléments de la demande de PCH, là où dans d'autres MDPH, le dossier avance encore selon une formule plus séquentielle. Sa force étant de n'être ni du côté de l'utilisateur, il ne fait pas de VAD, ni être membre de la CDAPH.

1.3 - La qualité de la prestation du maintien à domicile

Une contextualisation historique sur ces cinquante

118 Cette vision milite en faveur d'une réduction des débats au sein de la CDAPH. Il n'est nul besoin de discuter sur la justesse du niveau d'allocation alloué si l'on accepte l'idée de la compétence de l'expertise.

119 Un peu plus loin dans l'entretien, la responsable évoque l'attractivité du département, permettant une forte mobilité professionnelle comme il rend aisé, contrairement à d'autres départements, l'embauche d'ergothérapeutes.

dernières années du thème de la qualité de la prestation mettrait en évidence l'évolution indubitable en la matière. Sans doute que l'introduction de la PCH a amélioré considérablement la perspective d'autonomie sociale de la personne. De même, depuis la loi de 2002 et celle de 2005, des efforts ont eu lieu pour l'accompagnement des aidants, thématique qui continue à monter en charge. Ainsi, commencent à exister des plateformes de répit pour les aidants, des accueils de jour pour les personnes âgées. Dans le même ordre de constat, les intervenants commentent l'apparition ou le renforcement de la notion de parcours dans les accueils alternés et adaptés, l'assouplissement des interventions jour/nuit qui évitent aujourd'hui nombre de placement en établissement. Une des directrices note aussi l'amélioration de l'intégration des enfants dans le système scolaire, et plus largement la structuration de l'intégration de la personne handicapée dans la société. Pour la prise en charge des adultes on assiste à une démultiplication des systèmes de prises en charge au domicile comme en établissement, à l'accroissement du choix entre maintien à domicile et établissement même si, par ailleurs, les départements OMEGA et DELTA évoquent massivement la persistance du manque de place en établissement. C'est aussi la mise en œuvre d'une meilleure prise en compte des personnes souffrant de handicaps psychiques et de leur insertion dans l'environnement. Ces exemples montrent que les objets de la qualité revêtent un caractère contextuel et dépendent du rapport des acteurs aux éléments de l'environnement susceptibles de s'intégrer dans leurs représentations de la qualité.

Les directeurs constatent, encore, quelques limites : en l'absence d'aides ménagères attribuées dans la PCH (pas de financement donc pas de solution possible) l'aide à la personne serait détournée au profit de l'aide au ménage. Pour d'autres directeurs, il serait nécessaire de renforcer la lutte contre l'isolement, de réfléchir à l'insertion en établissement, de mieux adapter les moyens aux projets de vie, réfléchir davantage sur l'aide aux aidants, notamment dans leur prise en charge lorsqu'ils sont malades ou fatigués. Il faudrait également envisager de mettre en place la reprise de l'accompagnement lors du décès des aidants. On le voit, les objets de ce qui fait qualité différent selon que l'on regarde ce qui a été accompli, ou selon que l'on regarde ce qui reste à accomplir au regard de l'idéal de la prise en charge.

1.3.1 - La qualité comme résultat de la régulation collective

La demande de PCH contient deux documents : le premier, le cerfa 51299*01, intitulé « dossier de demande », est informatif sur les prestations et expose, sous forme d'un plan, l'ensemble de la démarche que l'usager est invité à suivre pour remplir le second Cerfa 13788*01 nommé « *formulaire de demande(s) auprès de la MDPH* ». C'est à l'intérieur de ce second formulaire (page 4 section B), que la possibilité est offerte au demandeur d'exprimer ses besoins et son « projet de vie ». Pour les directeurs de MDPH comme pour les évaluateurs, cette section est déterminante car elle est celle qui trace la ligne de démarcation entre la finalité de la PCH et celle de l'APA. L'allocation de compensation du handicap serait estimée au regard du projet de vie, alors que celle accordée pour la dépendance le serait au regard des incapacités fonctionnelles. C'est l'existence de la section « projet de vie » – même si les demandeurs ne la remplissent pas, elle est d'ailleurs facultative – qui donne un fondement à la dynamique relationnelle que peut instaurer le personnel de la MDPH avec le demandeur considéré comme un sujet autonome, porteur d'un projet positif pour lui-même. La PCH n'est pas allouée uniquement dans la perspective d'améliorer le confort et de réduire la dépendance, elle l'est au regard du contexte de sens que le demandeur donne à sa vie. Ainsi, l'outil d'évaluation du besoin de compensation est *a priori* finalisé en fonction du projet de la personne : les besoins de compensations d'une personne tétraplégique de 40 ans qui travaille hors de son domicile diffèrent de ceux d'une personne moins handicapée physiquement mais plus dépendante psychologiquement. Or, il semble qu'une approche globale et individualisée soit, dans la réalité auxquelles les MDPH se confrontent, difficile à mettre en pratique pour des raisons techniques et d'inadaptation de l'outil aux finalités visées. S'agissant des finalités du GEVA¹²⁰, les évaluateurs s'accordent pour dire

120 Le GEVA contient 8 volets : volet 1 administratif, volet 2 habitat et cadre de vie ; volet 3a parcours de formation, 3b parcours professionnel ; volet 4 médical ; volet 5 psychologique ; volet 6 activités, capacités fonctionnelles (grille essentielle pour évaluer le droit à la PCH, il faut qu'il y ait deux obstacles majeurs pour y avoir droit) ; volet 7 emploi du temps et soins ; volet 8 Synthèse et propositions. Le département est en train d'expérimenter une nouvelle grille du GEVA en volets séparés. Il est à noter que l'expression

qu'ils disposent d'un outil de proposition de prestation plutôt que d'un outil au service d'un projet global. C'est pourquoi la possibilité d'énoncer son projet de vie dans le document unique embarrasse certains évaluateurs à plus d'un titre car elle laisse penser que la MDPH prendrait en compte ce projet dans l'évaluation de la demande de PCH, or il est question d'offrir une prestation individualisée et non d'individualiser la réponse aux besoins. Par ailleurs, les évaluateurs doivent gérer le décalage entre la temporalité nécessaire à la conception d'un projet de vie et temporalité administrative délimitée.

Pour les évaluateurs PCH, le formulaire unique « *formulaire de demande(s) auprès de la MDPH* », Cerfa n°13788*01, aurait le défaut de ses qualités : à être unique, il produit une offre qui tend à noyer les évaluateurs eux-mêmes. En effet, dans le doute, une partie de la population demandeuse d'aide a tendance à « tout cocher » (demande de PCH, d'AAH, d'aide à l'insertion professionnelle), obligeant les évaluateurs à répondre avec circonspection à chaque demande (tout refus à la suite d'une instruction doit être motivé).

Dans ces situations de contraintes et d'opportunité, l'instruction des dossiers devient une tâche complexe, les demandes étant aussi floues que semblent évidentes et transparentes, sur le papier, les règles à appliquer. Cela dit, la majorité des demandes d'aide semble suffisamment claire pour que les évaluateurs statuent, en règle générale, sans avoir besoin d'en référer aux collègues et sans que l'instruction pose un problème de conscience. C'est le cas lorsque la demande est clairement intelligible et, à l'inverse, lorsque le demandeur remplit le critère d'absolue dépendance ou encore, lorsqu'il cumule deux critères de grave dépendance. Mais parfois, statuer sur l'éligibilité s'apparente à une épreuve pour la conscience des professionnels car la qualité de vie du demandeur peut dépendre directement de la décision. Ici encore, l'éligibilité résulte de l'interprétation des données collectées via l'administration de l'outil (le GEVA), mais les situations concrètes sont souvent plus complexes qu'elles ne le sont sur le papier et la subjectivité (ou, si l'on veut, l'initiative) des professionnels est engagée pour donner vie à ce que l'outil ne mesure pas, soit parce que certaines incapacités

du projet de vie n'est pas intégrée dans le GEVA mais dans le formulaire unique de demande(s) auprès de la MDPH.

des demandeurs n'entrent pas strictement dans les « cases », soit parce qu'elles ne sont pas répertoriées, soit encore parce que les contextes dans lesquelles elles sont identifiées ne permettent pas de statuer de manière évidente. Certains professionnels sont animés par des tensions morales lorsqu'il leur faut délibérer sur des situations limites. L'enjeu porte bien sur leurs capacités et qualité de discernement. Cette tension exprime le dilemme dans lequel se trouvent les évaluateurs pour envisager la qualité de leur prestation, à savoir, que pour eux, la qualité se trouve être à l'intersection d'un cadre normatif limitatif jugé nécessaire mais contraignant et de leur volonté de proposer une réponse « sur mesure ». Le cadre normatif protégerait du risque de la fusion avec les désirs exprimés par le public, comme à l'inverse il limite la personnalisation de la réponse. Pour trouver ce chemin de la qualité, les évaluateurs sont amenés en permanence à exercer des petites dérogations pour prendre en compte l'intérêt des usagers (par exemple « *ne donner au demandeur que quinze jours de délai pour se prononcer sur le plan d'aide alors que la loi prévoit un mois, ce qui permet de faire passer plus vite le dossier en CDAPH* »). Cette flexibilité normative et ces ajustements s'expriment dans les réunions hebdomadaires qui rassemblent l'ensemble des évaluateurs et les coordinateurs. Les quelques exemples ci-dessous illustrent le processus de construction d'une jurisprudence¹²¹

121 « J'emploie le terme de jurisprudence pour désigner le processus sociologique, dans une perspective interactionniste, d'élaboration qui conduit à une décision stabilisée et reproductible et qui s'applique à chaque situation jugée similaire », Jean-François LAÉ, *L'instance de la plainte*, Editions Descartes et cie, 1996. Il s'agit bien de désigner par là le processus d'accord conventionnel qui est atteint et stabilisé par un groupe et qui vaut pour ce groupe tant qu'il n'est pas défait par un autre ordre conventionnel (Voir Erhard Friedberg, *Le pouvoir et la règle. Dynamique de l'action organisée*, 1993, Le Seuil). Cependant, cette jurisprudence doit entrer dans une théorisation de l'illégalisme, car il s'agit bien d'une jurisprudence qui tente d'énoncer une norme rendant justifiable l'accès à un droit là où en droit l'accès est réputé inéligible. Cette jurisprudence ne construit pas de nouveaux droits, elle se constitue sur les limites ou en concurrence des limites qu'impose le droit. C'est en ce sens que nous empruntons le terme de flexibilité normative (KELLERHALS, "Le juste : normes et idéaux", in *L'année sociologique*, volume 45, n°2, PUF, 1995). Cette jurisprudence ne se substitue pas au Droit ou aux normes en vigueur. C'est pourquoi elle pourrait par ailleurs revêtir le sens d'« arrêts de règlements » au sens où l'emploie le droit privé (Dictionnaire du droit privé, Serge Braudo). En

collective dont l'objectif consiste bien à trouver un accord collectif désignant un type de qualité de prestation fournie.

Pour être éligible à la PCH, les demandeurs doivent remplir un critère d'incapacité absolue ou deux critères de gravité entravant l'autonomie. Mais, par exemple, certains demandeurs remplissent un critère de gravité de situation mais ne sont pas totalement éligibles sur un deuxième. L'application « orthodoxe » de la grille GEVA conduit logiquement au rejet de la demande. Mais il se peut qu'au cours de la visite à domicile, les évaluateurs repèrent que quelques signes de fatigue chez l'aidant naturel. Il est possible, dans ce cas, que l'évaluation trouve sa finalisation lors de la réunion d'équipe, car « décider tout seul, ça fait trop de poids sur les épaules ». L'épuisement de l'aidant peut conduire l'équipe à réévaluer les faiblesses du deuxième critère et, à la suite de la « pesée » collective des arguments contradictoires à propos de la recevabilité de la demande¹²², un arbitrage, telle une jurisprudence collective, sera opéré. Cet exemple illustre la part du collectif de

effet, l'arrêt de règlement, s'il est un énoncé local, tient compte du fait qu'il ne peut ni se substituer à un énoncé qui viendrait d'une instance ou d'une autorité supérieure, ni venir en contradiction avec un énoncé d'une instance supérieure. Pour ce qui concerne notre travail, la jurisprudence contribue à la construction d'un système normatif quasi « parallèle » en même temps qu'il est bien une pièce du système normatif dominant. Il se constitue dans une dynamique concurrentielle par rapport au système normatif en cours, mais il est un sous-système du système normatif, il n'entre pas en conflit ouvert. Ainsi, l'illégalisme dans l'action s'appuie sur une jurisprudence qui tente de s'ériger contre le droit normatif limitatif afin de construire, au coup par coup et tout en intégrant le droit constitué, les principes contingents d'application qui visent la prise en compte de la demande singularisée. C'est parce que la capacité à prendre en compte la singularité de la personne et de ses besoins (le fameux idéal de la prestation « sur mesure ») est devenue le leitmotiv de politiques sociales individualisées et à sa suite le gage de la qualité d'une prestation, que l'illégalisme devient la condition de possibilité d'une qualité, qualité entendue au sens subjectivement visé par les usagers et les professionnels (M. WEBER, *Economie et société*). L'illégalisme pourra avantageusement être distingué de l'illégalité. En effet, les évaluateurs ne prennent pas de décisions « illégales », ils sont poussés à des interprétations limites des conditions actuelles d'éligibilité.

122 Nous pourrions évoquer à l'envi l'intérêt de la jurisprudence collective pour les équipes d'évaluateurs, par exemple, le cas de cet évaluateur, réputé dans l'équipe pour sa suspicion à l'égard des gens du voyage, à qui l'équipe demande de toujours faire l'évaluation en binôme lorsqu'il s'agit de VAD chez les gens du voyage.

professionnels dans la fabrication d'une nouvelle « qualité de vie » du demandeur, l'octroi de la PCH peut faire littéralement basculer le bénéficiaire dans un nouveau mode de vie. Les décisions qui suivent l'évaluation des besoins sont toujours lourdes de conséquences pour les demandeurs. La régulation collective devient l'espace/temps de la reconsidération des données collectées au domicile, il occupe ainsi une fonction de tiers entre l'évaluateur et l'usager, entre normes des protocoles et prise en compte du vécu. Dans ce temps de régulation, l'équipe tente une synthèse nouvelle par intégration des jurisprudences individuelles dans une philosophie collective. Les évaluateurs insistent sur le fait que l'éligibilité d'une demande doit autant à l'effet de la corporation d'appartenance de l'évaluateur qu'aux effets des personnalités et de la dynamique des équipes. La régulation en équipe pluridisciplinaire n'est pas la seule instance de régulation, on peut citer par exemple, pour le département DELTA, qu'entre le pilote et la CDAPH un travail de jurisprudence s'établit.

Verbatim Directeur : « En dernier ressort, ce sera la jurisprudence de la CDAPH qui sera établie et cette jurisprudence sera entrée dans la doctrine générale de la MDPH et deviendra la règle à appliquer. »

Autre exemple puisé dans les séances de travail avec les groupes, celui concernant les personnes atteintes d'un handicap psychique ou mental. La PCH est octroyée pour répondre aux besoins essentiels (et dont les personnes handicapées psychiques ou mentales n'ont pas un besoin constant) et les professionnels doivent être vigilants à ce qu'elle ne soit pas détournée vers des tâches de ménage. Mais, dans la pratique, les évaluateurs sont confrontés à la responsabilité de faire face à ce qu'engendre un présence discontinue d'intervenants auprès de personnes isolées et en difficultés psychiques. Ainsi sont-ils parfois conduits, pour des raisons morales et sociales, à « inventer » une jurisprudence suite à un débat d'équipe au cours duquel ils ont exploré les conséquences d'une non intervention régulière. L'accord collectif se constitue sur le fait que la présence d'une aide-ménagère répartie en deux fois deux heures par semaine équivaut à une veille de santé publique, à une prévention de l'isolement ou à sa gestion a minima s'il est avéré. Cette décision semble d'autant plus fondée pour

les professionnels que les bénéficiaires de cette jurisprudence sont parfois maintenus au domicile pour cause de pénurie de place en institution ou de possibilité d'accompagnement par des services spécialisés (notamment dans le milieu rural). Le minimum d'heures de ménage alloué par semaine contribue à bon prix à la gestion d'un déficit par ailleurs. Dans cet exemple, les évaluateurs expriment leur satisfaction à exercer leur déontologie en pouvant procéder à cette jurisprudence discrète parce qu'ils se sentent soutenus par les orientations clairement affichées par la politique de leur Conseil Général en matière d'aide aux publics handicapés et âgés et que celui-ci possède encore les moyens de ses objectifs. Du point de vue d'une stricte analyse comptable, cette jurisprudence statue en faveur d'un illégalisme – en bonne gestion, la « bonne » décision serait de favoriser un passage par semaine plutôt que deux – tourné vers la prévention de l'isolement, qui, comme on le voit, peut trouver des alliés dans l'institution même qui par ailleurs peut dénoncer publiquement des dérapages de gestion de ses services. Ainsi, la qualité atteinte à un niveau du système d'intervention peut s'avérer potentiellement en contradiction avec des objectifs fixés à un autre niveau du système et, dans notre exemple, l'usager obtient deux passages par semaine plutôt qu'un, ce qui peut être retenu comme indicateur de qualité de la prestation, mais ce choix reviendra plus cher qu'un passage dans l'immédiat. Cet exemple ouvre un débat (qu'il ne nous revient pas de traiter dans le cadre de cette recherche) sur l'origine ou les causes de la qualité : le choix de passer deux fois par semaine, impertinent financièrement parlant mais pertinent du point de vue de la prévention de l'isolement, s'établit sur le fond de déficit de places en institution. Ces exemples laissent imaginer la disparité qui peut exister entre départements en matière d'offre de services selon les moyens alloués au secteur mais aussi selon que les équipes se dotent d'instances de régulation pour proposer des alternatives là où il n'y a pas de réponse toute faite. On évoquera enfin d'un la mobilisation de la jurisprudence informelle dans la gestion des malentendus que certains plans d'aides déclenchent. Lorsque les familles sont impliquées dans l'évaluation, celle-ci peut tourner au véritable rapport de force entre bénéficiaire, famille et évaluateur, chaque partie souhaitant que la compensation intègre ses préoccupations. Les arbitrages complexes réalisés en équipe semblent aider les évaluateurs dans leur décision lorsqu'ils

doivent faire face à une famille mécontente des décisions prise quant aux modalités d'intervention proposées pour l'aide à domicile.

1.3.2 - Le rural et l'urbain face à l'iniquité de l'offre de service

La qualité d'une prestation peut être en rapport avec la quantité d'offres de services présente sur un territoire. De ce point de vue, les chances des ayants droits habitant en zone rurale d'accéder à une prestation de « qualité » parce que disponible en quantité ne sont pas comparables à celles des urbains. En effet, l'offre en secteur rural est « naturellement » plus réduite qu'en secteur urbain pour des raisons de densité démographique, mais ce constat va en s'aggravant du fait que certains services refusent de se développer en secteur rural parce que le coût des déplacements des personnels entre deux interventions ne peut être imputé au bénéficiaire à moins d'une augmentation forte du coût de la prestation. Les frais entraînés par l'intervention en milieu rural dissuadent le secteur privé de l'aide à domicile de s'aventurer sur ce « marché ». Ainsi, on assiste à une contradiction : les personnes fragiles du monde rural les plus concernées par un isolement dû à une précarité économique et qui bien souvent est à la source de éloignement des centres urbains sont celles qui bénéficient le moins de l'intervention d'un SAMSAH ou d'un SAVS qui justement exerce en ville. Le problème semble être le même pour l'accès à la santé et à l'insertion professionnelle. La rareté des moyens de transports accentue le phénomène d'éloignement géographique. Dans les départements les moins bien dotés en capacités d'insertion professionnelle de certaines catégories de demandeurs, le traitement social du chômage de longue durée se traduit par des orientations vers la MDPH. Certains bénéficiaires du RSA seraient orientés vers l'AAH, contribuant à accroître le nombre de personnes en situation de handicap.

Cette modalité de traitement de certaines catégories de populations, notamment en milieu rural, peut être appréciée comme un signe de stigmatisation et de relégation et, pour ceux qui accèdent à l'AAH, comme une offre de service leur permettant de trouver une issue à leur situation. Ainsi, les personnes vivant en zone rurale et fortement fragilisées nécessitent la mise en place d'un partenariat coûteux et complexe à mettre en œuvre du fait de sa rareté. Les difficultés rencontrées pour mettre en place un accompagnement à domicile auprès des populations atteintes de problèmes

psychiques portent massivement sur la difficulté à recruter des intervenants et à coordonner leur action sur le terrain.

1.3.3 - La qualité selon les professionnels chargés de l'évaluation des besoins

Lorsque l'on interroge les professionnels chargés de l'évaluation des besoins des MDPH sur la manière dont ils définissent la qualité, l'orthoprothésiste évoque comme critères de la qualité de son travail le fait de pouvoir « étudier le cas de bout en bout ». Pour un ergothérapeute chargé de l'évaluation de l'aide au logement et des aides techniques dans le cadre de la PCH, « la qualité, c'est quand les gens ne râlent pas, notamment sur la lourdeur du dossier. Quand il n'y a pas de problèmes sur le remboursement des factures, la MDPH ne fait pas d'avance, on ne fait que rembourser [...]. Quand je n'ai pas trop de dossiers sur mon bureau. Quand les gens sont satisfaits. Lorsque la réponse est rapide ». Pour une assistante sociale, « c'est quand on apporte une aide aux gens qui en ont le plus besoin. Mon stress, c'est quand j'en ai trop à gérer [des dossiers] ». Ces quelques exemples, tirés au hasard des réponses spontanées que les personnes participant à la recherche apportent, illustrent ce qui a été repéré à d'autres niveaux : la qualité de la prestation semble être en rapport avec les conditions de travail. Si les professionnels jugent parfois durement leurs conditions de travail, ils expriment cependant leur satisfaction dans le secteur de l'attribution de la PCH parce que c'est « une allocation qui se voit ». Elle impacte visiblement et « efficacement » la vie des gens. C'est un plus indéniable dont les professionnels tirent une fierté et une reconnaissance. Sans doute qu'il n'est pas innocent que ces propos viennent de travailleurs sociaux qui ont précédemment travaillé dans d'autres secteurs de l'aide sociale où ils avaient l'impression d'apporter peu au public pris en charge.

1.3.4 - Limites de la mission, limites de l'intervention : la posture de l'intervenant comme outil de la qualité

Les propos tenus par la plupart des évaluateurs des différents départements montrent que la question des limites de leur mission reste très présente et quoiqu'elle apparaisse, en théorie, clairement délimitée, les limites fixées sont toujours débordées. Bien que la règle formelle stipule, en effet, que la mission de l'évaluateur s'arrête là où commence celle du prestataire, sur le terrain, les

frontières semblent moins délimitées que dans les règlements¹²³. Les exemples classiquement évoqués concernent des publics inattentifs à la gestion financière de la prestation, ce qui entraîne le refus des services prestataires de poursuivre les missions d'intervention, ou bien des publics qui se montrent à tel point insupportables envers les professionnels que ces derniers refusent de se présenter au domicile. Les évaluateurs se trouvent alors confrontés à un dilemme puisque d'un côté leur hiérarchie soutient que « ce n'est pas [leur mission] de résoudre les problèmes des autres » et qu'il « faut savoir déléguer » et, d'un autre côté, elle estime aussi que « c'est à [eux] de [s'en] occuper » car « c'est [eux] qui [sont] responsables ». Que va-t-il, en effet, se passer au domicile dès lors qu'un service prestataire a averti la MDPH que les conditions d'une intervention sécurisée des professionnels ne sont plus réunies? Il apparaît que les évaluateurs se sentent responsables des conséquences d'une non intervention là où, de fait, puisqu'une PCH a été acceptée, elle s'impose. Il leur revient de trouver une solution pour poursuivre la prestation. Ceci peut se faire au prix de plusieurs visites de « recadrage » chez l'utilisateur négligeant ou difficile. Ces cas semblent suffisamment courants pour que certaines MDPH envisagent de créer une cellule de crise. Ces interventions en responsabilité des évaluateurs éclairent les limites du discours relatif à la liberté, à l'autonomie, comme à la responsabilité de certaines catégories d'utilisateurs, par le simple fait que la responsabilité de maintenir le lien social avec l'utilisateur revient, *in fine*, à l'institution (dans ce cas de service public). Le débat pourrait être ici ouvert de savoir si cette forme de responsabilité est à intégrer comme une variable de la qualité ou s'il s'agit d'un simple secours à personne en danger. Au-delà de cet aspect, les

123 Pour les ergothérapeutes, les limites de l'intervention semblent plus clairement tracées. Une fois le plan d'aide budgété, ceux-ci sont dessaisis, le bénéficiaire est censé s'entendre avec l'entreprise chargée de faire les travaux. L'utilisateur a généralement à charge d'avancer le financement (sauf s'il en appelle à l'aide sociale) et de se faire rembourser auprès du Conseil Général, en présentant ses factures acquittées. Ainsi la suite des opérations échappe à l'ergothérapeute évaluateur qui souvent estime qu'il ne voit jamais le résultat de son travail, parce que jamais impliqué dans le suivi. Cette plainte est contenue par la charge de travail. Les ergothérapeutes disent avoir une charge de travail qui ne leur permettrait pas un suivi correct des dossiers.

évaluateurs montrent que la perdurance des liens tient aux qualités humaines ou à l'humanisme dont ils s'efforcent de faire preuve à l'égard des usagers les plus récalcitrants, la dimension invisible d'une forme d'un solidarisme humaniste trouvant là une de ses plus remarquables expressions. C'est bien, en effet, parce que les évaluateurs se mettent au service du lien que le bénéficiaire peut obtenir un minimum de maintien de prestation, l'institution se trouvant par cette même occasion protégée de l'opprobre dont elle ne manquerait pas d'être l'objet en cas d'incident lié à une absence d'intervention. En recourant à une terminologie propre au champ du travail social, on pourrait dire que la qualité de la prestation tient à la qualité de celui qui la met en œuvre. Le terme de qualité désigne ici non seulement la compétence de la personne, mais également ses qualités humanistes. Ces qualités, composées d'un ensemble de compétences professionnelles et humaines intériorisées, peuvent se voir à l'œuvre dans la démarche adoptée par les professionnels, et, bien qu'elles soient peu visibles, elles n'en sont pas moins agissantes.

1.4 - De l'idéal de désobjectivisation de l'interprétation des demandes à leur resubjectivisation sur le terrain

Les analyses croisées proposées montrent *in fine* que le traitement des demandes formulées par les personnes en situation de handicap s'inscrit dans un système dont la complexité est soulignée par l'ensemble des professionnels chargés de l'évaluation des besoins à domicile. Cette complexité est à mettre, en premier lieu, en relation avec les circuits par lesquels transitent ces demandes, des circuits que les professionnels sollicités dans le cadre des groupes de travail et des entretiens individualisés assimilent à une tuyauterie dont les arcanes changent de physionomie selon les MDPH. Dans le bilan qu'ils publient, en novembre 2010, sur le fonctionnement et le rôle des MDPH¹²⁴, les inspecteurs de l'IGAS attirent l'attention sur l'hétérogénéité des modes et des délais de traitement des dossiers selon les départements, une hétérogénéité que l'on retrouve dans les départements retenus dans le cadre de la recherche. Les

124 Aurélien BESSON, Christine BRANCHU, Michel THIERRY, Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), Rapport de l'IGAS, Novembre 2010.

réflexions poursuivies par les groupes de travail réunis et les personnes interviewées montrent, toutefois, que des tentatives de normalisation des pratiques sont en cours, les professionnels attirant l'attention sur les restructurations organisationnelles successives dont leurs MDPH font l'objet, les circuits et les modes de traitement des dossiers n'étant toujours pas, selon eux, stabilisés. En dépit des différences observées, il apparaît, cependant, que la préoccupation majeure commune des MDPH concerne la réduction des délais de traitement et l'harmonisation des pratiques d'évaluation des besoins à domicile. Cette volonté d'harmonisation n'est d'ailleurs pas propre au secteur du handicap et on la retrouve dans la littérature relative à l'évaluation de la dépendance des personnes âgées. Il est intéressant de constater, à cet égard, que la désobjectivisation des pratiques d'évaluation apparaît, depuis quelques années, comme un idéal à atteindre, ce processus de désobjectivisation devant passer, ainsi que le préconisent les auteurs du rapport intitulé *Quelles bonnes pratiques d'organisation des EMS autour de l'utilisation de la grille AGGIR*¹²⁵, par un pilotage renforcé de l'activité des équipes médico-sociales chargées de l'évaluation de la dépendance et l'élaboration de véritables doctrines de l'évaluation. Selon ces derniers, l'amélioration de l'usage de la grille AGGIR suppose une normalisation capable de palier aux risques de routinisation et de personnalisation des grilles via « les procédures simplificatrices » auxquelles recourent les professionnels. Reprenant à leur compte le principe d'amélioration continue de la qualité porté par le modèle théorique de la *Roue de Deming*, ils préconisent une plus grande traçabilité des activités d'évaluation, les professionnels étant fortement engagés à se réunir pour rédiger et archiver des « leçons d'expériences » leur permettant de faire leur « autocritique » et de poser les jalons d'une nouvelle standardisation des pratiques. Dans la perspective qui est la leur, la remontée d'informations constitue un point névralgique sur lequel les gestionnaires des ressources humaines doivent concentrer leurs efforts, le formatage de nouvelles équipes médico-sociales capables de s'inscrire dans « une démarche de

progrès permanent » et acquises aux standards constitués grâce aux « leçons d'expériences » compilées devant permettre un contrôle plus effectif des évaluations réalisées sur le terrain.

S'il importe d'attirer l'attention sur cet ensemble de préconisations, c'est qu'elles montrent à quel point la question de l'évaluation des besoins, que ce soit dans le champ de la gérontologie ou celui du handicap, reste centrale et se loge au cœur de la tension entre le contrôle budgétaire des prestations rendues et la garantie de leur qualité. Dans le champ du handicap, elle cristallise d'autant plus l'attention, qu'ainsi que le relèvent les rapporteurs de l'IGAS, les décisions des CDAPH relatives à l'attribution des PCH (Prestation compensatoire du handicap) correspondent pour une large part à une validation du travail des EPE¹²⁶ (équipes pluridisciplinaires d'évaluation). Loin de se résumer à l'émission d'un simple avis technique, leur travail d'évaluation joue un rôle déterminant dans l'attribution de cette nouvelle prestation dont la montée en charge, compte tenu de ses conséquences financières, interrogent les conseils généraux¹²⁷.

À cet idéal de désobjectivisation de l'interprétation des demandes, les professionnels chargés de l'évaluation des besoins opposent l'épreuve de la réalité de leur métier et des contextes dans lesquels ils l'exercent. Concernant, par exemple, les délais de traitement des dossiers, ils soulignent le fait que les restructurations organisationnelles réalisées depuis 2008 en vue de réduire précisément ces délais supposent de leur part de nouveaux modes de fonctionnement et une plus grande polyvalence du fait notamment de la convergence entre le pôle enfant et le pôle adulte préconisée par les pouvoirs publics¹²⁸. Bien que ces restructurations diffèrent selon les MDPH, les finalités poursuivies demeurent les mêmes : réduire les délais de traitement, la réduction de ces délais constituant, du point de vue des tutelles, un marqueur de la qualité des services rendus aux bénéficiaires. Si les professionnels de terrain sont conscients des enjeux de cette réduction des délais, les difficul-

125 Albert DAVID, Laëticia ROUX, Mathias SZPIRGLAS, Emilie CANET, Carine DONGES, *Quelles bonnes pratiques d'organisation des EMS autour de la grille AGGIR ?*, Rapport Ecole des Mines de Paris, octobre 2008.

126 *Ibid.*, p. 29.

127 *Ibid.*, p. 26.

128 Décret 2008-110 du 6 février 2008. Comme le rappellent les rapporteurs de l'IGAS, l'un des principaux enjeux de la loi [était] de décloisonner les secteurs « enfance » et « adultes » pour parvenir à mieux prendre en compte les évolutions des besoins des personnes dans le temps sans créer de rupture. *Ibid.*, p. 21.

tés auxquelles ils se heurtent dans le traitement des dossiers sont multiples et ils en soulignent, à chaque étape, toute la complexité.

1.4.1 - La réception des demandes

Comme nous l'avons vu, quels que soient les modes d'organisation retenus, il apparaît que la réception des demandes suppose un tri et une orientation différenciée vers les services et les personnes habilités à prendre en charge les dossiers. Parmi les difficultés rencontrées à cette étape du traitement des dossiers, les professionnels chargés de l'évaluation des besoins attirent l'attention sur la diversité des problèmes rencontrés.

La recevabilité des dossiers : selon les départements, une attention plus ou moins grande est portée à la recevabilité des dossiers, les délais d'instruction des demandes pouvant s'allonger considérablement dès lors que les dossiers sont incomplets, ces derniers étant retournés à l'expéditeur. Lorsque les dossiers sont enregistrés, ils sont jugés recevables ou non, sont tamponnés et orientés. Selon les MDPH, les dossiers sont soit directement répartis entre les différents professionnels chargés de répondre aux différentes demandes, soit orientés vers un seul professionnel qui coordonnera le traitement du dossier. Dans ce dernier cas de figure, le « pilote » qui a en charge le dossier est aussi celui qui sera chargé de le présenter en commission.

La numérisation des dossiers : dans les départements où la numérisation des dossiers est définie comme une priorité, les professionnels attirent l'attention sur la lourdeur administrative que constitue cette numérisation. À côté des dossiers-papiers prennent place les dossiers dits numérisés. À chaque fois qu'un professionnel traite une demande, il doit retourner le dossier à la cellule de numérisation de sorte que la modification soit enregistrée. Si cet enregistrement peut à terme faciliter la gestion du dossier et surtout sécuriser sa conservation, il pose, cependant, des problèmes spécifiques dans la mesure où les personnes chargées de la numérisation classent parfois les informations dans des volets « non reconnus » par les professionnels, les arborescences numériques proposées ne correspondant pas forcément aux modes de classification pratiqués dans les dossiers-papier. Ainsi, lorsque les dossiers numériques leur sont communiqués, ils sont parfois contraints d'ouvrir et de consulter l'ensemble des volets pour

trouver l'information qu'ils recherchent et pour vérifier qu'ils n'omettent aucun document. Plus le dossier est complexe et volumineux et plus leur consultation sur ordinateur est jugée longue et difficile, à la multiplicité d'opérations à réaliser pouvant s'ajouter les problèmes liés au matériel informatique lui-même (vétusté des appareils, lenteur des logiciels, interruptions des programmes, déconnexions etc.).

Verbatim Un professionnel évaluateur : ce qu'on va regarder très rapidement au papier, ce qu'on va tamponner, ce qu'on va valider, mais ça demande un temps monstrueux en informatique !

Alors que la manipulation des dossiers-papier est jugée simple et rapide, de même que l'analyse et la validation des pièces, la manipulation des dossiers numérisés est jugée plus lente et difficile, la nécessité de s'adapter aux contraintes propres à la numérisation, d'imprimer les documents, de les tamponner et de les faire à nouveau numériser alourdissant les tâches administratives. Pour les professionnels chargés de l'évaluation des besoins, la maîtrise des délais et la nécessité de traiter les dossiers dans leur ordre d'arrivée supposent de consigner les dates de réception des dossiers dans le service. Ainsi prennent place, à côté des archives numériques, des archives papiers dans lesquelles les professionnels conservent les documents qui leur permettent de justifier leurs propositions, cet archivage ayant aussi pour fonction de faciliter le suivi des dossiers et leur actualisation lorsque les demandes évoluent. À terme, ce processus de numérisation des dossiers doit également permettre la suppression des « classothesques », l'ensemble des données numériques étant conservé dans une centrale de sauvegarde. Pour les professionnels, sa mise en place et sa gestion au quotidien se traduit par une augmentation du temps dédié aux tâches qu'ils qualifient d'administratives, ces derniers exprimant le sentiment d'être de plus en plus éloignés du terrain et du cœur de leur métier qu'ils situent davantage dans la relation d'accompagnement.

Verbatim Un professionnel évaluateur : on arrive à la MDPH, on n'est plus dans l'accompagnement, on est dans l'évaluateur. C'est intéressant parce que c'est vrai que ça nous change notre... on est obligé de se placer dans un autre contexte, dans un autre regard. L'accom-

pagement, on a du temps, l'évaluation, on n'en a pas. Ce qui fait qu'à un moment donné, on est bien dans ce poste d'évaluateur mais un certain temps. Parce qu'après on se rend compte qu'on a nos limites et qu'on préfère le champ de l'accompagnement.

L'interprétation de la demande : ce point est jugé très important par les professionnels dans la mesure où l'orientation des dossiers dépend de la manière dont les formulaires ont été remplis. Le travail d'interprétation de la demande suppose une bonne connaissance des pathologies car il se peut que les demandeurs ne cochent pas, par exemple, la case « aides humaines » alors même qu'ils en auraient besoin compte tenu de leur pathologie. L'instructeur du dossier peut donc être amené à repérer des besoins qui ne font, cependant, l'objet d'aucune demande, la question de savoir si la MDPH doit, dans ce cas de figure, répondre à ce besoin se posant de manière accrue. Les professionnels estiment, de ce point de vue et compte tenu des difficultés que pose cette interprétation, que le rôle du médecin est primordial dans cette première interprétation des demandes, l'orientation vers les professionnels chargés de répondre aux différentes demandes dépendant de cette première lecture des dossiers. Cette interprétation des demandes peut faire, selon les MDPH, l'objet d'un travail en binôme, l'éligibilité à la PCH étant généralement définie en concertation avec les médecins.

Le tri et l'orientation des demandes : l'orientation des dossiers vers les services compétents est effectuée en fonction des demandes cochées par les personnes en situation de handicap. Dans certaines MDPH, lorsque seule la case « aide humaine » est cochée, le dossier est orienté vers une infirmière, les ergothérapeutes intervenant dès lors que les volets aides techniques ou autres sont aussi cochés. La répartition des évaluations est aussi réalisée en fonction des métiers de chacun, les dossiers de type psychiatrique étant soumis à l'infirmière plutôt qu'aux ergothérapeutes. Ils peuvent aussi être soumis à des assistants sociaux et des conseillers en économie sociale et familiale selon le type de demande. Le tri et l'orientation des demandes sont aussi effectués en fonction de la recevabilité des dossiers. Lorsque les professionnels enregistrent les dossiers, ceux étiquetés « complets » peuvent être placés sur une file de traitement dite « rapide ». Lors de cet

enregistrement, les dossiers font l'objet d'une analyse transversale qui permet, en fonction des pathologies et des éléments consignés, de les traiter plus rapidement. Si certains dossiers suscitent des difficultés d'interprétation, les professionnels peuvent joindre téléphoniquement les personnes en situation de handicap ou adresser des courriers pour demander des compléments de documents. Des dates butoirs sont posées et en cas de non-retour des pièces justificatives dans les délais, les dossiers sont clôturés.

1.4.2 - Le traitement des demandes et l'évaluation à domicile des besoins

Une fois orientées vers les services idoines, les demandes font l'objet d'une réponse concrète. Dans le cas de l'évaluation des besoins à domicile, les demandes d'aides humaines, via la PCH, sont prises en charge par des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE). Selon les professionnels des MDPH, les circuits de traitement des dossiers varient et ce ne sont pas les mêmes catégories de professionnels qui procèdent à l'évaluation des besoins. Les professionnels sollicités sur le sujet évoquent, là encore, un ensemble de difficultés qui donne un aperçu assez illustratif de la complexité du métier. On peut, sans prétendre à l'exhaustivité, en lister un certain nombre :

La longueur des délais de traitement des dossiers dont la gestion administrative est très lourde. Est aussi évoqué, en liaison avec cette thématique, le problème de *turn over* des personnels dont les profils sont très hétéroclites, de même que les statuts, et qui ne resteraient pas dans ces fonctions d'évaluation du fait de la place de plus en plus importante que la dimension administrative occupe dans leur activité.

La difficulté de suivi des dossiers compte tenu des problèmes de *turn over* et de changement de place jugé permanent des personnels. Il n'existe pas de suivi spécial du dossier qui n'est jamais suivi de A à Z par la même personne. Dans les MDPH, la durée de vie d'un dossier peut-être très longue. L'objectif que se donnent les évaluateurs concernant le quota des dossiers à suivre : dans certaines MDPH, le quota est de 10 dossiers dans le mois, les dossiers concernant les SLA et les sorties d'hôpital n'étant pas inclus dans ce quota.

L'importance du lien avec le terrain. Les professionnels jugent la « relation d'aide » qui s'instaure avec les personnes en situation de handicap d'autant plus importante qu'ils peuvent avoir le sentiment

d'être réduits à leur seul statut de « financeur ». L'instauration d'un rapport strictement instrumental est jugée difficile à vivre et la reconnaissance témoignée par les personnes en situation de handicap pour les aménagements réalisés est, pour eux, à la fois le signe de l'utilité de leur fonction et la justification de leur attachement au terrain

Verbatim Un professionnel : Heureusement qu'on a encore du terrain, là encore, je fais des visites, c'est extraordinaire. Tant qu'on peut aller aider les gens, c'est extraordinaire. On est aussi la seule personne dans cette « machine » (entre guillemet), on va être leur repère. Moi, j'ai encore eu un de mes messieurs qui m'a appelée pour me remercier. Il a vu son aménagement de logement voir enfin le jour. Il m'a dit : « c'est extraordinaire comment je revis ! ». Et puis, il me rappelle pour me remercier et tout... C'est là, voilà, c'est la satisfaction qu'on a de se dire : « Bon ben voilà, parmi ça, on a quand même aidé les gens. Et on se rend compte, en effet : des fois on se dit : « on y va ». Et on se rend compte qu'avec pas grand-chose on les aide énormément et c'est aussi pour ça qu'on reste. C'est que dans cette machine, et bien on les aide].

Si les professionnels n'hésitent pas à mandater des structures telles que la CRAMIF ou le PACT ARIM pour diminuer les délais de traitement des dossiers, ils estiment qu'une telle délégation ne peut être que provisoire dans la mesure où l'intérêt qu'ils portent à leurs fonctions dans les MDPH risquerait de diminuer si la dimension relationnelle venait à ne plus du tout exister.

Le fait que l'évaluation à domicile n'est pas toujours nécessaire, les demandes relatives à l'aide matérielle dans les cas, par exemple, de paraplégie, de cécité ou encore de surdité étant traitées par courrier.

Les difficultés d'utilisation de la grille GEVA et notamment du feuillet 8 utilisé pour le passage en commission. Le remplissage de la grille est jugé beaucoup trop long, complexe et chronophage, les critères retenus étant estimés beaucoup trop nombreux. Sur le terrain, les professionnels préfèrent recourir à une grille simplifiée qui reprend les mêmes items mais avec des critères moins détaillés. Les critiques adressées à la grille GEVA portent en priorité sur le fait que compte tenu de sa lourdeur, elle ne laisse que peu de temps aux évaluateurs pour aborder les questions relatives à

la mise en place du plan d'aide. Dans la mesure où les professionnels chargés de l'évaluation ne disposent souvent que de deux heures pour conduire cette évaluation et communiquer les informations afférentes au plan d'aide, ils estiment qu'il est impossible d'administrer de manière exhaustive l'ensemble des questions abordées dans la grille GEVA.

Les difficultés que pose la conversion de données spécifiquement qualitatives en données quantitatives. La compensation à apporter aux personnes en situation de handicap nécessite de calculer le « temps d'aide » dont les auxiliaires de vie ou les personnels paramédicaux devront disposer pour compenser les handicaps entravant les actes de la vie quotidienne. Les paramètres qui interviennent dans ce calcul sont multiples. Sont pris en compte, en effet :

Le « plafonnement » des temps alloués à l'aide humaine. Ces « plafonnements », qui peuvent varier selon les MDPH, encadrent les pratiques d'évaluation, les professionnels devant tenir compte de la proportionnalité entre les volumes d'heures attribués et les niveaux de dépendance des personnes. Si ces plafonnements peuvent, dans certains cas de figure, nuire à la qualité de la prise en charge, ils permettent, cependant, de limiter les abus que les bénéficiaires seraient susceptibles de commettre lorsqu'ils dissimulent, par exemple, leur niveau d'autonomie aux professionnels de la MDPH.

La spécificité des situations de handicap.

Le temps dédié à la réalisation de l'évaluation.

Le projet global dans lequel s'inscrit l'aide dédiée (si, par exemple, une personne nécessite de l'aide sur son lieu de travail, ce paramètre sera pris en compte, de même que la situation professionnelle du conjoint).

Les difficultés que rencontrent les services d'aide à domicile pour mettre à disposition des intervenants sur des temps très courts, l'intervention au quart d'heure leur posant de véritables problèmes de gestion.

Outre ces paramètres, rentrent aussi en ligne de compte la formation même des personnes chargées de l'évaluation et le rapport personnel qu'elles nouent à la situation de handicap sur le terrain.

Les difficultés d'évaluation des situations à domicile, ces difficultés pouvant être liées :

À l'état de choc dans lequel se trouvent les personnes, les évaluateurs se heurtant à leur incapacité à prendre une décision concernant leur avenir.

Si la personne ne souhaite pas de plan d'aide, le dossier est fermé avec mention « évaluation sans plan d'aide », à charge pour elle de renouveler sa demande ultérieurement.

À l'isolement des personnes qui sont seules et peuvent être confrontées à des problématiques de logement. Le fait que les professionnels ne disposent pas de personnes relais auxquelles s'adresser est jugé problématique dans le sens où les délais de traitement des dossiers s'en trouvent très souvent allongés.

La multiplicité des fonctions que remplissent les chargés d'évaluation, ces dernières correspondant à des fonctions d'information, de conseil, d'évaluation de la dépendance, de suivi de la mise en place du plan d'aide, de coordination, ces derniers prenant contact aussi bien avec les tuteurs des personnes en situation de handicap qu'avec les assistantes sociales, les structures d'hospitalisation à domicile, les associations, les familles etc. La lourdeur de traitement des situations particulières qui suppose de s'adapter à chaque cas, alors que le temps d'évaluation au domicile est limité à 2 heures.

La mise en place de réseaux SLA bien organisés, les équipes pluridisciplinaires travaillant en collaboration. Ce réseau est jugé bénéfique pour les personnes qui sont informées et préparées à la prise en charge, leurs dossiers étant traités prioritairement.

Le rythme des réévaluations est plus important lorsque le handicap concerne des maladies neurodégénératives comme les SEP, les SLA ou encore des maladies comme les myopathies. Ces réévaluations se font souvent par téléphone car les personnels n'ont pas le temps de se déplacer au domicile à chaque fois. Concernant les SLA, les professionnels évoquent également la nécessité de répartir les dossiers à traiter entre les différentes personnes chargées de l'évaluation des besoins, les situations des personnes atteintes de cette maladie étant, de par leur gravité et leur issue fatale, très difficiles à vivre pour ces professionnels qui, conjointement à l'accompagnement, doivent aussi soutenir les familles.

L'importance de réaliser une évaluation globale des besoins exprimés par les personnes, c'est-à-dire une évaluation capable de tenir compte d'une multiplicité de paramètres : du niveau de handicap, des ressources financières dont la personne dispose, des contextes familiaux et conjugaux dans lequel elle s'insère, du type d'habitat dans lequel

elle vit, ainsi que du contexte professionnel dans lequel, cas échéant, elle s'insère.

La création de partenariats avec des structures auxquelles la MDPH délègue, selon les départements, l'évaluation à domicile. Compte tenu des retards accumulés dans le traitement des dossiers, certaines MDPH confient des mandats à des structures telles que la CPAM, la CRAMIF, le PACT ARIM ou encore l'APF. Des professionnels exerçant dans des structures d'ergothérapie ou des structures hospitalières peuvent aussi être sollicités. Si ces partenariats sont jugés nécessaires, ils ne vont pas sans soulever des difficultés du fait de l'hétérogénéité des profils des professionnels chargés des évaluations d'une part et de l'hétérogénéité des processus d'évaluation mis en œuvre d'autre part. Par exemple, alors que dans certaines MDPH, les évaluations des besoins sont réalisées par des ergothérapeutes qui traitent l'ensemble des volets (aides techniques, aides humaines, aides à l'aménagement, aides animalières et aides spécifiques ou exceptionnelles), dans les structures mandatées pour effectuer l'évaluation des besoins, cette dernière est répartie entre différents professionnels. Les ergothérapeutes sont chargés d'évaluer les besoins en aides techniques ou en aménagement et les assistants sociaux sont chargés, quant à eux, d'évaluer les besoins en aide humaine. Lorsque les dossiers sont réexaminés par les professionnels des MDPH qui sont chargés de présenter le dossier en CDAPH, ils observent parfois des incohérences entre les différents volets de l'évaluation et sont amenés à revenir sur l'évaluation réalisée. Dans ces cas de figure, et dans la mesure où ces professionnels doivent statuer non à partir des situations réelles mais des formulaires d'évaluation qui leur sont transmis, ils soulignent qu'il leur est très difficile d'évaluer l'impact du handicap sur la vie sociale des personnes. Compte tenu de l'alourdissement de la charge de travail que représentent ces nouveaux examens des dossiers, les professionnels estiment qu'il serait nécessaire de former davantage les « évaluateurs mandatés ». À cet égard, la nécessité de réexaminer des dossiers pour lesquels la MDPH a dû rétribuer un professionnel chargé de l'évaluation MDPH est jugé problématique. Cette externalisation des évaluations ne dégage pas, d'une part, totalement les professionnels MDPH de ces évaluations qu'ils doivent a minima superviser et, cas échéant, reprendre. Elle suscite, d'autre part, un sentiment d'injustice dans la mesure où les professionnels MDPH peuvent s'estimer moins

bien rémunérés que les professionnels mandatés dont ils doivent, cependant, superviser le travail. Par ailleurs, la délégation de l'évaluation à des structures ayant en charge des structures d'aide à domicile est aussi jugée problématique dans la mesure où les évaluateurs peuvent être considérés comme juges et parties.

Les difficultés relatives à l'évaluation de la dépendance :

Pour une même situation, il se peut que l'évaluation conduite par deux professionnels différents ne corresponde pas. Bien que ces derniers aient à disposition la même grille d'évaluation, la conduite de l'évaluation peut différer. Il se peut, par exemple, que, lors d'une évaluation réalisée en binôme, le volume d'heures attribué par les évaluateurs soit le même mais que, dans le détail, les critères retenus pour justifier ce volume soient différents, la manière d'évaluer les situations restant tributaire aussi bien de la formation initiale des évaluateurs, de leur expérience en matière d'évaluation et de leur connaissance des pathologies que de leur sensibilité personnelle.

L'évaluation des situations concrètes est aussi difficile à conduire du fait de la segmentation des actes. Par exemple, l'aide au repas concerne différents actes très spécifiques et selon le type de dépendance, tel acte fera l'objet d'une aide et tel autre non. Il se peut, par exemple, que le plan d'aide prévoit une aide à l'installation au repas mais pas à l'acte lui-même de manger si la personne est en capacité de faire le geste de prendre la nourriture avec sa cuillère et de la porter à la bouche. La préparation des repas pourra aussi ne pas faire l'objet d'une aide. Si d'un point de vue comptable, cette segmentation est importante car elle permet de ne prendre en charge que les actes impossibles à réaliser, d'un point de vue relationnel, elle peut apparaître « insensée » dans la mesure où l'auxiliaire de vie doit, théoriquement, n'être mobilisée que pour ouvrir les emballages, les faire réchauffer et les disposer dans les plats. L'inclusion, dans le plan d'aide, de la préparation des repas ne concerne en théorie que les personnes tétraplégiques et si une personne, pour des raisons de fatigue et de motricité plus réduite, a besoin qu'on lui prépare le repas, elle est censée s'adresser à une autre personne que l'auxiliaire de vie. Il apparaît, à cet égard, qu'il est toujours difficile pour les professionnels chargés de l'évaluation d'établir une correspondance stricte entre les items contenus dans les grilles et les situations

concrètes, les besoins exprimés pour la réalisation de voyages ou de sorties ou les charges ne pouvant être pris en charge qu'à condition qu'ils rentrent dans les « cases » existantes.

Autre difficulté évoquée par les professionnels, la pertinence du plan d'aide arrêté lors de l'évaluation. Cette dernière est réalisée à un temps *t* et il se peut que les situations se dégradent très rapidement ou qu'au contraire elles s'améliorent, le volume d'heures attribué pouvant ne plus correspondre aux besoins de la personne.

Les difficultés de suivi de la mise en application des plans d'aide. Ces difficultés tiennent en partie, selon les professionnels, au fait que le plan d'aide défini par les professionnels de la MDPH est retranscrit en volume d'heures, les informations qui sont retransmises au conseil général qui est le financeur et aux services d'aide qui sont chargés de la mise en œuvre de l'aide étant des informations chiffrées. Or, des sommes peuvent être allouées aux personnes sans qu'un plan d'aide idoine ait été mis en place, les informations qualitatives relatives à ce plan n'étant jamais transmises. L'élimination de la dimension qualitative du plan d'aide est jugée d'autant plus problématique que ces données doivent obligatoirement figurer dans les dossiers des évaluateurs de sorte qu'ils puissent justifier leur évaluation et donner le détail des heures attribuées. Ces dernières doivent correspondre à des actes spécifiques, d'où la critique adressée aux évaluations conduites par des partenaires extérieurs qui ne présentent pas le détail de ces actes. Les difficultés de contrôle dans la mise en œuvre des plans d'aide. La quasi absence de contrôles effectifs est jugée regrettable dans la mesure où certains aspects du plan d'aide peuvent ne pas être mis en place par les services d'aide. Est évoqué, à titre illustratif l'aide à apporter sur l'heure du coucher. Les professionnels évaluateurs évoquent la difficulté de trouver des services capables de garantir une prise en charge après 19H00. Dans ces circonstances, l'heure du coucher est souvent avancée et les bénéficiaires sont contraints de s'adapter à des rythmes qui ne correspondent pas à leurs aspirations. Le groupe rappelle, cependant, que ce contrôle est très difficile à mettre en œuvre dans la mesure où seuls le temps de présence à domicile et l'effectivité de la mise en place d'un cahier de liaison peuvent réellement faire l'objet d'un contrôle, le contenu même de la prestation pouvant être difficilement contrôlé.

Les difficultés de contrôle de la pertinence de l'at-

tribution des volumes horaires. Les professionnels attirent l'attention sur le fait qu'un certain nombre de personnes en situation de handicap bénéficient de volumes horaires trop importants par rapport à leur degré de dépendance, l'autonomie dont elles disposent leur permettant de réaliser des actes de la vie quotidienne.

La maltraitance institutionnelle : le *turn over* au sein des MDPH et la multiplicité des acteurs produit un sentiment de confusion chez les professionnels qui ne savent plus « qui fait quoi ». Les évaluateurs estiment également qu'il est très difficile, dans le temps imparti aux évaluations (2H maximum), d'expliquer l'ensemble du processus d'aide aux bénéficiaires, la technicité du circuit de l'aide apportée et la multiplicité de paramètres devant être pris en compte par le bénéficiaire étant trop importants pour que ce dernier puisse assimiler l'ensemble des informations transmises.

En attirant l'attention sur ce large faisceau de difficultés, les professionnels chargés de l'évaluation des besoins montrent combien le traitement des demandes d'aide reste complexe, les réponses apportées faisant partie intégrante de la problématique de la qualité. Le croisement des sections précédentes montre que la qualité de la prestation tient, certes, aux délais de réponse à l'aide demandée, le délai étalon étant celui fixé par les textes, mais aussi à la prestation effective qui doit être à la fois encadrée et cohérente avec les aspirations des personnes et leur rythme de vie. Le croisement des données, montre, de ce point de vue, que la notion de qualité peut être appréhendée selon un ensemble de perspectives interdépendantes les unes des autres. Nous en soulignerons cinq : une perspective « macro » historique, une perspective comparative, une perspective organisationnelle, une perspective professionnelle et une perspective, enfin, davantage centrée sur la contribution de l'utilisateur à la qualité de la prestation qui lui est fournie.

Si l'on se place à un niveau « macro » historique, il apparaît, en effet, que pour les MDPH, et à condition de les resituer dans leur histoire, la qualité de la prestation dépend de variables objectives qui conditionnent les possibilités d'offrir une prestation plus ou moins globale et complète pour l'utilisateur. Ici la qualité suppose une approche longitudinale, cette dernière étant appréhendée comme « résultat » de l'évolution politique de la prise en compte de la personne handicapée.

Cette conception englobe les thèmes qui vont de la qualité de l'accessibilité à celle de l'information, ainsi qu'à celle liée à la rationalisation progressive des modalités d'instruction (comment faire pour que le rejet d'un dossier n'ait pas comme conséquence le dénigrement de la qualité du travail de l'instructeur).

Le jugement porté sur la qualité peut aussi s'inscrire dans une perspective comparative entre départements ou entre procédures afin d'identifier leur complémentarité. Nous avons souligné que l'inégalité de traitement entre départements pouvait se doubler de l'iniquité des traitements entre zones rurales et zones urbaines au point de déporter la fonction des MDPH. En effet, certains évaluateurs (et ce point est spécialement souligné par les coordinateurs qui, eux, voient passer tous les dossiers de demandes d'aides) se demandent jusqu'à quel point la MDPH, notamment en milieu rural, n'est pas un nouveau lieu de gestion de la misère sociale. D'une part, ils sont amenés à instruire des dossiers de personnes qui, à défaut de trouver des aides par ailleurs, « tentent » une demande auprès de la MDPH. D'autre part, comme nous l'avons souligné plus haut, ils sont amenés à « gérer » la misère sociale pour une proportion croissante du public accédant à la PCH. Dans une optique de contrôle d'utilité sociale, on pourrait étudier dans quelles proportions, certaines MDPH ne trouvent pas à prendre en charge un public qui, en d'autres contextes économiques, ne relevait pas de ses compétences.

La perspective organisationnelle met, quant à elle, en évidence le fait que la problématique de la qualité renvoie aussi à la question de la conformité avec la loi. Cela étant, et ainsi que nous l'avons mis en évidence, la notion de qualité se déporte par rapport à cet objectif de mise en conformité pour se centrer davantage sur une évaluation d'efficacité du rapport objectif/temps de traitement du dossier. L'attention portée à la question du projet de vie tend à se réduire au profit de la performance de la gestion des délais, l'objectif, pour les MDPH, étant de trouver un compromis entre traitement standardisé et personnalisation de la prestation, dans un cadre contraint.

La qualité s'inscrit, par ailleurs, dans une perspective centrée sur les conditions de travail des professionnels : le poids de la rotation du personnel, la charge de travail, les contraintes techniques et temporelles d'instruction des dossiers constituent autant de variables symptomatiques d'une charge mentale qui

pèse dans l'appréciation de la prestation fournie et qui correspond, pour les professionnels, au prix à payer pour contribuer à la qualité de la prestation.

La qualité, enfin, s'inscrit dans une perspective plus orientée vers le point de vue de l'utilisateur. Bien que les MDPH soulignent l'intérêt que présente le fait de s'appuyer sur le projet de vie de l'utilisateur, force est de constater, selon les évaluateurs, que peu de demandeurs se manifestent comme sujets dans leur projet de vie. Les causes en sont multiples et les directeurs comme les évaluateurs mettent en avant, pour ce qui les concerne, le manque de temps à consacrer à l'accompagnement au projet de vie, même si le document de demande stipule la possibilité de faire appel aux évaluateurs. Les professionnels constatent la faible culture des usagers en matière d'expression de leur projet de vie auprès des instances censées les aider.

Au-delà de ces différentes perspectives, nous avons aussi été conduits à constater que la qualité, quel que soit le registre que l'on étudie, s'appréhende en termes objectifs et subjectifs, à travers des outils qui permettent, pour les uns, la collecte de données factuelles et, pour les autres, la collecte de données sensibles. Il faut relever, car nous le retrouverons avec une attention soutenue chez les directeurs des services, la place que prend le contrôle de la réclamation dans ces dispositifs. S'agissant d'outils permettant d'apprécier la quantité (et par là la qualité) de prise en charge à distribuer, nous avons vu avec la grille GEVA, qu'elle constitue un outil qui participe à l'élaboration d'un jugement sans qu'on puisse dire qu'elle contienne les données suffisantes pour la formulation définitive de l'évaluation. L'utilisation, autrement dit, circonstanciée du GEVA est indissociable des arbitrages individuels ou collectifs, l'appréciation de l'accès à la PCH se faisant aussi à partir de variables non encodées dans le document, ne serait-ce que l'évaluation de la crédibilité des propos tenus par les demandeurs. Et l'on pourrait avancer que, plus l'éligibilité à la PCH est articulée au projet de vie de la personne, plus la subjectivité des évaluateurs est mobilisée pour offrir une réponse dite de qualité, car cherchant à être une réponse « sur-mesure » à la demande. De même, la mobilisation collective des directeurs et des professionnels pour soutenir la charge de travail en utilisant tous les petits « illégalismes » à leur portée pour que les choses se fassent et pour que les dossiers « avancent » dans des temporalités

convenables n'est pas « encodable ». En effet, les gains de productivité réalisés pour tenir les délais ne sont pas uniquement dus à la rationalisation de l'organisation du travail, mais aussi au « travail » de contournement des procédures laissé à l'appréciation de la conscience professionnelle des personnes et à la volonté des hommes à vouloir « faire » de la qualité.

Il apparaît, en définitive, que toutes les MDPH tentent de trouver, avec leurs ressources spécifiques, une solution à cet enjeu qui consiste à articuler le temps et la qualité d'instruction, la satisfaction de l'utilisateur et le confort de travail des professionnels. Ce travail d'articulation s'exprime en particulier dans la tension qui existe entre la personne à satisfaire et le flux de dossiers, entre la gestion de la proximité que produit la personnalisation de la relation par le cadre qu'instaurent les modalités d'instruction (VAD et prise en compte du projet de vie) et l'abstraction que produit la distance au terrain.

On peut dire, pour clore cette partie, que le thème de la qualité du service rendu à domicile ne concerne les directeurs de MDPH que dans l'absolu, car, de fait, leur mission ne va pas jusqu'au service rendu à domicile et, d'un point de vue pragmatique, la notion de qualité est rapidement circonscrite au champ de leur intervention : évaluation, validation et beaucoup plus rarement orientation. D'ailleurs, les outils utilisés, dont les enquêtes, mesurent la qualité de la prestation de la MDPH et non celle du service rendu à domicile. On peut, cependant, pronostiquer que la MDPH serait bien située pour réaliser un travail d'évaluation de la qualité du maintien à domicile au regard de l'action des politiques sociales. En effet, à la condition d'une prise en compte plus aboutie du projet de vie dans le cadre de l'instruction de la demande avec le support du GEVA, on peut imaginer l'administration d'une grille d'entretien, deux ans après le déclenchement de la PCH par exemple, dont la fonction serait de renseigner sur les changements qu'a permis, quantitativement et qualitativement, l'attribution de la PCH pour le bénéficiaire et éventuellement pour les aidants.

CHAPITRE 2 - LE POINT DE VUE D'ÉVALUATEURS APA DES DÉPARTEMENTS EPSILON ET DELTA : LA FRAGILITÉ DES INTERDÉPENDANCES

La restitution du point de vue des évaluateurs APA sur la qualité s'appuie sur les entretiens réalisés avec une équipe d'évaluation d'un secteur pour le département EPSILON et une évaluatrice d'un secteur du département de DELTA. Bien que parcellaires, les données exposées dans le cadre de cette section permettent, néanmoins, des recoupements avec les analyses développées dans les sections consacrées aux directeurs et aux groupes de professionnels. Les associations intervenant dans les départements EPSILON et DELTA sont suivies, en effet, par les équipes du département, même si le département DELTA dispose de moins de moyens que le département EPSILON dans l'application des plans d'aide, ce qui n'exclut pas des arrangements. En ce qui concerne ce dernier, bien que la prise en charge des personnes âgées entre dans les préoccupations départementales, elle se manifeste dans un contexte assez différent de celui du département EPSILON. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. En 2011, 21,2% de la population du département EPSILON est âgée de plus de 60 ans, alors la population du département DELTA ne compte que 14% de personnes âgées de plus de 60 ans¹²⁹. Le département EPSILON accompagne 31 600 bénéficiaires APA alors que le département DELTA en accompagne 12 000. Les dépenses consacrées à l'APA (chiffres de 2008) par habitant s'élèvent à 78 euros par habitant pour le budget départemental d'EPSILON contre 32 euros pour celui de DELTA¹³⁰, les dépenses moyennes annuelles étant de 4228 euros par bénéficiaire pour le département EPSILON et de 4447 euros pour le département DELTA. Ces chiffres confirment le fait que les deux départements sont sensibilisés et concernés par le thème, mais à des niveaux différents¹³¹. Le département DELTA est classé

parmi les départements encore jeunes, tant par son histoire que par sa composition démographique. Le Conseil Général consacre encore une part importante de son budget à l'équipement routier et à construire sa politique de la jeunesse. C'est un département à forte attractivité économique qui le conduit à investir en équipements publics pour garantir l'accueil des nouvelles populations. Après une présentation succincte du contexte départemental dans lequel les évaluateurs APA s'inscrivent, nous aborderons leurs pratiques en matière d'évaluation, puis nous nous intéresserons à leur approche de la qualité de leur prestation.

2.1 - La gestion de l'évaluation APA dans le département EPSILON

Le département EPSILON compte 19 002 bénéficiaires de l'APA en 2010, soit 9,3% d'augmentation sur un an et 20% de bénéficiaires de plus par rapport à 2007. Pour l'ensemble du département, on compte 7 médecins et 40 évaluateurs, chaque évaluateur ayant en charge 500 à 600 dossiers en file active (ce qui comprend toutes les personnes en cours de suivi). Notre travail de recherche s'est centré sur un secteur rural, le secteur Ouest qui comprend 28% de population âgée de plus de 60 ans¹³². Dans les secteurs limitrophes, on compte jusqu'à 49% de plus de 60 ans et au sud du département environ 30% de la population est âgée de plus de 60 ans. Le département fait preuve, on l'a vu aussi avec l'étude de la MDPH, d'une politique volontariste en matière d'offre de service adaptée aux besoins de la population vieillissante et attache une grande importance à la qualité du plan d'aide. Celui-ci ne doit pas, en effet, se limiter à l'évaluation d'un besoin et à la liquidation d'une prestation, mais doit être accompagné dans sa réalisation. Par ailleurs, le Conseil Général, dans le cadre de sa politique volontaire à l'égard des personnes fragiles, soutient la mutualisation de services et la mise en place de services autorisés. D'ailleurs, chaque secteur du département est couvert par au moins une association autorisée. Cette orien-

¹²⁹ Site internet, conseil général de Delta, (chiffre 2010).

¹³⁰ Source INSEE. Dépenses totales brutes hors frais de personnel. Dépenses APA (2008).

¹³¹ Notons, à titre d'information, pour le département ALPHA, 44 000 personnes sont bénéficiaires de l'allocation APA, et sur le département OMEGA, 30 700. La dépense par habitant est de 80 euros/habitant pour le départe-

ment ALPHA et de 54 euros/habitant pour le département OMEGA. Enfin le département ALPHA verse un montant de 4860 euros/bénéficiaire/an, et le département OMEGA, 4500 euros/bénéficiaire/an.

¹³² Chiffre de 2007, site du Conseil Général du département EPSILON.

tation dominante n'empêche pas le département de travailler avec le secteur privé.

Le travail de l'APA est organisé par secteur et sur le secteur Ouest, on compte quatre évaluateurs et un médecin présent deux jours par semaine (il intervient, par ailleurs, deux jours sur un autre secteur et consacre un jour à la coordination ce qui lui permet de disposer d'une vue d'ensemble de ce qui se passe sur le département). L'ensemble du département a recruté récemment deux évaluateurs « volants » qui viennent soutenir leurs collègues de secteur en cas de surcharge de travail ou effectuer des remplacements pour cause de maladies et congés. L'équipe d'évaluateurs sur le département est à 90% composée d'assistants sociaux, de conseillers en économie familiale, d'infirmières, mais dans une proportion moindre, et de personnels de formation administrative.

Sur le secteur Ouest, 4 évaluateurs suivent 1440 allocataires de l'APA. Bien que les professionnels chargés de l'évaluation estiment bénéficier de bonnes conditions de travail, ils estiment, dans le même temps, être confrontés à une charge de travail forte et qui ne cesse de s'accroître, les évaluations devant être réalisées dans les deux mois impartis. Chaque évaluateur est donc amené à réaliser entre 12 et 15 évaluations par semaine.

La répartition des GIR sur le département est globalement la suivante : 50% de personnes classées GIR 4, 20% classées GIR 3, 20% classées GIR 2, très peu de personnes classées en GIR 1 étant accompagnées à domicile. Conformément à la loi, les personnes classées en GIR 1 et 2 sont obligatoirement orientées vers des services prestataires. Sur le département EPSILON, le tarif APA est de 17,59 € en prestataire et de 11,97 € en mandataire et l'allocation APA est versée à l'organisme prestataire lorsque les professionnels interviennent en mode prestataire et directement à la personne dans les autres cas.

Le dossier APA est ouvert pour cinq ans lorsque le bénéficiaire est accompagné en mode prestataire et pour trois ans lorsqu'il recourt au chèque emploi service. Autant il est jugé facile de contrôler l'effectivité des prestations en mode prestataire, autant il est jugé difficile de la contrôler dans le cadre de l'emploi direct. Le travail d'évaluation, notamment lors de renouvellements, consiste en priorité à vérifier l'existence de justificatifs de la prestation. La politique du Conseil Général est de proposer un intervenant qui exerce en mode

prestataire pour les personnes fragiles, d'où la nécessité, lorsqu'elles n'ont pas opté pour ce choix, de contrôler les situations en mandataire et en emploi direct. Il revient donc aux évaluateurs de vérifier la qualité de la gestion administrative des contrats et l'effectivité des remplacements lors des congés (notamment pour les congés longs). Pour les évaluateurs, les plans d'aide sont, dans le cadre de l'emploi direct, plus fragiles. Le risque d'une qualité moindre de la prestation leur paraît avéré et ils estiment que l'usure professionnelle est plus rapide chez les professionnels exerçant en emploi direct. L'irrégularité des présences est telle que les bénéficiaires sont amenés à appeler le Conseil Général pour intervenir du fait de l'absence répétée du personnel.

Verbatim Un évaluateur : [Ils disent :] « j'ai plus personne, j'ai besoin de quelqu'un. Je n'ai personne pour me faire manger. Et on retourne au domicile pour refaire des évaluations et trouver une solution »¹³³.

Ils considèrent, par ailleurs, que le travail avec les professionnels exerçant en mode prestataire facilite la mise en place d'un partenariat avec les associations, ces derniers remplissant une fonction de coordination. Le fait de confier la réalisation des plans d'aide aux structures prestataires facilite également le contrôle que les évaluateurs sont censés exercer, ces derniers devant s'enquérir une fois par an au domicile du bon déroulement du plan d'aide. Ils doivent en vérifier l'effectivité et l'opportunité. Mais, compte tenu de la charge de travail, leur intervention se limite bien souvent à des visites de suivis auprès des bénéficiaires lorsque les associations leur signalent des problèmes divers mais « sérieux ». S'agissant de l'emploi direct, les évaluateurs vérifient l'effectivité de l'utilisation des chèques emplois services, évaluent les risques de maltraitance du bénéficiaire, ainsi que les risques d'épuisement du professionnel. Afin de faciliter le suivi des dossiers, une coordination est mise en place, tous les trois mois, avec les associations du

¹³³ L'évaluateur relate qu'il était opposé à cette consigne du département mise en place depuis deux ans. Pour lui, les personnes qui avaient choisi l'emploi direct n'avaient qu'à assumer leur choix. Le conseil général n'avait pas à venir en secours des carences de l'emploi direct. Aujourd'hui avec le recul, il comprend, avec l'épreuve de l'expérience, l'intérêt de cette consigne.

secteur afin d'échanger des informations de nature diverse (échanges sur le secteur, sur procédures ou encore sur les cas particuliers), ces rencontres leur permettant notamment de faire le point sur les éventuelles plaintes des bénéficiaires. Ils peuvent également organiser une visite dans des associations pour discuter de l'amélioration de la prestation au domicile. Sur le secteur, le médecin essaie de rencontrer les associations une fois par an, les thèmes les plus souvent traités concernant la demande de simplification du plan d'aide pour faciliter le travail de l'organisation.

Verbatim Un évaluateur : Nous insistons pour le respect des passages. Si, par exemple, nous souhaitons qu'il y ait six heures par semaine, une heure par jour, c'est pas pour que le prestataire fasse trois heures sur deux jours. Si on écrit une heure par jour, c'est que l'utilisateur nécessite une surveillance.

Pour les évaluateurs sollicités, ces rencontres permettent de régulariser les situations et de faire en sorte qu'elles ne deviennent pas critiques. Les évaluateurs du Conseil Général du département EPSILON accordent une grande importance à la structuration des associations et au travail qui est réalisé avec des responsables de secteur. De leur point de vue, le responsable de secteur (ou le référent) doit être présent au domicile lors de la prise de poste de l'intervenant de sorte à pouvoir le présenter à la personne âgée et de sorte à pouvoir rappeler à cette dernière qu'en cas de problème, c'est à lui qu'elle doit s'adresser. Il est fondamental, pour l'équipe d'évaluation, que ce soit le responsable qui soit interpellé en cas de problème, quel qu'en soit l'ordre (ménage mal fait, retard, maltraitance) car à défaut de régulation, les évaluateurs APA risquent d'être confrontés à des personnes âgées qui cherchent à changer de personnel, voire de prestataire.

S'agissant de l'évaluation réalisée à domicile, la proposition du plan d'aide se fait au domicile avec la personne ou son représentant, puis est validée par le médecin. La connaissance de la grille AGGIR est telle que les évaluateurs disent connaître « intuitivement » le niveau d'APA dont la personne sera bénéficiaire, le calcul venant, en général, confirmer le diagnostic empirique réalisé. Une fois le dossier constitué, il est transmis à la commission de validation qui se réunit toutes les semaines. La plupart du temps la commission

valide ce qui a été négocié au domicile avec les demandeurs. Lorsque le plan d'aide est convenu avec le bénéficiaire, l'évaluateur présente les différentes solutions d'intervention : emplois directs, mandataires, prestataires et lorsque le choix est fait d'une intervention en mode prestataire, il n'est pas rare que l'évaluateur présente le service prestataire à solliciter. En parallèle, il prend contact avec les associations concernées et clarifie les missions, ainsi que la fréquence d'intervention avec le professionnel pressenti. L'évaluateur dispose d'un planning hebdomadaire sur lequel il inscrit les horaires de passage ainsi que les tâches à réaliser.

Verbatim Un évaluateur : Il n'est pas question de laisser les associations faire ce qu'elles veulent à partir d'un seul volume horaire.

Au-delà de cette position de principe partagée par le médecin, l'évaluateur sait que cette contrainte est difficile à honorer. En effet, souvent le quota d'heures est limité et le niveau d'intervention insuffisant pour des personnes en grande dépendance (les personnes classées en GIR 2 bénéficiant de 2 heures d'intervention par jour, 7 jours sur 7). Dans ces cas de figure, ou bien l'évaluateur prend appui sur la famille lorsqu'elle est présente ou bien trouve un service prestataire qui intervienne à la demi-heure, ce qui est rarement le cas¹³⁴.

Verbatim Un médecin : On compte bien souvent sur la bonne volonté des associations pour intervenir à la demi-heure.

Ce médecin cite comme exemple une société privée sur l'agglomération qui refuse d'intervenir à moins de deux heures par passage et indique que des ajustements sont donc nécessaires, ce dernier soulignant le fait que le plan d'aide fait l'objet d'une négociation entre l'évaluateur et le prestataire.

Verbatim Médecin : On fait préparer le soir un thermos pour le lendemain matin, ce qui fait qu'il n'y a pas de passage au petit déjeuner. Lorsqu'on est limité, on essaie de faire jouer l'aide sociale des communes pour par exemple l'aide au repas etc..

¹³⁴ Ce passage à la demi-heure est plus facile à « demander » aux associations autorisées qu'agrées.

Pour les personnes classées en GIR 2, il n'est pas rare qu'un service infirmier intervienne aussi à domicile, les difficultés surgissant lorsqu'il n'existe ni environnement familial, ni dispositif social conséquent autour de la personne, cela étant particulièrement problématique dans les petites villes. Pour l'évaluateur, il est parfois difficile de proposer un maintien à domicile de qualité pour la personne âgée en l'absence d'environnement et étant donné le niveau d'heures attribué par les services APA. Mais à l'inverse, on peut se demander quel est le sens du maintien à domicile lorsqu'il y a plus de douze intervenants qui passent dans une journée (infirmiers, le kiné, le personnel de ménage etc.). Pour les personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge dans un environnement familial, les services APA peuvent financer de l'accueil temporaire (2 mois en établissement) et sur le département EPSILON, une liste d'EPHAD¹³⁵ proposant de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour (dynamisation cognitive) est à disposition. À chaque fois qu'une situation ne trouve pas de solution logique, cette dernière est recherchée dans le cadre d'une réunion en équipe APA. Pour les évaluateurs, les solutions ne doivent pas se réduire au « dépannage » des familles, mais il s'agit bien de trouver la solution la plus pertinente pour le bénéficiaire d'abord et les autres ensuite. Les équipes APA interviennent aussi pour aider les aidants en difficulté. Le secteur dispose depuis peu d'une psychologue à mi-temps pour le repérage des situations d'usure vécues par les aidants familiaux. Les équipes notent un important besoin de parole des aidants et attirent l'attention sur le fait que le temps passé avec eux est un indicateur de leur épuisement. Lorsque certaines évaluations ou réévaluations prennent très longtemps (plus de deux heures) et que les aidants « se mettent à pleurer » ou montrent des signes patents de désarroi, les évaluateurs leur proposent de rencontrer le psychologue. Ces derniers attirent notamment l'attention sur le fait que des études établiraient un lien entre une diminution de l'espérance de vie des aidants et leur rôle d'aidant auprès de la personne démente, de même qu'elles mettraient en évidence le fait qu'il n'est pas rare que l'aidant disparaisse avant l'aidé, d'où la mise en place de

cette politique de prévention et d'écoute depuis le schéma gérontologique 2008-2011. Parallèlement à la création de ce poste de psychologue, le département soutient le développement d'associations de bénévoles qui viennent en soutien aux aidants.

2.1.1 - L'évaluation à domicile du besoin APA

Selon les évaluateurs et le médecin interviewés, la grille APA a été refondue au niveau national en 2008 et l'introduction d'adverbes (S, T, C, H, qui correspondent à : fait toujours, souvent, parfois, jamais) aurait permis de réduire les disparités de jugements qui existaient auparavant entre les évaluateurs. Ils estiment que l'absence de nuance dans les questions entraînait des réponses dont l'interprétation était difficile parce qu'ouverte. Cette refonte a permis aussi de réduire l'approche hypothétique que pratiquaient certains évaluateurs car il ne s'agit plus de déduire, à partir de la réponse « ne fait pas », si la personne saurait faire en certaines circonstances ou si vraiment elle ne fait en aucun cas. Il s'agit maintenant de noter si la personne « fait », « fréquemment » ou « parfois ». Ces déclinaisons par les adverbes facilitent le travail mental et surtout amoindrit la responsabilité de l'évaluateur dans l'interprétation de la réponse. Le jugement moral (ou émotionnel) de l'évaluateur fait place, en effet, à un travail d'encodage du descriptif. La déclinaison par les adverbes permet d'affiner l'évaluation car, finalement, les évaluateurs prennent plus de temps, comme nous allons le développer ci-dessous, pour déployer les questions et pour identifier correctement l'adverbe auquel les pratiques du bénéficiaire correspondent. Le temps consacré à l'interprétation des réponses se déplace vers celui consacré à la précision des nuances. Cette réduction des disparités se vérifie notamment lorsqu'une évaluation est à refaire : lorsqu'une nouvelle évaluation est réalisée par un autre évaluateur, il est constaté une faible variation des résultats. De même, lorsque les familles utilisent leur droit de recours, et c'est le cas pour le département EPSILON, c'est le médecin d'un autre secteur, et non un évaluateur, qui va procéder à la nouvelle évaluation. Les équipes constatent que les résultats techniques (c'est à dire ce qui est conclu strictement de l'application de la grille AGGIR en dehors de toute autre considération) sont globalement les mêmes, alors même que la nouvelle évaluation a été effectuée sans que le médecin ait pris connaissance des résultats de la précédente

¹³⁵ Tarif hébergement et tarif plan d'aide, l'APA intervient sur le plan d'aide, et si il y a un reste à charge, l'APA finance la partie hébergement pour ce qui lui reste de moyen.

évaluation. Ainsi, la grille AGGIR tend à homogénéiser les réponses par la précision et le cadrage des questions, même si les évaluateurs reconnaissent, par ailleurs, que l'approche de l'évaluation varie selon les corporations professionnelles. Des différences d'approches peuvent, en effet, se révéler, surtout lorsqu'il s'agit de juger d'un classement en GIR 5 ou 4¹³⁶. Les évaluateurs qui possèdent une formation plus sociale se montrent plus sensibles à l'environnement social et à la situation potentielle d'isolement de la personne (même si la grille n'est pas spécifiquement orientée sur ces variables), alors qu'une infirmière sera plus sensible à la pathologie et à son pronostic. Cela étant, les évaluateurs estiment que, dans l'ensemble, les différences ne sont pas significatives.

Au-delà de ces généralités qui tendent à montrer que l'utilisation de la grille s'est nettement améliorée en quelques années, il convient de s'intéresser à la manipulation concrète de la grille, et ainsi que nous l'avons évoqué plus haut, aux conditions de son administration.

L'administration de la grille AGGIR. – Les évaluateurs du département EPSILON disposent pour l'évaluation d'un PDA (Personnal Digital Assistant). Ce petit assistant numérique portable contient l'ensemble du questionnaire APA et surtout il calcule automatiquement l'algorithme du GIR¹³⁷. Le lecteur se reportera à la première partie du rapport dans laquelle nous décrivons l'outil AGGIR, sa fonction, et les détails relatifs à chaque GIR. Ici, nous nous concentrerons sur son utilisation à domicile. Il suffit simplement de garder à l'esprit que le calcul du GIR combine des critères constants avec des critères variables. Les questions, et donc les réponses, n'ont pas toutes la même valeur. L'appareil fait automatiquement le calcul une fois les données rentrées. L'évaluateur coche les cases, certains items ayant une cotation constante et forte, d'autres ayant des cotations qui

se relativisent. Certaines cotations représentent des variables à la marge qui influent peu sur le calcul, d'autres l'impactant de manière importante. L'outil et sa manipulation ne posent pas de problème, mais force est de constater que les modalités de son administration reposent sur les choix éthiques, moraux et techniques qui sont laissés à l'appréciation de l'évaluateur, d'autant qu'il est seul au domicile pour réaliser l'évaluation. Le choix de la réponse repose en effet, dans nombre de cas, sur un choix implicite éthique et moral. Ce choix s'impose, pour l'ensemble des évaluateurs, du fait qu'ils sont amenés à intervenir dans et sur l'intimité de personnes qu'ils ne connaissent pas et ces derniers ont conscience de la « violence institutionnelle », au sens où la définit Pierre Bourdieu, qu'ils sont amenés à exercer lorsqu'ils administrent directement et sans égard (sans à propos) la grille AGGIR¹³⁸. Par exemple, un des évaluateurs interviewés attire l'attention sur le fait qu'il prend toujours garde à ne jamais poser directement, et dès le début de la rencontre, des questions relatives à l'intimité des personnes. Il s'en tient en premier lieu à des généralités et sonde les valeurs auxquelles est attachée la personne pour déceler s'il est aisé d'aborder des questions relatives à l'intimité. Il s'agit donc, pour lui, de poser des questions susceptibles de saisir, à partir des valeurs mobilisées par la personne, son rapport à l'intimité et d'en déduire, déjà, un diagnostic centré sur deux dimensions. Il va chercher à apprécier, d'une part, le degré d'autonomie de la personne sur un sujet et, d'autre part, sa disposition à l'égard du sujet à traiter. Par exemple, les évaluateurs demandent souvent si les personnes âgées sont à l'aise avec le téléphone. Cette question ne figure pas dans la grille AGGIR, mais cette thématique les renseigne plus ou moins indirectement sur les difficultés que rencontre ou non le demandeur d'aide. Grâce aux questions posées sur ce sujet, l'évaluateur peut apprécier si la personne rencontre des problèmes de surdité, si elle peut compter sur des amis, de même qu'il peut disposer d'informations sur sa capacité à demander de l'aide ou non. Les évaluateurs évoquent le fait qu'ils doivent faire preuve de

136 Au sujet du passage de GIR 5 à 4, certains évaluateurs signalent que les bénéficiaires et familles « apprennent » à maîtriser la grille. Certains sauraient au fur et à mesure des évaluations, des contre expertises et recours, identifier ce qu'il « convient » de répondre pour passer au GIR supérieur en espérant ainsi améliorer l'aide. Les gens repèrent que les évaluateurs insistent sur des points plutôt que d'autres. Il n'en reste pas moins que le besoin d'aide est là notamment dans les zones rurales où le risque d'isolement est important malgré une structure familiale présente.

137 Le PDA calcule le « girrage » de 6   1, mais les personnes relevant des GIR 5 et 6 sont orientées sur les caisses de retraites.

138 Pierre Bourdieu distingue plusieurs formes de violences dont la violence institutionnelle qui se manifeste lors de l'administration de questionnaires et dont la caractéristique est de poser des questions qui ne manifestent aucun intérêt pour la condition de la personne interrogée. Pierre BOURDIEU, *Réponses, en collaboration avec L. Wacquant, Editions du Seuil, 1992.*

tact, savoir ne pas aller trop loin dans les questions concernant l'intimité. En effet, comme ils sont aussi amenés à poser des questions sur des points qui ne seront pas directement traités par les services APA, ils suscitent, par ces questions, l'étonnement des personnes âgées qui s'interrogent sur l'intérêt de telles questions et qui du coup s'interrogent aussi sur la curiosité dont font preuve les évaluateurs, cette dernière pouvant être perçue comme intrusive. Ces dernières méconnaissent le fait que ces questions permettent d'opérer, si besoin, des orientations pertinentes vers le SSIAD ou autres¹³⁹. Il convient de souligner, à ce propos, le fait que certains évaluateurs disent être amenés à prendre un nouveau rendez-vous avec la personne lorsqu'ils « sentent » qu'elle n'est pas prête ou pas suffisamment en confiance pour explorer certains thèmes. C'est notamment le cas lorsque la rencontre au domicile se fait avec des personnes très âgées et en l'absence de référent. Par exemple, les évaluateurs disent avoir beaucoup de difficultés à interpréter correctement une mauvaise situation d'hygiène du demandeur au moment de l'accueil. Est-ce une négligence momentanée, le signe d'une difficulté plus avancée ou celui d'une situation chronique ? La décision de prendre un nouveau rendez-vous se justifie par l'importance que revêt, pour eux, la possession de renseignements fiables pour évaluer le GIR de la personne. Les conséquences d'une instruction superficielle ou plus incomplète peuvent être dramatiques pour le bénéficiaire et pour le service évaluateur qui risque d'être de nouveau saisi quelques mois plus tard par un référent (ou un responsable de secteur de l'organisme qui aura en charge l'exécution du plan d'aide). En règle générale, les évaluateurs recourent à des approches aux contours ritualisés : il s'agit de parler des loisirs, des activités, de la famille, en bref, d'un ensemble de thématiques qui, dans la grille AGGIR, sont considérées comme des « variables illustratives » et

qui comptent notablement moins que les variables plus « constantes » que sont l'autonomie pour les « transferts », la « toilette » ou encore l'« élimination ». Lorsque ces questions d'ordre général sont administrées, l'évaluateur progresse vers des questions plus orientées vers l'intimité. De même, il ne pose pas directement les questions portant sur les difficultés de la personne, mais tente d'abord de les imaginer ou de les comprendre de manière sensible en s'efforçant d'en repérer l'existence à travers la visite qu'il fait de l'appartement ou de la maison, ou encore par les questions détournées évoquées en amont. Ce souci d'autrui, souci qui pourrait être interprété comme la marque de respect minimum due à autrui et qui repose sur la simple considération civique d'autrui, n'est pas encodé par la grille. Les questions, en effet, ne sont pas organisées dans le souci de progression respectueuse par rapport à la pudeur et à l'intimité des personnes et la progressivité retenue dépend avant tout de la discrétion de l'évaluateur. Les questions sont élaborées dans une perspective d'efficacité (poser les questions selon un ordre pragmatique et efficace pour le traitement des réponses), ce qui vient en tension avec la posture civique ou empathique mobilisée pour les administrer. L'évaluateur est donc amené, au cours de l'entretien, à apporter des corrections subtiles pour se dégager de la violence qu'instille l'administration brute (objective et en l'état) du questionnaire. La prise en compte du souci d'autrui peut prendre plus ou moins de temps selon l'aisance de l'évaluateur et la « sociabilité » du bénéficiaire. C'est cette part de temps qui vraisemblablement tend à être comprimée dès lors que les intervenants sont conduits à améliorer leur productivité, c'est-à-dire à faire plus dans le même temps, ou autant avec moins de personnel. Les évaluateurs sont amenés à prendre des libertés avec la grille AGGIR mais sont surtout amenés à prendre leur responsabilité pour jouer avec le temps dont ils disposent pour réaliser l'évaluation à domicile. Ils sont ainsi en permanence placés en situation d'« arbitrer ». Il faut entendre cette expression dans un double sens : premièrement, tout se passe comme si le fait de se rendre plus ou moins disponible au bénéficiaire relevait de leur libre arbitre alors que cette disponibilité dépend aussi de la condition existentielle du bénéficiaire lui-même, le professionnel se trouvant à « rester un peu » par respect. Deuxièmement, les évaluateurs doivent aussi arbitrer entre la tendance à l'objectivation de la relation qui est induite par la structuration interne du questionnaire et l'adop-

139 Luc BOLTANSKI, Laurent THEVENOT, *De la justification : les économies de la grandeur*, Gallimard, 1991. Dans leur introduction, les auteurs développent l'intérêt de poser des questions de l'ordre du privé pour établir une analyse sociologique. Ils relatent une expérience réalisée avec les étudiants au cours de laquelle ces derniers doivent prédire des comportements à partir d'une grille de questions. Un groupe d'étudiants ne pose que des questions d'ordre sociologique et d'état civil, un autre peut aussi poser des questions d'ordre privé. Les résultats les meilleurs, en termes de prédiction des comportements, sont ceux du deuxième groupe d'étudiants.

tion d'une attitude de respect de la personne qui implique de subjectiver la relation. Ce travail de subjectivation – qui s'effectue pour le meilleur et pour le pire – vise à ce que la « rencontre » entre deux personnes ait bien lieu. Parfois cet arbitrage s'effectue pour le pire : lorsque la subjectivation fait basculer la relation dans des rapports qui « débordent » les personnes et le temps « raisonnable » qu'elles devaient se consacrer. L'arbitrage peut se faire pour le meilleur : lorsque la « bonne distance » (notion de compétence toute personnelle à chacun) est trouvée (ajustement réciproque entre nature de la relation – degré d'empathie – et nature des problèmes à traiter). Dans ce cas, l'évaluateur obtient une participation positive au déroulement du questionnaire et un degré de sincérité et d'authenticité accru dans les réponses données.

2.1.2 - L'évaluation de la qualité de la prestation à domicile

Les évaluateurs des services APA du département EPSILON sont en situation d'apprécier la qualité de leur prestation et celles que servent les associations à domicile du fait qu'ils gèrent aussi le suivi. Pour ce qui est de la qualité de leur prestation, ils estiment que la grille AGGIR elle-même ne fait que « mesurer » un besoin, elle n'est pas un outil de mesure de la qualité. En revanche, ils insistent sur le fait que le respect de l'intégrité de la personne, de même que la posture tenue lors de l'évaluation des besoins et l'établissement d'une relation respectueuse sont des critères de la qualité de leur intervention dans la mesure où, comme nous l'avons vu, ces points permettent incidemment¹⁴⁰ une meilleure authenticité dans les réponses et une plus grande justesse de l'évaluation. Par ailleurs, et comme on peut le déduire de la présentation, la qualité au domicile a aussi à voir avec la qualité

¹⁴⁰ Il n'est sans doute pas nécessaire de préciser que le respect d'autrui n'entre pas dans une stratégie d'ensemble finalisée vers un meilleur rendement du questionnaire. Le respect concerne ici le devoir moral. Le respect promet une amélioration du résultat, il ne la garantit pas. On séparera utilement donc le fait que les évaluateurs se montrent attentifs à la qualité du processus de relation dans l'évaluation, c'est à dire à la qualité du travail en train de se faire, beaucoup plus qu'à la qualité du résultat de l'évaluation. On distingue donc la qualité du point de vue du processus de production et le jugement de qualité sur le résultat de ce travail, du point de vue du bénéficiaire : un travail d'évaluation peut décevoir le bénéficiaire qui n'obtient pas le nombre d'heures escomptées.

de la coordination organisée sur le terrain avec les associations et les responsables de secteur. Pour les équipes APA, le nombre modéré d'intervenants à domicile est un indicateur de qualité car trop d'intervenants nuit à la qualité.

Les évaluateurs mentionnent également le fait que la stabilité du personnel dans les équipes d'intervenants est primordiale. Ils insistent sur l'importance de soutenir la formation du personnel (notamment pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles de la démence), le fait d'évoluer dans une région plutôt rurale et composée pour partie d'une population stable et ayant peu de souci de précarité financière semble concourir favorablement à sa stabilisation. Mais les évaluateurs notent, cependant, la multiplication de professionnels affectés par des problèmes d'ordres différents et soulignent un accroissement de l'instabilité dans l'emploi. Pour eux, en effet, les emplois occupés le seraient par défaut et la pénibilité des métiers de l'intervention au domicile provoque un *turn over* qui attire la vigilance évaluateurs sur l'emploi direct qui, dans ce contexte, est de moins en moins apte à proposer une qualité de maintien à domicile. Toutes ces raisons expliquent, du point de vue des évaluateurs, le fait que le Conseil Général donne la priorité aux organisations structurées autour du mode prestataire, et dans une moindre mesure autour du mode mandataire. Il y aurait une compétence du personnel, une réactivité, une effectivité de la prestation et une recherche d'adaptation de la personnalité de l'intervenante à celle du bénéficiaire plus à même d'assurer une qualité de service.

Verbatim Un évaluateur : La qualité, pour nous, c'est le respect de l'échéancier du plan d'aide, son effectivité et la réactivité des associations. En fait, c'est la qualité des rapports entre nous et les associations qui est essentiel, car sans cette qualité nous n'avons pas ou très peu d'infos sur ce qui se passe sur le terrain. On attache aussi de l'importance à la communication entre usager, l'association et nous. Pour l'association il faut insister sur l'importance du référent, ne pas se satisfaire de la connaissance de l'intervenante.

Cet évaluateur évoque l'importance d'un référent pour le bénéficiaire, mais aussi pour les équipes APA. Le référent vient, en effet, aussi soulager l'évaluateur d'une charge de travail dans la mesure où ce dernier compte sur lui en cas de problème. Les évaluateurs sollicités attirent par ailleurs

l'attention sur le fait que s'il est difficile de repérer les variables de la qualité au domicile, il « est plus facile de repérer la mauvaise qualité », ces derniers estimant qu'« on la voit vite lorsqu'il y a des demandes itératives de changement d'association ». La pérennité de la prestation, signe d'un certain degré de satisfaction entre les parties, devient également l'indicateur de qualité et de satisfaction des bénéficiaires.

En souhaitant que les personnes placées en situation de grande dépendance puissent bénéficier de temps de prise en charge plus importants et que les prestations ne soient pas segmentées en une somme d'actes mais davantage incluses dans une temporalité qui permette à la relation de se tisser, les évaluateurs mettent en relief les limites que rencontre à l'heure actuelle la qualité de la prestation. En effet, la décomposition des temps d'intervention en unité d'actes à réaliser conduit les professionnels à faire « pour » plutôt qu'avec « avec » le bénéficiaire. Les bénéficiaires sont de moins en moins stimulés dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et sont mis dans des états de passivité qui pourraient s'apparenter parfois, selon les évaluateurs, à des actes de négligences ou à une forme de maltraitance. Les régimes d'intervention qui favorisent de plus en plus un type de paiement à l'acte induisent des effets qui ont déjà été remarqués chez les infirmières qui interviennent en libéral et qui en viennent à préférer faire une toilette à une personne grabataire plutôt que de prendre le temps de la stimuler et l'aider à faire sa toilette. Il semblerait, faute de temps consacré à aider les gens à s'occuper d'eux-mêmes, que l'intervention participe de l'aggravation de la dépendance contre laquelle elle est censée lutter. Pour les évaluateurs des services APA rencontrés, l'intervention est donc parfois dans la contradiction la plus totale. Dans le droit fil de ces remarques, les évaluateurs constatent un effet systémique qui, à terme, pourrait peser sur la qualité des diagnostics. En effet, la compression des temps de disponibilité réservés au bénéficiaire risque de réduire la part de parole libre qui lui est laissée lorsque les évaluateurs prennent encore le temps de ne pas administrer le questionnaire dans sa forme brute pour, d'une part, en réduire la violence symbolique¹⁴¹ et pour, d'autre

part, ne pas se trouver à mesurer uniquement et univoquement ce que la grille AGGIR définit comme besoins à prendre en compte. Pour les évaluateurs, le risque réside dans l'objectivation de la relation aux fins de complaire à la pression temporelle et le respect, dont nous avons dit qu'il était un dû moral indépendamment du résultat recherché, pourrait devenir une stratégie d'instrumentalisation de la relation, non pour aller à la rencontre de la personne, mais pour y mettre un terme au plus vite.

À cet égard, les personnes interviewées font part de leurs inquiétudes quant à l'avenir de l'APA. Elles se demandent en premier lieu jusqu'à quel point le manque de temps et la compression des budgets ne risquent pas de réduire la possibilité des personnes âgées à rester citoyens au sens du rapport Laroque¹⁴², ces réductions ayant comme effet un écho moindre de leur parole. Autre objet d'inquiétude, la place que prennent certaines assurances dans le cadre des GIR 6 et 5 et le type d'interventions proposées qui tendent à se distinguer très nettement de l'aide à la personne pour n'être que du service à la personne. Pour l'équipe, les pouvoirs publics doivent soutenir leurs exigences auprès du secteur privé et favoriser la formation du personnel.

2.2 - La gestion de l'évaluation APA sur le département DELTA

Nous avons vu en introduction que ce vaste département comptait un peu plus de 12 000 personnes bénéficiaires de l'APA en 2011. Le département est formé de deux grandes zones, à savoir une zone urbanisée au nord et une zone rurale au sud. Le délai d'instruction moyen des dossiers APA sur le département est de trois mois alors que la réglementation préconise un délai de deux mois. Le département est découpé en sept secteurs, sept équipes APA couvrent un territoire de 14 Maisons de la Solidarité (MDS), soit deux MDS par secteur. L'évaluateur avec lequel nous avons eu un entretien intervient en zone urbaine (une ville

les pages p. 903 et suivantes portent sur la résistance à l'objectivation des personnes soumises à la violence de certains contenus de questionnaires administratifs, violence redoublée par la posture des agents qui les administrent.

142 Pierre LAROQUE, « Politique de la vieillesse », Rapport au premier ministre, 1962. Ce rapport, précurseur du maintien à domicile, visait, entre autres, le maintien de la participation à la vie sociale des personnes âgées par une politique d'amélioration de l'habitat des personnes âgées.

141 Pierre BOURDIEU, *La misère du monde*, Seuil 1993. Se reporter plus particulièrement à l'article Comprendre dont

de taille moyenne) et rurale. Elle est infirmière de formation, ce qui est le cas de la grande majorité des évaluateurs, et a été recrutée par le Conseil Général pour l'évaluation APA. Elle habite de secteur sur lequel elle intervient.

Concernant la démarche d'évaluation, les dossiers administratifs sont instruits au siège qui se situe à la ville centre, capitale du département. Une fois validés, les dossiers sont transmis par intranet aux antennes, qui reçoivent les coordonnées d'état civil de la personne dont il faut instruire la demande. Le travail de l'évaluateur consiste à évaluer au domicile ce que les gens savent faire/pas faire et étudier les aménagements à réaliser pour l'aide au quotidien (rampe d'accès, rehausseur). Dans cette partie très rurale du département les évaluateurs travaillent en étroite collaboration avec le PACT ARIM (réseau pour l'aménagement et l'habitat) qui est amené à intervenir très souvent pour des aménagements de confort (aménagements des toilettes, salles de bains, qui, dans nombres de maisons, sont inexistantes ou situées à l'extérieur de la maison). La demande d'APA est forte sur ce département réputé jeune et les équipes d'évaluateurs ne sont toujours pas arrivées à leur plateau de charge de travail.

Le partenariat est jugé bon avec l'ensemble des acteurs, associations, HAD, les MDS, les CCAS, ainsi qu'avec les CLIC. L'évaluateur souligne, cependant, que les CLIC restent des « chapelles » au service de « querelles de clocher » des communes. L'existence de différences de couleurs politiques entre département et communes peut interférer dans les relations. La qualité des relations nouées dans le cadre des partenariats tient essentiellement au temps dévoué à l'entretien des relations. En effet, sur le terrain, l'évaluateur est amené fréquemment à faire, lors de ses visites à domicile, sa pause méridienne chez tel partenaire, ou chez tel autre pour rédiger son compte rendu de visite. Pour l'évaluateur, cette connaissance nouée sur un mode informel et qui repose sur l'appréhension au jour le jour des besoins du quotidien est le gage de la réactivité des partenaires. L'évaluateur estime qu'il n'est pas rare, dans les communes très rurales, que le secrétaire de mairie l'accompagne pour faire les visites à domicile, souvent pour désamorcer la peur de certains bénéficiaires qui craignent « d'être placés », comme les familles jugées maltraitantes craignaient, avant la décentralisation, que la « DDASS » vienne, elle aussi, pour les placer. Le contrôle de la qualité du travail des évaluateurs

est mesuré indirectement par deux indicateurs : le nombre de visites faites par mois et dont les comptes rendus remontent au siège et les réclamations qui vont au siège du Conseil Général. Les réclamations sont retournées au service concerné pour information et suite à donner. Il se peut que le personnel soit convoqué au siège pour s'expliquer. Enfin, le personnel ne bénéficie pas de supervision, mais accède aisément aux journées de formations organisées par le Conseil Général et qui portent sur des sujets qui concernent l'ensemble des personnels en travail social et en gérontologie. Il existe aussi des journées de formations sur la gestion des relations au domicile.

2.2.1 - L'évaluation à domicile

Chaque évaluateur, soit trois sur le secteur, dispose d'une voiture de service pour effectuer les évaluations à domicile qui ne durent en règle générale pas plus d'une heure étant donné son expérience en ce domaine et sa forte charge de travail puisque chaque évaluateur réalise entre seize à vingt visites à domicile sur quatre jours, hors APA d'urgence qui, traitées dans les quarante-huit heures, concernent souvent des fins d'hospitalisation sans aidant au domicile. Par exemple, la charge de travail constatée sur les 6 premiers mois de 2011 était de 409 dossiers traités (demande, révision ou aggravation de situation). Les visites à domicile sont organisées par commune. Les évaluateurs essaient de regrouper leurs visites par rapport à un parcours kilométrique cohérent. Ils ne sont pas encore équipés en ordinateurs nomades, le territoire étant encore mal couvert pour les connexions par ondes. Les évaluations se font donc au domicile par prise de notes. Une fois l'évaluation au domicile terminée, l'évaluateur rédige en fin de journée ses comptes rendus de visites qu'il fait parvenir par mail au siège. Une réunion hebdomadaire de coordination entre évaluateurs a lieu et donne l'opportunité aux évaluateurs de débattre de leurs évaluations afin de garantir un traitement équitable aux usagers. Une autre réunion est organisée dans la foulée avec le médecin qui est par ailleurs le médecin de la PMI. C'est le moment pour les évaluateurs de convenir des rendez-vous qui doivent avoir lieu avec le médecin. Cette réunion se tient avec les secrétaires qui reçoivent au téléphone toutes les questions et réclamations, leur maîtrise des dossiers garantit la répartition de la charge de travail. Le plan d'aide est d'ailleurs rédigé par le

service administratif selon les recommandations du compte rendu. En règle générale, la confiance établie entre la commission d'agrément et les évaluateurs s'applique aux orientations proposées. Plus largement, la confiance est aussi établie entre le département et les équipes puisqu'elles n'ont, à ce jour, jamais été interpellées sur les heures qu'elles octroient.

Les évaluateurs du milieu rural estiment bénéficier encore de bonnes conditions de travail lorsqu'ils se comparent aux collègues du milieu urbain. En effet, entre les mutations des uns, les congés des autres, il s'avère que nombre d'évaluations, faute de personnels sur le terrain et avec l'accord de la hiérarchie, sont réalisées par téléphone. Il semble, au dire des évaluateurs, qu'il y a là un effet du dynamisme des villes encore jeunes, contrairement à la « campagne » où les personnels employés sont des personnes installées qui ne souhaitent pas ou qui n'ont pas d'opportunités de changement. La rotation du personnel en ville est suffisamment importante pour que les évaluateurs des zones rurales se disent dans un rapport de méconnaissance avec leurs collègues des centres urbains. Les évaluateurs sont chargés du suivi de leurs évaluations et des dossiers qu'ils instruisent. Il leur revient également de trouver l'intervenant à domicile. En la matière, le Conseil Général se dit, pour plusieurs raisons, favorable au régime prestataire (financé à hauteur de 18,88 euros/heure) notamment dans le milieu rural du fait que l'emploi direct revient cher aux bénéficiaires démunis. En effet, il est financé à hauteur de 9 euros/heure par le Conseil Général alors que les intervenants en emploi direct demandent souvent 12 euros/heure (il est de 13 euros/h pour le régime mandataire). Le Conseil Général ne débloque les paiements de l'allocation que lorsque l'organisme est nommé pour l'allocation versée à un prestataire ou mandataire, de même qu'il lui faut le nom de l'intervenant dans le cas de l'emploi direct. Les évaluateurs sont invités à rencontrer l'intervenant à domicile et à lui expliquer ce qui est attendu comme prestation au regard du plan d'aide. Les chèques emplois services (CESU) ne sont donnés qu'à cette condition¹⁴³. Le département souhaite

lutter contre le risque de travail invisible d'une part, mais il veut s'assurer, d'autre part et autant que faire se peut, que l'intervenant soit sensibilisé à donner l'alerte en cas de problème et notamment de dégradation de la personne. C'est la raison pour laquelle il préconise, à partir du GIR 3 et selon l'âge du bénéficiaire, de coupler l'intervention en emploi direct si ce dernier y tient, avec quelques heures confiées à un prestataire local qui lui, aura la vigilance et le réflexe de donner l'alerte en cas de besoin. Mais les évaluateurs doivent travailler avec une offre locale restreinte et qui se déploie sur un territoire local mal desservi. Il existe six à sept associations qui interviennent sur ce vaste territoire, d'où le problème fréquemment rencontré de ne pouvoir demander aux intervenants d'appliquer strictement le plan d'aide. En effet, étant donné la charge de travail des associations celles-ci ne peuvent rien promettre, aussi le plan d'heures est-il négocié globalement avec l'expression des desideratas des évaluateurs qui peuvent se réduire à s'accorder sur les volumes d'heures et la fréquence des passages. Cependant, le plan d'aide détaillé est remis au bénéficiaire qui peut l'utiliser comme un document « opposable » s'il constate qu'il dévie de ses visées initiales. En règle générale, la confiance est établie entre les parties, les bénéficiaires (comme les aidants familiaux) n'abusant pas des intervenants. Ainsi que le souligne non sans humour l'évaluateur, « *ils ne leur font pas faire les plinthes à la brosse à dent* ». Pour ce dernier, les bénéficiaires en milieu rural sont respectueux de l'aide apportée. De même, les intervenants sont capables de rester plus longtemps si besoin (ou de revenir en dehors des heures de travail, les intervenants étant aussi très souvent des « locaux »). Le temps passé auprès du bénéficiaire ne semble pas aussi compté qu'en milieu urbain. Pour les évaluateurs, il leur semble important d'avoir des « garde-fous » sur le terrain, c'est-à-dire des personnes qui passent régulièrement et qui sont en capacité de réagir et de donner suite au moindre problème. Mais l'évaluateur insiste aussi pour souligner le fait que les évaluateurs sont, à leur tour, aussi les gardes fous du terrain. En effet, parfois les relations entre intervenants et bénéficiaires ne sont pas toujours très professionnelles et il arrive que les

¹⁴³ En réalité, cette situation fait l'objet de transaction, car il n'est pas rare que le personnel ne souhaite pas être déclaré et que le bénéficiaire ne souhaite pas être séparé de son intervenant avec lequel il a parfois noué des relations fortes depuis des années. Il peut être précieux de

compter sur quelqu'un du voisinage qui accepte de venir aider à l'improvvisu.

associations, qui n'aiment pas faire le gendarme, demandent aux évaluateurs APA de réguler ces relations. Du point de vue de l'évaluateur sollicité, il existe encore en milieu rural une « qualité de cœur », certains réajustements se faisant face à la réalité de la vie vécue par les bénéficiaires et il souligne le fait que les évaluateurs préfèrent avoir à intervenir parce que les gens sont trop proches plutôt que trop isolés les uns des autres. Cette remarque est en congruence avec les orientations du département qui préférera favoriser le passage d'une personne plusieurs fois par semaine dans le cadre d'une politique de prévention de l'isolement, plutôt que de payer les garnitures. La lutte contre l'isolement social et géographique en milieu rural (absence de commerces et de services) prend une place importante dans la gestion de l'APA, d'autant que les personnes isolées peuvent être plus que d'autres exposées à la maltraitance des aidants ou d'intervenants en emploi direct. S'agissant des aidants familiaux, l'évaluateur attire l'attention sur le fait que le service se retrouve plusieurs fois par an confronté à la nécessité d'intervenir suite à la disparition soudaine d'aidants qui, ayant pris leur retraite, décident d'aller vivre ailleurs sans prévenir quiconque de leur décision, laissant leur parent seul aux bons soins de l'intervenant lorsqu'il y en a un. Ces aidants semblent persuadés, selon l'évaluateur, que cette situation n'affectera pas la prise en charge réalisée par l'intervenant et qu'elle n'affectera en rien la prestation réalisée. C'est pourquoi le département préconise la réalisation d'une visite de réévaluation au bout de six mois pour vérifier la stabilité des conditions de vie, notamment pour les GIR 3 et 4. Il s'agit de vérifier le niveau de sécurité de l'environnement, de la personne (vérifier ses conditions d'hygiène, de vie, d'état des animaux, d'entretien des espaces aménagés). Il s'agit aussi de vérifier si le rythme de passage de l'intervenant, qu'il soit en emploi direct ou en prestataire, est satisfaisant pour la personne, mais aussi que les aidants éventuels n'aient pas disparu du fait de l'attribution d'un intervenant. L'évaluateur se pose donc en tiers possible entre l'intervenant et le bénéficiaire car même s'il n'est pas possible d'imposer aux prestataires des passages totalement conformes aux demandes, l'évaluateur se doit de vérifier l'absence de dérapages. Lorsque tel est le cas, il est rappelé que le placement en urgence est toujours catastrophique pour des personnes qui ont toujours vécu à la ferme et, qui plus est, ont

encore des animaux dont il faut s'occuper. En réalité, l'évaluateur se dit très démuni lorsqu'arrive ce type de situation sans aucune préparation et en l'absence d'aidant connu.

2.2.2 - La qualité référée au point de vue des bénéficiaires

L'évaluation du service rendu se fait au coup par coup, à la demande des bénéficiaires. La question de la qualité surgit, en effet, lorsque des bénéficiaires se plaignent. Très souvent, les réclamations portent sur des points mineurs comme notamment le fait que le professionnel intervenant en mode prestataire ne peut passer aux horaires prévus parce que le service rencontre des problèmes de présence avec son personnel. En général, il suffit de dédramatiser pour que les choses rentrent dans l'ordre. La rapidité avec laquelle le problème est réglé dépend de la qualité des relations entretenues avec les responsables de secteurs des organismes intervenants. Lorsque les réclamations portent sur des sujets plus graves, c'est la cellule de contrôle des établissements du siège qui est saisie. Il est prévu que le département mette en place une charte « accueil qualité » mais personne n'est encore informé de ses modalités de mise en œuvre.

Pour l'évaluateur sollicité, la qualité de la prestation tient à l'écoute et à la négociation. L'avantage du milieu rural est de ne pas être autant « cadré » dans l'écoute que les collègues de la ville. Par exemple, l'évaluateur évoque que nombre d'intervenants viennent coucher les personnes âgées à vingt heures alors qu'une organisation rigoureuse (du fait des moyens limités des prestataires) voudrait qu'ils soient couchés à 18 heures. Sur d'autres aspects, les échanges et les négociations sont importants. En milieu rural, il semble très difficile d'arrêter un plan d'aide précis et de faire en sorte qu'il se déroule comme prévu. La régulation se fait dans l'échange et non à partir de la preuve de la stricte effectivité du plan. La notion de l'heure de passage ne peut être appliquée de la même manière qu'elle l'est en ville. La qualité ne porte pas sur l'appréciation de l'activité réalisée en temps et en heure, mais sur les égards que les uns et les autres se portent. C'est pourquoi, la qualité de la prestation est associée à des caractéristiques telles que « la chaleur humaine ». C'est aussi pourquoi les dossiers ne sont en réalité jamais traités au moment de la réunion de coordination avec les partenaires qui a lieu une fois tous les

trois mois, mais lorsque le problème se pose. Pour l'évaluateur, il y a toujours quelqu'un derrière le dossier, raison pour laquelle la situation ne peut être traitée trois mois plus tard pour trouver sa solution. La qualité revient à cette capacité à s'adapter et à gérer les situations en sachant utiliser les bonnes relations (parfois informelles) tissées avec les partenaires. Pour cet évaluateur, il faut, néanmoins, que cet informel soit encadré, d'où la nécessité des « garde-fous » dont il a été question plus haut.

Remarques transversales aux deux départements. – Au terme de cette restitution, le premier point transversal qu'il convient de souligner concerne le rapport à la qualité des évaluateurs APA, rapport que l'on pourrait résumer en nous fondant sur les propos tenus, dans le département EPSILON, par l'un d'entre eux et qui pourraient s'appliquer aux deux départements :

Verbatim Un évaluateur : La qualité pour nous, c'est le respect de l'échéancier du plan d'aide, son effectivité et la réactivité des associations. En fait, c'est la qualité des rapports entre nous et les associations qui est essentielle, car sans cette qualité, nous n'avons pas ou très peu d'infos sur ce qui se passe sur le terrain. On attache aussi de l'importance à la communication entre l'utilisateur, l'association et nous. Pour l'association, il faut insister sur l'importance du référent, ne pas se satisfaire de la connaissance de l'intervenante.

Ce propos met en évidence le caractère finalement interdépendant de la qualité. Les évaluateurs, mais comme d'autres intervenants en réalité, sont placés à des positions d'interface telles qu'ils ne peuvent que mettre en évidence dans leur propos le caractère relationnel de la qualité. On le voit, la qualité de la prestation pour les uns et les autres résulte d'un travail collectif qui suppose la contribution de tous et l'effort pour qu'existe une qualité pour tous. La qualité dépend, autrement dit, d'une chaîne de qualités, notamment celles que les acteurs mettent en place dans les rapports entre les différents niveaux du système.

Le deuxième point transversal commun aux deux départements concerne l'oscillation des évaluateurs entre le thème de la disponibilité et celui de la professionnalisation du personnel en secteur rural. D'un côté, les évaluateurs dénoncent les modes de vie urbains qui impliquent un rapport au temps

très précis et qui posent de nombreux problèmes de disponibilité et de réactivité, problèmes qu'eux-mêmes semblent moins rencontrer en milieu rural du fait d'une plus grande disponibilité des personnels d'intervention parfois même en dehors du temps de travail. Cette disponibilité peut d'ailleurs être le fait de relation de voisinage. C'est la fameuse « chaleur humaine » dont parle un des évaluateurs. Le revers de cette disponibilité tient au risque d'instauration d'une relation fusionnelle, d'où le rappel de l'importance de la formation du personnel à l'intervention. À l'heure actuelle, toutefois, on peut se demander, d'une part, si la faible professionnalisation et la « chaleur humaine » ne sont pas les deux faces de la même pièce et la condition même d'une intervention adéquate dans la ruralité et, d'autre part, si les organismes intervenants pourraient réunir et tenir ensemble la disponibilité et la professionnalité, notamment dans cette capacité à se mettre à distance de l'interlocuteur avec tout ce que cette notion peut charrier de non disponibilité inculquée pour le bien d'autrui. On pressent, ici, ce qui sera approfondie dans la troisième partie du rapport, à savoir que la qualité est aussi étroitement au « hors cadre » du contrat d'aide à domicile ou « hors contractuel ». La qualité tiendrait, autrement dit, à ce qui déroge au contrat signé entre demandeur et organisme intervenant, à cette disponibilité consentie qui excède le contrat.

CHAPITRE 3 - LE POINT DE VUE DES DIRECTEURS

L'ensemble des parties comprises dans cette section restitue le point de vue des directeurs de services d'aide à domicile sollicités, par département et selon les catégories de bénéficiaires. En effet, selon qu'il s'agisse de personnes en situation de handicap ou de personnes âgées les indicateurs de la qualité diffèrent. Cela étant, nous reviendrons, en conclusion, sur les points généraux sur lesquels les deux secteurs se rejoignent¹⁴⁴.

3.1 - Trois entreprises d'envergure nationale¹⁴⁵

3.1.1 - L'entreprise Energie¹⁴⁶

3.1.1.1 - Présentation de la structure

L'entreprise Energie développe des stratégies de gestion et d'évaluation de la « qualité » de sa prestation suffisamment différentes de celles du secteur associatif, autorisé et tarifé pour qu'on s'y arrête en détail. L'entreprise Energie est agréée qualité, ce qui lui laisse la liberté de sa tarification. Du fait de la faible rentabilité financière à court terme de l'aide à domicile, comme nombre de secteur de main d'œuvre, l'entreprise Energie a conçu un modèle de gestion susceptible de lui garantir la meilleure productivité possible et qualité de prestation. Selon ses dirigeants, pour dépasser la faible rentabilité des entreprises du secteur, il faut réunir trois critères: une prestation de qualité, une rationalisation des moyens et une taille critique. La prestation de « qualité » est conçue sur un modèle de « management par la qualité ». La présentation et l'exploration approfondies du

modèle d'Énergie nous économisera de détailler celles des entreprises du secteur privé agréées « qualité » qui, à travers leur management et à quelques nuances près, déploient ce même modèle. Le directeur général d'Énergie rappelle lors de l'entretien les informations disponibles sur le site internet. L'entreprise, société par actions simplifiées d'envergure nationale, spécialisée dans le maintien à domicile des personnes fragiles a été « créée en 2003 par ses deux fondateurs, un ingénieur informaticien et un juriste » et elle « propose un service professionnel d'aide à domicile personnalisé pour personnes âgées (2/3 de sa clientèle) ou handicapées (1/3 de sa clientèle). Labélisée NF service aux personnes depuis 2007, elle propose des missions « idéales » gérées par près de 3000 intervenant(e)s sur le terrain, qui couvrent une grande partie du territoire français, via ses agences implantées dans dix régions. La société connaît une croissance annuelle de 100% depuis 7 ans ». Selon les dirigeants, son succès est dû à l'excellence de son service d'accompagnement qui allie professionnalisme, rigueur, souplesse et réactivité. Depuis 7 ans, la société double chaque année son chiffre d'affaire global, ce dernier passant de 2,5 millions d'euros en 2008 à 5 millions d'euros en 2009 et 10 millions d'euros en 2010, avec un bénéfice financier net en hausse depuis deux ans. Cette croissance permet au directeur d'affirmer qu'Énergie s'est imposée, moins de 10 ans après sa création, comme leader sur le marché de la prise en charge des personnes âgées, handicapées et/ou dépendantes. Nous espérons, en 2011, avance le directeur, voir évoluer notre chiffre d'affaires de 10 millions à 20 millions d'euros tout en gardant le même taux de rentabilité¹⁴⁷. Cette performance et ce potentiel s'expliquent, selon ce dernier, par plusieurs facteurs. En premier lieu, l'entreprise Energie répondrait à un réel besoin : celui d'un service sur-mesure et de grande qualité entièrement dédié à la dépendance. La société propose, de son point de vue, des prestations personnalisées, des équipes stables et compétentes en interne comme sur le terrain, un recrutement poussé. C'est l'un des seuls organismes de service à la personne à avoir son propre centre de formation (l'Université de formation dans le cadre de programmes). Les intervenants bénéficient de formations techniques

¹⁴⁴ Les aspects tenant à la méthodologie sont développés en annexe. Dans les quatre départements retenus, des groupes de travail composés de directeurs volontaires ont été constitués, ces derniers comprenant des directeurs, des directeurs adjoints et des responsables qualité. Des entretiens individuels ont été également réalisés avec certains participants des groupes, ou encore avec des personnes ressources recommandées par les groupes de travail. La consistance des données recueillies est ainsi à mettre en relation avec plusieurs paramètres : le temps que les personnes sollicitées ont bien voulu concéder à la recherche, les documents transmis concernant différents aspects de l'organisation et la qualité de la relation qui s'est instaurée entre chercheurs et directeurs.

¹⁴⁵ Les noms des villes, des entreprises et des personnes ont tous été rendus anonymes.

¹⁴⁶ À COMPLETER là ou entre les deux titres

¹⁴⁷ Ce propos est aussi rapporté par dans une coupure de presse du 25.01.2011, site internet.

ayant pour fonction d'accroître leur efficacité auprès de personnes atteintes de pathologies spécifiques et, à cet égard, l'entreprise dit jouir de la confiance des professionnels de santé. Enfin, cette dernière a aussi développé en interne (5 ans de Recherche et Développement) un système informatique centralisé pour toutes les agences. Ce logiciel sert de socle à la gestion de ses activités et joue un rôle clé dans sa réactivité. Il permet à ce jour :

- la mise en place de plus de 300 missions par mois (nouvelles missions et remplacements) dans un délai moyen de moins de 48 heures pour chaque mission (48H entre la demande du client et la proposition d'un intervenant conforme aux attentes de ce dernier),
- l'édition, en moins de 5 jours ouvrés, de 700 feuilles de paies chaque mois,
- la collecte des informations issues du terrain partout en France et l'émission de 800 factures afférentes par mois.

L'entreprise Energie serait ainsi la seule société d'aide à domicile à posséder un logiciel aussi abouti et spécifiquement créé pour ses besoins. Son succès se traduit enfin par une présence croissante en région : 5 nouvelles agences ont été ouvertes en 2010, portant à 12 le nombre total de pôles régionaux de l'entreprise en France.

Pour l'année 2010, 600 000 heures de prestations (prestataire et mandataire confondus) ont été facturées, représentant un chiffre d'affaires de 10 millions euros¹⁴⁸. L'entreprise emploie 700 personnes en prestataires et autant en mandataires. L'entreprise rayonne sur l'ensemble du territoire national et n'a pas souhaité franchiser son activité, la direction souhaitant maîtriser l'ensemble de l'activité sous son enseigne. Ainsi, les douze antennes régionales dépendent d'une direction centrale, les contrats de travail, les paies, comme l'ensemble du dispositif de communication sont centralisés et ventilés sur les « espaces » web des sites régionaux. Le développement de la société repose sur le travail en réseau, les chargés d'antennes étant mobilisés pour démarcher les personnels de structures en lien avec le secteur du handicap ou/et des personnes vieillissantes dépendantes, (chargés APA, CCAS, hôpitaux, médecins, gérontologues, pharmacies, toutes structures sus-

ceptibles d'être en lien avec des demandeurs plus ou moins potentiels de services d'aide à domicile sur un territoire dont ils ont la charge). Les chefs d'agences sont tous des assistants sociaux de formation et expérimentés dans le domaine de l'aide sociale¹⁴⁹. Des coordinateurs inter agences sont, quant à eux, chargés de veiller à l'application des normes NF et aux règles édictées par l'entreprise. La gestion des intervenants à domicile se fait à partir de l'agence régionale et la notion de proximité géographique s'applique à la faible distance géographique qui sépare, en général, l'habitation du client de celle de son intervenant.

3.1.1.2 - Les normes qualités NF à l'épreuve des besoins de l'entreprise

Pour le directeur, au-delà de l'utilisation marketing, la certification a contribué au processus de formalisation de la chaîne de travail déjà en cours dans l'entreprise, de même qu'elle a contribué à la finalisation des outils comme les livrets d'accueil, le guide de satisfaction etc. Si le coût d'accès à la certification est conséquent, du point de vue du directeur, c'est sans doute celui de la mobilisation du personnel sur ce projet qui est le plus élevé. La méthode recommandée par la certification pour juger de la qualité du service rendu est jugé peu efficace, raison pour laquelle l'entreprise maintient, parallèlement aux questionnaires « qualité » conformes aux normes de la certification, son propre dispositif d'analyse de la qualité. Le faible taux de retour montre le manque d'intérêts des clients pour le questionnaire de « satisfaction » et ce constat rend hasardeux d'en déduire des éléments de pilotage pour l'action. De même, l'approche globalisante qu'il propose ne permet pas d'identifier les territoires où se posent des problèmes. Le questionnaire de satisfaction contribue peu à la réactivité telle que la conçoit le directeur de l'entreprise Energie.

Les outils de la qualité mobilisés par l'entreprise sont déclinés du central au local, c'est à dire qu'après avoir été conçus par les fondateurs et mis en forme par l'équipe dirigeante, ils sont déclinés via les réseaux informatiques du type « intranet » jusqu'au niveau des agences locales et

¹⁴⁸ Soit une facturation moyenne de 16, 60€/H.

¹⁴⁹ Les chefs d'agences et chargés de clientèle ont des remises à niveau, trois jours par an, en séminaire résidentiels. Par ailleurs, toutes les agences sont reliées entre elles par un procédé de vidéo conférence afin de favoriser l'interconnaissance entre les professionnels.

de client, dépositaire d'un compte internet, puisque chacun d'eux à la possibilité, quand il le souhaite ou le juge utile, de formuler son appréciation sur le travail effectué par son intervenant. De sorte que ces outils s'intègrent dans un « processus » global de pilotage que le directeur qualifie de « management par la qualité ». Ces outils sont ainsi conçus pour s'appliquer uniformément sur le territoire et de manière impersonnelle auprès des clients. En général, leur caractère industriel, universel et reproductible en font des outils qui renseignent sur la performance du personnel comme sur les attentes des clients. Cette batterie d'outils standardisés et quantitatifs utilisée pour le pilotage n'est, cependant, pas l'unique système dont disposent les directeurs pour s'enquérir de la « température » sur le terrain. Les directeurs ont en commun de porter une attention accrue à la réclamation. Pour le directeur de l'entreprise Energie, à l'instar d'autres directeurs sollicités dans le cadre de la recherche, les réclamations constituent des analyseurs pertinents d'un éventuel dysfonctionnement de l'activité. L'analyse d'une réclamation significative pourra éventuellement enclencher un processus d'amélioration du fonctionnement de l'organisation. Dès lors qu'une réclamation remonte à la direction, un membre du personnel est affecté à sa résolution via un système de mémo électronique qui s'active quotidiennement sur l'écran d'ordinateur tant que le problème n'a pas trouvé sa solution (c'est le « système de réponse »).

Le point de vue du client est recueilli par l'intermédiaire des rapports que les auxiliaires de vie remettent à leur chargé de clientèle (rapports téléphoniques ou établis par le biais de cahier de liaison), ce qui n'empêche pas ce dernier du devoir de s'enquérir directement du point de vue du client à des fréquences rapprochées (tous les trois mois) par téléphone et par des visites inopinées dans le but de contrôler le travail réalisé par l'auxiliaire de vie en sa présence ou en son absence. Ce devoir de contrôle par chargé de clientèle tient, au-delà de son éthique au travail, au fait qu'il est lui-même contrôlé simultanément via des téléopérateurs qui sollicitent, périodiquement et à partir d'une plateforme dont le rayonnement est national, les clients pour s'enquérir de leur satisfaction. Cette évaluation est centralisée, analysée, puis envoyée aux personnes concernées. Ce dispositif est complété par les retours que les clients peuvent formuler en direct. Chaque client dispose

d'un compte internet situé sur une plateforme de gestion dans laquelle figure, entre autres, un système d'évaluation préétabli. Il suffit au client de cliquer en face de chaque item les smiley¹⁵⁰ correspondants.

3.1.1.3 - Le chargé de clientèle : la cheville ouvrière de la qualité

Le chargé de clientèle occupe principalement deux fonctions : celle de référent auprès de la clientèle et celle animateur ou superviseur du travail de l'auxiliaire de vie (recrutement, suivi, régulation, fin de mission) qui via, son adhésion à une charte qualité, a accepté les différentes modalités de contrôle mises en œuvre. Un chargé de clientèle gère 30 dossiers « client » au maximum (évaluation du besoin, devis, suivi de la mission), ce qui comprend la gestion du candidat auxiliaire de vie. Les dossiers de candidatures sont déposés sur un site web (l'entreprise Energie a reçu 35000 curriculum vitae en 18 mois). En général, le chargé de clientèle puise dans ce vivier et, à défaut de trouver le profil recherché, il émet des offres d'emplois dans les pôles emplois ou sur des sites internet prévus à cet effet. Une fois la mission et les termes du contrat convenus lors du recrutement dont il est responsable, le chargé de clientèle a en charge le suivi de l'auxiliaire de vie, en général par téléphone, au rythme d'une fois par semaine. De même, parmi les objectifs de gestion de dossiers qui lui sont fixés, le chargé de clientèle doit consacrer au moins une demi-journée par semaine à la visite de la clientèle, en dehors des communications téléphoniques qu'il entretient avec elle. La visite au client peut avoir lieu en dehors des horaires d'intervention de l'auxiliaire de vie, ou elle peut consister en un « contrôle inopiné » pendant le moment de présence du personnel au domicile du client. Le client est seul informé de la visite. L'objectif est de vérifier concrètement la ponctualité du personnel, la tenue vestimentaire, la qualité de la relation entre auxiliaire de vie et client, et la qualité du travail fait, et finalement de vérifier la bonne mise en œuvre de la philosophie de l'entreprise. Le travail du chargé de clientèle est lui-même contrôlé, nous l'avons souligné,

¹⁵⁰ Sortes de petits visages ronds qui sont, selon la cotation attribuée au travail fait par l'auxiliaire de vie, souriants ou grimaçants.

par de téléopérateurs auprès desquels il signale ses visites au domicile, et qui, par la suite et au hasard, vérifient auprès des clients leur satisfaction concernant la prestation du chargé de clientèle et celle de l'auxiliaire de vie. Par ailleurs, cette plateforme de téléopérateurs est aussi utilisée comme plateforme de débordement. Des téléopérateurs de la plateforme sont censés prendre la communication de n'importe quelle agence sur le territoire à partir de la troisième sonnerie restée sans réponse.

Dans le système de l'entreprise Energie, la qualité est donc une exigence contrôlée à plusieurs niveaux. Aux yeux du directeur, ce type de management satisfait tous ceux qui adhèrent à la philosophie de l'entreprise et pour qui le contrôle est le meilleur moyen de reconnaissance et de valorisation de leur travail. Le système qualité de l'entreprise Energie repose sur l'offre d'une promotion sociale possible au sein de l'entreprise fondée sur le mérite plutôt que sur l'ancienneté. Le chargé de clientèle joue un rôle clé dans ce dispositif de mesure de la qualité et de promotion sociale. En effet, il a en charge la dimension objective, il évalue le travail concret (propreté, exactitude etc.) et la dimension sensible, il soutient le moral du personnel en ménageant les intérêts de l'entreprise. Le chargé de clientèle gère la qualité du point de vue de l'organisation et du point de vue du client. L'exemple ci-dessous permet de saisir la portée de sa responsabilité :

Verbatim Directeur : On a des auxiliaires de vie qui sont très professionnels, mais où c'est le bazar dans leur vie. Par exemple, l'année dernière, une auxiliaire de vie qui bossait avec nous depuis 4 ans avec qui tout s'est toujours bien passé, un jour elle vient avec son petit fils. Du jour au lendemain on ne pouvait plus la mettre nulle part. On a arrêté, parce que cette dame elle était tellement brisée à l'intérieur, qu'elle ne pouvait plus parce que la peine des autres lui était complètement indifférente, la sienne était beaucoup trop grande. Mon job ce n'est pas de fournir un job à quelqu'un qui a une grande peine, c'est d'aider quelqu'un qui a déjà un problème.

La mission essentielle du chargé de clientèle consiste à gérer les problèmes de « terrain » et d'y apporter les solutions. Cet exemple montre la rapidité avec laquelle le chargé de clientèle est conduit à traiter les problèmes du client. Il montre aussi la difficulté qu'a une organisation pensée sur

le mode taylorien du travail posté d'intégrer une perturbation fonctionnelle. Dans l'exemple que nous avons retenu, c'est la « qualité » du personnel qui est la variable d'ajustement de la qualité de la prestation à domicile. D'où le soin consacré au recrutement.

3.1.1.4 - Recrutement et suivi du personnel

Pour l'entreprise Energie, une des dimensions de la qualité de la prestation tient à ce que le client et l'auxiliaire de vie se choisissent. Le recrutement est réalisé ainsi à deux niveaux. L'entreprise recrute via un système de dépôt de candidature sur site web. Ce système sert à évaluer la motivation des candidats en opérant, par ses exigences, un premier tri parmi les candidats. En effet, outre le fait de devoir disposer d'une connexion internet à domicile (toute la communication entre l'entreprise et l'auxiliaire de vie passera, après embauche, par une plateforme d'échanges), le candidat aura à remplir un curriculum vitae de six pages, ce qui suppose une certaine motivation et une aisance culturelle dans la pratique de l'écriture et l'utilisation de la technologie. Une fois recruté, le candidat est géolocalisé et une première mission lui est proposée en fonction de la localisation des clients. Une fois ce test réussi le chargé de clientèle reçoit plus longuement le candidat pour finaliser les méthodes et les conditions de travail.

Verbatim « Au bout d'un mois de mission, l'AVS vient chez nous, et on refait toutes les règles du jeu, on lui montre l'outil informatique, on le connecte avec nous et on lui montre. Regardez comment on vous propose des missions, comment on vous note, on leur redit, on leur remontre et on leur remontre aussi comment eux doivent se connecter, postuler en ligne, etc. ¹⁵¹»

Sur le plan juridique, les professionnels auxiliaires de vie sont recrutés sur le principe d'un contrat à durée déterminée d'un mois, puis, après le test, en contrat particulier, appelé un « contrat d'usage ». Bien qu'étant en mode prestataire, la spécificité de ce contrat est d'être à durée indéterminée, par mission et par client. Il prend fin au décès ou lors de l'hospitalisation du client. L'auxiliaire de vie a ainsi autant de contrats que de missions. Il peut ainsi accepter les missions qu'il souhaite en fonc-

¹⁵¹ Les citations en italiques sont extraites de l'entretien réalisé avec le directeur général associé et fondateur.

tion de ses besoins. Le prestataire n'est ainsi pas dans l'obligation de garder le personnel ni astreint, du fait de la nature du contrat, au versement d'une prime. Les deux parties sont, du point de vue du directeur, gagnantes : l'auxiliaire organise son planning en fonction de ses contraintes et de l'intérêt que recouvre la mission et l'entreprise Energie se trouve dispensée de la gestion du planning du personnel et de celle concernant les déplacements et les rémunérations des temps qui séparent deux vacations. Cependant, pour le directeur, la force du système est qu'il repose *in fine* sur la possibilité offerte au client de choisir son intervenant et réciproquement. Ce libre choix serait susceptible de garantir la fidélité entre les parties.

Le second niveau de recrutement concerne celui qui est effectué par le client sur la base de profils présélectionnés par le chargé de clientèle. Mais il faut considérer, dans une certaine mesure que l'acte de recrutement est aussi du côté de l'auxiliaire qui, lui aussi, se positionne d'abord à la lecture d'une annonce dont il aura pris connaissance via une banque d'offres de services. Celle-ci peut ne pas convenir pour des motifs divers, horaires non compatibles avec l'activité actuelle, conditions de travail insuffisamment motivantes. Dès lors qu'il a postulé, le candidat accepte de se plier au rituel de la sélection : le client devra retenir parmi les postulants, et avec le consentement de l'élus, celui qui offre *a priori* les « meilleures garanties » professionnelles et relationnelles. L'ajustement entre l'offre et la demande de service est censé s'établir dans un commun accord. Nul n'est contraint de travailler avec autrui, c'est le libre choix qui prévaut. Les rencontres préalables à l'embauche servent aussi à anticiper certaines attitudes discriminantes clients à l'égard d'auxiliaire de vie. Ainsi, le client est encouragé à recevoir les candidats avant de refuser leur candidature sur dossier. Le chargé de clientèle suggère au client de les recevoir, un par un, à son domicile autour d'une collation. Ce rencontre, qui a lieu en l'absence de toute autre personne de l'entreprise, doit faciliter l'échange entre les protagonistes sur la mission et ses conditions d'exercice¹⁵². Pour le directeur, la réciprocité du choix tend vers un « ajustement parfait » qui garantit, pour grande partie, la qua-

lité de la prestation. Le directeur estime, de plus, que la politique de rémunération qu'il pratique est attractive puisque l'entreprise Energie paie environ 0,50 centimes à 1 euro de plus de l'heure que ses concurrents¹⁵³. Enfin, troisième critère de qualité pour le client, la simplicité du système : pas de taux variable horaire, pas de frais de dossier, pas de pénalité pour cessation de contrat et promesse est faite au client de remplacer dans les meilleurs délais toute absence du personnel. Le client ne paie que l'heure réalisée à un montant préalablement défini. Le coût des prestations varie selon les missions¹⁵⁴, en général de 16 à 25 euros de l'heure, ce coût pouvant atteindre 30 euros pour des missions précises et techniques. Le reste à charge pour le client varie, quant à lui, selon le nombre d'heures. Dans le cas de la PCH, l'entreprise Energie s'engage à l'absence de reste à charge pour l'utilisateur si le contrat est au moins égal à 140 heures par mois¹⁵⁵. En deçà, un reste à charge de 1 à 2 euros de l'heure est à prévoir. Il est plus élevé pour les prestations de 20 heures/mois qui sont facturées 25 euros/heure. Pour le directeur, c'est le prix à payer pour une prestation « haut de gamme ». Car, pour le client, et selon le directeur, pouvoir choisir son auxiliaire de vie et les horaires de passage sont considérés, doublement comme des indicateurs de qualité. La possibilité de choisir est un critère de qualité car le recrutement réciproquement consenti est censé accroître la probabilité d'un bon déroulement de la prestation. Hormis le contrôle inopiné que peut réaliser le

¹⁵³ Ce qui se vérifie à la consultation des offres d'emplois accessibles sur internet. Alors que le smic 2012 est de 9,22€/h les annonces proposent entre 10 et 11€ Brut/h. Certaines annonces spécifient qu'il s'agit de contrats temporaires à temps partiels, ou permanents plus temps partiel, sans qu'on puisse déduire s'il s'agit d'une intervention en mode mandataire ou prestataire. On peut aussi regretter que les annonces ne signalent pas si les tarifs d'embauche s'entendent coût-horaire congés payés inclus. Cette information permettrait de rapporter à sa juste estimation les différences de rémunération entre l'entreprise Énergie et ses concurrents. En effet, le livret d'accueil de l'entreprise stipule que le contrat de travail « inclut les congés payés et frais de transport. Cela signifie que, lorsque vous prenez vos congés, ceux-ci ont déjà été rémunérés pendant vos heures de travail et ne le sont pas pendant que vous êtes en congé. », p. 12 du livret.

¹⁵⁴ Par exemple le coût de la garde de nuit peut varier selon que la nuit est réputée « calme » ou « agitée ».

¹⁵⁵ Sur la base du coût moyen national, et selon les tarifs en vigueur au moment de l'étude, de 17,89 €/h.

¹⁵² A l'exclusion de toute discussion portant sur la rémunération. Tous les aspects formels nécessitent la présence du chargé de clientèle.

chargé de clientèle, le professionnel auxiliaire de vie embauché pointe ses heures d'arrivée et de départ en utilisant un numéro vert de la société à partir du téléphone du client. Ce système, moyennant adhésion, signale par SMS aux aidants du client pris en charge l'arrivée et le départ de l'auxiliaire de vie.

Si, à certains moments dans son travail, l'auxiliaire de vie éprouve le besoin d'être soutenu, il peut se référer à son chargé clientèle soit par téléphone, ou, s'il le souhaite, par une rencontre personnalisée. Fut une période où les auxiliaires de vie disposaient de groupes de paroles, mais ceux-ci ont été supprimés au profit d'un dispositif jugé plus personnalisé et plus ponctuel.

Verbatim Directeur : Les groupes de parole, quand on en fait, c'est assez spécifique, c'est du sur-mesure en fait. Si on sent une auxiliaire de vie qui a mal vécu une fin de vie, alors il y aura une intervention du chef d'agence en général qui va tout de suite créer une relation, aller chercher un professionnel ou autre pour accompagner l'auxiliaire de vie. Enquêteur : C'est-à-dire ? Directeur : Une fin de vie. L'auxiliaire de vie était là le jour du décès, c'est un peu son premier. Le chef d'agence (ex assistante sociale), elle sait ce que cela veut dire pour l'auxiliaire de vie, elle est disponible au téléphone, c'est la première étape, et deuxième étape si elle sent qu'il y a besoin de plus, elle va l'orienter vers (une institution) où l'on a des réseaux de professionnels qui pourront la recevoir. Enquêteur : Il n'y a pas de groupes de paroles systématiques ? Directeur : Pas systématiques, sur-mesure. J'en ai fait un petit peu à une époque et il y avait une dilution d'énergie qui était inutile, contre productivité. Le problème du groupe de parole, le plus dur c'est de trouver un bon animateur. [...] Quand « vous faites venir 5 personnes tous les mois pour parler, mais que vous n'êtes pas sûr qu'ils en ont besoin à ce moment-là et vous n'êtes pas sûr que l'animateur va faire parler les bons sujets. Ça fait beaucoup de pas sûr et donc on fait du sur-mesure. C'est pour cela qu'on a des chefs d'agence parce qu'on est sûr localement que le manège, il est solide. On entend les choses, on voit les choses et on agit sur les choses ponctuelles. Après alors sur le systématique, il y aura toute la formation et pendant les sessions expertes quand vous avez quelqu'un de France Alzheimer qui cause souvent, il détecte cela et après on le traite pour cela ».

3.1.1.5 - L'évaluation et la formation des professionnels auxiliaires de vie

Le chargé de clientèle a, nous l'avons vu plus haut, en charge le contrôle clientèle et le contrôle d'effectivité du travail fait. De son côté, le client a la possibilité de s'exprimer directement sur le travail fait. Par internet, il peut se rendre sur son compte et déposer son appréciation sur la prestation de son auxiliaire de vie. Les items de jugement portent sur la professionnalité, la ponctualité, la tenue vestimentaire, la transparence (de la relation), la gestion des conflits. L'appréciation se fait grâce à un clic pressé sur la tête d'un smiley. Cette évaluation est enregistrée par l'entreprise, agrégée aux évaluations globales émises pour tout le personnel, puis retournée, par internet à l'intéressé. Le professionnel auxiliaire de vie reçoit donc sa notation et sa position par rapport à l'ensemble du personnel, et éventuellement les commentaires du responsable d'agence, commentaires auxquels le professionnel auxiliaire de vie peut réagir. Il peut ainsi se situer dans la hiérarchie du classement. Ce système existe depuis trois ans, et aurait reçu, selon le directeur qui l'a présenté en personne et en direct au personnel, un accueil favorable dans la mesure où il serait vecteur de reconnaissance du travail réalisé. Selon ce dernier, un participant aurait dit : « *C'est génial, on va enfin reconnaître notre travail* ». S'il importe d'attirer l'attention sur ce système de notation, c'est qu'il est à la base de la dynamique de travail. Deux raisons principales à cet accueil : les candidats retenus savent qu'ils sont 3000 sur 35000 postulants puis leur adoubement suite aux évaluations réalisées en fin de missions renforce leur sentiment d'appartenance à une « élite ». Pour le directeur, ce système de sélection a ses vertus puisqu'il encourage et récompense les mieux notés.

Verbatim Directeur : Quand je propose une mission sur Internet, les gens à qui je la propose, c'est en priorité à ceux qui sont le mieux notés en priorité. C'est automatique et après, ceux qui sont mal notés, soit ils arrivent à progresser et on les remet dans les listings des propositions de mission parce que quand on propose une mission, en fait, on clique (sur notre système d'offres), ça publie sur leur espace auxiliaire de vie/Internet, ils reçoivent un e-mail, un SMS, une mission à côté de chez vous à 200 mètres, est-ce que vous voulez postuler ? Voilà le descriptif. Oui je postule. Ça affiche leur nom

dans la liste des postulants pour le chargé de clientèle qui lui discute avec ses collègues sur les dernières missions, il reçoit l'auxiliaire de vie et il l'envoie chez le client. C'est extrêmement vertueux, c'est un cercle très vertueux, c'est-à-dire, qu'en fait, les bons sont meilleurs parce qu'ils sont reconnus et sont tout le temps en mission avec « Energie » 44 heures par semaine puis les moins bons, soit ils progressent et ils y sont, s'ils ne progressent pas et ils sortent, les mauvais ils sortent naturellement de la liste. En fait on a une machine à trier [...] sur le métier de l'aide à domicile et là où mes confrères ont beaucoup de mal à recruter et disent qu'ils n'y a pas d'auxiliaires de vie, c'est compliqué de les trouver, nous on a pas de problèmes en fait ».

Pour les dirigeants d'Énergie, la qualité du service passe également par la formation du personnel, raison pour laquelle ils ont créé une Université de formation. La formation peut prendre plusieurs formes : demi-journées consacrées à la connaissance de pathologies spécifiques, avec des intervenants spécialisés et souvent faisant partie du réseau de partenaires avec lesquels la société travaille ou formations de plusieurs jours sur une technique spécifique. La formation a aussi pour fonction de récompenser et valoriser le personnel.

Verbatim Directeur : « Pour les chargés de clientèle, comme pour les chefs d'agence, comme pour les auxiliaires de vie, l'Université de formation des aidants à domicile, c'est Energie en fait, c'est une filiale qui appartient à 100 % à Energie. On fait venir des gens de l'AFM, France Alzheimer, etc., on les fait venir dans notre agence, on prend les auxiliaires de vie qui sont concernés par ces clients qui ont ces pathologies et on fait la session experte. En fait on n'est pas du tout dans un schéma où on veut faire du DEAVS, de la VAE ; ça c'est pas nous, ça existe, il y en a plein qui le font sur le marché, nous on va dans l'expertise. Après, on a des programmes encore plus grands, nationaux, par exemple on vient de signer pour [...] 60 formations endo-trachéales, les aspirations endo-trachéales avec l'association XX. On a 60 places parce qu'en France, il y a un grand problème des aspirations endo-trachéales, sur le département, vous allez trouver 10 places de formation. Vous avez des clients mais vous n'avez personne pour former les AVS et vous n'avez pas le droit d'exercer si vous n'avez eu l'attestation. Nous on est allé voir la XX

avec qui on travaillait. On monte les sessions spéciales Energie, et c'est la taille qui permet de le faire ».

La formation est aussi conçue comme un objectif et un moyen de mobilité interne, une récompense au mérite et comme un outil de promotion.

Verbatim Directeur : La coordination est souvent assurée par le chargé de clientèle et/ou une auxiliaire de vie référente sur place c'est-à-dire qu'en fait on a des auxiliaires de vie ambassadrices, c'est encore un programme d'élitisme dans nos auxiliaires de vie, c'est le rôle d'une super auxiliaire de vie Energie. Vous pouvez devenir ambassadrice dès que 3 personnes ont voté pour vous, et que vous faites partie des 20 % des mieux notées, vous devenez ambassadrice. Si vous êtes ambassadrice, vous avez le droit à un certain nombre de choses, de programmes de fidélité, formations supplémentaires, etc. Souvent l'ambassadrice, elle doit être coordinatrice sur le terrain aussi, elles seront un petit peu le référent de clientèle, elle aura en responsabilité de fédérer les autres auxiliaires de vie, infirmiers etc. autour de la personne aidée. On demande à nos auxiliaires de vie d'être des professionnels. »

L'implication dans la formation est considérée comme « un plus » dans le travail et est une preuve de sa motivation. Par ailleurs, la participation à la formation, qui finalement est interne et maîtrisée par l'entreprise, est consignée dans le dossier de la personne et participe de son évaluation. Sans doute qu'un des moyens de se faire repérer par l'entreprise, dans la perspective d'une mobilité promotionnelle interne ou de revenir dans la course qu'instaure un système d'offre de missions construit sur le classement multicritères, est-il de s'investir dans les formations proposées.

Verbatim Enquêteur : « Dans vos sessions expertes, est-ce que vous arrivez à faire venir les personnels qui sont en mandataire ? Directeur : Oui, cela après ça rentre dans leurs évaluations. Enquêteur : Elles sont rémunérées sur ces temps de formations ? Directeur : Non, mais par contre elles ont des missions qui leur plaisent plus après, c'est-à-dire qu'on leur demande d'investir du temps. Enquêteur : Donc en fait, la participation à la formation, c'est de l'investissement... Directeur : Et je vais même plus loin sur les formations, c'est que maintenant on a imposé depuis un an un truc, c'est qu'on de-

mande un chèque de caution sur certaines formations, parce que chaque fois qu'on formait les auxiliaires de vie sur une session à aspiration endo-trachéale 700 euros ça nous coûtait, juste ce que l'on verse à (une institution) par personne et la minette se pointe pas ou elle se débîne après parce que c'est trop dur. Maintenant je leur dis : « c'est simple vous me faites un chèque de la moitié et puis je ne l'encaisse pas, sauf si vous me plantez, vous ne finissez pas la formation ou vous refusez les missions qu'on vous propose après » et ça marche. J'ai automatiquement résolu le problème des gens qui postulent pour voir. Professionnalisme, exigence et nous on est carré en tout. Vous faites une formation endo-trachéale qui coûte 700 euros, on la finance, même en mode mandataire mais il faut que vous soyez professionnelle, si vous n'êtes pas professionnelle, vous payez, enfin vous participez (parce que c'est la moitié, l'autre moitié elle est pour nous) mais voilà, on est exigeant et en tout on est exigeant avec nous-mêmes. ».

3.1.1.6 - Remarques conclusives :
une gestion clivée « des qualités »
comme condition de la rentabilité

Le système qualité de l'entreprise Energie s'étaye sur deux registres pensés séparément mais qui trouvent leur point de jonction en la personne du chargé de clientèle, et dans une moindre mesure en la personne du professionnel auxiliaire de vie. Un registre concerne le processus, l'autre la gestion humaine au regard du système de valeurs de l'entreprise et de l'éthique des individus.

Verbatim Directeur : On bétonne tous les processus qui peuvent être bétonnés et le reste j'ai des gens compétents pour le faire. C'est un peu trop beau pour être vrai on va dire, mais c'est l'alchimie Energie. Et comment c'est possible ? Les processus, je m'en occupe, mon associé s'occupe du juridique et les gens qui travaillent avec nous, on les recrute tous nous-mêmes, on les voit tous. Celle recrutée à tel endroit, elle monte et on la recrute. C'est un chargé de clientèle, la chef d'agence l'a choisie, elle nous la propose, on la reçoit ici, on lui dit oui ou non, mais du coup on a une homogénéité de gens qui travaillent avec nous qui sont Energie et qui voient le travail comme nous ».

La qualité repose sur l'existence postulée d'une « culture d'entreprise », un système de valeurs intériorisé et partagé à même de susciter un

sentiment d'appartenance à un collectif dont on pourrait dire qu'il pense et agit « comme un seul homme ». Cette philosophie de la qualité, fondée sur le dépassement de soi, trouve son ressort sur l'activation de la *Roue de Deming* et sa systémie circulaire à quatre temps (*Plan, Do, Check, Act* : Planifier, Développer, Contrôler, (ré) Agir). Le fonctionnement systémique repose fondamentalement sur l'adhésion de tous aux règles du jeu proposées, sur ce désir de progrès que chacun est censé porter en soi et mettre au service du collectif. Cette orientation repose sur le principe de non contradiction et nous avons vu précédemment que l'organisation s'efforçait de contenir ou de réduire toutes les situations indésirables. Pour ce faire, le « système » met en place, en amont de son processus, un dispositif de sélection et d'auto-sélection fondé sur le principe de reconnaissance méritocratique des meilleurs employés et la valorisation des potentiels. Comme le préconisait la loi de 2002-2, la force d'adhésion à ce système réside dans la capacité des managers à placer les besoins du client au centre de l'intervention et à défendre la professionnalité du personnel intègre. Les managers proposent une éthique de la mission, et se montrent eux-mêmes dévoués, sans concéder aux caprices des clients, aux irrégularités de professionnels indignes ; il s'agit de se montrer juste, sanctions et récompenses à l'appui, et de soutenir les personnels dont les pratiques prouvent leur probité.

Verbatim Enquêteur : « Vous gardez les meilleurs AVS, mais comment arrivez-vous à fidéliser votre personnel ? Directeur : Juste en leur proposant de bonnes missions et en étant carré avec eux. On leur dit une chose simple... Enquêteur : Elles parlent beaucoup entre elles ? Alors comment elles font parce dans votre système, vous avez finalement un principe de coordination qui passe énormément par Internet... Directeur : Non, elles sont atomisées, elles font un métier... Alors le métier d'auxiliaire de vie, (...) c'est l'un des métiers le plus dur au monde, c'est le pire de tous. Si ça se passe super bien dans votre mission, vous vous attachez aux gens et ils meurent, à chaque fois et il faut y aller, il faut être costaud. Si ça se passe mal on vous reproche tout sur des choses souvent pas objectives, il faut s'accrocher, c'est vraiment le métier le plus dur au monde. Nous on arrive et on leur dit : Sourire, vous êtes des professionnels ; vous faites une connerie, on vous le dit, on re-

connaît la difficulté de votre métier, on reconnaît votre valeur en tant qu'auxiliaire de vie et on vous paie en fonction, on est au-dessus du SMIC, ensuite il y a un certain nombre d'engagements. On exige de vous que vous soyez des professionnels, pour le discours d'exigence on est reconnu pour cela. Tu n'es pas à la hauteur, t'es pas à l'heure, t'es pas transparente, tu vires. Par contre, tu es une professionnelle, nous on sera des professionnels avec toi, la famille n'est pas correcte avec toi, nous on fait en sorte que les règles soient appliquées, les règles du jeu de la convention du particulier employeur ou du mode prestataire te protègent et on est là pour faire en sorte que tu sois protégée, [...] c'est pour cela qu'ils viennent chez nous. Il ne faut pas prendre les gens pour des cons, là aussi c'est du bon sens. On propose des choses saines pour eux qu'ils ne trouvent pas ailleurs, c'est pour ça qu'ils viennent chez nous. Ceux qui ont l'habitude de louvoyer ou de magouiller je dirais, le coup classique dans une structure classique, un responsable de secteur. Chez nous, ça ne marche pas. On est cohérent, on est des professionnels... Le plus drôle c'est lorsque je vois des auxiliaires de vie qui font d'énormes boulettes chez les clients et il y en a parfois évidemment, nous on les évacue, on sanctionne et leur dit que c'est terminé, tu n'auras plus de missions Energie, pour une raison évidente de demande de professionnalisme pour nous, elles reviennent 6 mois après en plus sûr. Enquêteur : C'est quand même un système qui est sélectif... Directeur : Mais pas au sens scientifique, rationnel ou mécanique, c'est très humain, c'est son chargé de clientèle qui décide. (...) Enquêteur : Au sens où il y a quand même un bruit qui court dans le milieu, c'est que souvent les auxiliaires de vie, finalement ce sont des gens qui sont en situation de précarité, qui sont presque... Directeur : C'est archi faux. Vous savez, elles gagnent net chez Energie 2500 euros net pour 44H par semaine, sur un boulot difficile avec des forfaits de nuit, mais ils gagnent 2500 euros net. Moi j'ai mes assistantes sociales en hôpital qui voient cela et qui disent qu'elles vont changer de travail. Ça fait juste 600 euros de plus qu'elles sur leur feuille de paie à la fin du mois, c'est un truc de fou. Mais les filles font un métier qui est difficile et je trouve que c'est normal. Enquêteur : Ceux qui font cela sont des gens qui ne sont pas dans une situation de mono parentalité avec 3 enfants, c'est pour cela qu'il y a un système... Directeur : C'est logique quelque part. Moi je trouve en tant qu'individu, je trouve

juste inacceptable de prendre des gens qui ont besoin d'aide pour aller donner de l'aide à quelqu'un. De dire, je vais aider quelqu'un avec quelqu'un qui a besoin d'aide, dans le raisonnement il y a un truc qui me dérange.

Le modèle développé par l'entreprise Energie éclaire de manière significative le mécanisme de contrôle de l'émergence de la contradiction. Une fois la sélection opérée, le dispositif cherche à organiser le point de vue du personnel pour que celui-ci soit toujours orienté vers le client, en faisant en sorte que sa satisfaction soit, de manière très resserrée, toujours en rapport avec la rémunération. Ainsi l'implication dans la relation avec le client est recherchée par l'entreprise Energie notamment lorsque le personnel est perçu comme un bon vecteur de la philosophie de l'entreprise. L'agent auxiliaire de vie pourra être d'autant plus libre au domicile du client que l'organisation se sera assurée de son adhésion à ses valeurs et à ses modes opératoires. Les contenus mêmes de la relation sont « libres » puisque la structure méritocratique conditionne et oriente de fait les comportements vers la recherche de la satisfaction de l'usager, satisfaction qui va se traduire par la promotion de l'agent. Ce dispositif peut donc fonctionner correctement avec les personnes dotées des capitaux culturels, sociaux et relationnels¹⁵⁶ congruents avec ceux du système qui les coopte. La force *in fine* de ce système dynamique de management par la qualité est d'homogénéiser les représentations sur ce qui « fait qualité » dans la prestation. Le management, grâce à son « processus bétonné », pour reprendre la terminologie du directeur (modalités de gestion des contrats, des personnes, de la formation, de la promotion etc.), permet de relire le processus d'intervention comme une chaîne de production de prestations de service. L'approche managériale repose sur le postulat implicite selon lequel les trois niveaux d'attentes, celles de l'organisation, du professionnel auxiliaire de vie/le chargé de clientèle et celles du client, s'ajusteraient quasi naturellement. Ces trois termes du système pourraient être ramenés à deux si l'on considère que l'entreprise Energie arrive à ce que le point de vue des professionnels fusionne dans l'idéologie proposée par ses dirigeants. En effet, et selon

¹⁵⁶ Si l'on reprend la terminologie et la théorie de Pierre Bourdieu.

eux, nombre d'auxiliaires de vie et de chargés de clientèle font leur le point de vue diffusé par l'organisation au travers des valeurs et de la culture qu'elle impulse et, empiriquement, au travers de la logique de production qu'elle oriente via les outils de mesure dont elle universalise l'application. Ce partenariat symbiotique contribue à l'indistinction des données objectives et des données sensibles. Lorsque l'intervention se déroule sans anicroche, les variables sensibles (c'est-à-dire les variables relatives à la relation et ses dimensions affectives), telles la gentillesse ou encore la disponibilité psychologique sont fondues dans « la qualité » de la prestation. L'assimilation des données sensibles aux données objectives produit leur mise hors champ de toute considération car rendues invisibles. On ne voit plus, autrement dit, en quoi elles contribuent à la qualité de la prestation. L'idée qui domine dans ce système est que la satisfaction du client à l'égard de la prestation vient de la bonne mise en œuvre du processus. C'est dans cette mesure que nous sommes fondés à penser qu'en s'approchant de l'idéal de desubjectivisation dans l'interprétation des éléments pris en compte pour effectuer la mesure de la qualité, l'organisation propose bien une prestation qu'elle qualifie elle-même d'« idéale ». La mise hors champ des variables sensibles est paradoxalement produit par leur intégration ou assimilation « totale » aux variables objectives de sorte que les professionnels sont conduits à penser la qualité de leur acte de travail à travers le respect d'une procédure qui a été pensée pour eux, ce qui minimise la considération à avoir pour les variables sensibles. L'autonomie dans leur acte de travail est « réglée » par la reprise à leur propre compte des valeurs de l'entreprise qu'ils s'appliquent comme étant le modèle de travail désiré. Les professionnels font leur des attentes de l'entreprise en matière de comportement au travail. C'est en ce sens qu'on peut conclure à l'existence d'un partenariat symbiotique résultant de la fusion des systèmes de valeur. L'idée est que l'entreprise cherche à ce qu'il n'y ait pas d'écart entre ce qu'elle cherche à prescrire comme comportement et les rôles que les professionnels souhaitent spontanément tenir lorsqu'ils sont au domicile des clients. Il y aurait, en d'autres termes, une espèce d'élimination des données sensibles du fait des instruments de mesure mobilisés : lorsqu'on dit d'un travail qu'il est « de qualité », il est supposé, implicitement,

que les dimensions sensibles (disponibilité du professionnel, écoute, patience ou encore amabilité) de l'acte de travail sont incorporées aux variables objectives (ménage réalisé, toilette faite etc.). Il va de soi qu'une prestation « satisfaisante » suppose aussi que la relation entre professionnel et client soit aussi jugée satisfaisante. La place des variables sensibles n'a pas besoin d'être évoquée, mais chacun des protagonistes mesure leur importance. À l'inverse, la prestation jugée « de mauvaise qualité », suppose aussi, implicitement, que l'ambiance de travail n'était pas adéquate et, là encore, la mesure incorpore la variable sensible aux variables objectives. Pour la direction, il paraît inutile de vouloir s'attacher plus qu'il ne faut à distinguer les unes des autres puisqu'il suffit de se concentrer sur les unes pour déduire les autres. Ce raisonnement ou schéma de pensée fonctionne correctement dès lors que les professionnels mettent leur subjectivité au service de l'action. C'est, pourrait-on dire, une forme aboutie du « hau » dont parle l'anthropologue Marcel Mauss, dans son Essai sur le don. Le hau, c'est-à-dire l'esprit de la chose, se révèle totalement dans l'acte, tout comme la qualité de l'acte révèle la qualité de l'esprit. La qualité de la prestation suppose, selon ce raisonnement logique, un acte totalement habité par la sensibilité de celui qui l'exécute. On peut en déduire que la qualité appréciée est celle que le système valorise dans la mesure où subjectivité individuelle et valeurs de l'organisation ne font qu'un. Sans doute que les professionnels qui travaillent depuis longtemps avec l'entreprise Energie trouvent dans son organisation une économie, un système de valeurs compact, simple et valorisant pour les plus méritants et qu'ils contribuent à produire. Lorsque le personnel est « habité » par l'entreprise, il peut se sentir « autonome » et en être, en définitive, le meilleur ambassadeur. La dynamique méritocratique encouragée au sein de l'organisation incline les professionnels « gagnants » de ce système à renforcer leur identification aux valeurs de l'entreprise. Du point de vue de la qualité, ce fonctionnement fait appel au sens de la responsabilité individuelle mise au service des finalités de l'organisation. Il n'y a, autrement dit, aucune restriction à ce que les indicateurs de la qualité soient ramenés aux données objectivables, traçables, ces derniers étant ceux-là mêmes auxquels le professionnel doit sa promotion. Dans ce contexte, la pratique

permanente de l'auto-évaluation devient un atout, car « *qui veut s'améliorer doit se mesurer, qui veut être le meilleur doit se comparer* »¹⁵⁷.

La force d'entraînement de cette « culture d'entreprise » semble assurer la continuité entre la qualité prescrite par l'organisation et la qualité attendue et vécue par le client. Ce « management par la qualité » vise, par ailleurs, la simplification de la gestion du système qui repose justement sur le clivage entre données sensibles et objectives. Le système élabore donc ses outils concrets de collecte d'informations et s'en remet, pour le reste, à la compétence des professionnels et aux compétences en matière d'arbitrage et de jugement des chargés de clientèle. C'est au « terrain » qu'il revient de collecter et gérer les données sensibles. Sans doute, étant donné le mode de sélection et de gestion des contrats, que les tensions à gérer sur le terrain sont relativement réduites. Et il est d'ailleurs pensable que la direction laisse au chargé de clientèle le soin de résoudre ce qu'elle clive parce que, par ailleurs, ce dernier épouse, malgré tout, le point de vue de l'organisation. Rappelons qu'il est chargé de clientèle et non du personnel. On peut penser que le chargé de clientèle est, au quotidien, confronté à des situations morales complexes. Lorsque les difficultés personnelles d'un professionnel se répercutent sur son travail, ainsi qu'en témoigne l'exemple cité plus haut de la dame venant au travail avec son petit fils, c'est au chargé de clientèle qu'il revient de trancher, la probité de la professionnelle dans son travail, ne constituant pas, à un moment donné, un critère forcément décisif. D'où l'émergence d'un faisceau d'interrogations : jusqu'où un chargé de clientèle décide-t-il d'aider un professionnel à trouver une solution à son problème personnel pour lui permettre de demeurer dans l'équipe ? Jusqu'où doit-il accepter une baisse de productivité passagère ? Jusqu'où doit-il tenir compte des variables sensibles, de la variation d'humeur du personnel lors des interventions à domicile ? Et jusqu'à quel point peut-il leur accorder dans son raisonnement une place aux variables sensibles toujours minores du fait de l'invisibilité de leur contribution au bon déroulement de la prestation. L'influence de la donnée sensible sur la prestation n'apparaît, en

définitive, dans toute son importance que lorsque l'intervenant se montre défaillant, non dans la tâche, mais dans la posture adoptée vis-à-vis de la tâche. Il est possible, dans de telles situations que l'approche méritocratique des modes de reconnaissance des personnels rende les chargés de clientèle très réticents vis-à-vis des professionnels jugés non conformes. Mais il est possible aussi que le conditionnement auquel parvient l'organisation grâce aux processus d'identifications mis en œuvre, aide les chargés de clientèle à résoudre les conflits de loyauté que peut susciter la « baisse » de performance de certains professionnels.

On retiendra de l'étude de l'entreprise Energie que les objets de la qualité valorisés par l'organisation sont à mettre en étroite relation avec les valeurs et le système de gestion qu'elle met en œuvre. Ainsi, certaines organisations arriveraient à produire des systèmes d'adhésion favorables à une construction non contradictoire et consensuelle d'indicateurs de qualité. Cette construction repose sur une congruence des points de vue entre professionnels et organisation rendue possible grâce au couplage entre le système de sélection/auto sélection qui s'appuie sur l'existence d'un important vivier de candidatures et celui de récompense méritocratique. Cette formule de travail économise le débat sur la dimension sensible de la qualité en déléguant au chargé de clientèle la résolution de l'équation qui ne manque pas d'apparaître à chaque fois que se présente le conflit entre le devoir moral de prendre en compte les « problèmes » du personnel et leur impact dans la dynamique de travail et la poursuite des impératifs de production et de rentabilité financière de l'entreprise. Il est possible que la légitimité de cette conception de la qualité de la prestation réside dans la liberté des prix pratiqués avec les clients, tarification qui permet à l'entreprise Energie de proposer une prise en charge qui inclut et excède en même temps les plans d'aides, s'agissant de bénéficiaires APA ou MDPH. Sa situation d'entreprise agréée lui permet de s'émanciper d'une stricte observance du plan d'aide car, n'étant pas soumise à un plafond de reste à charge, elle est en mesure de proposer une prestation qui va au-delà de ce que définit le plan d'aide. De fait, le respect du plan d'aide n'est qu'un élément parmi d'autres de la satisfaction du client.

3.1.2 - L'entreprise Solaire

3.1.2.1 - Présentation de la structure

La SARL Solaire a été créée en 1992 et a profité du plan Borloo pour développer, à partir de 2006, un

¹⁵⁷ Robert C. CAMP, *Le benchmarking : pour atteindre l'excellence et dépasser vos concurrents*, Paris, Les éditions d'organisation, 1992.

réseau de franchise. En 2010, l'entreprise comprenait 55 agences en France dont 11 agences intégrées (qui appartiennent et dépendent de l'entreprise mère) et 44 franchisées. La philosophie de l'entreprise Solaire se réfère à des principes humanistes et souhaite proposer une offre globale polyvalente de prestations non médicalisées. La notion de « bouquet » illustre ce principe et son offre concerne tout service à la personne, active comme fragile. L'offre de services doit suivre l'évolution de la demande, l'interlocuteur du client restant toujours le même. Solaire applique ce principe au secteur de l'aide à la personne fragile, en proposant, pour la garde d'enfant et l'aide à la personne fragile les mêmes intervenants. Pour toutes les autres prestations de services comme le repassage, le ménage, les petits entretiens de jardin, le personnel est interchangeable. L'entreprise Solaire propose également aux salariés de devenir associés, cet actionariat visant à encourager l'« esprit de famille », la fidélité et l'implication aux partages des intérêts. Le parti pris réside dans l'idée que la vie du capital doit se retrouver (et être défendue) dans la proximité au terrain (les chefs d'agences sont sollicités pour entrer dans le capital). Le réseau a effectué 737 000 heures de prestations en 2010¹⁵⁸, compte 1850 salariés, soit 432 ETP. Pour 2011, elle compte ouvrir 26 agences supplémentaires et atteindre 1000 000 d'heures de prestation. Les tarifs s'échelonnent entre 19 et 22 Euros de l'heure. Pour l'entreprise Solaire, une agence est réputée bien fonctionner lorsqu'elle parvient à constituer son chiffre d'affaire à parts égales entre le service à domicile et l'aide à domicile, son autonomie à l'égard de prescripteurs tels le conseil général ou les MDPH en dépendant, pour des raisons d'indépendance stratégique évidentes et pour conserver sa liberté de tarification. En effet, son équilibre budgétaire ne peut être obtenu en émergeant exclusivement sur les activités d'aides à domicile aux personnes fragiles. La structuration du marché de l'aide à domicile « contraint » l'entreprise Solaire à prendre en compte le tarif horaire moyen alloué aux associations en régime autorisé pour élaborer ses propres tarifs. Les départements, par la gestion du régime autorisé, produisent de fait un encadrement des tarifs, le calcul du reste à charge demandé au client ne pouvant dépasser, au risque de ne plus être concurrentiel, celui du coût moyen établi sur le marché. Dans l'entreprise Solaire,

toutes les agences opérationnalisent le même mode d'organisation et les mêmes procédures. Ainsi, un chef d'agence peut en remplacer un autre sans que la situation engendre de problème d'adaptation et d'insécurité dans la prise de fonction.

L'entreprise Solaire est certifiée « NF service » depuis 2006 et elle apprécie qu'il en soit tenu compte dans l'évaluation externe, mais relève que certains départements, malgré l'effort de certaines structures privées, continuent de favoriser le secteur associatif, comme si ce statut était un gage de la qualité de l'intervention. L'entreprise Solaire développe son intervention en mode prestataire à partir d'agences locales de proximité qui rayonnent sur le bassin de vie des clients et du personnel (prise en compte de la distance qui sépare le domicile du professionnel, du client, et le lieu de l'agence). 74% du personnel est employé en CDI et 24% en CDD. Le choix de la proximité tient compte, d'une part, des faibles revenus des professionnels conduits à se déplacer en transports en commun et, d'autre part, de la difficulté à réaliser correctement les remplacements en cas d'absence du personnel d'intervention à domicile. Mais la proximité doit aussi permettre l'intervention rapide de l'agence en cas de demande de modification de la prestation. Il s'agit de donner à voir que le tiers régulateur est présent et en capacité de prévenir les risques relationnels. La proximité laisse aussi la possibilité aux professionnels de se rendre à l'agence pour échanger sur de multiples thèmes plus ou moins en lien avec les pratiques au domicile. L'entreprise Solaire souhaite entretenir un sentiment d'appartenance à l'entreprise qui trop souvent semble être une entité abstraite et virtuelle pour le personnel. Chaque professionnel doit passer une fois par mois à l'agence pour la remise des feuilles d'heures¹⁵⁹ et, à cette occasion, le chef d'agence prend le temps de transmettre aux professionnels des informations. Par contre, pour ce qui concerne l'information générale et les relations entre pairs, une réunion trimestrielle est prévue pour chaque salarié. Le nombre élevé de salariés par agence nécessite d'organiser une rotation dans l'organisation des réunions, pour

¹⁵⁹ On peut relever que cette entreprise garde un fonctionnement classique au regard de l'utilisation des technologies. En effet, il n'y a pas de badgeuses, le personnel fait contresigner sa feuille de présence par le client, et tous les mois, cette feuille est rapportée à l'agence pour le calcul de la paie.

¹⁵⁸ Dossier de presse du 04/03/1011. P 15.

optimiser la participation de chacun. Il n'existe pas, à cet égard, de groupes de parole¹⁶⁰. Le responsable qualité estime que les conditions d'intervention varient selon les départements du fait des profils des clients et des personnels. En effet, dans certaines zones rurales, et il évoque en particulier le département DELTA, le personnel y est établi depuis longtemps, plutôt d'origine française, marié et dont les conjoints travaillent. Pour ces personnes, le travail à domicile est, en règle générale, d'un travail d'appoint. Ce personnel est stable, fidèle et semble vivre positivement leur travail à temps partiel relativement choisi. Ce personnel interprète, selon le responsable qualité, les protocoles de la certification comme une aide à la structuration et à l'organisation du travail. Il se soumet assez aisément aux règles du jeu qu'impose la certification. Etant donné le rythme du travail, la pénibilité du travail ne s'exprime pas avec autant d'intensité que sur d'autres départements, plus urbanisés, où la charge de travail est plus lourde. Lorsqu'il évoque les zones très urbanisées, et notamment les banlieues, le responsable constate que 80 à 90% du personnel est d'origine immigrée. Les conditions de vie plus précaires de ces professionnels souvent socialement isolés sont fort différentes de celles des professionnels qui exercent en milieu rural. Pour le responsable qualité, l'acculturation de ces professionnels au respect des normes de qualité fixées par l'entreprise s'avère difficile. La certification est vécue comme un système de contraintes que nombre de professionnels s'efforce de déjouer, soit intentionnellement, soit parce que leurs habitudes culturelles l'emportent sans préméditation. Ainsi, pour le responsable qualité, la gestion du temps est un problème central : certains professionnels se montrent irréguliers dans leurs horaires d'arrivée ou ne signalent pas leurs absences ou encore se font remplacer chez l'usager, sans en informer l'agence, par un membre de la famille qui est demandeur d'emploi. De plus, la norme qualité risque d'être d'autant plus mise à mal que la pénurie de main d'œuvre sur le secteur et la concurrence entre les entreprises d'aides à domicile sont susceptibles d'instaurer un rapport de force en faveur le personnel. Ce contexte

¹⁶⁰ Le personnel n'étant pas amené à intervenir uniquement sur une même catégorie de population. Cette possible alternance entre les publics allège d'autant le risque de concentrer la pénibilité du travail et la concentration de situation pénible à accompagner.

favorable au personnel contribue à le rendre peu sensible aux rappels à l'ordre et aux menaces de sanctions.

Comme l'entreprise Energie, l'entreprise Solaire cherche à se développer par la cooptation des personnes proches de sa philosophie, mais elle ne cherche pas le déploiement à tout prix, raison de son implantation inégale sur les territoires. Au niveau local, son partenariat est développé avec les CLIC et les CCAS mais peu avec le secteur associatif qui la vit, du fait que son activité est couplée d'un service à la personne, comme un détournement de l'esprit de travail social qui règne sur le secteur de l'aide à domicile.

Comme pour beaucoup d'entreprises du même type, la signature du contrat de service fait suite à une visite à domicile, puis à une proposition de devis. L'entreprise Solaire n'intervient pas pour des prestations inférieures à une heure, mais peut répondre à des interventions segmentées à condition qu'elles soient réalisées dans le format horaire d'intervention jugé supportable pour l'entreprise. Si un plan d'aide mentionne un passage d'une demi-heure pour une toilette et une demi-heure pour une aide au ménage, l'entreprise Solaire acceptera à condition de réaliser la prestation dans la même tranche horaire. Le salarié sera sélectionné selon les besoins et selon le « profil » du demandeur. Le contrat de service comprend une « fiche de mission » qui reste au domicile du client et à laquelle l'intervenant comme le client peuvent se référer lorsque le besoin de repositionner l'intervention est manifeste. Cette fiche de mission est censée protéger le salarié des demandes abusives, et il semble être interprétée comme un outil de mesure de la qualité et de la conformité de la prestation.

3.1.2.2 - Les dimensions de la qualité dans l'entreprise Solaire

Pour le responsable qualité, la probabilité d'accroître la survie économique des entreprises passe la traçabilité de la prestation, donc de la certification. Pour l'entreprise Solaire, la certification correspond à l'aboutissement de la démarche qualité. Dans les publicités (et ceci n'est pas exclusif de l'entreprise Solaire), la marque évoque la certification comme étant la récompense des efforts produits par l'ensemble des équipes¹⁶¹. Certaines d'entre elles se montreraient attachées à

¹⁶¹ On a vu plus haut que l'appréciation de la certification variait selon les profils de professionnels.

cette preuve de la qualité de leur travail, elles en feraient un élément de fierté et d'identification à l'entreprise. L'argument qualité serait aussi utilisé par le personnel auprès des usagers pour se distinguer des concurrents. Pour le responsable qualité national de cette entreprise, la qualité se donne à voir dans la fluidité des relations et de l'intervention, par exemple, lorsqu'un client ne manifeste pas de soupçon à l'égard du remplacement d'un intervenant absent. Ainsi la continuité de la confiance du client à l'égard du personnel, de la prestation et du service apparaissent-ils comme des gages de qualité.

S'agissant de la mesure de la qualité, le responsable qualité interviewé décrit le processus suivant :

Verbatim Responsable qualité : Il y a des questionnaires de premiers contacts. On mesure la qualité et la satisfaction du premier contact avec l'agence. Cette mesure est systématique pour tout nouveau contrat signé, c'est-à-dire qu'au moment où on a un nouveau client qui est en contact avec nous, on lui envoie un questionnaire de premier contact. Après il y a un questionnaire de satisfaction qui porte plus sur les relations quotidiennes entre le client et l'agence, le client et le salarié et la qualité du salarié, le travail fait par le salarié. Là c'est une mesure annuelle, chaque année il y a une date fixe pour tout le réseau, le questionnaire de satisfaction est envoyé et après pour toute fin de contrat, dès qu'un contrat s'arrête, un questionnaire de satisfaction est envoyé et les résultats sont dans notre rapport d'activité, notre dernière enquête de satisfaction et de premiers contacts. En 2010, on a 86,55 % de satisfactions sur le premier contact dans l'agence et de la mise en relation à la mise en place de la première prestation, et on a 93 % de satisfaction sur la qualité de l'intervention à leur domicile ».

Les réclamations sont traitées par les chefs d'agences, mais pour le directeur qualité, elles ne sont pas forcément un signe de mauvaise qualité des services, au contraire (pourvu que la réclamation soit traitée), c'est un signe de fluidité relationnelle avec la clientèle qui « ose » réclamer. Un bon niveau de réponse aux réclamations tend à entraîner à son tour un niveau de réclamations aussi conséquent.

Pour le responsable qualité, il y aurait la possibilité, sans d'entrer dans la boîte noire de la relation qui se noue entre professionnel et client à domicile,

d'apprécier la qualité de la prestation. La solution tiendrait à la capacité du service à mettre le meilleur profil professionnel en face des besoins et des attentes évaluées le plus finement possible. Ainsi, la perception du client sur la prestation devrait être conforme à ce qui a été convenu par contrat. Le défaut de conformité révélerait un problème dans la relation entre professionnel et client. La conviction en la capacité des protocoles à conformer les comportements des professionnels et leur faire adhérer aux procédures explique l'utilisation abondante par cette entreprise de fiches de liaison, de récapitulatifs de mission que les professionnels doivent tenir à disposition de l'agence. Si le degré de satisfaction du client est mesuré une fois par an via une enquête de satisfaction, le responsable d'agence se tient disponible pour une visite au domicile dès qu'une réclamation la nécessite. Il n'y a pas d'enquête satisfaction téléphonique ni d'enquête surprise réalisée par le chef d'agence au domicile. Il est demandé au personnel de faire remonter les demandes d'évolution du service lorsqu'elles se présentent à lui.

L'entreprise Solaire se dit aussi attentive aux conditions de travail des salariés qui sont considérées comme un vecteur de qualité. Outre des formations proposées au personnel, l'entreprise essaie d'organiser les plannings de travail en alternant tâches « difficiles » et tâches « agréables » et de proposer des missions à proximité du domicile. La qualité des conditions de travail est censée participer à la fidélisation du personnel à l'entreprise, qui en retour contribue à la production de la qualité de la prestation.

3.1.3 - L'entreprise Brillance

3.1.3.1 - Présentation de la structure

Forte d'une vingtaine d'agences régionales et de 140 agences départementales, la société anonyme Brillance, d'envergure nationale, emploie environ 7400 salariés pour satisfaire 27 000 clients. Leader sur le marché du service à domicile depuis 1996, l'entreprise s'est développée rapidement depuis le plan Borloo de 2004. Agréée qualité, certifiée NF¹⁶², elle est historiquement positionnée sur deux activités en mode prestataire: la garde d'enfants et le service ménager. Elle réalise 30% de son

¹⁶² Il y a quelques années, l'entreprise Brillance était certifiée par un autre certificateur. Elle a changé pour NF, plus réputée et plus connue du consommateur.

chiffre d'affaire avec la prise en charge de l'enfant de moins de trois ans et 70% avec les activités de ménages. L'entreprise Brillance module sa tarification selon la qualité désirée de la prestation et la quantité d'heures retenues. Actuellement elle travaille très peu avec l'APA.

S'agissant du recrutement du personnel, celui-ci passe directement par le site internet de l'entreprise, mais étant donné les besoins continus, l'entreprise Brillance travaille avec les pôles emplois et encourage le parrainage entre salariés. La responsable¹⁶³ nationale « qualité » fait part de la difficulté de recruter et de conserver le personnel (garde d'enfants et ménage) notamment sur l'Île-de-France malgré toute la politique de fidélisation, de formation, et d'adaptation aux demandes des professionnels. Le type de contrat proposé au personnel est celui du temps partiel à durée indéterminée avec un volume d'heures minimum garanti sur le mois. Le contrat est établi à partir de la demande de volume horaire du professionnel et à partir de ses disponibilités. Les prestations proposées chez le client sont de deux heures minimum, que ce soit pour le ménage ou la garde d'enfants. Les professionnels exécutent leurs tâches en l'absence du client, raison pour laquelle il est demandé au personnel de garde d'enfants de laisser « des petits mots » aux parents, qu'ils ne font que croiser, pour les informer du déroulé de la garde. Il revient au référent de l'agence de « faire vivre le besoin » chez les clients, de s'enquérir de leur satisfaction et déceler leurs nouveaux besoins. Le coût des intersessions (intervacations) est inclus dans la prestation. Pour deux heures facturées, la présence est de 1h50. Pour éviter les intersessions, la consigne nationale est d'encourager le client à des contrats de trois ou quatre heures d'intervention en continu. Mais ce volume d'heures doit aussi faciliter la gestion des plannings du personnel. Bien que la rémunération proposée au personnel soit la même, le personnel spécialisé dans la garde d'enfant n'accepte pas de faire des tâches de ménages. L'entreprise Brillance prête à son personnel des téléphones portables et offre la possibilité d'accéder à la mutuelle d'entreprise. En plus de ces propositions classiques de fidélisation du personnel, l'entreprise encourage son personnel à évoluer par une politique de

rémunération et d'amélioration des tâches. En effet, l'entreprise Brillance propose une gamme de produits de base, puis de confort, et enfin de prestige. Le personnel motivé et efficace peut évoluer grâce à une rémunération de l'activité qui est cotée en fonction de son prestige. De même, l'entreprise organise une rencontre annuelle festive et fraternelle pour l'ensemble du personnel dont l'objectif est de soutenir, s'il en était besoin, le sentiment d'appartenance à l'entreprise. L'entreprise Brillance cherche à ce que le personnel soit fier de travailler pour elle. Elle envisage la mise en place de réunions trimestrielles. Actuellement, le personnel est invité à participer à des réunions qui n'ouvrent pas à rémunération, laquelle mettrait l'équilibre financier de l'entreprise en danger. L'entreprise Brillance souhaite actuellement rénover son système informatique afin de mieux prendre en compte les deux logiques métiers. Il s'agit d'améliorer les gains de productivité et de mieux gérer les aléas liés une activité organisée à flux tendu.

Elle souhaite également s'attaquer au marché des publics plus fragiles. Jusqu'à maintenant elle gérait son personnel sur un modèle vertical, la garde d'enfants d'un côté, le ménage de l'autre. Or, avec la montée en charge du public fragile, l'aide-ménagère est susceptible d'intervenir au domicile en présence de la personne concernée et de tiers. Il lui faut dorénavant intégrer une nouvelle logique métier, celle de l'auxiliaire de vie. Elle doit aussi passer d'une logique verticale à une logique métier qui intègre l'élargissement des compétences. Ce développement nécessite une restructuration quasi totale du système informatique actuellement en cours, justement du fait des passerelles entre métiers.

3.1.3.2 - La qualité du point de vue l'entreprise Brillance

Comme pour l'entreprise Energie, le pilotage du système qualité est national. Il est géré à partir d'un processus informatique qui génère les actes de contrôles et organise la tâche de chacun en fonction de la mission. De la feuille de route éditée par le « système » au contrôle par téléopérateurs, le contrôle de la qualité s'est automatisé. Il existe des auditeurs internes régionaux dont la mission est d'auditer les autres régions et leurs agences. À côté de ce système qualité, l'entreprise Brillance développe une politique de formation du personnel aussi bien pour le ménage et le repassage que pour la garde d'enfants. Au domicile, les personnels

¹⁶³ Ancienne responsable qualité dans le secteur agroalimentaire, avec un parcours de conseil et d'audit en qualité.

sont conduits à suivre les procédures consignées dans les livrets d'accueil et autres « guides des droits et devoirs du client ». Fondamentalement, pour la responsable nationale qualité, le système qualité d'une entreprise tient à l'engagement de sa direction qui impulse le goût de l'efficacité interne, cette efficacité se traduisant dans la prestation : « bien faire fluide et du premier coup ». La qualité attendue résulte ainsi du juste équilibre entre satisfaction du client, efficacité du système interne et satisfaction des professionnels.

Pour l'entreprise Brillance, la notion de qualité est travaillée à partir de deux axes : le premier est focalisé sur la capacité à faire vivre et évoluer le besoin du client et pour ce faire, l'entreprise tient à son rôle de tiers entre le professionnel et le client, afin de prévenir tout arrangement en dehors du contrat. Ce contrôle nécessite des évaluations régulières avec le client, au moins une fois par an pour toute prestation routinière. Auparavant le client était sondé tous les trois mois, mais l'entreprise a dû reculer sur cette prétention au suivi rapproché, les clients jugeant ce procédé « harcelant ». Le deuxième axe concerne l'effectivité des « promesses » faites au client. En effet, pour l'entreprise, le contrat de service représente les promesses faites au client qu'il convient d'honorer, et vérifier si la promesse est tenue se fait au travers d'outils de suivis comme les enquêtes téléphoniques et les suivis des réclamations. Les réclamations de premier niveau sont suivies par l'agence, celles réputées de deuxième niveau sont suivies par le siège. Comme les autres entreprises, l'entreprise Brillance suit l'activité à partir de tableaux de bord sur lesquels sont répertoriés les indicateurs de satisfaction (ponctualité, sécurité, respect, propreté, etc.) constitués à partir des variables supposées être celles que le client utilise pour juger de la qualité. Elle s'efforce de donner suite à tout signe informant d'un mécontentement du client. Par exemple, ce travail de suivi a donné lieu à une refonte complète du principe de facturation devenu plus clair et donc plus lisible pour le client.

Ceci dit, la qualité passe aussi par les actes visibles : port de blouse et de chaussures de sécurité obligatoire pour le personnel, port de « tour du cou » et de gilet fluo de sécurité pour accompagner les petits enfants à la crèche et maternelle. Cela étant, ces efforts de valorisation du personnel ne semblent pas arriver à contrecarrer un problème récurrent que signale le responsable qualité, celui

de la peur de mal faire. Le principal problème que remonte le personnel concerne le fait « *de ne pas savoir si il fait bien* ». L'entreprise Brillance est face à un dilemme du fait que la discrétion de l'intervention constitue un des critères de satisfaction du client qui, bien souvent, souhaite avoir le moins de contact possible avec l'agence. La responsable qualité signale que l'équipe s'efforce, à travers les entretiens annuels d'évaluation, de valoriser le personnel qui le mérite. Il semblerait que l'absence de retour direct par le client soit à la source de cette insatisfaction et de cette crainte de mal faire. Le service à la personne à domicile est constitué de cette « relation » extrêmement abstraite au client, qui est généralement absent lors de l'intervention du personnel. Ce constat fait dire à la responsable qualité que le jugement du personnel sur la qualité de son travail peut être relativement déconnecté de la satisfaction émise par le client.

3.2 - Trois entreprises d'envergure locale

Nous proposons d'examiner maintenant trois entreprises d'envergure plus locale : une association agréée qualité sur OMEGA, une SARL agréée qualité sur APLPHA et un SSIAD sur EPSILON. Nous proposerons une analyse plus approfondie du SSIAD qui sera le seul exemple de structure de ce type que nous traiterons. Nous nous y intéressons ici car il semble emblématique les problèmes que rencontre ce type de structure.

3.2.1 - L'association Crépuscule située dans le département OMEGA

3.2.1.1 - Présentation de la structure

L'association Crépuscule est une association Loi 1901, agréée qualité, elle intervient sur un territoire de 170 000 habitants et prend en charge un public de personnes âgées dépendantes en général de plus de 85 ans ou de personnes en situation de handicap. La directrice y travaille depuis 31 ans et occupe, depuis cette année, la fonction de direction à la suite du départ en retraite du directeur fondateur. Cette association, qui exerce depuis plus de 30 ans dans le secteur du maintien à domicile, a vu le jour en réaction au fonctionnement de l'hospice. L'association regroupe quatre services : un service prestataire qui évolue avec 280 aides à domicile, soit 260 équivalent temps plein pour 1330 clients, un service mandataire de 19 clients, qui lui a été créé plus tardivement. Le

troisième service est un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) qui, lui, a été créé en 1981 et qui, comme son nom l'indique, est orienté vers les soins infirmiers à domicile. Il a un agrément pour 240 places à l'heure actuelle alors qu'il était de 80 places en 1981. Il est composé d'environ 60 salariés, infirmières, aides-soignantes, ergothérapeutes, psychologues. En 1991, l'association Crépuscule crée un service de conseils de familles et un service orienté vers l'aide aux aidants et qui utilise le personnel affecté au SSIAD. Cette association est ainsi composée globalement de 400 salariés employés en CDI et CDD avec l'équipe de direction (soit 300 équivalents temps plein environ).

S'agissant du SAD (service d'aide à domicile), il est organisé en quatre secteurs géographiques, avec à leur tête des responsables de secteurs dont la fonction « référent » consiste à gérer la triangulation, c'est-à-dire à réguler les rapports entre le personnel intervenant, le client et l'organisation. Les responsables ont aussi la charge de l'évaluation des besoins au domicile et des prestations réalisées. L'association emploie un psychologue qui organise des groupes de parole une fois par mois en petits groupes, et se tient à disposition pour toute demande des professionnels. Le SAD organise des réunions de synthèses lorsque les professionnels constatent une dégradation de la situation des usagers. Le psychologue travaille aussi pour le SSIAD, tout comme l'ergothérapeute. Le client n'a pas le choix du personnel, notamment du fait que les personnes âgées sont nombreuses à avoir besoin de trois passages par jour. Par contre, la coordination est soutenue entre le SAD et le SSIAD autour des publics qui leur sont communs. Toute nouvelle personne recrutée accède à une formation de base, obligatoire et prise en charge. Elle porte sur la personne âgée, la gestion des conflits, la prévention de la maltraitance et la sensibilisation à certaines pathologies. Cette association recourt à trois conventions, celle des organismes de maintien à domicile, pour le service prestataire, la convention du particulier employeur pour le service mandataire et la Convention 51 pour les services de soins. En 2008, le service d'aide à domicile a effectué 323 000 heures en travail fractionné. Ce service compte à peu près 30% de personnes diplômées et 70% de personnes non diplômées mais qui en règle générale, ont une longue expérience professionnelle dans le domaine. Dans le cadre du service mandataire, les assistantes de vie réalisent à peu près 75 000

heures par an. Cette association est adhérente à l'UNA (Union Nationale d'Aide, de soins et de services à Domicile). L'activité, à l'heure actuelle, est en baisse de 3,5% par rapport à l'année précédente, ce qui, pour la directrice montre une bonne résistance, cette baisse étant davantage liée à l'accroissement de la concurrence plutôt qu'à l'essoufflement du secteur puisqu'elle constate que nombres d'associations affichent un recul de 10%. Pour elle, les associations sortent d'une période dans laquelle elles étaient en position monopolistique : « Avant on nous trouvait, aujourd'hui, il faut qu'on se montre ».

3.2.1.2 - La qualité du point de vue de l'association Crépuscule

L'association Crépuscule a été encouragée par le conseil général et l'UNA à se certifier. L'association utilisait déjà les outils recommandés par la certification sauf ceux assurant la traçabilité et la preuve de la qualité. Pour la directrice qui a eu en charge le dossier de la certification, le travail de traçabilité a formalisé différents aspects de la coordination interne qui, jusque-là, était plutôt informelle. Selon les dires des uns et des autres la certification sert à renforcer l'image des organisations et leur crédibilité à l'égard des financeurs. Mais la directrice ne constate pas une augmentation significative du chiffre d'affaire suite à la certification qui a eu lieu en 2008. Pour elle, la qualité, versus certification, n'intéresse que les organisations et le personnel qui, présent en nombre pour l'occasion, a été félicité lors d'une réunion festive qui avait été organisée à l'occasion de la communication des résultats de l'audit de reconduction de la certification. Cette qualité, qui de fait revient à une mesure de la « conformité » à une norme, ne se retrouve pas forcément au domicile de l'utilisateur qui reste profondément sensible au déroulement de l'action à domicile. La certification définit la norme, non la qualité de la prestation. Si l'association met en place, conformément à la certification, des enquêtes annuelles de « qualité » auprès des usagers, la directrice, à l'instar d'autres directeurs interviewés, se dit particulièrement attentive aux réclamations. Elle a d'ailleurs créé une fonction « écoute » : un personnel est dédié à la prise en charge immédiate de tout problème que rencontre l'utilisateur concernant la prestation avec l'engagement d'une réactivité en 24 heures. La qualité vécue par l'utilisateur dépend, selon elle, de l'implication du personnel mais aussi de stéréotypes puissamment à l'œuvre. Les tâches du

domestique valent peu en argent, et donc peu en considération, et à l'inverse, les tâches domestiques ont peu de considération, il n'y a donc pas de raison d'y consacrer un montant exorbitant. La qualité est subjective et référée à un point de vue normatif, nombre de clients observant : « comment 20,83€ pour ça ! », ou encore « on en voudrait pour notre argent ». Pour la directrice, les clients, notamment certaines personnes âgées, ne possèdent pas une connaissance claire du travail qui est fait. De même, certains aidants familiaux s'étonnent qu'un diplôme soit requis pour intervenir à domicile¹⁶⁴. Nombre de professionnels font part à leurs responsables de l'ingratitude dont ils se sentent victimes dans leurs relations au domicile. L'image qui semble historiquement véhiculée par la société sur ces professions nécessite d'être combattue avec force pour faire émerger la qualité du travail. Il faut former les aidants, les clients et soutenir les professionnels mais la tâche est jugée difficile puisque, selon la directrice, la qualité relève d'un paradoxe puisqu'elle consiste en une réponse au plus près des besoins du client sans qu'il en ressente la situation d'intrusion. Cette définition montre que la qualité, outre le risque d'être tenue pour invisible, est toute dans la posture de l'intervenant. La problématique de la qualité ne concerne donc pas vraiment le travail qui, par ailleurs, est réputé fait ou non fait. La qualité aurait ainsi davantage à voir avec quelque chose de l'ordre d'un projet, celui de respecter autrui. La qualité, toujours très fragile, résulte d'un projet individualisé sur et pour autrui. Le client n'est pas toujours compétent pour juger de la qualité du travail concrètement réalisé, mais il l'est pour signifier les conditions de traitement que le professionnel lui réserve. Faire preuve d'égards, respecter la dignité d'autrui, tel serait l'enjeu de la qualité du point de vue du client. Mais, il semble que cette condition soit réciproque : la qualité du travail du professionnel est, en effet, mise en corrélation avec le sentiment de reconnaissance qu'il retire de la relation qui s'établit avec le client. Pour la directrice, la condition de fidélisation du personnel repose, certes, sur la formation et le niveau de rémunération, mais aussi sur l'inter-reconnaissance que le professionnel arrive à établir avec le client.

¹⁶⁴ Quantité des personnes âgées aujourd'hui aidées ont été les femmes au foyer d'hier.

3.2.2 - La SARL Séniors située dans le département ALPHA

3.2.2.1 - Présentation de la structure

La SARL Séniors a ouvert ses portes en 2007 sur une agglomération du département ALPHA et cherche aujourd'hui à développer son activité par la franchise. Actuellement la SARL Séniors est composée de 4 agences qui sont chacune en SARL. Du fait qu'il en est le directeur-fondateur¹⁶⁵, l'agence « tête de réseau » est celle où il siège. L'important pour ce directeur est d'atteindre le plus rapidement possible un seuil critique qui permette d'assurer une certaine rentabilité. Actuellement, le réseau composé des quatre agences est fort de 250 clients pour 45 équivalents temps plein. 50 % de l'activité est réalisé sur des prestations de confort, 50% sur les prestations assurées auprès des personnes âgées. La SARL Séniors a un régime d'agrément simple pour les prestations de confort, et un agrément qualité pour les prestations auprès des personnes fragiles. Le tarif de base pratiqué est environ de 22 Euros de l'heure pour une prise en charge par l'APA à hauteur de 18 Euros, soit un reste à charge de 4 Euros de l'heure pour un client au plafond de la prise en charge. Pour ce directeur, le niveau de la participation APA ne représente que 10% de son chiffre d'affaires, nombre de clients étant au-delà du plafond APA. Il dénombre seulement 40 plans d'aides APA sur ses 250 clients. S'agissant du personnel, ce directeur rencontre les mêmes problèmes de pénurie de personnel que les entreprises de sa taille. Il évoque la difficulté à recruter et à garder le personnel (notamment sur les deux premiers mois du recrutement). Celui-ci est généralement embauché sur un contrat de 20 à 30 heures par semaine. Seul le personnel de bureau travaille 35 heures. Il s'agit des fonctions d'encadrement. Le directeur propose une politique salariale, notamment pour les aides-soignantes, supérieur de 50 centimes par rapport au prix du marché, et un peu plus encore pour ceux qui disposent d'un véhicule. La fidélisation du personnel repose sur le prêt d'un téléphone portable et sur le remboursement kilométrique des déplacements. Cette démarche vise à compenser l'absence de convention collective (pas d'indemnité repas, pas de prise en charge des intersessions ce qui conduit

¹⁶⁵ Ancien conseiller en économie sociale et familiale qui, après quelques années dans le social, a fait une école de commerce.

le personnel embauché à 30 heures/semaine à en réaliser 40 heures pour le compte de l'entreprise, pas de mutuelle). Le système de travail est là aussi, basé sur la télégestion, le personnel devant « badger » à l'entrée et à la sortie de l'intervention. C'est au responsable de secteur de faire l'évaluation à domicile et de gérer le dossier client du début à la fin. Il s'entend avec le client pour tenter de garantir la stabilité du personnel (pour le ménage, il n'y a pas de problème) et doit organiser les plannings en conséquence. C'est aussi le responsable de secteur, en général un ancien aide-soignant, qui se substitue à l'aide à domicile s'il ne trouve pas de remplaçant. L'affectation des personnels intervenant a lieu selon la proximité entre le domicile du professionnel et celui du client et selon le « relationnel » attendu par le client. L'entreprise essaie de proposer un profil qui semble correspondre à la psychologie du client mais malgré cela, comme les autres structures, la SARL Séniors doit faire face à un fort *turn over* et à l'absentéisme qui porte préjudice à la prestation. Aussi, le directeur ne prend pas en charge les trois jours de carence afin de dissuader le personnel « profiteur ». Mais il convient qu'il est dans un cercle vicieux puisque, pour stabiliser le personnel, il se dit conduit à embaucher des personnes qui bénéficient du RSA. Il accepte de signer des contrats qui permettent à ces personnes de conserver leurs allocations. L'effet pervers est que l'absence au travail de moins de trois jours pénalisent le bénéficiaires du RSA et, inversement, le personnel « motivé » à qui il veut proposer une amplitude horaire plus importante refuse pour conserver son allocation. Il évoque d'ailleurs le fait que l'accroissement du nombre d'heures peut conduire certaines personnes à obtenir des revenus inférieurs à ceux dont elles bénéficient en restant à leur régime d'allocations¹⁶⁶. Pour ce directeur, le développement de sa société tient au réseau de bouche à oreille que réalise le personnel, la publicité ne semblant pas atteindre son public. S'agissant de l'intervention auprès de personnes âgées plus ou moins orientées par l'APA¹⁶⁷, le directeur fait part de la vigilance du

personnel dédié à l'APA concernant le nombre d'heures distribuées et l'attention portée à leur exécution selon les modalités prévues. Mais le directeur dit accepter des prestations d'une demi-heure à condition qu'elles entrent dans une tournée plus rentable¹⁶⁸. Par ailleurs, il note que le conseil général devient de plus en plus strict sur le respect du plan d'aide. Ainsi, il se dit contraint de respecter le fractionnement des heures là où il y a quelques années, les prestations fractionnées se négociaient assez facilement entre intervenant et client.

3.2.2.2 - La qualité du point de vue de la SARL Séniors

Pour la SARL Séniors, la qualité ne repose pas encore sur la certification. Pour le directeur, les clients sont insensibles à cet argument et il estime que certains de ses confrères consacrent beaucoup de temps pour une certification dont le rendement n'est pas avéré. Il relate non sans ironie qu'il s'est porté acquéreur d'une entreprise qui a fait faillite pour avoir « *passé trop de temps à la certification, pas assez à se concentrer sur le client* ». Cela étant, il envisage de faire certifier son entreprise, étant donné les pressions exercées par sa fédération. Pour ce dernier, la qualité passe davantage par la réactivité à la demande des clients ou aux absences du personnel. Mais il insiste aussi sur la fiabilité du service et sur le sentiment de sécurité que le client doit ressentir dans la collaboration avec l'entreprise (ceci est un argument de vente notamment pour le service de confort qui est réalisé en l'absence du client). Pour le directeur, la qualité doit commencer avec les prestations de confort, leur réussite fidélisant le client pour la suite, notamment pour l'aide à la personne. Pour les plans APA, la facture est envoyée au Conseil Général et le reste à charge est directement adressé au client. Le Conseil Général s'oriente vers le CESU à la personne. La qualité repose également sur la présentation de l'intervenant avant la prestation et sur une régulation (pour les plannings et mise au point) faite une fois par mois avec le responsable de secteur. Si une action nécessite une coordination, il revient au responsable de secteur de l'organiser. C'est lui qui

¹⁶⁶ Ce constat a été fait à maintes reprises depuis la création du RMI. Se reporter, par exemple, « Les étapes de la désinsertion », Frédéric BLONDEL, in *La lutte des places, 1994*, sous dir. de Vincent de GAULEJAC et Isabelle TABOADA-LEONETTI.

¹⁶⁷ Le personnel du Conseil Général ne devrait jamais orienter le public, mais les usages semblent plus souples.

¹⁶⁸ Le directeur évoque, par ailleurs, sa fragilité financière, mais qu'il prend aussi pour une perche que lui tend le Conseil Général désireux de le faire entrer dans l'intervention APA. Ce directeur mentionne et se plaint de la relation privilégiée qu'aurait le secteur associatif (« les associations historiques ») avec le Conseil Général.

est aussi en charge du contrôle qualité à domicile. Le client est informé mais le contrôle peut être à la « surprise » du professionnel. Le contrôle porte sur le savoir-faire, sur la bienveillance, la sécurité matérielle du client et celle du salarié. Ce contrôle n'est pas systématique, mais a lieu au moins une fois par an. Comme autre modalité de contrôle qualité, l'entreprise Seniors comptabilise toutes les communications téléphoniques reçues par les clients et les classe selon qu'elles portent sur des réclamations ou autres. S'il s'agit de réclamations, l'entreprise s'attache à identifier le nom des intervenants concernés par les plaintes.

De même, la qualité repose sur la formation du personnel et, à ce titre, le directeur essaie d'organiser des réunions de formations thématiques, rémunérées, de 2 heures et animées par des stagiaires d'écoles. Chaque professionnel bénéficie également d'un entretien d'évaluation annuelle au cours duquel le responsable et le professionnel sont censés identifier les marges de progression. Cependant, la difficulté de saisir la qualité demeure : pendant toute une période, les clients étaient sondés tous les trois mois et devaient noter leurs intervenants à domicile. Cette note était rapportée à des critères de « présentisme » et permettait l'attribution de primes d'encouragement pour le personnel. Mais les clients ne répondaient pas systématiquement au questionnaire et l'attribution de la prime était ainsi inégalement répartie. Pour réduire ce phénomène, les clients ont été démarchés et sensibilisés sur l'importance de la note et ses effets pour le personnel. Comprenant l'enjeu pour le personnel, tous les clients s'étaient alors mis à attribuer des bonnes notes, « sachant que le personnel était payé à la petite cuillère ». Ce principe de prime a donc été abandonné. Suite à cet échec, le directeur a créé une prime afin de motiver les personnels à assurer les remplacements des collègues absents et intervenants sur des territoires éloignés. Cette prime devrait éviter de passer par les agences de personnels intérimaires et permet, grâce à un personnel déjà connu, de maintenir la qualité de la prestation. Le directeur souligne le fait que la satisfaction des clients est de 98%, mais reconnaît que ce score souligne la bonne organisation des services mais ne dit rien sur la manière dont la prestation se déroule à domicile.

Comme pour l'association Crépuscule, il importe au directeur de fidéliser le personnel car sa stabilité et l'instauration d'une relation de confiance sont

un gage dans l'élaboration d'un projet d'intervention de qualité.

3.2.3 - Un SSIAD situé sur le département EPSILON

3.2.3.1 - Présentation de la structure

L'organisation présentée maintenant résulte d'une monographie réalisée avec le directeur qui a bien voulu nous consacrer une journée (hors du temps de travail collectif avec le groupe de directeurs) et nous remettre différents documents¹⁶⁹, de même qu'il nous a permis de nous entretenir une demi-journée avec ses collaboratrices directes que sont les deux coordinatrices de secteurs. Cerner avec ces interlocuteurs la manière dont ils pensent et construisent la qualité de la prestation suppose d'exposer les différents aspects du fonctionnement de l'organisation et de la relation qui se noue avec les prescripteurs comme avec les usagers. En effet, pour ces derniers, la qualité ne peut se comprendre comme un résultat qu'à la condition d'en reconstituer la production, et encore en amont, de reconstituer les conditions de cette production.

Le directeur actuel a exercé en tant qu'infirmier en profession libérale pendant dix ans et est arrivé en 1997 à la tête du SSIAD et du centre de soins. « *Les services de soins infirmiers à domicile*¹⁷⁰ (SSIAD) sont des services médico-sociaux qui apportent, à domicile, aux personnes âgées et aux personnes adultes handicapées, des prestations de soins. À ce titre, les SSIAD sont soumis aux droits et obligations de l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, notamment au regard de l'autorisation de création et des modalités de tarification. Les services de soins infirmiers assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques et/ou de soins relationnels. Les premiers, dispensés par des infirmiers, participent au traitement et à la surveillance des pathologies présentées par les patients. Les seconds participent à l'entretien et à

¹⁶⁹ Livret d'accueil, fiches d'identification en vue de la prise en charge en démarche de soins, le « questionnaire de satisfaction sur le déroulement des prestations en service de soins infirmiers » (SSIAD) et le « questionnaire de satisfaction sur le déroulement des prestations en service d'aide à la personne » (SAD) qui sont absolument identiques, à part l'intitulé.

¹⁷⁰ Au sens des 6° et 7° de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

la qualité de vie des patients en concourant, entre autres, à l'hygiène, la mobilisation, la locomotion et le confort des bénéficiaires. Ils sont, dans le cadre des SSIAD, préférentiellement dispensés par des aides-soignants. Ainsi, ces services ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou différant l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant certains séjours hospitaliers. Ils interviennent au domicile des patients ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux non médicalisés, prenant en charge des personnes âgées, des personnes handicapées ou des personnes présentant une affection de longue durée »¹⁷¹.

En 2003, le directeur crée le SAD qui fonctionne en mode prestataire. Les coordinatrices sont, elles aussi, des infirmières de formation. L'une a un parcours en service hospitalier, elle est aussi infirmière coordinatrice du SSIAD depuis 1998. Sa collègue était infirmière en soins à domicile pour le compte d'un hôpital. Elle est aujourd'hui l'infirmière coordinatrice du SAD. Le directeur est ainsi à la tête d'une entreprise employant une centaine de personnes pour 60 ETP.

Le SSIAD est sectorisé sur un territoire rural et urbain et se subdivise en deux SSIAD : l'un consacré à la personne handicapée (12 places au tarif de 30,58 euros/jour/place), l'autre composé de 62 places pour personnes âgées au tarif de 32,18 euros/jour/place). Les prix de journée dépendent de l'ARS et sont versés en budget global¹⁷². Le SSIAD a son propre pôle d'infirmiers¹⁷³. L'accès aux soins du SSIAD se fait sur prescription médicale pour une durée d'un mois, et une attestation de Sécurité Sociale. C'est la Sécurité Sociale qui accorde l'autorisation aux droits permanents. Un SSIAD est donc d'être tarifé par l'ARS mais financé par l'assurance maladie. Le directeur se sent à la tête d'une entreprise qui doit faire face à la concurrence, et notamment à celle du secteur privé agréé. Il a clairement conscience de sortir d'une période privilégiée, l'arrivée du secteur marchand

dans le champ associatif abolissant la majorité des situations monopolistiques, pour entrer dans l'ère de l'entreprise commerciale. Sa position dans le régime autorisé lui permet de ne pas craindre le secteur privé et de développer des projets. Son équilibre financier, malgré une tarification en baisse, est réalisé grâce au développement rapide du secteur de la personne en situation de grand handicap (SSIAD personnes handicapées).

Le partenariat n'est pas très institutionnalisé du fait de la concurrence entre les services, mais le directeur estime que leur reconnaissance est un critère de la qualité du service rendu. C'est donc plutôt le partenariat informel qui fonctionne au cas par cas et sa réactivité à la demande est un signe de sa satisfaction du travail réalisé avec le service. Pour le directeur, la concurrence est d'autant plus vive que la taille de l'institution est petite. Il faut atteindre une certaine taille pour obtenir des seuils de gestion qui permettent de tenir la concurrence avec des services de taille comparable. La qualité passe par le développement d'une certaine volumétrie qui permet donc de faire baisser certains coûts, d'absorber le départ d'un client, mais aussi permet d'avoir les ressources en interne pour faire face aux besoins sans avoir besoin des partenaires et de risquer de perdre un client. Pour lui, le manager fabrique l'état d'esprit de son équipe qui serait en quelque sorte à son image. Lui se veut combattiv, innovant, opportuniste, à l'affût d'un projet qui permet de faire progresser son organisation et la prestation. Il lui tient à cœur de réinvestir tout bénéfice dans l'amélioration du confort du travail collectif.

3.2.3.2 - Organisation et cycles continus de travail

La caractéristique de l'intervention du SSIAD, par rapport à celle générée par l'APA et la PCH, réside dans le fait que c'est l'infirmière coordinatrice, à la suite de la prescription de prise en charge du médecin, qui organise un plan d'aide. L'infirmière coordinatrice du SSIAD procède à l'évaluation de la situation (à l'hôpital s'il s'agit de préparer un retour à domicile) et élabore le plan d'aide. Lorsque la coordinatrice a identifié, au téléphone, que la prise en charge relevait du SSIAD, elle évalue au domicile l'environnement, le matériel technique déjà existant, l'aide dont la personne dispose déjà, précise le profil de l'utilisateur (âge, poids etc.), établit l'historique de la maladie et les degrés d'incapacités ou de dépendances, identifie la démarche des soins et des actes à prodiguer. C'est à la suite de

¹⁷¹ Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants. Sous la direction de Karine Chevreul - URC Eco IdF-Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France, Direction générale de l'action sociale, 2009.

¹⁷² Les entretiens ont été réalisés en juin 2011.

¹⁷³ À la différence d'autres SSIAD qui sous-traitent avec les infirmiers libéraux.

cette évaluation (d'environ 1h30) que l'infirmière coordinatrice établit les protocoles de soins pour l'infirmière et les aides-soignantes et répartit le travail entre l'infirmière et les aides-soignantes¹⁷⁴. Chaque protocole pour les aides-soignantes est accompagné d'explications.

Le fonctionnement du SSIAD personnes âgées, repose sur quatre infirmières (une à 22 heures, l'autre à 12 heures, et la troisième à 9 heures) et 15 aides-soignantes (12 ETP). Le travail est organisé en tournée : 7 tournées (7h30-12h30) d'aides-soignantes, pour une tournée d'infirmière. L'après-midi, deux tournées sont organisées de 16h-20h. Par ailleurs, les mardis après-midi sont consacrés à une réunion d'équipe de 13h à 15h pour celles qui ont travaillé la semaine concernée. C'est l'occasion de faire le point sur la situation de tous les patients et de répartir les horaires d'intervention. Les aides-soignantes lèvent, lavent, réalisent tout ce qui se rapporte aux soins d'hygiène (traite les escarres, la nutrition, prévention du soin, pose du Pénilex). Ce service est en croissance continue du fait de l'allongement de la durée de vie des personnes, de l'accroissement du nombre de personnes handicapées, et du manque de places en institutions comme en appartements adaptés. Un ergothérapeute travaille trois jours par semaine sur les trois services (centre de soins, SSIAD, SAD). Il a pour mission de se rendre chez le bénéficiaire et de conseiller les employés afin d'améliorer leurs conditions de travail.

Le SAD est un service autorisé au financement global de 19,78 euros/heure. Son fonctionnement repose sur 65 auxiliaires de vie pour 135 personnes servies, 330 personnes visitées dans le mois. Deux responsables de secteurs sont chargées des plannings. La satisfaction des usagers à domicile est prise en charge, comme les enquêtes de satisfaction, par une personne spécifique qui gère aussi la certification du SAD. Le personnel est réuni une fois tous les quinze jours et il est possible d'établir une coordination spécifique selon les cas. Les tournées sont organisées à partir de l'évaluation des soins à prodiguer. Le travail des aides-soignantes s'organise à partir d'une liste de patients à visiter, non par rapport à un horaire de passage. Le bénéficiaire doit s'attendre à un passage dans la matinée, sans garan-

tie de l'heure de passage. Pour les coordinatrices, les soins d'aides-soignants sont difficiles à encoder du fait du nombre de situations imprévisibles auxquelles les personnels font face quotidiennement. Ils sont souvent amenés à s'organiser entre eux pour se « dépanner ». Chaque aide-soignant est sectorisé et dispose d'un portable, ce qui n'est pas systématiquement le cas des infirmières, pour se coordonner avec les autres de sorte que le personnel, malgré les dépannages entre collègues, intervienne chez suffisamment d'usagers dans leur tournée qui s'étend de 7h30 à 12h30. À l'intérieur de cette plage horaire et quel que soit le nombre de patients à visiter, elles peuvent répartir de manière autonome le temps qu'elles consacrent à chacun d'eux. Le contrôle d'effectivité se fait à partir des remarques que les aides-soignantes consignent dans le cahier de liaison qui a été pris le matin même, en même temps que les clés des domiciles des usagers. Par ailleurs, c'est la coordinatrice qui a en charge la coordination avec les partenaires, que ce soit pour ajuster le passage des professionnels du service avec ceux du kinésithérapeute ou autre profession libérale, ou encore avec les services sociaux. Elles ont aussi pour fonction de se soucier de l'état des conjoints et des aidants. Si les aidants sont présents, – ou sont en mesure d'assurer un pilotage à distance, et cela semble être de plus en plus le cas –, le pilotage est laissé aux aidants. Pour ce qui est des personnes bénéficiant de l'APA ou la PCH, la démarche est, malgré les importantes nuances que nous allons souligner, sensiblement la même. C'est d'ailleurs une infirmière coordinatrice qui gère aussi ce secteur de prise en charge avec, pour l'APA, la même feuille d'évaluation pour le domicile que celle utilisée pour le SSIAD¹⁷⁵. Par contre, les modalités d'élaboration du plan d'aide sont différentes. Que ce soit pour l'APA ou pour la PCH, la collaboration est étroite avec les évaluateurs de secteur du Conseil Général, d'autant qu'il arrive que des demandes d'APA ou de PCH suivent des prises en charge par le SSIAD. Il existe une bonne entente qui permet de discuter les plans d'aides lorsque les coordinatrices ne sont pas parfaitement en accord sur les modalités d'application de celui-ci. Le niveau de l'aide est très rarement sujet

¹⁷⁴ C'est elle qui procède aussi aux réévaluations en cours de prestation si besoin. Si la situation est stable, la réévaluation a lieu tous les deux ans.

¹⁷⁵ Celle utilisée pour préciser le profil de l'utilisateur afin de préparer le protocole de travail des aides-soignantes. Elle ne se substitue pas à la grille AGGIR qu'utilisent les personnels du CG dans le cadre de l'instruction de l'APA ni au GEVA qu'utilisent les évaluateurs MDPH.

à discussion, le SSIAD étant souvent sollicité pour des GIR 3 et GIR 2. La négociation porte plutôt sur des aspects techniques, la pertinence de la fréquence des passages par exemple. Les évaluateurs du Conseil Général saisissent aussi le SSIAD lorsque le futur bénéficiaire leur paraît devoir faire l'objet d'une attention spécifique au regard de problématique de soins, par exemple, la surveillance de la déglutition, ce qui rend pertinent la prise en charge par une aide-soignante plutôt que par une auxiliaire de vie. Il se peut que le plan d'aide soit partagé avec un autre service. L'amplitude horaire du SAD, de 6h00 à 23 heures permet des prises en charges que certains services ne peuvent réaliser. Il arrive, notamment auprès des personnes souffrant de troubles psychiatriques, que l'évaluation soit réalisée en commun, évaluateurs MDPH et coordinateur du SSIAD. Pour ce qui est du contrôle d'effectivité par le SSIAD et le SAD, les mêmes procédures que pour le SSIAD personnes handicapées sont appliquées. Il existe également une permanence de soins.

3.2.3.3 - Qualité du travail, statut et traitement des personnels

Les coordinatrices interviewées soulignent la différence de pénibilité du travail entre le métier d'aide-soignante et celui d'aide à domicile ou auxiliaire de vie, de même qu'elles attirent l'attention sur la différence des profils des personnels. Ces différences sont marquées à tout point de vue : les aides-soignantes sont diplômées et leur salaire est en moyenne de deux cents à trois cents euros supérieurs à celui des auxiliaires de vie non diplômées. Leur temps de déplacements entre deux usagers est entièrement pris en charge alors que celui des auxiliaires de vie est rémunéré sur un forfait de 10 minutes entre deux bénéficiaires. Par ailleurs, les profils sociologiques de ces deux catégories de professionnels diffèrent : les aides-soignantes sont majoritairement des femmes d'origine française qui vivent en couples, alors que les aides à domicile sont plutôt des personnes d'origine étrangère qui connaissent des situations de difficultés sociales et économiques¹⁷⁶ et nombre d'entre elles sont en situation de monoparentalité. La précarité des situations conduit l'association à embaucher les auxiliaires de vie à plein temps, alors que la règle

¹⁷⁶ Un véhicule est cependant nécessaire pour être embauché et le service rembourse les frais kilométriques.

est le CDI de 130 heures¹⁷⁷, afin de leur permettre d'atteindre un smic. Mais ces mêmes personnes sont amenées, par le mécanisme de la forfaitisation du transport¹⁷⁸, à travailler 43 à 45 heures par semaine pour être rémunérées sur la base de 35 heures. Nombre d'auxiliaires sont amenées à accepter un travail complémentaire, pratique qui se répercute sur la gestion des plannings, les rendant plus compliqués à gérer alors que le système de contractualisation devait en flexibiliser la gestion. Les aides-soignantes ont une supervision avec un psychologue toutes les cinq semaines, ce qui n'est pas possible financièrement pour les aides à domicile¹⁷⁹. Mais les différences portent aussi sur la nature du travail :

Verbatim Une coordinatrice : Il est plus difficile d'être auxiliaire de vie que d'être aide-soignante et *a fortiori* infirmière. Notre rôle (celui d'aide-soignante et infirmière) est plus déterminé, on reste moins longtemps auprès de la personne. Les auxiliaires de vie sont beaucoup moins considérées, elles peuvent tout faire, tout entendre, tout voir, elles entrent dans l'intimité et sur du long terme. Alors que l'aide-soignante reste 20 minutes, parfois 1H mais c'est déjà lourd de faire un accompagnement de qualité sur une heure. L'auxiliaire de vie peut rester 5 heures de suite parfois. L'auxiliaire de vie, c'est très physique (c'est la catégorie où les arrêts maladies sont les plus nombreux), on est sur du personnel en difficulté sociale, on a très peu de diplômées et on a beaucoup de femmes d'origine africaine et maghrébine ; les aides-soignantes, on est plus sur une origine française. Auxiliaire de vie, c'est le seul métier qu'on peut faire sans diplôme, c'est à nous de

¹⁷⁷ Pratique courante dans ce milieu du fait que les tarifications n'intègrent pas la probabilité des heures supplémentaires. Le taux est constant, aussi les responsables sont-ils tous amenés à réduire la durée des contrats pour éviter de payer en heure supplémentaire tout dépassement de la durée légale d'un contrat à plein temps, tout en faisant appel à ces mêmes personnes pour réaliser, non plus des heures supplémentaires, mais des heures complémentaires qui, elles, sont rémunérées sur la base d'heures normales.

¹⁷⁸ Le SAD accepte des interventions à la demi-heure.
¹⁷⁹ Les coordinatrices relatent qu'en 2010, le SAD a accueilli une psychologue stagiaire avec laquelle elles ont pu mettre en place un soutien auprès des professionnels et de certains usagers, notamment en situation de handicap. Elles corrélaient cette expérience avec une meilleure stabilité au travail de la part du personnel d'aide à domicile qui se sentait soutenu et dynamisé dans son travail.

les professionnaliser ; aide-soignant on peut pas faire « fonction de », il faut être diplômé. On essaie de ne pas mettre ces personnes en difficulté en accompagnement de fin de vie. On leur propose de faire du ménage et petit à petit on les forme ».

Le prestige de l'aide-soignante est jugé supérieur à celui de l'auxiliaire de vie¹⁸⁰, mais comme le souligne une des deux coordinatrices, un travail de distinction est aussi à l'œuvre entre les auxiliaires diplômées et les auxiliaires non diplômées, source de différends que les coordinatrices sont amenées à réguler. Même si l'esprit d'équipe est là, ces différends nuisent à la qualité et à la bonne marche du travail. Comme le montre l'extrait d'entretien cité plus haut, la possibilité de soutenir une qualité d'intervention chez le bénéficiaire serait en rapport avec la noblesse de la tâche, la définition de celle-ci et le temps consacré au bénéficiaire. Plus le temps est long, plus difficile est la possibilité de rester constant dans la qualité de l'effort à fournir pour être à la hauteur des attentes et besoins des bénéficiaires. Ainsi, selon les coordinatrices et contrairement à certains préjugés établis, un temps long passé chez le bénéficiaire ne semble pas être un gage de facilitation de la dynamique relationnelle. Une des missions principales des coordinatrices « est bien de soutenir, de valoriser les auxiliaires de vie pour qu'elles ne craquent pas ». Elles disent passer un temps important « dans les couloirs » à soutenir le moral des personnes. Pour les coordinatrices, les problèmes que remontent les professionnels sont les mêmes que ceux exposés plus haut : manque de reconnaissance, pénibilité, accusations non fondées, vouloir défaire ce qui a été fait, retenir l'intervenant un quart d'heure de plus en fin de journée, ensemble de désagréments sur lequel il faut en permanence réagir, se positionner, le temps que nécessitent ces régulations informelles n'étant pas compris dans la tarification. Elles ont également le sentiment de crouler sous les heures supplémentaires qu'elles ne récupèrent pas, du fait de leur statut de cadre. Elles mentionnent également que les compensations au travail sont faibles pour celles qui n'ont pas la fibre¹⁸¹. Somme toute, la dimension vocationnelle du

180 Le manque de considération est aussi dénoncé par les aides-soignantes lorsqu'elles évoquent que les infirmières, après avoir fait les pansements « les laissent souillés dans la salle de bains, alors qu'elles auraient pu les jeter ».

181 Le directeur comme les coordinatrices mentionnent,

*métier s'estompe face à la conscience de la dureté d'une tâche faiblement reconnue par les employeurs comme par les bénéficiaires*¹⁸². Un des analyseurs, pour les coordinatrices, du faible intérêt au travail des auxiliaires de vie, est qu'« elles s'arrêtent de travailler dès que leurs enfants ont un rhume. Etant donné leur niveau de rémunération elles ne perdent pas grand-chose. Et puis ça coûte plus cher de faire garder son enfant que ce que rapporte une journée de travail, si on met le transport et tous les désagréments qui vont avec¹⁸³ ». Ces extraits mettent en relief le fait que la qualité du travail résulte d'un ensemble de conditions, pour certains, elle semble en rapport avec la considération statutaire, financière et symbolique dont l'organisation les gratifie. Par ailleurs, les coordinatrices citent des exemples opposés. Certains professionnels ont, selon elles, retrouvé le goût de vivre, après une longue période de chômage, grâce à l'emploi et grâce aux bonnes relations qu'ils ont nouées avec les bénéficiaires. Pour certains, l'implication au travail dépend de l'intérêt qu'on y trouve et des petits « arrangements » qui permettent d'accepter quelques servitudes. Par exemple, le directeur rapporte qu'une vérification du kilométrage déclaré l'a conduit à rembourser quatre cents kilomètres à une auxiliaire de vie qui en déclare six cents et n'en fait que trois cents par mois. Il justifie le niveau de remboursement parce que le service sera peut être conduit à la solliciter un jour pour remplacer en urgence un personnel absent. Sans doute tenons-nous là une des conditions « non verbalisées » à partir desquelles se fabrique la qualité des prestations. Comme le philosophe Michel Foucault invitait les sociologues à découvrir les conditions non verbales de l'action¹⁸⁴, cet exemple introduit aux soubassements sur lesquels s'étaient certaines conditions de la qualité de la prestation à domicile.

Un autre exemple de management motivationnel, plus explicite que le précédent, montre comment le

chacun de leur côté, que nombre de personnel vient boire un café au siège en dehors de son temps de travail. L'absence de financement pour les temps formels de réunion semble être pris en charge au niveau informel par le personnel.

182 L'amertume semble grande pour les professionnels qui, du jour au lendemain et après trois ans de service sans reproche, se sont vus accusés d'un vol qu'ils n'avaient pas commis.

183 « Il suffit que la route soit enneigée l'hiver, en plus on se fait disputer si on arrive cinq minutes en retard ».

184 Michel FOUCAULT, Naissance de la clinique, PUF, Quadrige, 1963.

directeur, via la gestion des ressources humaines, cherche les moyens de compenser la pénibilité des conditions de travail et de fidéliser le personnel à l'entreprise.

Verbatim Directeur : On a amélioré la gestion des arrêts de travail grâce à l'ergothérapeute. Dès que les gens commencent à parler de problèmes, l'ergothérapeute va avec eux pour étudier. On a une diminution des arrêts de travail. Les réunions aussi, c'est des moments d'écoute. Et on accepte de perdre des plans d'aides, on perd des sous, mais l'équipe a le sentiment de gagner en reconnaissance. Quand on sent qu'il y a du soutien on vit mieux. C'est pour ça que j'ai misé sur une troisième infirmière que j'ai pris sur le budget du SSIAD où on a gagné une tournée. Enquêteur : Que voulez-vous dire ? Directeur : Ça consiste à prendre un ou deux patients en plus et de les inclure dans une tournée déjà existante. [Par exemple, si une tournée consiste en 7 visites, il est demandé au personnel d'en faire 9 dans le même temps imparti (note de l'auteur)]. On essaie de ne pas créer une tournée supplémentaire. Il faut donc que le personnel travaille un peu plus vite, vienne un quart d'heure plus tôt le matin sans être payé. En contrepartie, comme on ne génère pas de tournée supplémentaire, il y aura un remplacement de moins à trouver cet été, et comme ça tout le monde pourra partir en vacances avec ses enfants. C'est un peu du donnant donnant. On a toujours fonctionné comme ça. Si je n'avais que le service d'aide je ne pourrais pas faire. Enquêteur : Et vous ne demandez pas plus au Conseil Général ? Directeur : Il ne financera pas. Enquêteur : Vous êtes amenés à trouver des gains de productivité par tous les moyens. Est-ce qu'on pourrait dire que la qualité passe par l'auto exploitation du personnel ? Directeur : La situation est consentie par le personnel. Du coup, chacun à au moins quinze jours sur juillet août, et 50% arrive à avoir trois semaines en août. C'est important quand on a des enfants.

Ainsi la fabrique d'une certaine qualité repose-t-elle sur la capacité des uns et des autres à déplacer et stabiliser les frontières de la légalité sur un nouveau territoire conventionnel censé représenter la nouvelle ligne de consentement des parties.

3.2.3.4 - Savoir-faire avec les usagers

Le public du SAD est composé, comme le définit le décret, d'une population âgée de plus de 60 ans et d'une population pouvant être de moins de 60

ans pour les personnes handicapées demandant l'intervention du SSIAD. Depuis la fin des années 90, le service note un accroissement des demandes de personnes handicapées jeunes, vivant à leur domicile sans avoir besoin de soins importants¹⁸⁵. Pour les personnes handicapées bénéficiant par ailleurs de la PCH, le SSIAD réalise l'ensemble de la prestation en un passage par jour. La relation avec les intervenants travaillant pour le compte de la PCH est estimée fluide, sans problème. En ce qui concerne le travail avec les personnes âgées, le *turn over* est aussi par nature plus important puisque l'âge moyen du public oscille entre 80 et 100 ans. Les personnes alternent fréquemment séjour à l'hôpital et maintien à domicile. Les personnes âgées sont prises en charge environ 5 à 6 ans par le SSIAD avant le placement. Ainsi, ce *turn over*, à la différence du SSIAD pour personnes handicapées, conduit à un moment donné, à faire entrer notamment les nouveaux usagers dans les propositions de passage de l'infirmière.

L'organisation du travail s'est vue transformée, en 2009, à la suite des nombreux problèmes de relations que les coordinatrices étaient amenées à gérer entre usagers et professionnels. Avant cette date, les usagers avaient une aide-soignante qui faisait fonction de « référente ». Ce choix voulait tenir compte des plaintes d'usagers subissant absence de personnalisation, notamment pour ce qui est de la toilette, du fait d'intervenants toujours nouveaux. Les difficultés auxquelles se confronte le SSIAD sont exactement les mêmes que celles déjà répertoriées lors de la présentation relative à l'association intervenant auprès de personnes handicapées à savoir que les professionnels, comme les usagers, expriment, en début d'intervention, leur intérêt d'une relation fidèle et exclusive puis, au fur et à mesure du temps, se trouvent en difficulté pour gérer les phénomènes de lassitude, d'usure et notamment de reconnaissance lorsque le personnel attiré doit être remplacé pour cause de congés ou arrêts maladies. Aussi, le SSIAD fonctionne aujourd'hui sur le principe de la polyvalence du personnel aide-soignant, les résultats d'une enquête de satisfaction ayant montré que 85% des répon-

¹⁸⁵ Le SSIAD est amené à réorienter nombre de demandeurs d'aide, du fait que les places pour personnes handicapées sont peu nombreuses et qu'elles sont par nature occupées très longtemps. La rotation des clients est très faible.

dants se sont déclarés satisfaits de cette nouvelle organisation. Selon les coordinatrices, cette satisfaction s'explique par le fait, qu'en réalité, du fait que l'équipe d'aides-soignants est seulement composée de 12 ETP d'aides-soignants, les usagers connaissent finalement très rapidement chacune d'entre elles. L'organisation en cycles de tournées amène les professionnels à revenir selon un rythme régulier. Cette organisation, jugée collectivement satisfaisante, présente l'avantage de dépersonnaliser la relation sans pour autant projeter les usagers en permanence dans des univers d'étrangeté. Les coordinatrices font, toutefois, mention de problèmes rencontrés avec certaines personnes handicapées. Comme dans l'exemple précédent, les intervenants doivent faire face aux exigences d'un public dont les activités imposent des contraintes de temps, et nécessitent la réalisation d'interventions à heures fixes, les contraintes temporelles ou organisationnelles des uns se heurtant à celles des autres. Plus délicats sont les rapports à gérer avec les jeunes personnes handicapées restant au domicile et dont les désirs doivent être remis « à leur place ».

Verbatim Une coordinatrice : Dans le monde du handicap c'est souvent « on me doit » et il faut corriger certaines attitudes. Non les gens n'ont pas à s'exhiber ou autre chose! Toutes les semaines j'ai au moins deux rendez-vous de recadrage (nombre de personnes handicapées sont des jeunes qui souhaitent avoir une sexualité). Le monde du handicap est spécifique. Certains ont une vie sociale intégrée mais n'ont pas la vie privée qui correspond à leurs attentes. Et les toilettes sont un moment de stimulation qui suggère des attentes déviantes. Et quand je suis très en colère et que certains abusent, je leur demande de venir.

Cet extrait souligne à nouveau l'intérêt d'un tiers pour que s'exerce une bienveillance bien comprise, mais aussi pour que les limites posées soient en rapport avec celles que chaque professionnel se donne à l'égard de l'utilisateur. Il donne également à voir la subtilité du rappel à l'ordre auquel doit procéder la coordinatrice pour que la qualité relationnelle et la qualité du soin en pâtissent le moins possible. S'agissant de « tracer » la qualité du point de vue des usagers, le directeur évoque l'absence d'outils rigoureux de sa mesure. Il renvoie, comme nous l'avons déjà mentionné, à l'intérêt de donner la parole au bénéficiaire.

3.2.3.5 - Le Chèque Emploi Service Universel : un moyen de dynamiser la qualité ?

Le directeur du SSIAD semble assumer les contradictions du système concurrentiel. S'il faut savoir se séparer d'un client mettant en péril le personnel, il faut aussi savoir le garder. Un client mécontent, c'est un client qui part chez le concurrent. Le directeur, comme dans les autres structures, confirme qu'il suit personnellement la gestion des réclamations avec les infirmières coordinatrices¹⁸⁶. La relative rigidité du planning est source de réclamations et de mécontentements parce qu'il se heurte à l'utilisateur engagé, comme nous l'avons vu, dans une multiplicité d'activités qui évoluent plus vite les unes que les autres. Le client malmène considérablement les prévisions du planning et contraint les infirmières coordinatrices à modifier les ordres de passage auprès des clients qui n'ont rien de prévu. À charge, toutefois, de revanche, car en effet, certaines réclamations sont sources de négociations. Nous avons vu plus haut que certaines d'entre elles pouvaient nécessiter des réponses très formelles de la part de la direction des services, parce qu'il s'agit de rappeler des interdits, mais dès que la réclamation porte sur des sujets soumis à interprétation, à controverse, à négociation pour tout dire, les marges de jeu s'ouvrent en vue de satisfaire les deux parties (un client satisfait est un client fidélisé). Par exemple, un client peut désirer « moins de toilette », mais souhaiter, sur ce temps, la taille de haies de son jardin. En tout état de cause le personnel doit refuser une demande qui ne figure pas dans le plan d'aide. Il se peut que le mécontentement du client remonte, directement ou indirectement à la direction, et devienne source de chantage à la concurrence. Faire les haies ? C'est finalement de l'ordre du possible si la demande ne se reproduit pas trop souvent et si le personnel accepte cette tâche. Le bénéficiaire, en termes plus convenus, pousse l'organisation à la négociation et à l'exercice de certains illégalismes, on peut parler ici de passe-droits, puisque la demande déroge au plan d'aide. Mais il faut savoir rester raisonnable, être attentif à ce que le plan d'aide ne soit pas complètement détourné de sa mission d'origine. D'où le mot d'ordre du directeur : faire plaisir à tout le

¹⁸⁶ Tous les échanges font l'objet d'une trace écrite dans le dossier client. Ce dispositif, encore sur papier, est en voie d'informatisation.

monde. Satisfaire le client et garder la confiance du financeur. Nous avons vu plus haut que les services du Conseil Général, sur le département d'EPSILON, n'hésitaient pas à recommander des services aux usagers et aidants. La correcte gestion des interdépendances contribue donc aussi à maintenir un certain niveau de qualité de la prestation. Dans cet exemple, on doit retenir que la « qualité » informelle de la prestation, mais non moins réelle du point de vue du client, tient pour partie à la capacité de ce dernier à exercer un rapport de force dans sa relation avec le service. Le directeur plie sans rompre avec le plan d'aide car il sait que l'introduction du CESU sur le marché de l'aide à domicile peut rapidement devenir un concurrent en la défaveur des prestataires du fait de la possibilité plus importante de négociation de gré à gré entre client et intervenant.

Cela étant, le directeur perçoit le danger de l'introduction du CESU mais aussi son avantage notamment en ce qu'il reconnaît au client en capacité d'autonomie la liberté d'assumer ses responsabilités. Cette liberté provoquerait un retournement de l'asymétrie de la relation jusque là établie entre l'utilisateur (plutôt que client) et le prestataire. Si ce retournement apparaît comme un critère de qualité pour l'utilisateur dorénavant libre de changer de prestataire selon ses attentes, le principe de la mise en place du CESU enclenche une réduction de l'espace de négociation sur la qualité de la prestation dans la mesure où elle risque d'être définie unilatéralement par l'utilisateur/client. La concurrence ouvre potentiellement la porte à une possible instrumentalisation des services d'aide dans une logique de service technique immédiat (un coucher, un lever). Les attentes immédiates risquent de l'emporter sur la réponse aux besoins. Pour le directeur, le risque est de voir triompher la consommation sur la relation d'aide. C'est l'enjeu d'une qualité définie par un consommateur à la recherche de l'utilisation optimum des moyens mis à sa disposition. La qualité du service renvoie alors à une approche utilitariste selon laquelle le client recherche le meilleur rendement à court terme. Le client peut n'avoir pas à se soucier de la nature du lien qui s'instaure entre le prestataire et lui au delà de l'obligation de civilité. Car pour le directeur, un consommateur qui cherche le meilleur rendement à la prestation ne peut obtenir plus que ce pour quoi il paie, sauf à ce que l'intervenant montre une prévenance pour des raisons encore cachées aux yeux du client. Dans l'esprit du

directeur, pour que la qualité échappe à la seule logique des rapports de force, il faut introduire un tiers notamment lorsque la prestation est à l'adresse de personnes en difficulté pour énoncer leurs besoins, quand ils ne sont pas dans le déni ou la sous-évaluation de leur situation présente. Et pour le directeur, le tiers ne peut être engagé dans les intérêts du terrain comme le sont le client et l'intervenant, d'où sa faveur pour la place des prestataires et mandataires sur le marché de l'aide à domicile en direction des personnes fragiles. Le CESU, solution favorable à l'emploi direct, risque, autrement dit, de contribuer à la disparition du tiers. Toujours pour le directeur, cette vision unilatérale de la qualité reviendrait à laisser le client à sa solitude, seul face à lui-même, sans personne pour l'accompagner et l'orienter vers des soins adaptés à sa situation. La qualité ne peut se contenter d'une définition unilatéralement proposée par le consommateur. Elle résulte, selon le directeur, d'un espace de négociation dans lequel le service et l'utilisateur seraient dans un rapport de force plus ou moins équitable.

3.2.3.6 - La certification : outil de qualité ou/et de conformité

L'association qui ne comprenait à ses débuts qu'un centre de soins (affilié actuellement à l'URIOPS) était administrée par les religieuses. Les pratiques étaient régies par les formes d'engagement typiques à la vocation, le bien être de l'âme primant sur l'approche rationaliste des « problèmes » et les prises en charge étaient consignées très longtemps sur des « fiches cartonnées ». La rationalisation des services a sans doute été de pair avec l'accroissement de l'activité de l'association et la prise en compte des supports inclus par la loi de 2002-2. L'évolution et la structuration ont été telles que le SAD est en mesure de prétendre réunir les critères d'une certification. De même, le directeur travaille actuellement à la réflexion lancée avec l'UNA sur la certification des services de soins. Celle-ci se présente comme un outil de formalisation, de structuration du travail et de contrôle. Le personnel est ainsi, en même temps, dans une relation positive et critique à l'égard de la certification. L'ensemble des indicateurs de la certification représente pour le personnel un idéal impossible à atteindre du fait qu'une certaine souplesse, nécessaire au fonctionnement du service, pousse à déroger à l'application des protocoles de la certification. Pour le directeur, « la démarche qualité vise à redonner du sens à ce qui est fait au quotidien et à mettre en procédure

ce qui se fait déjà ». Mais en même temps, son discours semble ambivalent face à la certification AFNOR qu'il associe, tout en la différenciant, à la démarche qualité : pour lui, le contexte de travail rend impossible de satisfaire aux critères de la certification. Par exemple, celle-ci recommande une organisation mensuelle des plannings alors que le rythme de travail des services impose des ajustements hebdomadaires, voire quotidiens. De même, pour la qualité des pratiques à domicile, les recommandations vantent les mérites de la démarche qualité versus application de protocoles censés objectiver la relation au domicile, alors que pour le directeur, la qualité n'est justement pas encodée dans les protocoles, ceux-ci ne faisant qu'enregistrer les actes réalisés au domicile, passant sous silence l'impact de la posture de l'intervenant :

Verbatim Directeur : Quand on va au domicile que ce soit pour le soin ou l'aide, on y va pour une mission bien particulière. Or, cette mission est beaucoup plus large que le simple acte qu'on va y faire. Finalement, pour mener à bien cette mission, on a besoin d'outils. Ces outils, il faut qu'on les formalise, si on reste dans la « culture orale », on a du mal à transmettre tout. Donc la démarche qualité est le support écrit qui va nous permettre de formaliser ce qu'on doit faire chez les gens, et ce qu'on va apporter en terme d'aide et de soin. C'est vraiment formaliser ce qu'on doit faire. Et donc en formalisant ce qu'on doit faire, on est amené à réfléchir sur ce qu'on va faire. Donc, est-ce qu'on y va juste pour apporter un soin, et dans ce cas, on a besoin de très peu de choses ; ou est-ce qu'on a une notion du soin qui est beaucoup plus large et dans ce cas on se dit tient « est-ce que je me contente de faire la piquûre ou est-ce que je me contente de faire le ménage », ou est-ce que, quand j'y suis, je m'aperçois, « tiens au fait, vous avez mangé ? Comment vous faites pour préparer vos repas ? Ah ! Vous ne préparez pas vos repas ? Vous mangez que des conserves ? Peut-être que si on avait déplacé l'horaire et que je faisais ½ heure de ménage et ½ heure de repas, on pourrait faire autre chose ? » Voilà, je préfère qu'on ait une vision globale de ce qu'on va apporter plutôt que de venir pour un acte précis, comme si on faisait les trois huit. [...] La démarche qualité permet de discuter avec les professionnels de ce qu'il y a à faire et de ne pas oublier de faire certaines choses qui sont consignées dans la fiche d'intervention (prendre les clés...).

Comme on peut le constater, la posture, le soin, au sens d'une attention portée à autrui, n'est pas encodée, mais elle est pourtant ce qui fait l'objet du débat de la qualité de la prestation, les indicateurs encodés permettant, quant à eux, d'effectuer le contrôle de conformité du travail effectivement réalisé au regard de l'objectif de ce travail. Raison pour laquelle les contrôleurs évoquent à juste titre le terme de « contrôle d'effectivité » plutôt que « contrôle qualité », au risque d'assimiler la conformité à la qualité. Certainement que de disposer de consignes répertoriées dans un guide d'intervention permet aux professionnels de mieux contrôler la progression de leur tâche, de visualiser ce qui est fait et ce qui reste à faire. Mais que disent-ils sur ce qui est « bien fait » ou « mal fait » ? Ces qualificatifs ne sont pas réellement encodés. Cette remarque nous conduit à identifier qu'une des fonctions de la certification consiste à contribuer à la définition et à la déclinaison formalisée des missions en moyens de preuves (indicateurs concrets et codifiés) de leur effectivité. Si, lors d'un contrôle d'effectivité de la mission, les auditeurs concluent que les indicateurs de mesure retenus et contrôlés sont positivement utilisés, alors ils peuvent conclure que la mission définie par le cahier des charges de la certification est réalisée. Le contrôle ne dit rien de la qualité. Par contre, si les auditeurs constatent qu'un nombre important d'indicateurs n'est pas conforme, ils peuvent conclure que ce qui est réalisé n'est pas conforme à la définition de la mission contenue dans le cahier des charges. Les évaluateurs sont, à ce moment-là, fondés pour conclure que la mission a changé par rapport à celle consignée dans le protocole de certification. Mais encore une fois, ce n'est pas un jugement sur la qualité qui a été effectué, mais un jugement de conformité du travail réel au regard de la mission prescrite¹⁸⁷.

3.2.3.7 - La qualité ou la capacité à juger de la situation

Du point de vue des coordinatrices, la qualité de la prestation se mesure pour partie aux réponses fournies au questionnaire de satisfaction auquel les clients répondent anonymement par courrier. 90% des répondants se disent satisfaits, ce

¹⁸⁷ On pourra à la rigueur parler de non qualité si le service affirme poursuivre la mission certifiée alors que les indicateurs de preuve de l'effectivité de la mission ne sont pas validés.

qui n'étonne pas l'équipe de direction qui sait la reconnaissance des usagers à l'égard de celui qui vient les soulager dans leur détresse. D'un point de vue plus qualitatif, ce qui est jugé être de la qualité, « *c'est quand on arrive à caler nos interventions et quand on arrive à répondre à la personne ; quand il y a une corrélation entre attentes, besoins, et quand toutes les conditions de la prise en charge sont réunies pour qu'elle s'effectue en toute sécurité* ». On retrouve, d'une certaine manière, le triptyque de la qualité : que l'organisation puisse prodiguer les soins dans les meilleures conditions pour les professionnels en tenant compte des attentes de l'utilisateur. Cette généralité laisse entrevoir l'existence des dimensions objectives et sensibles de la qualité. Lorsqu'on évoque le thème des indicateurs de la qualité, les coordinatrices relatent des exemples qui sont, selon elles et du point de vue des usagers, des situations qui donneraient à voir la qualité dans le processus de travail du soin.

Verbatim Coordinatrice : On sait que le changement de situation peut révolutionner le fonctionnement des gens (par exemple, la mise en place d'un siège de douche, une barre murale, ...). Mais on ne cherche pas à tout révolutionner, et si par exemple, un médecin prescrit une douche par jour à une personne qui n'en a jamais pris de sa vie, nous ne le ferons pas. Nous laverons le dos un jour, l'autre le visage etc... pas de violence à la personne. On est à cheval pour la sécurité des personnes et du personnel, mais on n'est pas standardisé pour les actes à la personne. On ne lave pas tout le monde de la même façon quoi qu'il arrive. Si un jour une personne veut rester sous sa couette, on la laisse, mais on fera attention à ce que ce ne soit pas un syndrome de glissement. Et parfois, on se rend compte que passer tous les jours, c'est trop étant donné le nombre d'intervenants dans la journée (kiné, aide, infirmière, etc.), mieux vaut qu'on passe moins dans la semaine, mais avoir la personne quand elle est plus réceptive.

Il en va de même pour les personnes bénéficiant de prises en charge APA ou PCH, l'important « *c'est de se mettre à la portée des gens* ». Il s'agit de permettre aux usagers de garder la main sur le processus de déroulement de l'aide, même si cela porte sur des actes apparemment insignifiants : « *pouvoir décider si elles veulent lancer une machine ou pas aujourd'hui* ». Comme nous l'avons

évoqué dans l'exemple précédemment traité, la qualité est référée à la capacité des professionnels à évaluer une situation singulière et à s'y adapter.

3.2.3.8 - La qualité en SSIAD aujourd'hui et demain

Pour les coordinatrices¹⁸⁸, la question de la qualité se pose sous deux aspects complémentaires : qu'est-ce qui a été voulu pour les publics accueillis en SSIAD et qu'en sera-t-il, lorsque l'ARS appliquera la T2A (tarification à l'activité) aux SSIAD ? Dès le début des années 80, sous Raymond Barre¹⁸⁹, la recherche de réduction du coût de l'hospitalisation conduit à l'apparition d'un panel d'offres élargies, dont les SSIAD qui visent à permettre aux personnes bénéficiant de soins de rester à domicile plutôt que d'occuper des lits d'hôpitaux. Mais cette avancée est due aussi au progrès des techniques de soins à domicile et à l'idéologie qui l'accompagne. Pour celle-ci, le soin à domicile permet de s'adapter à la personne, alors que le patient hospitalisé ne peut qu'être soumis aux exigences de production et à l'organisation du travail qui y prévaut. L'insistance sur ce point n'est pas fortuite, elle souligne l'effort d'une politique qui comprend, que l'exercice du soin à domicile ne peut réussir qu'en s'intégrant dans le rythme et la temporalité de la personne, le professionnel ne dispose plus du « patient » selon son rythme. Le soin à domicile introduit une petite révolution, en appréhendant l'utilisateur dans son milieu naturel, l'acte de soin devient socialement contextualisé. De ce fait, s'opère un relatif glissement de l'approche scientifique versus technique du soin à domicile vers une approche politique versus relationnelle. Le soin, pratiqué dans le contexte de vie de la personne, fait progresser la posture du soignant vers un rôle préventif et éducatif. Celui-ci écoute,

¹⁸⁸ Sans doute est-il utile de situer, pour comprendre les raisons pour lesquelles les coordinatrices se saisissent spontanément de l'approche comparative pour exposer leurs points de vue, qu'elles appartiennent à la génération de la naissance des SSIAD (l'une est diplômée en 1972, la seconde en 1986). Ceci pour donner des éléments sur la méthode utilisée pour aborder la problématique. S'agissant de leur position sur le fond, elle n'est en aucun cas réservée aux personnes qui auraient vécu l'histoire, la position idéologique pouvant dépasser le vécu.

¹⁸⁹ Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées et la circulaire n°81-8 du 1er octobre 1981 relative aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées.

regarde, questionne, recommande. Cet ensemble d'attitudes se vérifie dans les actes des soignants à domicile notamment auprès des personnes âgées. Regarder ce que contient le réfrigérateur, observer la condition physique et la disposition psychique de la personne, prendre régulièrement la tension, conseiller les adaptations de l'environnement lorsqu'il en est besoin, et, surveiller la qualité de la peau, les risques de déshydratation ou encore la qualité du repas, voilà une ensemble de « gestes » qui correspond à ce qui est convenu d'appeler une approche globale. Telle semble bien être la mission des personnels infirmiers et aides-soignants intervenant dans le cadre historique des SSIAD. Cette approche, qui combine au soin le soutien psychologique et éducatif, n'est pas strictement prescrite par le médecin. L'intervention du SSIAD se situe dans un ensemble d'actes qui va au delà de la stricte dispense de soins et qui permet à la personne de s'inscrire dans la continuité de son maintien à domicile. En d'autres termes, avec le SSIAD, le maintien à domicile vaut, non parce qu'il distribue du soin, mais par tout ce qu'il apporte en terme de soin relationnel¹⁹⁰ et qui n'est pas quantifié, ni quantifiable, par la prescription médicale. L'approche par la T2A (Tarification à l'activité) introduit un raisonnement implicitement critique à l'égard de l'existant. En effet, la T2A, favorable à une approche resserrée sur la technique par le truchement du paiement à l'acte, semble « déseccaster » le soin de l'épistémologie médico-sociale dans lequel l'approche SSIAD l'avait logé au profit de sa réinterprétation dans la sphère sanitaire. La vision HAD (Hospitalisation à domicile) deviendrait dominante. Le temps passé auprès du malade, unité de compte prévalant encore dans le financement de l'activité du SSIAD, pourrait disparaître au profit de la nouvelle clé de calcul qu'est justement la T2A, soit un financement variable selon le degré de technicité de l'acte réalisé. De fait, pour les coordinatrices, ce mode de comptage exclut d'étaler le soin en plusieurs passages, le passage à deux intervenants (le rôle de l'aide-soignante étant minoré dans la T2A), mais surtout il tend à sous évaluer le temps consacré à l'ensemble des tâches relationnelles. Ce recentrage sur la dimension technique du soin se voit lui-même dynamisé par le système de points affectés à la technicité de l'acte et à la « technologisation »

¹⁹⁰ Terme utilisé par une des coordinatrices.

de son univers. En effet, la valeur de l'acte tient compte du matériel, de la présence d'un lit médicalisé, lève-personne, déambulateur, tout ce qui, en bref, peut donner force à la technique et attester formellement du degré de dépendance. D'ailleurs, certaines infirmières libérales conditionnent leurs interventions à l'existence d'un environnement médicalisé. D'une certaine manière, le SSIAD intègre ces changements à venir dans son mode de fonctionnement¹⁹¹ avec quelques nuances de taille, puisqu'il dispose encore de temps pour « travailler au corps et dans le temps » les personnes âgées¹⁹² pour éviter la violence que produit l'assujettissement à la temporalité d'autrui. Mais pour le directeur, le SSIAD va vers l'acceptation d'un changement « inéluctable » car lutter contre une technologie qui promet d'accroître le confort est une partie perdue d'avance, même si le prix est chèrement payé, comme par exemple, lorsque la nécessité d'installer un lit médicalisé dispense le service de toute négociation avec l'usager et se paie pour ce dernier du manque de temps pour envisager le deuil du lit conjugal.

Par ailleurs, le paiement à l'acte risque, selon les coordinatrices, de ruiner l'esprit d'équipe qui prévaut au travail du SSIAD. L'équipe sert de relais pour une multiplicité d'occasions¹⁹³ et dont les principales sont : se déplacer à plusieurs lorsque les manipulations sont difficiles, alterner les passages entre collègues pour les personnes psychiatisées et souffrant de troubles du comportement difficiles à contenir en continu par les professionnels, profiter de l'ergothérapeute de l'équipe pour faire la prévention des escarres auprès des usagers, alerter des services appropriés selon les informations remontées par les aides-soignantes ou les

¹⁹¹ Bien que les motifs invoqués soient forts différents : sont évoqués le confort des professionnels comme celui des usagers. Il s'agit de réduire les accidents du travail comme les accidents de manipulation. Par exemple, dans le livret d'accueil du SSIAD, sont stipulés les matériels nécessaires à l'intervention selon la situation de la personne. On peut voir dans ces attentes, une technologisation de la relation et possiblement une autre manière de parler d'argent.

¹⁹² Le thème de l'accompagnement des personnes jeunes en situation de handicap se pose avec beaucoup moins d'acuité.

¹⁹³ Nous reprenons ici, par fidélité et pour tenir la nuance, la terminologie des coordinatrices, terminologie qu'on pourrait, du point de vue du signifié, remplacer par le terme que nous avons commencé à employer plus haut et sur lequel nous reviendrons, à savoir que l'équipe fait tiers.

infirmières¹⁹⁴, le SSIAD disposant de moyens hors de portée d'une infirmière libérale.

3.2.3.9 - La qualité comme processus de co-production

Cette monographie renseigne sur plusieurs aspects de la qualité. La vision du directeur, en tant qu'il est aussi manager, met en évidence que la qualité de la prestation dépend pour partie de ce qui se passe en amont de la prestation. Pour lui, la qualité est produite par le processus même du travail, c'est à dire conditionnée par un rapport au travail qui se constitue à partir de deux registres : celui des conditions objectives du travail et celui relatif à l'état d'esprit insufflé par la direction. Si l'on s'appuie un instant sur ce que des auxiliaires de vie rapportent de leur travail, nous sommes fondés à penser que l'état d'esprit dynamique du manager n'est pas en mesure de compenser la dureté des conditions de travail. Il convient de reprendre à Richard Sennett¹⁹⁵ le titre de son ouvrage « le travail sans qualité » et de le faire fonctionner pour notre démonstration. Si l'on se projette du point de vue des auxiliaires de vie, il y a de fortes chances qu'un travail sans qualité corresponde à un travail qui n'a pas d'intérêt. Mais un travail sans intérêt est cependant honoré et il le sera d'autant si le maintien dans l'emploi en dépend. Ainsi, un travail peut être fait, sans qu'on lui attribue le qualificatif de qualité. Du point de vue des auxiliaires de vie, peut-on parler de travail de qualité simplement parce que le travail est fait?¹⁹⁶ Il semble bien, que vouloir saisir la substance de la qualité dans la prestation, conduit à dépasser l'approche par la mesure factuelle et quantitative du type « travail fait/travail non fait¹⁹⁷ », au profit

d'une approche intersubjective qui appréhende la qualité comme la résultante du rapport subjectif que le professionnel entretient à son acte de travail, acte composé de tâches objectives et de relations (aux collègues, aux clients). Ainsi, comme on dit de la beauté qu'elle est dans l'œil de celui qui regarde, la qualité est définie par celui qui l'« éprouve » comme telle. C'est-à-dire que la qualité du travail du professionnel peut être aussi liée à la perception qu'en propose l'utilisateur. Le terme de qualité ne s'applique donc pas, *in fine*, à la tâche exécutée, mais à l'état d'esprit investi dans la chose faite. Il s'agit bien de la valeur contenue, « engagée¹⁹⁸ » – dans une dimension plus symbolique et affective qu'économique – dans la chose créée. Notre propos renvoie assez précisément à celle de M. Mauss qui définit le *Hau*¹⁹⁹ comme l'esprit contenu dans les choses échangées et qui circule entre les personnes (les choses étant là pour faire circuler l'esprit). A l'instar de Mauss, nous pensons qu'une variable décisive de la qualité serait l'esprit vivant de l'intervenant contenu dans l'« œuvre » accomplie et perçue par le bénéficiaire. La qualité, c'est l'état d'esprit engagé et à l'œuvre dans la chose faite. D'ailleurs, le directeur semble évoquer plus l'esprit qu'il insuffle à son équipe que les heures supplémentaires qu'il réalise comme formant la référence à partir de laquelle elle se mobilise. Plus que dans le fait, la qualité réside dans le soin que la personne y porte, comme on loue la conscience professionnelle d'une personne qui contrôle, avec l'assurance du maître, son travail qu'elle sait déjà avoir voulu irréprochable. La qualité suppose ainsi une intention, pour soi (par exemple la dignité de l'artisan) et pour autrui (le plaisir de la reconnaissance). La qualité résulte d'une négociation entre l'intention mise dans l'acte de produire et l'évaluation du destinataire, résulte de l'esprit perçue dans la chose faite.

194 Cela peut aller d'une demande d'accroissement de l'aide au repas, si ceux-ci sont livrés, à la révision de l'APA ou toute autre allocation.

195 Richard SENNETT, *Le travail sans qualité. Les conséquences humaines de la flexibilité*, Paris, Albin Michel, 223 pp, 2000.

196 Sans reprendre toutefois l'analyse de Sennett, on verra que la pénibilité des conditions de travail a la caractéristique de contribuer à l'auto objectivation de soi, à son auto-instrumentalisation au service d'une tâche dans laquelle la personne ne peut s'investir au risque de prendre trop durement conscience de ce à quoi le système la réduit. Déjà Taylor avait, en son temps, vanté l'intérêt des organisations à embaucher les personnels motivés par le gain, non par le travail.

197 Pour le raisonnement, il est fondamental de ne pas s'appuyer sur la polarisation « travail fait/travail mal fait », car en réalité ce binôme contient une approche normative

et non descriptive qui revient à opposer « travail bien fait/travail mal fait ». Dans cette approche, la discussion sur la qualité reprend ses droits puisque nous la concevons bien comme une évaluation subjective de la chose faite.

198 Le terme « investie » pourrait convenir à condition de l'entendre hors de l'épistémologie économique et libérale, qui suggère un rapport stratégique à la chose créée et qui se traduit par l'attente d'un rendement, d'un retour sur la chose investie.

199 Marcel MAUSS, « Essai sur le don », in *Sociologie et anthropologie*, PUF, [1925] 1978 et André ITEANU, « Le hau entre rituel et échange », *Revue du MAUSS* 1/2004 (no 23), p. 334-352.

3.2.3.10 - Une politique de la qualité : l'accessibilité et la solvabilisation des plus démunis

L'étude au plus près du terrain nous conduit à conclure sur l'idée que la qualité renvoie à l'ordre du « vécu ». Cette hypothèse ouvre une discussion sur l'éventuelle corrélation qui pourrait être établie entre la volonté politique départementale et la qualité des prestations servies dans le cadre du maintien à domicile des personnes fragiles.

Nous avons constaté que le Conseil Général du département EPSILON s'était engagé dans une politique volontariste en direction du maintien à domicile des personnes fragiles en soutenant le régime autorisé tarifé afin de contrôler le développement du marché et neutraliser les restes à charges pour les bénéficiaires. On considérera ici la volonté politique comme variable structurante de la qualité dans la mesure où elle permet à un citoyen démuné d'accéder à un service dont il serait exclu si sa part de reste à charge n'était pas supportée par la collectivité. La variable constitutive de la qualité est ainsi l'accessibilité plus que la gratuité du service. Ce raisonnement présent dans le service public se distingue de celui pour qui la qualité résulte de l'évaluation du rapport entre quantité de bien et la quantité de dépense engagée pour l'obtenir. Le raisonnement solidariste sur la qualité du service ne doit pas être confondu avec celui d'un client aussi averti qu'il soit, car amalgamer l'un à l'autre occulterait l'intention du législateur de faire de la qualité (pour tous) un effet de la solidarité et non le résultat d'un rapport instrumental (individuel) à un service. Le risque que s'établisse un équivalent entre service public gratuit et moindre qualité tient à une réinterprétation suggérée par un courant libéral selon lequel le traitement égalitariste reviendrait à un travail sans qualité, parce qu'incapable de fournir le sur-mesure qui le distinguerait du traitement réservé à la masse. Le sur-mesure, qui est une autre façon de parler de la liberté de choix du client, serait une variable et sans doute le gage de la qualité. Seule l'approche libérale pourrait, en défendant le libre arbitre individuel et l'idée selon laquelle la qualité est en rapport avec les moyens consentis (la récompense de l'effort), combler le désir d'une prestation adaptée. Nous verrons plus loin, exemple à l'appui, des directeurs de services marchands tenir un discours de stigmatisation implicite

du service public au motif que tout le monde²⁰⁰ trouve normal de payer un reste à charge et que d'ailleurs, si on veut de la qualité il faut payer un peu. L'état d'esprit de la non qualité transparaîtrait dans l'égalisation du traitement comme celui de la qualité se reconnaîtrait à la différence de prix. Ce raisonnement n'est pas confirmé par l'expérience, mais surtout, il occulte le fait que le reste à charge réglé par les clients semble permettre aux structures qui le pratique de se hisser au niveau des coûts de revient des structures autorisées²⁰¹. Ainsi la politique du Conseil Général vise, en prenant en charge le reste à charge des usagers insolubles via le régime de la tarification, une accessibilité à des services dont le régime de qualité est le même à celui pratiqué dans le secteur marchand. Et, si certains départements introduisent progressivement une logique de service selon le modèle « meilleur coût/meilleur service », ils ne renoncent pas pour autant au paradigme solidariste, les politiques de conditions de ressources et de plafonds restent en vigueur, et leur action de soutien sur la marché autorisé continue à faire d'eux les régulateurs du marché agréé.

3.3 - Trois CCAS sur les trois départements DELTA, EPSILON et ALPHA

Les points communs de ces trois CCAS sont suffisamment nombreux pour justifier de les traiter globalement et dans la même section. Nous proposons, dans un premier temps, de dresser séparément la carte d'identité de chaque CCAS, puis nous explorerons les thèmes relatifs à la qualité. Ces trois CCAS ont un principe organisateur commun puissant : ils sont tous les trois autorisés et tarifés. Les tarifs ont ainsi été négociés avec les Conseils Généraux respectifs, et chaque CCAS

200 Caricature de la manipulation de l'opinion consistant à faire penser comme un propos évident tenu par tout le monde quelques propos de clients.

201 On laissera aux économistes et aux gestionnaires le soin d'expliquer comment se constituent exactement les bénéfices des entreprises privées sachant que les entreprises de main d'œuvre comme celles du maintien à domicile ont des frais de personnel qui consomment environ 80% des recettes. Il semble que le bénéfice ne puisse se constituer que sur le niveau du reste à charge demandé au client. Ainsi, on pourrait penser que le reste à charge sert à la constitution du bénéfice (que ce soit par le niveau de rémunération que s'octroie le gérant ou par les dividendes versés) et non à la qualité du service.

s'est entendu sur un volume d'heures minimum à réaliser. Les trois CCAS ont comme autre caractéristique d'évoluer dans un contexte d'affirmation d'une volonté municipale. Cette dernière a, d'une part, toujours essayé de manifester son soutien aux personnes en difficultés d'insertion sociale et professionnelle, et, d'autre part, soutient l'emploi (non précaire), favorisant, à ce titre, l'accès à un emploi à plein temps et la titularisation du personnel afin de lui garantir un salaire décent et une sécurité. Cette orientation, au-delà de ses avantages, pose aux directeurs le problème récurrent de la gestion des absences fréquentes pour causes de maladies ou accident du travail. Cette caractéristique semble être un effet de la titularisation du personnel qui travaille à plein temps et qui maintenant vieillit. Les CCAS se trouvent ainsi face à la particularité de devoir gérer, plus que toute autre entreprise dans le même secteur d'activité, les effets de la pénibilité du travail. Dans la mesure où nombre de postes de travail sont à plein temps ou concernent des contrats à 80%, il devient difficile pour les directeurs d'organiser les remplacements en interne. Et faire appel à des solutions externes est aussi compliqué du fait que l'emploi de CDD se traduit par le risque, en cas de mise au chômage en fin de contrat, de prise en charge des indemnités de chômage par la ville. Cette situation pousse les CCAS à faire appel soit à des vacataires, soit à des entreprises d'intérim, ce qui accroît considérablement les charges dans un contexte où les communes ont de moins en moins les moyens de verser une « subvention d'équilibre » pour reprendre le déficit engendré par de « bons sentiments ». Quelle que soit la solution, le maintien d'une qualité constante au domicile des usagers est toujours une gageure.

3.3 1 - Le CCAS dans le département EPSILON

Comme tout CCAS, celui de la ville de Seyoui offre des services territorialisés notamment aux populations les plus démunies. Le service a été autorisé en 2007 sous condition de répondre au cahier des charges qualité édité par le Conseil général. Les services candidats devaient organiser des astreintes sur le territoire et s'engager à assurer les services les samedis et dimanches. Ce travail a conduit le CCAS à s'intéresser à la problématique de la qualité. La certification, voulue par la commune, a abouti en 2010, elle a été conduite par la directrice dans l'objectif « de faire face à la concu-

rence, trouver à pérenniser les emplois et montrer à la population et aux financeurs que la ville offre des prestations de qualité ». La certification a été l'occasion d'un travail participatif qui a contribué à la structuration du service tel qu'il fonctionne aujourd'hui. Le CCAS est tarifé à 18,87 euros/H²⁰², et autorisé pour 59 000 heures avec un minimum de 35 000 heures. Le CCAS intervient chez 400 bénéficiaires, assure le portage de repas pour 160 personnes par jour, le transport de 150 personnes, réalise 60% de son activité pour l'APA et 5% pour la PCH. Le CCAS emploie 60 aides à domicile²⁰³, dont 15 sont diplômés, soit 30 ETP titulaires et 15 EPT de remplacements. L'âge moyen du personnel est de 45 ans. Les interventions vont de 8H à 20H et fins de semaines, le CCAS pouvant intervenir à la demi-heure. Les temps de transports sont compris dans le temps de prestation. Il est convenu que l'intervenant arrive cinq minutes après l'heure et parte cinq minutes avant l'heure.

S'agissant de l'organisation du travail, le CCAS tente de mettre en place une relation fidélisée entre professionnels et « clients²⁰⁴ » et il favorise l'organisation de binômes d'intervention notamment pour le GIR 4, 3 et 2. Les GIR 6 et 5 sont considérés comme non prioritaires pour ce qui est de la fidélisation de la relation. Cette fidélisation de la relation ne peut être tenue dès lors que le nombre de passage au quotidien devient trop important et que, d'autre part, le CCAS se doit d'assurer la continuité du service par ailleurs.

L'ensemble des outils préconisés par la loi 2002-2 est utilisé et un cahier de liaison est mis en place au domicile du client pour la correspondance entre professionnels. Il existe aussi une charte déontologique créée par et pour les professionnels, ainsi qu'une fiche confidentielle accessible aux agents concernés par les éventuelles précautions à prendre chez certains usagers. La certification a introduit la culture de la traçabilité et cette pratique participe, pour la directrice, à la responsabilisation des agents. Elle a aussi impulsé le questionnaire annuel de satisfaction des clients. Les aides à domicile se réunissent une fois par mois pour la coordination des plannings (qui évoluent

202 Le coût réel étant de 22€/H, la subvention d'équilibre est estimée à 180 000 €/an.

203 Représenté par tiers d'origine africaine, maghrébine, française, tout comme le public pris en charge.

204 La directrice note que le terme « client » tend à se substituer à celui d'« usager » depuis la certification.

en réalité toutes les semaines) avec la responsable de secteur et bénéficient d'une supervision mensuelle. Par ailleurs, le CCAS organise des réunions thématiques avec des intervenants extérieurs. Le personnel fait l'objet d'une évaluation annuelle (entretien de carrière professionnelle) et il lui est possible d'obtenir une supervision individuelle, à la demande, lors d'intervention qui concerne des placements, des décès, la prise en charge de pathologies lourdes. Il lui est aussi possible de rencontrer le responsable de service ou la directrice pour tout problème professionnel (évoquer une situation de maltraitance au domicile et à l'égard du personnel, suspicion de conflits à l'intérieur de la famille). Pour la directrice, la responsable de secteur est au centre de la relation triangulaire entre professionnel, client et service.

La coordination avec l'hôpital est réputée fluide, de même qu'avec les médecins libéraux et les CLIC de niveau 3. Des réunions de synthèse peuvent être organisées au cas par cas sur la gestion des cas complexes, de même, sont organisés, toujours avec les CLIC, des programmes d'aide aux aidants. S'agissant de définir la qualité, la directrice estime que c'est une démarche sans fin de remise en question permanente des pratiques. Pour elle, la qualité est un outil du management. La démarche de certification a permis de valoriser les emplois, en montrant que toutes les fonctions contribuaient à la réalisation de la qualité de la prestation. Pour le client, c'est une visibilité plus grande des intentions municipales. L'accompagnement de la qualité passe, pour les professionnels, par la possibilité de s'appuyer sur un référent qui les soutient et les aide à surmonter les difficultés rencontrées au domicile. L'intervention de qualité se donne à voir à travers la posture du professionnel et sa déontologie qui porte notamment sur le respect de la vie privée du client. Les signes de la qualité, au-delà de l'acte réalisé, résident dans le climat social qui s'instaure entre professionnel et client. C'est, autrement dit, le relationnel qui, de son point de vue, fait la qualité. Les réponses formulées dans les enquêtes de satisfaction envoyées par courrier (dix jours après le début de la première intervention et puis une fois par an) sont certes des traces, mais l'attention est concentrée, là encore, sur la gestion des réclamations. La responsable de secteur est tenue de faire une visite à domicile par an et se déplace systématiquement, en cas de réclamation, chez les clients, son rôle étant de leur permettre d'exprimer un point de vue qualitatif.

Ces visites doivent aussi permettre l'adaptation du service aux besoins, cette réactivité étant aussi un signe de la qualité. La limite à ce système se situe au fait que les moyens ne sont pas en rapport avec l'exigence de qualité. En effet, les services sont amenés à prendre sur leurs fonds pour faire vivre une démarche qualité peu financée par le Conseil Général.

3.3 2 - Le CCAS dans le département DELTA

La directrice du CCAS de Bourg est secrétaire départementale UNA et elle est actuellement soutenue par cette fédération dans sa procédure de certification en cours. Elle dit vouloir cesser de devoir se justifier en permanence auprès des usagers et des financeurs. La certification doit aussi aider au positionnement vis-à-vis de la concurrence, non que la concurrence représente vraiment un danger, mais le CCAS doit faire des efforts pour limiter l'importance de la subvention d'équilibre. Le danger réside davantage dans le risque de déléguer les services d'aide à domicile au secteur associatif pour cause de non maîtrise des coûts.

Le service d'aide du CCAS est un service autorisé et tarifé par le Conseil Général. Il a été autorisé à la condition de procéder à des rapprochements avec d'autres structures du département, afin de proposer un service 7 jours sur 7. Le Conseil Général finance l'APA et la PCH à hauteur de 22,84 euros de l'heure. En contrepartie de cet effort (et engagement politique), le Conseil Général a exigé la création d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CEPOM), ce qui a conduit le CCAS à organiser un partenariat formel avec les partenaires du champ, à savoir le SSIAD et l'HAD. Il reste, néanmoins, encore difficile de coordonner l'ensemble des interventions en raison des temporalités différentes dans lesquelles évoluent les services.

Le service d'aide à domicile est composé de 30 aides à domicile, dont 40% de diplômés. Le Conseil général estime qu'il y a trop de diplômés. L'âge moyen de l'équipe est de 46 ans en 2010. 43,5% du personnel a plus de 50 ans et 9,5% plus de 60 ans. Le personnel est stable et 22 personnes sur les 30 sont titulaires de la fonction publique. Le service d'aide est autorisé pour 36 000 heures mais n'a réalisé que 33 000 heures pour cause de décès de clients non remplacés et maladies du personnel. 274 bénéficiaires sont servis en 2010

dont 138 situations APA (augmentation de 9% en 2009) et 10 en PCH (le CCAS instruit localement, telle une antenne, les demandes pour le compte de la MDPH, qui se situe à 30 kilomètres).

Le territoire est réparti en deux secteurs. Le CCAS essaie de tenir compte des lieux d'habitation des intervenants dans l'attribution des missions et il existe un forfait de dix minutes de déplacements entre usagers qui équivaut à un forfait de 4 heures de déplacements par semaine. Ainsi, sur 36,30 heures/semaine, les professionnels doivent intervenir 32,30 heures chez les bénéficiaires. L'accroissement de la demande APA est continu, mais la demande CNAV concernant l'aide facultative diminue. La CNAV réduit son budget sur les GIR 6 et 5, qui sont financés à 19,80 €/h, ce qui amène le CCAS à facturer en dessous de son coût réel. De plus, la CNAV n'autorise pas la facturation d'un reste à charge pour l'utilisateur au risque d'être déconventionné. Dans la baisse générale d'activité, le CCAS note, cependant, une augmentation de 8% sur les interventions de GIR 1 en 2010. Les 2/3 du travail du service portent sur l'APA. Le service fonctionne de 8 à 19 heures. Cet ensemble de conditions expliquerait l'absentéisme et les maladies. La taille de l'équipe et le statut des personnels rendent difficile la gestion des remplacements d'où l'appel aux entreprises d'intérim.

Le service a bénéficié du soutien du FMAD (Fonds de Modernisation de l'Aide à Domicile) financé par la CNSA à 70% et par le CG à 30% (en 2010). Ce soutien a permis la mise en place d'un système PDA (Personnel Digital Assistant), qui a lui-même permis d'importants gains de productivité, gains nécessaires étant donné les contraintes de budgets. Ce système permet d'informer en temps réel le personnel concerné par les changements de planning, par un système de SMS. De même, ce système récupère le temps passé chez l'utilisateur, permet de faire signer la prestation par l'utilisateur, de faire ainsi le décompte des heures et la facturation dans un même « process ». Le système est synchronisé avec la fiche de paie. Il permet d'affiner les plannings et de cerner le temps effectivement effectué. C'est, pour la directrice, un outil fiable de preuve pour les familles. Tout ce temps gagné doit être mis au service du temps d'intervention à domicile.

Verbatim Directrice : Nos gens sont parties-prenantes de ce système car ils doivent passer au service pour

nombre de petites modifications etc. Mais on gardera la remise de planning tous les vendredis soirs. Ce qui permet de garder le lien et aux collègues de se croiser. Ça permet de revalider les choses. Il fallait qu'on trouve des outils pour gagner du temps pour être à domicile.

Le CEPOM prend en charge le coût de l'abonnement annuel des PDA. La directrice fait part des pertes de marché liées au fait, qu'auparavant, le CCAS était le sous-traitant de la CNAV pour les instructions des GIR 6 et 5 et pour leur prise en charge, alors que maintenant, cette délégation a été attribuée au CLIC. Mais le CCAS était aussi prestataire. De même, le CLIC n'oriente pas forcément le public vers le CCAS pour la réalisation du plan d'aide²⁰⁵. Actuellement, ce CCAS doit donc faire face à des pertes d'heures dues au décès de personnes prises en compte ou à des placements en institution. C'est pourquoi, le CCAS s'oriente vers l'accompagnement de la fin de vie au domicile, l'accompagnement à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, des prises en charge très lourdes suivies en HAD. Certaines aides à domicile sont formées en gérontologie. Des familles se sentent plus en sécurité lorsque le parent est à l'hôpital. Le CCAS travaille avec le réseau de soins palliatifs, mais la directrice signale que les médecins sont encore réticents à l'accompagnement de la fin de vie à domicile. Ils estiment que cet accompagnement est du ressort du sanitaire, non du médico-social. Cela étant, elle constate que le rapprochement est réel avec le secteur de la gérontologie.

S'agissant des conditions de travail, la directrice attire l'attention sur la pénibilité du travail. Il se peut que les professionnels doivent se rendre chez 7 personnes différentes par jour, ils doivent donc s'adapter en permanence et gérer les temps de transports (le CCAS fournit les vélos). L'équipe, cependant, reste stable et engagée dans son travail. Pour soutenir les professionnels, les responsables de secteur leur rendent visite au domicile des personnes accompagnées. Une réunion d'équipe a lieu tous les deux mois. De même, des groupes de parole sont mis en place tous les deux mois avec un psychologue, en l'absence de la hiérarchie. Il existe aussi des réunions entre les responsables de secteurs pour évoquer les situa-

²⁰⁵ De plus, le temps plafond alloué est passé de 25 à 8 heures.

tions difficiles pour le personnel. Enfin, il existe un principe de formation continue qui a été mis en place avec le partenariat de l'UNA. Une réunion annuelle festive a lieu avec le maire qui connaît tous les intervenants à domicile qui habitent tous Bourg. Par ailleurs, ce dernier fait périodiquement publier un article sur le fonctionnement du service dans la gazette locale, autant pour véhiculer de l'information que pour soutenir le personnel et l'image du service.

Il apparaît également que le profil des personnels évolue. Auparavant, le service, comme la population accompagnée, se composait majoritairement de personnes d'origine française alors qu'actuellement, les profils sont devenus plus mixtes, entraînant de nombreux problèmes de racisme au domicile et renforçant la difficulté de stabiliser les binômes. En ce qui concerne la qualité de la prestation, les clients se montrent, selon la directrice, globalement satisfaits même s'ils attirent l'attention sur le fait qu'ils supportent difficilement le changement de personnel, raison pour laquelle le CCAS a instauré des binômes d'intervenants. Les clients souhaiteraient également davantage de communication avec les responsables de secteur, cette demande étant récurrente du fait du fort absentéisme qui nécessite en permanence de gérer les remplacements. Le CCAS constate que le niveau de retour des enquêtes de satisfaction est bon lorsque les agents aident à remplir les questionnaires, alors qu'il est moindre dès lors que les agents « *ne tiennent plus la plume* ». À l'heure actuelle, le CCAS essaie de constituer un conseil de la vie sociale pour favoriser l'expression des usagers et de leurs familles, cette dernière étant toujours difficile à saisir.

Pour la directrice, la qualité de la prestation est en lien avec le respect du plan d'aide et le respect de la personne, l'idéal étant que les professionnels puissent le mettre en œuvre sans qu'il paraisse imposé. La qualité se manifeste par la stabilité des équipes et dépend du plaisir que les agents retirent de leur travail.

Le point de vue des professionnels sur la qualité est, selon elle, plus difficile à définir dans la mesure où il dépend des profils et personnalités des uns et des autres.

Verbatim La directrice : Je sèche un peu sur la question car c'est tellement du cas par cas. On nous demande, par exemple, ce matin de ne pas respecter le

plan d'aide, la personne veut parler, faut laisser tomber le ménage et prendre un café. C'est de la qualité, ce jour-là ça ne va pas. Pas de ménage, c'est l'écoute et le respect. Mais certaines restent accrochées à leur balai, parce qu'elles ont du mal à entrer dans ce type de rapport. On a fait une formation à l'animation de la relation, savoir aussi dépasser la prestation technique : ne pas rester accroché à son balai. Savoir s'asseoir et feuilleter l'album photos. Bien sûr l'environnement doit être clean mais y a pas que ça. C'est une alchimie au quotidien, savoir s'adapter à la situation et faire son boulot. C'est pas parce qu'on aura passé le balai qu'on aura fait de la qualité.

Verbatim Et à propos de la traçabilité de la qualité : On n'a pas d'outil de mesure de la qualité, on peut me dire ce qui est fait, pas fait par rapport à la mission (on a une check list) , mais sur le bien-être et l'ambiance, on n'a pas d'outil. On n'a que du ressenti et de la parole. Qui est-ce qui l'a ça, c'est la responsable de secteur et les agents. Et parfois on est en désaccord avec les familles qui, par exemple, campent sur le plan d'aide alors que l'utilisateur n'a pas voulu qu'on fasse le ménage ce jour-là et a préféré sortir se promener. Ça nous arrive donc de contredire les familles pour qu'il y ait le respect de l'utilisateur. Mais je n'ai pas d'idée sur les outils à créer. C'est plus facile de passer le balai. La qualité c'est aussi la fidélisation des usagers, s'ils se sentent bien. On a très très peu de départ ».

3.3 3 - Le CCAS dans le département ALPHA

Le CCAS de Rondpoint sert 1400 bénéficiaires et emploie 160 agents, soit 110 équivalent temps plein. Il est autorisé et tarifé par le Conseil Général. Le montant de l'APA est fixé à 21,86 euros pour les gestes au corps, à 19,14 euros pour le ménage et 18,80 euros pour les prestations de caisses de retraites. Le service fonctionne tous les jours de 7 heures à 23 heures et réalise 150 000 heures par an. Sur les 92 000 habitants que compte la ville, 16% a plus de 60 ans. Face à la baisse relative du nombre d'heures, les responsables du CCAS se demandent s'ils ne vont pas s'ouvrir au marché de la prise en charge de la personne handicapée. La mutualisation avec d'autres services ne semble pas être à l'ordre du jour pour la commune.

Le CCAS a un SSIAD et travaille avec le CLIC et

le réseau gérontologique. La ville est répartie en cinq territoires d'intervention avec chacun à sa tête un responsable de secteur. Le personnel bénéficie d'une réunion d'équipe par mois avec la responsable de secteur, une réunion trimestrielle avec la directrice (réunions d'informations) et des formations organisées en intra. Il existe aussi des groupes de paroles une fois par mois. Par ailleurs, le responsable de secteur, à la demande du personnel, peut intervenir au domicile pour réguler les relations. La pénibilité du travail est gérée au niveau de l'équipe notamment en proposant des plannings qui limitent le plus possible les déplacements des intervenants.

Le tiers du personnel est diplômé et la moyenne d'âge de l'ensemble dépasse les 45 ans. Depuis quelques temps, la directrice constate une aggravation de l'absentéisme dû à la longue maladie. Le CCAS s'est équipé récemment d'un système de télégestion qui automatise l'ensemble de la procédure administrative en rapport avec l'intervention à domicile. Cette simplification administrative est aussi un argument de la qualité puisqu'elle permet de contrôler l'effectivité du travail des professionnels. Le système est installé chez l'utilisateur, le professionnel est donc joignable chez l'utilisateur. Le CCAS s'efforce de limiter la rotation des personnels en affectant un nombre limité d'intervenants au même usager. Pour des volumes de 50 heures par mois, seulement deux ou trois intervenants seront nommés.

Bien que le CCAS ne soit pas certifié, il utilise l'outil d'évaluation interne édité par l'UNCASS, ainsi que l'ensemble des outils préconisés par la loi de 2002-2. La mise aux « normes » nécessaire pour être en congruence avec l'autorisation a été bénéfique pour le CCAS dans la mesure où il lui a permis de structurer la chaîne de travail et la communication avec les usagers, mais il reste très difficile de communiquer aux usagers ce qu'est un service autorisé.

En ce qui concerne le point de vue de l'utilisateur, le niveau de retour des questionnaires de satisfaction est jugé positif²⁰⁶, mais la directrice pense que le recul actuel exprimé sur la qualité du service tient à la restriction globale du nombre d'heures attribuées. On aurait ainsi d'un côté une amélioration des procédures et de l'autre une dégradation de

l'action sur le terrain. Cela étant, cette dernière estime que pour les personnes âgées la qualité consiste à ce qu'elles puissent vieillir au domicile dans de bonnes conditions. L'important semble résider dans la capacité de l'intervenant à faire vivre la relation, quelque soit l'espacement entre les interventions.

Le point de vue des professionnels sur la qualité est, selon la directrice, mis en relation avec « *le temps dont ils disposent pour bien faire les choses* ».

3.3 4 - Les points communs aux CCAS

Les trois CCAS interviennent sur différents secteurs, chaque secteur étant piloté par un responsable qui a la charge de réaliser l'évaluation des besoins²⁰⁷, de gérer le planning du personnel et de s'assurer du bon déroulement de la prestation. Les trois sont aussi contraints d'appliquer des plans d'aides relativement précis et de plus en plus fractionnés, ce qui pose des problèmes d'attribution de compétences. Dans la mesure où le CCAS verse globalement le même salaire aux professionnels, qu'ils soient qualifiés ou non, le client est assuré d'être accompagné par une personne qualifiée qui dispense aussi une aide-ménagère. Les trois CCAS ont une politique d'emploi de quasi plein temps et une politique de titularisation qui conduit à un taux d'activité important ce qui expose le personnel vieillissant, plus fortement que celui employé à temps partiel, aux accidents et arrêts maladies. Par ailleurs, l'effet de carrière produit une augmentation continue des salaires qui semble être, d'année en année, toujours plus compliquée à intégrer dans le coût horaire. Par conséquent, les CCAS ont à gérer aussi bien l'aide à domicile que l'insertion sociale et professionnelle de leurs personnels, la titularisation leur permettant, cependant, de stabiliser les équipes de travail qui

²⁰⁶ La directrice souligne qu'elle n'a pas de personnel susceptible de travailler réellement les résultats.

²⁰⁷ Il faut constater quelques variantes dans les manières de faire. Soit le CCAS est saisi par le public, fait une première évaluation du besoin puis l'envoie au Conseil Général qui diligente une équipe EMS pour instruction. Si l'entente est bonne entre l'équipe EMS et le responsable de secteur du CCAS, il se peut que la prise en charge du plan d'aide revienne au CCAS, sinon, elle peut être proposée à un autre opérateur malgré la préparation faite par le CCAS qui n'a fait que prendre une initiative. Toujours est-il que lorsque le plan d'aide est validé et octroyé, par exemple, au CCAS, le responsable de secteur fait une VAD pour procéder à l'évaluation du besoin, et analyser quel professionnel pourrait correspondre aux attentes du client.

développent un fort sentiment d'appartenance à l'entreprise.

Les trois CCAS considèrent, par ailleurs, qu'ils sont en même temps soumis et relativement protégés de la concurrence. Ils sont protégés par leur statut de service public municipal, la confiance établie dans les services publics conduisant bon nombre de personnes à déposer des demandes de prise en charge auprès de leurs services. Par ailleurs, les CCAS certifiés se sont sentis rassurés par la reconnaissance de la qualité de leur travail, des rapports de concurrence s'instaurant davantage entre les services autorisés sur un même secteur, et avec le secteur privé qui, pour s'installer, pratique des tarifs attractifs.

Pour les directeurs, la qualité de la prestation passe par les rapports que les professionnels nouent avec le CCAS, l'enjeu étant pour eux de lutter contre le sentiment de solitude qui peut toujours se développer au domicile. D'où la mise en place d'une politique de soutien individualisé et collectif qui est, cependant, mise en péril par les réticences des conseils généraux à financer les heures de réunions qui sont de plus en plus prises en charge par la commune.

Comme nous l'avons évoqué en introduction, le vieillissement des personnels titulaires est aussi une préoccupation forte et les directrices sont amenées à réfléchir à la création d'emplois aménagés, ainsi qu'à des formations/reconversion. En outre, la diminution relative des plans d'aides conduit les professionnels à devoir réaliser les mêmes tâches en moins de temps, ce qui ne fait qu'alimenter le risque d'accident du travail. Le thème de l'isolement et de l'ingratitude du travail est évoqué de manière récurrente par les professionnels qui sont toujours en attente de reconnaissance, d'autant que le statut de l'emploi ne permet ni d'espérer un développement de carrière, ni d'obtenir de primes manifestant une quelconque reconnaissance.

Au niveau politique, les trois CCAS observent une régression dans la distribution de l'APA. D'un côté, la recherche de l'amélioration de la qualité est une préoccupation constante, mais de l'autre, cette exigence doit être honorée à moyens constants. Si les directeurs sont bien conscients qu'il faut faire face à l'accroissement du nombre d'ayant-droits, celui-ci se paye en diminution du niveau de la prestation, le passage d'un GIR 4 à un GIR 3 pouvant se traduire par une baisse du nombre d'heures attribuées.

3.4 - La qualité du maintien à domicile des personnes en situation de handicap : une équation du troisième degré

Pour les gestionnaires de services spécialisés dans le maintien à domicile des personnes en situation de handicap, la qualité peut être comprise comme la résolution instable d'une équation du troisième degré. Nous désignons par le terme métaphorique « équation du troisième degré » une équation complexe à résoudre du fait que les termes qui la composent sont de nature si différente qu'ils s'affrontent entre eux.

En effet, le gestionnaire est amené à devoir à articuler trois termes²⁰⁸ : les moyens alloués à la mission, les intérêts des professionnels et ceux des bénéficiaires, la qualité correspondant au compromis stabilisé entre les différents intérêts. Cela étant, la qualité ne peut se réduire à l'analyse des intérêts des parties en présence. Certes, ce travail est fondamental, mais nous verrons que certains acteurs, du fait de leurs places spécifiques dans le système, tentent de définir une qualité qui englobe les préoccupations des uns et des autres.

3.4.1 - Les enjeux pour un service d'aide du département EPSILON

L'association locale dont il est question ici émane d'une importante association nationale d'usagers militants intervenant dans le champ de l'aide à domicile des personnes en situations de handicaps sévères. Son conseil d'administration local est très actif et le président est, comme quatre autres administrateurs, bénéficiaire des prestations professionnelles proposées par l'association. L'association locale comprend deux services autorisés (à 22,50 euros/heure) financés par le Conseil Général, un SAVS et un SAD. L'organisme

208 Du point de vue du chercheur, le directeur est bien un quatrième terme contribuant à la qualité de la prestation. Il n'est pas en dehors du système. Mais dans le cadre de l'approche compréhensive, nous nous situons, pour le moment, du point de vue du gestionnaire qui construit réflexivement sa vision sur le système, élabore sur ce qu'il identifie comme contribuant à la problématique de la qualité. Il s'agit bien d'accueillir un discours tenu sur un système auquel le narrateur appartient et qu'il contribue à produire pour partie, et d'accepter que le travail réflexif projette pendant un temps le narrateur en surplomb de son action, en même temps que son discours est éminemment référé à la place concrète qu'il occupe dans le système.

déploie l'ensemble des outils mis en place par la loi de 2002-2, livret d'accueil, CVS, etc. Ces deux services rayonnent sur la ville centre et sa communauté urbaine. La partie mandataire fait travailler 70 auxiliaires de vie pour 67 employeurs bénéficiaires, le secteur prestataire concerne 90 auxiliaires de vie pour 95 personnes en situation de handicap. Deux auxiliaires de vie assurent une garde itinérante toutes les nuits de 22H30 à 5H30. La directrice des services, éducatrice spécialisée de formation avant de devenir chef de service, puis directrice du SAVS en 2006, est employée à mi-temps sur chacune des services, son adjointe étant à 80% sur le SAD qu'elle a contribué à créer en 1980. L'équipe de direction compte encore une responsable de planning. Les prestations d'aide à domicile s'étendent de 6H30 à 24H et sept jours sur sept, avec une activité intense en matin et fin d'après-midi, fragmentant la journée de nombreux intervenants. Les interventions sont territorialisées en quatre secteurs, 20 auxiliaires de vie environ se répartissent sur chacun d'entre eux afin de réduire les temps de transports rémunérés au temps réel.

Etant donné la spécificité de leur structure et des compétences mises à disposition, l'association n'a pas le sentiment d'avoir été impactée par la loi Boorlo ou d'être mise en danger par la concurrence. Elle évoque plutôt la complémentarité des interventions car son association ne peut couvrir l'ensemble de certains plans d'aides. Il arrive que les professionnels coordonnent leurs activités et interviennent en binôme avec une infirmière (l'association ne dispense pas de soins infirmiers) notamment pour aider à la manipulation des personnes lourdement handicapées. L'association doit faire face à un accroissement de la demande sans pouvoir augmenter le nombre de personnes dédiées à l'administration. Cet organisme considère qu'il bénéficie de l'estime du Conseil Général qui se montre intéressé par ses projets.

3.4.2 - Une des conditions de la qualité au domicile : l'institution d'un modèle organisationnel contenant

Du point de vue de l'organisation plusieurs éléments contribuent fortement à la qualité de la prestation. Un des plus importants, et qui fait l'objet d'une position de principe que le service défend avec force, concerne le temps d'intervention. Même s'il est de plus en plus courant que des plans d'aides préconisent des interventions d'une

demi-heure, la directrice refuse d'intervenir moins d'une heure pour deux raisons : il n'y a pas d'acte d'aide à la vie quotidienne qui puisse être accompli décemment, c'est-à-dire sans une certaine « violence » au bénéficiaire, en une demi-heure. Qu'il s'agisse de l'aide à la toilette, aux repas ou aux transferts, chacun de ces actes demande un temps en rapport avec le degré de handicap de la personne et en rapport avec la relation humaine instaurée entre le professionnel et cette dernière. Le deuxième argument porte sur l'aspect technique et financier : si le temps de transport engendre un coût égal ou supérieur au prix de revient de la prestation, l'organisation entre dans une spirale de déficit structurel, accentuée par le fait que l'ancienneté du personnel pèse fortement sur le budget. L'expression de la directrice, pour qui la qualité, « *c'est lorsque je n'ai pas à me soucier du coût horaire* », revient à corréliser le niveau de la tarification au degré de confort dont bénéficient les professionnels et les usagers.

Les dirigeants mettent un soin également à planifier des interventions qui restent cependant fortement exposées aux modifications du fait de l'absentéisme et des agendas et exigences des personnes en situations de handicap. Le service a fondé sa réputation sur sa réactivité, il a su jusqu'à ce jour adapter les horaires d'interventions aux changements d'emplois du temps des bénéficiaires, qu'il s'agisse de leurs loisirs ou des à-coups professionnels.

Par ailleurs, le service applique une règle de non exclusivité de l'intervenant pour le bénéficiaire. Il s'agit de donner la possibilité aux professionnels et aux usagers de vivre différentes expériences relationnelles et d'éviter que se nouent des attachements trop forts. Le choix est donc fait d'une polyvalence du personnel dans l'intervention même si le bénéficiaire a, par effet de cycle de travail, affaire globalement au même groupe d'intervenants.

Si la fidélité du personnel semble garantir, pour la direction en poste, une certaine qualité du travail, elle se paie d'un coût financier et organisationnel. En effet, la directrice et son adjointe attirent l'attention sur le fait que la PCH a introduit une révolution qui a conduit l'association à réaliser une « remise à niveau » culturelle, tant l'introduction de la PCH a bouleversé les pratiques d'alors. Les intervenantes, dont un bon nombre exerce encore dans l'association, étaient, selon elles, habituées à l'action, faire le ménage et passer d'une inter-

vention à l'autre toutes les heures. Aujourd'hui, elles doivent combiner différentes approches et répondre à différents besoins qu'elles n'avaient, pour certaines, jamais entrevus : faire la lecture, accompagner l'utilisateur dans des activités sociales, aider aux actes administratifs, tout un ensemble de nouvelles activités à accompagner auxquelles le personnel, parfois réfractaire parce que se situant uniquement dans la logique de production physique, visible, quantitative, a dû se former. L'amélioration de la prise en compte des besoins des usagers est passée, pour le dire un peu rapidement, par une reconsidération totale de la dynamique qui s'était historiquement instaurée à l'ère de l'« aide-ménagère ». C'est en effet, dans les années 2006, qu'est introduit le thème de posture éducative comme une compétence qui vient qualifier le geste professionnel.

À la suite d'une demande du CVS, la direction s'est engagée à visiter chaque usager à son domicile une fois par an, ce qui, dans la pratique, n'est pas possible. Toutefois, elle dit intervenir dès que le bénéficiaire ou le professionnel en expriment la demande et, en cela, la direction tient à occuper sa fonction de tiers dans une relation qui se noue en dehors d'elle et qui lui échappe en grande partie. Cette fonction de tiers serait nécessaire, selon la directrice, pour protéger le personnel et l'utilisateur. Elle serait utile « pour déjouer tout ce que peut entraîner une relation quotidienne qui se déroule dans l'intimité ». C'est pourquoi la direction cherche, par l'« organisation » qu'elle met en œuvre, à générer, par l'impulsion d'un ensemble de dispositifs et de principes, les conditions d'une certaine posture professionnelle que les usagers pourraient évaluer comme une contribution à la qualité du service rendu. Ces dispositifs ne peuvent réussir automatiquement, ils n'ont d'effets que s'ils sont soutenus par une conviction que l'équipe de direction s'efforce de transmettre à ses équipes et selon laquelle « la qualité tient aux personnes, et non à la force des procédures ».

Pour maintenir ce modèle organisationnel reposant sur la fidélité et sur la confiance, et jugé satisfaisant du point de vue des parties (usagers, professionnels, direction), la direction sait qu'elle doit offrir, notamment pour conserver le personnel diplômé, des compensations à la pénibilité du travail et à la souplesse dont il doit faire montre pour s'adapter aux modifications du planning (en sachant que le personnel travaille un week-end sur deux, l'autre moitié de l'équipe étant compo-

sée d'élèves infirmiers). La pénibilité du travail se donne très rapidement à voir puisque le *turn over* le plus important est constaté sur le premier mois du recrutement²⁰⁹. Le niveau de rémunération (de la convention 51) ne semble pas suffisant pour susciter les vocations durables pour l'accompagnement des personnes en situation de handicaps lourds. Ce travail physiquement éprouvant (la « manipulation » des personnes est fréquente) n'est pas pour autant compensé par un contrat de travail à même de mettre à l'abri du besoin le professionnel intervenant à domicile. En effet, le contrat de travail est signé sur une base 130 heures par mois en moyenne car l'organisation cherche à conserver une marge de manœuvre pour gérer l'absentéisme sans avoir à faire appel à l'intérim ou à des contrats à durée déterminés²¹⁰. En effet, en cas d'absentéisme elle peut recourir à ce personnel en lui proposant de réaliser des heures complémentaires (jusqu'à la hauteur de 169 heures/mensuelles) et non supplémentaires. Aussi le personnel qui reste, est-il, dans sa grande majorité, robuste et bien souvent, en situation de précarité économique et de vulnérabilité sociale. En contrepartie, l'organisation s'efforce de soulager le personnel de certaines astreintes en faisant assurer aux élèves infirmiers certaines nuits, notamment les samedis et dimanches.

La gestion des plannings, considérée comme un élément de la qualité – il faut quotidiennement « réussir le planning » – qui met en jeu les compétences expérientielles et relationnelles de leurs gestionnaires, suppose que ces derniers y intègrent un ensemble d'« ingrédients » plus ou moins formels qui concourent à sa réussite comme on dirait d'une recette de cuisine qu'elle est réussie grâce à l'équilibre des saveurs que le chef cuisinier arrive toujours à trouver quelque soit la saison et les ingrédients qu'il a sous la main : ne pas faire sortir les intervenants du territoire qui leur est initialement attribué, ne pas leur attribuer quatre personnes tétraplégiques dans la même matinée, ne pas leur attribuer plusieurs personnes de suite au caractère irascible, ne pas dépasser un certain temps de transport entre deux interventions, ne pas mettre une nouvelle intervenante avec un

209 Le temps consacré au recrutement peut prendre des proportions telles que la direction sous-traite avec des agences d'intérim.

210 Ce point est commun à toutes les organisations que nous avons rencontrées.

nouvel usager ; toutes ces attentions portées sur les conditions de travail du personnel visent, par ricochet, à tenir les engagements de qualité envers les usagers. La direction offre, par ailleurs et autant que faire se peut, aux nouveaux arrivants en mode prestataire un programme de dix jours de formation et propose un dispositif de formation continu au personnel en poste dans le secteur prestataire, comme elle tente aussi de sécuriser les conditions de travail adjoignant durant les premiers jours le personnel nouvellement recruté à une collègue chevronnée. Toujours dans le souci de créer les conditions organisationnelles de la qualité au domicile, la direction valorise la prise de parole : des groupes de paroles de 1H30 ont lieu mensuellement avec la psychologue du SAVS hors présence hiérarchique et doivent être pour les auxiliaires des occasions de se rencontrer (l'intervention à domicile étant toujours un moment de solitude), d'échanger sur les difficultés rencontrées (nombre de professionnels dit souffrir d'une faible considération de la part des personnes handicapées et d'une faible reconnaissance de leur travail) et de construire des solutions. Par principe, les groupes de paroles sont reformés tous les ans afin d'encourager l'apprentissage par les pairs et de maintenir une vie dynamique aux groupes. Par exemple, pour soutenir l'échange entre personnel et institution, la direction s'attache aussi à proposer des instances de régulation et de réflexion, une réunion collective mensuelle étant organisée par secteur et, en 2011, un groupe de professionnels a été chargé de réfléchir sur l'usure professionnelle. Par ailleurs, la direction se dit ouverte à toute demande de rencontre individualisée avec le personnel : « *la porte est toujours ouverte* », « *il s'agit dans tous les cas de prévenir la maltraitance de quelque bord qu'elle soit* ».

La mise en œuvre d'une prestation de qualité passe aussi par l'exigence d'une attitude professionnelle donnée. La bienveillance, comme compétence et comme attribut personnel, est la première « qualité » (au sens d'une qualification) requise à l'égard des usagers accompagnés, tout geste technique réalisé avec rudesse, indifférence, sécheresse ou méchanceté étant une preuve manifeste d'incompétence. Mais la bienveillance, c'est aussi la capacité à énoncer des limites, et pour être en situation de les énoncer, la relation ne doit pas être trop investie. C'est pourquoi les professionnels ne sont pas rattachés à un ou des bénéficiaires particuliers. La directrice adjointe

résume, en quelques phrases, les risques d'un management orienté vers l'écoute des demandes de traitement préférentiel :

Verbatim Directrice adjointe : Il arrive régulièrement que les choses se passent bien jusqu'à un moment où ça se dégrade, donc nous on ne laisse pas les mêmes chez les mêmes usagers. On a essayé chez une personne et au bout de quatre mois la personne ne voulait plus. On vit tout chez les gens, on est pris à partie. Avoir moins d'attachement, il faut pas que l'intervenante prenne ses habitudes. L'inverse est vrai aussi. L'attente, c'est d'avoir la même mais au bout de quelques mois ça se gâte. Il y a une lassitude, c'est comme un couple. Elle se permet d'arriver en retard, l'utilisateur se permet de lui demander plus, demande de faire des choses en dehors du temps de travail, de repasser son linge chez elle, c'est tous ces débordements là qu'on évite en faisant des rotations. Et l'attachement affectif, il y a des gens âgés dans le service, quand elles prennent du repos ou autre, les usagers sont perdus, ils ne veulent personne d'autre et c'est la catastrophe. C'est pourquoi on les habitue à rencontrer plusieurs intervenants. C'est une sécurité. Vaut mieux avoir plusieurs personnes car c'est plus dynamique. Il demande à avoir la même. Mais au bout d'un certain temps, on se trouve devant les propos du type : voyez, elle est sans gêne, elle arrive, elle met la télé, elle fait plus rien. C'est difficile de garder la frontière quand vous y allez des années. Il faut qu'ils les perçoivent comme des professionnelles non comme des amies. Des fois, ils se parlent mal, et ça se dégrade vite, il faut qu'on évite la maltraitance. »

L'attitude bienveillante au domicile est ainsi « espérée » et régulée via l'existence d'un dispositif technique, mais elle est aussi cultivée par un ensemble de recommandations concernant les attitudes et comportements à adopter. Outre qu'une politesse élémentaire est en droit d'être attendue par toute personne simplement parce qu'elle représente le rituel sur lequel se fonde l'espérance du déroulement d'une relation sociale positive, la politesse signe, dans ce type de rencontre, le minimum de reconnaissance réciproque attendu. Le risque du dérapage relationnel est toujours là et il convient d'anticiper toute transgression qui pourrait surgir du fait de l'instauration de rapports privés et domestiques. Ainsi la bienveillance semble reposer, dans le champ de l'intervention à domicile,

sur les compétences et qualités personnelles des professionnels²¹¹ capables de montrer un contrôle de soi qui apparaît naturel mais qui est en réalité cultivé.

Verbatim « Les auxiliaires de vie doivent toujours être vigilantes, notamment le matin : les personnes handicapées ont peut-être uriné dans leur lit ou déféqué dans le lit, il faut rester indifférent et ne pas montrer sa gêne, ne pas ouvrir les fenêtres pour stigmatiser la personne. Ce qui n'est pas évident pour quelqu'un qui commence sa journée de travail. Être très respectueux, frapper à la porte de la chambre avant d'entrer, demander la permission de faire, etc.. »

La bienveillance suppose de prendre sur soi, de contrôler en permanence les effets de ses comportements et de ses agissements. C'est ainsi que les recommandations, ces rappels relatifs à la posture professionnelle attendue, visent à contrôler les sentiments d'humiliation ou de mépris toujours susceptibles d'émerger chez l'utilisateur dès lors que la vigilance professionnelle se relâche au profit de l'appel à des gestes réflexes puisés dans l'expérience domestique et dont la caractéristique serait de réactiver instantanément l'asymétrie des places, assignant le bénéficiaire à la place d'« enfant impuissant » qu'il occuperait dans une relation de dépendance objective. Le sentiment d'humiliation apparaît dans cette infantilisation qui se produit, lorsque, sans y prendre garde, l'intervenant, exécutant un geste coutumier fixé par l'obligation de s'acquitter de la tâche, oublie de s'enquérir auprès de l'utilisateur de ses attentes, le plaçant, pour ainsi dire, dans un statut d'objet de soins. Une relation patiemment construite peut se voir ruinée dans la seconde dès lors qu'un geste est interprété, à tort ou à raison, comme l'expression d'une déconsidération tant fulgurante

211 Nous désignons ici les acquis de l'inculcation passive liés à la socialisation primaire et secondaire et qui se constituent, « sans effort » ou quasi naturellement, dans l'univers familial et lors des apprentissages que propose « le vivre en société ». Il ne s'agit donc pas là des compétences expérimentelles qui correspondent à des savoirs que la personne s'est forgée au cours de son expérience professionnelle. Ces savoirs sont donc expressément capitalisés pour être mis en œuvre dans un champ spécifique de la vie sociale. Ces acquis supposent donc une démarche volontaire de la personne, ce qui donne aux savoirs un statut de savoir-faire et non de savoir-être.

que sidérante. C'est parce que personne ne serait à l'abri d'un tel relâchement que la directrice se dit vigilante et toujours disposée à intervenir au domicile du bénéficiaire si nécessaire. Ainsi, et sans doute pour s'opposer à certains préjugés qui circulent sur la profession, la direction rappelle fréquemment que les auxiliaires de vie ne sont pas des « femmes de ménages ». Le métier d'auxiliaire de vie allie bel et bien des compétences techniques et relationnelles au service des besoins et des attentes des bénéficiaires.

3.4.3 - Le savoir-faire avec les bénéficiaires

L'idée générale selon laquelle les personnes en situation de handicap seraient très dépendantes et passives ne semble pas avoir de correspondant aisément identifiable dans la réalité. Pour la direction, l'hétérogénéité des profils et des situations ne fait pas de doute. Nombreux sont les usagers qui ont des activités professionnelles et font part de leurs exigences et attentes en matière d'autonomie. Nous avons par exemple mentionné, en introduction, la vitalité du conseil d'administration composé et animé, pour partie, par des usagers lourdement handicapés. De même, certains usagers n'éprouvent aucune difficulté à se saisir du conseil de la vie sociale. À côté de ce profil de bénéficiaires, finalement autonome, les services interviennent aussi auprès de personnes peu handicapées, mais très dépendantes, c'est le cas de personnes handicapées vieillissantes ou de personnes handicapées dépressives. On pourrait décrire un à un les profils avec lesquels les auxiliaires de vie sont amenés à composer : de la personne objectivement dépendante, mais dotée d'une forte autonomie subjective, à la personne faiblement handicapée, mais possédant de faibles ressources sociales et affectives si bien que la nature de l'aide et la posture dans la relation seront complètement différentes. De même, le travail change de contexte, pour le meilleur et pour le pire, dès lors qu'un tiers aidant est à domicile. L'attention sur-mesure que nécessite le bénéficiaire conduit les responsables à devoir rechercher l'auxiliaire doté des savoirs-faire et savoirs-être idoines, et lorsque l'auxiliaire convient, le bénéficiaire souhaite la garder car, dans une certaine mesure, cela signifie qu'il a réussi à la former à ses pratiques, habitudes, rituels, ainsi qu'à ses exigences générales et spécifiques, d'où l'importance d'instaurer, dès le départ, le principe

de la rotation des professionnels, de sorte à éviter l'usure, la lassitude, le ressentiment, comme à l'inverse, éviter que l'entente soit forte au point que la relation se règle sur un autre rapport que celui contractualisé. Cette régulation est toujours complexe car, lorsque la relation est apaisée, la direction apparaît comme le tiers intrusif, et quand la relation s'envenime, la direction apparaît comme l'instance tierce qui aurait dû intervenir plus tôt. C'est pourquoi la direction estime que la qualité de la prestation passe aussi par son rôle de tiers, qui dans bien des cas n'apparaît que de manière incidente et en creux, mais qui garantit la permanence, la ponctualité, le remplacement, la régulation, lorsque cela est nécessaire. Il est arrivé que des bénéficiaires adoptent d'autres solutions d'aide à domicile, estimées plus souples. À chaque fois, ils sont revenus à l'association en raison de ce critère, déterminant pour eux, qu'est la sécurité du service, l'engagement au remplacement immédiat et la garantie de la continuité du service restant primordiaux. D'ailleurs, la direction constate que le déménagement et le décès sont les causes majeures de la cessation de la prestation. Certes, il est arrivé au service de réorienter auprès d'un confrère des bénéficiaires qui avaient épuisés plusieurs professionnels. L'association accepte l'idée de ses limites. S'agissant de parfaire la sécurité de la prestation, l'association envisage de s'équiper en technologie de communication à distance (type DOMITEL) afin de permettre aux bénéficiaires comme aux professionnels de signaler leurs retards ou absences de manière instantanée. C'est aussi une manière, pour l'institution, de se donner les moyens de contrôler automatiquement les retards du personnel, qui bien souvent, seraient la conséquence d'arrangements, par ailleurs, avec les usagers. Actuellement, une fiche de liaison est laissée au domicile et contresignée par le bénéficiaire qui garantit l'effectivité du travail. À l'occasion de réclamations ayant motivé une intervention de la direction au domicile, les problèmes et solutions sont consignés dans un dossier consacré à cet effet.

3.5 - Analyse transversale des points de vues exprimés par les directeurs

L'analyse des différents types d'organisation met en lumière différents points qu'il convient de synthétiser.

3.5.1 - Qui faut-il satisfaire ?

Dans le cas des services autorisés, si le jugement sur la qualité de la prestation requiert bien le point de vue des bénéficiaires, les directeurs de ces services doivent, cependant, intégrer les injonctions d'économies de gestion mises en avant par les conseils généraux et assurer de bonnes conditions de travail aux professionnels, gage de leur fidélisation au service. Ainsi les responsables des services doivent-ils, en réalité, satisfaire ces trois catégories d'acteurs qui sont parties prenantes dans la prestation et c'est sans doute la raison pour laquelle les directeurs en régime autorisé évoquent le thème de l'efficacité des plannings au regard du nombre d'heures à réaliser²¹². Pour les directeurs en régime qualité, la rentabilité financière vient en premier et c'est la raison pour laquelle la satisfaction du client prime.

Pour le régime autorisé, le bénéficiaire est un usager « captif », alors que la fidélisation du client est un enjeu pour les directions de services agréés qualité et, pour ces dernières, la concurrence est vécue plus fortement que pour les directeurs en régime autorisé. Mais on peut noter aussi que les services autorisés sont plus captifs du Conseil Général et éprouvent plus de difficultés, par exemple, à s'opposer aux injonctions des plans d'aide. On remarque qu'aucune entreprise agréée n'accepte des interventions en deçà d'une heure auprès des personnes fragiles, alors que cette situation semble concerner de nombreux services autorisés, même s'ils critiquent, pour les mêmes raisons que les autres, cette modalité d'intervention. Le fait que les services agréés acceptent ces interventions montre la limite de leur marge de manœuvre. Cela dit, cette fragmentation des interventions semble moins peser sur les régimes autorisés qui fonctionnent en enveloppe globale. Le coût de l'intervention s'établissant par rapport à un coût moyen de l'intervention, alors que dans le régime qualité, il se caractérise par la facture à l'acte, la segmentation nécessite des stratégies d'adaptation qui impactent sans doute la qualité de

212 Dans le cadre du régime autorisé, mais c'est de moins en moins le cas, les services bénéficient de la reprise de leur déficit (par la ville pour le CCAS, le Conseil Général pour les associations). Mais l'attention des directions est aussi tournée vers le risque de la sous utilisation des heures qui met leurs structures sur la pente de la diminution de leurs subventions, et notamment en difficulté pour maintenir le personnel en emploi.

la prestation. Lorsque les plans d'aide contiennent des propositions d'intervention qui se répartissent en 20 minutes pour une toilette et 45 minutes pour de l'aide au ménage, les entreprises sont amenées à négocier avec le prescripteur pour que ces deux actes soient réalisés lors d'un même passage de sorte à amortir le déplacement et accomplis par la même personne. Cette volonté de maîtrise des coûts conduit à un processus d'égalisation des niveaux de salaires entre l'auxiliaire de vie diplômée et l'aide-ménagère, la première gagnant à peine plus que la seconde²¹³. On le voit, il faut, globalement, satisfaire tout le monde, alors même que les forces d'attraction se répartissent différemment selon que les entreprises sont autorisées et tarifées ou agréées qualité. Le Conseil Général, via le personnel chargé de la gestion de l'APA et du contrôle de la PCH, est en mesure d'influer fortement sur la structuration du plan d'aide et sur la réponse au besoin. Plus les entreprises s'autonomisent du niveau de participation financière du Conseil Général, plus leur liberté est grande de satisfaire le client indépendamment des contenus du plan d'aide. Le niveau du reste à charge devenant la variable pivot structurante de l'offre de qualité que le service peut proposer au client, au delà du plan d'aide. Nous avons vu, par ailleurs, que le personnel devait aussi accéder à certaines conditions de travail puisque sa contribution à la qualité était conditionnée par la qualité de ses conditions, voire même qu'il était en mesure parfois de les imposer (en toute relativité par ailleurs). A côté de ces variables « objectives » nous avons vu l'importance, pour l'entreprise, de fidéliser le personnel qui est potentiellement son ambassadeur auprès du client. La qualité renvoie, à ce niveau d'analyse, à des variables plus subjectives et « sensibles », à la négociation dans laquelle les acteurs s'engagent pour trouver un équilibre entre les désirs, les attentes et les besoins des uns et des autres.

3.5.2 - Niveau de l'allocation horaire et qualité

Les directeurs mesurent la volonté politique au travers des taux horaires que les politiques ac-

²¹³ L'argument porte moins sur la distinction par le diplôme que sur la similitude de la pénibilité du travail. Aussi, la différence de salaire se fait plus entre personnel intervenant dans le cadre du service à la personne (9,10€/h) et celui intervenant auprès des personnes fragiles (10,71€/h).

ceptent de prendre en charge. Les entreprises qui rayonnent sur plusieurs départements l'évoquent, de même qu'elles remarquent l'importance du régime autorisé. Ces indicateurs de visibilité du volontarisme politique sont, toutefois, à relativiser du fait que la nécessité d'intervenir auprès d'un nombre toujours croissant d'allocataires érode le coût horaire affecté à l'allocation. Cela étant, les niveaux de l'APA comme celui de la PCH tendent à créer un tarif référentiel sur le marché pour la fourchette basse, les régimes autorisés constituant souvent les niveaux étalons à partir desquels les entreprises apprécient l'effort à demander à l'usager. Cette référence est d'autant plus active que les entreprises spécialisées dans le domaine de l'aide à domicile des personnes fragiles rencontrent une concurrence sur le marché local. Les entreprises (privées) agréées cherchent, de ce fait, à diversifier leurs publics et leurs prestations afin de se libérer de ces référentiels qui limitent l'accroissement de leur rentabilité. Pour la majorité d'entre elles, plus de 50% de leur chiffre d'affaires provient de services rendus qui ne dépendent pas d'allocations. Ce niveau de participation des financeurs a des effets sur les politiques de formation du personnel des entreprises. En effet, la première préoccupation des entreprises privées est de se maintenir et ce n'est qu'une fois qu'un niveau de rentabilité minimum est atteint que peut apparaître le thème de l'accompagnement à la professionnalisation du personnel et de l'amélioration des conditions de travail. Il est évident que le niveau de participation des financeurs contribue d'abord à l'établissement du seuil de rentabilité, puis à l'accompagnement du personnel. Tout fléchissement du taux horaire se reporte d'abord sur les conditions de travail des professionnels, à moins d'être immédiatement compensé par le redressement du niveau de reste à charge. C'est dans cette perspective qu'il faut comprendre la critique des entreprises à l'égard des financeurs qui, dans un premier temps, ont poussé à la professionnalisation, puis, dans un deuxième temps, pousse à la déqualification par la baisse du niveau des taux horaires et par l'absence de prise en compte de l'ancienneté. Le niveau de l'heure financé est donc bel et bien un indicateur de qualité qui contribue très directement à celle de la prestation²¹⁴. L'étude du régime autorisé a montré,

²¹⁴ Plusieurs directeurs rapportent que les bénéficiaires renoncent à la prestation du fait d'un reste à charge trop

s'il fallait chercher à identifier une spécificité de sa qualité au regard du régime qualité, que celle-ci se trouvait dans le fait qu'il s'efforce de garantir aux plus démunis le droit d'accès à une prestation de qualité équivalente à celle que sert le secteur agréé. En effet, l'exposé de leur tarification horaire permet de constater leur équivalence d'un régime à l'autre. Si une évaluation comparative sur la qualité devait être réalisée entre régime autorisé et régime agréé, celle-ci devrait, au delà d'une comparaison stricte entre les prestations et leurs effets du point de vue des bénéficiaires, intégrer l'étude des conditions d'accessibilité que ces deux régimes mettent en place pour inclure les populations les plus précaires. Car d'un point de vue politique, une prestation peut revêtir le qualificatif de qualité lorsqu'elle donne accès au plus grand nombre, aussi une de ses qualités est de réduire des processus d'exclusion à l'œuvre dans une société.

3.5.3 - Qualité n'est pas satisfaction

Ces mêmes entreprises distinguent la qualité de la satisfaction et la recherche montre qu'il n'est guère possible d'établir une superposition entre qualité et satisfaction. Du point de vue des dirigeants des services, le terme de « qualité » semble pouvoir être rattaché aux procédures et à leurs systèmes de contrôle, processus qui peut être relativement indépendant de la satisfaction du client. Cette qualité peut d'ailleurs ne pas être perçue par les clients, notamment par ceux qui n'ont jamais eu l'occasion de comparer différentes organisations et fournitures de prestations. Pour certains directeurs, dont certains clients sont partis vers des concurrents non certifiés pour finalement revenir, la conscience de la qualité n'émerge qu'à la mise à l'épreuve comparative des prestations, la publicité des organisations n'étant pas discriminante puisque toute entreprise, au moins sur le papier, prétend offrir une prestation de qualité. Or, dans la pratique, la qualité s'éprouve à la lecture de la facture, à la rapidité des remplacements effectués selon les promesses. La qualité, du point de vue des directeurs, c'est la capacité de leur entreprise à respecter les promesses de conformité auxquelles ils se sont engagés auprès des clients. Mais cette qualité visée peut ne pas correspondre à l'épreuve de la réalité, aux attentes actualisées du client

important.

et, par conséquent, à ses critères mouvants de satisfaction qui peuvent s'établir à partir d'autres registres du service rendu. Il est même possible que certains indicateurs de qualité, qui ont pu être vecteurs d'adhésion du client à la prestation à un moment donné, deviennent source d'insatisfaction. L'exemple de la famille qui, sur le papier, trouve « satisfaisant » que l'accompagnatrice de son enfant de moins de trois ans porte un gilet jaune fluo avec la marque de l'entreprise de service sur le dos, parce qu'elle est particulièrement bien identifiable par le personnel de la crèche comme étant la personne habilitée à venir rechercher l'enfant, constate, à l'usage, que cette distinction, qui part d'une réflexion sur la qualité, tourne au stigmate, attire finalement trop l'attention sur son enfant qui devient source de railleries. D'où sa demande de changer de mode opératoire, l'entreprise se trouvant d'autant plus dans un dilemme face à la demande du client que le port de la tenue est une contrainte que l'entreprise s'est imposée dans la certification pour se distinguer de concurrents non certifiés. Ainsi la fidélisation du client peut mettre l'entreprise en tension entre son intérêt à satisfaire le client et l'obligation de respecter la qualité du service. Les entreprises sont conduites à trouver des compromis entre respect des normes « qualité » (source d'une certaine notoriété et de preuve d'un savoir-faire établi) et satisfaction des clients. Ainsi, les services certifiés doivent faire face à des ordres de jugements concurrents : celui des auditeurs qualité qui reconduisent l'agrément au vu du respect du cahier des charges et celui des clients qui, eux, poussent potentiellement à la transgression du premier. Au-delà de certaines dimensions de la qualité qui semblent non négociables, l'entreprise et le personnel qui se voient rapidement engagés à satisfaire le client contre la qualité. Il faut même penser que la capacité des services à transgresser « judicieusement » les protocoles ou, ce qui revient au même, à tolérer des professionnels la pratique de petits « illégalismes », est un indicateur évident de qualité du point de vue du client qui obtient, d'une part, gain de cause face à la norme, et s'assure, d'autre part, le bénéfice d'un traitement préférentiel, puisque sur-mesure. L'entreprise Solaire fait la même analyse : la certification est réputée être un cadre générique censé garantir à tous une égalité de traitement, alors que les clients veulent une prestation « à la carte ».

3.5.4 - Satisfaction et qualité du travail fourni

L'entreprise Brillance illustre la complexité de mailer qualité du travail et satisfaction du client. On a pu constater un sentiment d'insécurité chez un personnel lorsque celui-ci semble n'avoir que rarement les moyens de vérifier directement auprès du client si sa satisfaction se rapporte à la qualité du travail fourni. Le faible niveau de « retour » direct du client au professionnel, qui semble correspondre au faible niveau d'interaction établi entre professionnel et client, est source d'inquiétude sur la qualité du travail. Et manifestement, pour le professionnel, le point de vue du client revêt un statut différent de celui que l'agence peut faire en son nom. On peut faire l'hypothèse que les données collectées par l'agence ou ce qu'elle retient prioritairement de ce que le client lui remonte comme éléments de satisfaction portent sur le travail fait alors que la quête du professionnel est de pouvoir justifier auprès du client comment il s'est acquitté de sa tâche ou de s'expliquer sur le soin qu'il met à réaliser son travail. En l'absence d'interaction, le professionnel ne peut vérifier si le client reconnaît le soin contenu dans le processus de travail. L'absence d'interaction accroît l'invisibilité de la qualité incorporée dans la tâche. Sans doute que l'échange direct représente pour le professionnel la possibilité de régler son effort et son engagement à la tâche selon le « retour » que lui ferait le client. Cet exemple montre « en creux » que l'échange (le travail de jugement) contribue à nommer des données sensibles, et ce faisant à leur donner une visibilité. Il est possible que vouloir faire reconnaître la qualité incorporée dans le travail ait à voir avec l'espoir d'une reconnaissance symbolique à défaut d'une reconnaissance financière et professionnelle.

En l'absence d'interaction entre professionnel et client, la difficulté à relier satisfaction du client (appréciation factuelle) et données sensibles incorporées dans le travail (précaution, soin, jugement de la chose bien faite) semble donc contribuer à ce qu'une disjonction durable s'installe entre variables objectives et variables sensibles. La difficulté de remplir les conditions d'une bonne mesure de la satisfaction conduit l'entreprise, aussi pour des questions de rentabilité immédiate, à disjoindre, par un processus d'omission dans la collecte d'information ou par la sous estimation des données sensibles collectées, les critères

de jugement du client de ceux du professionnel. Ce processus consistant à mesurer, à travers les outils pré-construits par l'entreprise pour l'étude de sa rentabilité à un certain terme, la part objectivement mesurable de ce qui fait la satisfaction du client, peut faire surgir, chez le professionnel, le sentiment d'être objectivé dans le jugement même du client dès lors que ce dernier assimile la qualité du travail à ses résultats. Dans cette vision disparaît toute la production subjective que le professionnel a investi pour correspondre à ce qu'il se représente être les attentes du client, travail qui n'a rien à voir avec la simple exécution du cahier des charges. L'absence d'interaction ne fait pas hommage aux efforts répétés pour surmonter et transformer l'ingratitude de la tâche en un désir de faire plaisir. Rappelons que pour Christophe Dejours²¹⁵, le travail passe par le jugement d'utilité, qui est de l'ordre de la reconnaissance de la hiérarchie du travail fait (l'individu se sent intégré au collectif) et le jugement de beauté, qui renvoie à la reconnaissance des pairs (l'individu se sent reconnu dans son identité individuelle). Il évoque, et nous reprenons à notre compte ce qui se passe entre intervenant et client (qui n'est pas un pair), que la construction du sens du travail passe par la reconnaissance du client à l'égard du professionnel, ce qui « *permet au professionnel de donner un sens à la souffrance et de la transformer en source de plaisir* »²¹⁶, pour soi et pour autrui. Dans un champ d'étude proche du nôtre, Laëticia Mariage-Gaudron²¹⁷ constate que la qualité de la prise en charge du soigné est liée à la satisfaction du travail du soignant et que les conditions de travail sont jugées optimales quand elles passent par le respect de chacun et la reconnaissance de leurs capacités et ambitions. La reconnaissance symbolique, co-construite dans l'échange et sous le regard de l'autre, remplit donc une fonction prépondérante de transmutation de la pénibilité en dignité du travail.

Finalement l'absence d'interaction en général, et plus précisément l'absence de situation d'interaction consacrée à l'élaboration du jugement

²¹⁵ Christophe DEJOURS, *Travail, usure mentale*, Bayard, p. 233, 2000.

²¹⁶ *Ibid.*, p. 236.

²¹⁷ Laëticia MARIAGE-GAUDRON, « *Approche intergénérationnelle des comportements professionnels et du travail en équipe* », *Soins cadres*, novembre 2009, n°72, p. 52, Elsevier Masson.

sur le travail, empêche d'accéder à un registre d'analyse où s'établit une dialectisation entre variables sensibles et variables objectivées. Cette absence d'espace de régulation contribue, de fait, à rendre invisible, donc indiscuté car indiscutable, l'opération de fusion et de réduction des données sensibles en données objectivées par laquelle procèdent les questionnaires de satisfaction. L'occultation de la fusion se trouve réalisée par l'utilisation exclusive d'indicateurs de mesure qui construisent, par un impensé même de leur distinction, une équivalence entre données sensibles et données objectivées, entre processus et résultats du travail.

3.5.5 - Continuité et discontinuité entre le sensible et l'objectif

Pour approfondir la section précédente, on peut relever, en changeant de focale, que le processus de contrôle de la qualité diffère selon les missions historiques des entreprises. Celles qui relèvent historiquement du service à la personne (ménage, repassage, jardinage) conservent un raisonnement de type industriel et restent très orientées sur le contrôle de la chose faite et sur la satisfaction du client et, de fait, elles sont faiblement outillées en données sensibles pour apprécier la qualité du point de vue des interactions. Pour ces organisations prévaut la corrélation selon laquelle la qualité de la chaîne de production est productrice de la qualité du produit, lui-même étant le gage de la satisfaction du client. Et ces organisations mettent en place les dispositifs de mesure de la qualité qui partent de la satisfaction du client pour remonter les étapes de la chaîne de production. La logique de collecte de données tend à établir et à entretenir, par la technologie employée, une coupure entre le monde sensible et le monde objectif, entre les modalités constitutives de l'efficacité (des moyens) et le résultat. Cette approche privilégie les outils de captation des données concrètes et délègue au personnel la responsabilité de « gérer », comme ressortant d'une dimension mineure, les données sensibles. Ce découpage franc, ou cette disjonction radicale entre outils de saisie de la satisfaction du client et outils de saisie de la qualité de production de la prestation, s'applique plutôt aux entreprises issues de la prestation de service à la personne. Les entreprises ressortissant du champ de l'aide à la personne tentent d'assurer une continuité plus ou moins réussie entre les deux dimensions constitutives de la satisfaction du client. Ces différences

d'approches sont marquées par deux histoires et autant de manières de concevoir l'offre de service, la relation qui s'établit entre client et prestataire de service étant en rapport avec la nature de la prestation, pour les uns il s'agit d'une prestation de service, pour les autres d'une prestation d'aide sociale. Il est nécessaire, par exemple, qu'un garagiste obtienne une participation minimum du client, seulement parce qu'elle lui fait gagner du temps dans l'identification de la panne sur le véhicule ; mais on peut dire que la réparation du véhicule dépend moins de la qualité du lien créé du fait de la disjonction entre le problème technique et identité des personnes. Par contre, s'il s'agit de relation d'aide à la personne, l'enchevêtrement entre qualité du lien et nature du problème à résoudre sera déterminant du fait que l'objectif ne pouvant être atteint sans un engagement du client dans le lien et dans le champ du travail social le lien est souvent le moyen et la finalité du travail²¹⁸. D'où l'importance parfois accordée plutôt au lien qu'à la tâche matérielle. Il semble bien que les analyses consacrées aux différentes configurations d'entreprises conduisent à valider l'hypothèse selon laquelle il existe une articulation étroite entre qualité du lien et qualité du travail notamment auprès des personnes vieillissantes ; cette hypothèse semble obtenir une validité moins forte lorsqu'on l'applique sur la recherche de ce qui fait qualité auprès des personnes handicapées jeunes, qui du fait de la tension qui existe, pour eux, entre dépendance objective et autonomie subjective, tendent à accorder à la fonction d'aide sociale (à la posture de l'intervenant) une place moindre. Mais, à la différence de mission et d'histoire entre entreprises de services et entreprises d'aide à la personne, s'ajoute la distinction entre entreprises soumises au régime autorisé et celles soumises au régime de la qualité. La recherche de rentabilité tend à minorer la collecte et l'intérêt à l'égard des données sensibles tant que les problèmes relationnels peuvent être gérés par délégation et informellement aux niveaux inférieurs de la hiérarchie. La recherche de rentabilité oriente vers le renforcement d'une logique de la mesure quantifiable qui permette l'accumulation de données factuelles simples à traiter et nécessaires pour l'identification

218 *Cahiers de Recherche Sociologique*, «La relation d'aide aux personnes en difficulté : entre habilitation de la personne et assignation à une place sociale disqualifiée», Mars 200, Département de Sociologie. Université du Québec à Montréal, 28 pages.

des attentes de prestation et la satisfaction des clients à son égard. Les entreprises libres de leurs tarifs et soucieuses de mesurer l'efficacité de leur prestation sont souvent engagées dans la saisie exclusive de données concrètes.

La question qui reste posée, après avoir acté que la contribution à l'accessibilité au dispositif de maintien à domicile était une variable politique essentielle à intégrer pour comprendre et définir ce qu'il en est de la qualité au domicile, au-delà des nuances de choix entre les entreprises, est de savoir si les appréciations portées par les bénéficiaires de prestations de maintien à domicile diffèrent selon la configuration qu'adoptent les entreprises ou si, au fond, il s'agit d'expressions différentes d'une même nature de qualité.

Nous avons vu que les entreprises Energie et Solaire dans une moindre mesure, avaient mis en place un système de collecte de données factuelles qui leur permettait de « méconnaître » au niveau national, en déléguant le soin de gérer aux professionnels de terrain, dans l'ici et le maintenant de l'action, le versant sensible de la qualité, ce dernier renvoyant à des indicateurs subjectifs et informels capables d'éclairer la contribution de l'action à la dynamique relationnelle. Nous avons d'ailleurs montré plus haut le soin que les directions apportent au traitement de la réclamation, ce qui met en évidence, de manière exemplaire, la conscience des dirigeants qu'il existe une continuité entre le sensible et le factuel. Comprendre l'insatisfaction, la réclamation du client, nécessite d'analyser la chaîne de traitement en y incluant l'interview des personnes concernées. L'interdépendance entre le sensible et le factuel ne se démontre jamais aussi bien que dans les moments d'expression de l'insatisfaction. L'approche par la réclamation est un raccourci économique pour les entreprises qui ne souhaitent ou ne peuvent « écouter » que le client. Le responsable de l'entreprise Brillance dira lui-même que la réclamation permet de débusquer le problème pertinent qui fera évoluer l'entreprise parce que la compréhension fine d'une réclamation (d'un fort mécontentement) nécessite de contextualiser et historiciser les différentes variables qui contribuent réellement au déroulement de l'action. Ce travail met en lumière les limites des dispositifs de mesure centrés uniquement sur la collecte de données factuelles puisque, informellement au moins, les dirigeants sont « rattrapés » par la nécessité de faire une place à la dynamique de relation comme variable de compréhension de l'activité de travail.

Ainsi, et contre les approches mêmes dont ils se font volontiers les promoteurs, les dirigeants agissent comme le médecin²¹⁹ clinicien qui, pour établir le diagnostic d'une maladie, associe à son observation la parole du patient, qui à elle seule fait émerger et exister dans le domaine du visible la douleur, la localisation et certains symptômes d'un mal pourtant invisible à l'œil nu. Mieux, ce sont les mots, la nomination qu'ils permettent, qui donnent corps à une réalité sans eux intouchable. L'étude des monographies met à jour l'existence d'une contradiction, ou d'un jeu, dans le discours des dirigeants : selon eux, le thème de la qualité pourrait être abordé par deux versants séparés et dont l'un serait mineur au regard de l'autre – une qualité nommée qui désignerait l'investissement incorporé dans le travail, et une qualité donnée qui désignerait l'état de la chose servie –, comme si ces deux versants renvoyaient à des jugements indépendants les uns des autres et comme s'ils n'exprimaient pas les deux faces d'une même pièce. Par ailleurs, la description qu'ils livrent de leurs pratiques confirme, à leur niveau, que le pilotage de leur activité passe par l'articulation correcte entre approche sensible et approche factuelle.

Cette analyse peut s'appliquer à un autre exemple. On se souvient que la responsable qualité de l'entreprise Brillance a évoqué que les responsables d'agence rapportaient à leurs professionnels la satisfaction des clients du fait qu'ils étaient peu en relation avec eux. Pourtant, le personnel de l'entreprise Brillance se sent toujours inquiet de ne pas avoir fait le travail comme il convient. Nous avons établi que l'inquiétude du personnel avait un rapport avec le regard des clients qui se faisait d'autant plus pesant que ces derniers étaient physiquement absent pendant l'intervention. Il semble bien que, dans le cas de l'entreprise Brillance, l'inquiétude du personnel tienne aussi au fait que le retour soit exclusivement contrôlé et géré par la médiation qu'effectue l'agence à partir des indices de satisfactions collectés. Le personnel doit accepter le verdict supposé venir du client : moyennement satisfait, satisfait, très satisfait, insatisfait, sans pouvoir discuter les variables sur lesquelles se fondent le jugement. Ce fonctionnement pourrait expliquer l'instabilité du personnel. À l'inverse, les entreprises qui réus-

²¹⁹ Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, Quadrige, PUF, 1963.

sissent le mieux à stabiliser leur personnel sont celles qui articulent étroitement satisfaction du client et point de vue des professionnels, cette articulation pouvant prendre des formes différentes : échanges entre professionnels et clients, régulation entre professionnels/pairs et professionnels/responsables, entre responsables/clients et régulation triangulaire clients, responsables et professionnels. Il semble que la continuité de la qualité entre données sensibles et factuelles soit réalisée par le portage qu'en font les différents binômes et trinômes, travail éminent d'élaborations successives qui trouve son parachèvement lorsque personnel, client et direction consentent à l'intérêt de prendre en compte les deux natures de variables dans la mesure de la qualité.

Comme les monographies le montrent, les préoccupations sont différentes selon qu'on étudie le terrain du point de vue d'un directeur d'association locale ou du point de vue d'un directeur d'une entreprise nationale, ne serait-ce que par la probabilité pour que le directeur se trouve au contact de certaines catégories de personnel. Ainsi, le directeur de l'entreprise Brillance travaille au siège en contact permanent avec les informaticiens, les cadres pilotant les indicateurs, la gestion nationale des paies et, à l'inverse, la directrice de l'association Crépuscule a son bureau dans les locaux mêmes où sont abrités les intervenants, les responsables de secteur, où la gestion de la paie et des présences aux domiciles sont traitées en toute proximité. Le temps passé « dans les couloirs » par la directrice avec le personnel intervenant est sans commune mesure avec celui que le directeur de l'entreprise Brillance passe avec le personnel intervenant. Finalement, ils n'ont pas le même terrain de travail, et l'on peut dire que le registre d'appréhension de la prestation n'est pas le même²²⁰. Plus la chaîne est longue entre le domicile et la direction générale, plus la définition de la qualité est clivée entre données factuelles et données sensibles.

220 C'est le moins qu'on puisse dire. Il suffit de parcourir les supports de communications que les uns et les autres utilisent (sites internet, plaquettes de présentations, livrets d'accueil, questionnaires qualité) pour constater la différence de moyens mobilisés et la nature de la communication employée. Certaines entreprises sous-traitent la conception et la fabrication de leurs plaquettes. Certaines sont présentées avec luxe et discours de séduction. D'autres ont le caractère « fait maison », visent l'information exhaustive, descriptive, plutôt que conceptuelle.

CHAPITRE 4 - LES MODALITÉS DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU : LE POINT DE VUE DES RESPONSABLES DE SECTEUR

En tant que chevilles ouvrières de la qualité, les responsables de secteur jouent un rôle nodal dans l'ajustement des services d'aide à domicile aux demandes d'intervention formulées par les bénéficiaires. De par les fonctions d'encadrement et de planification qu'ils remplissent au sein des services, ils sont placés en situation d'interface entre les professionnels auxiliaires de vie et ces derniers, la reconversion en plan d'aide du volume d'heures attribué par les services APA et MDPH supposant la réalisation à domicile d'une nouvelle évaluation qu'en règle générale ils prennent en charge. En tant que contrôleurs des modalités d'application des normes qualités en vigueur dans les services d'aide, ils sont aussi placés en situation d'interface entre les responsables qualités et les professionnels auxiliaires de vie. Selon les structures, la nature aussi bien que l'ampleur de leurs missions peuvent varier mais globalement, on peut dire qu'ils assurent toujours des fonctions de coordination essentielles, le fait qu'ils soient en contact aussi bien avec les instances de direction qu'avec les professionnels, les bénéficiaires et les aidants familiaux les amenant à remplir des fonctions clés de régulation auprès des professionnels auxiliaires de vie. Les entretiens réalisés avec les responsables de secteur sollicités dans le cadre de la recherche montrent combien ce métier d'encadrement est un métier complexe et contraint. La complexité tient, on l'a souligné d'emblée, au fait que les responsables de secteur assurent, de par leur position dans l'organigramme, à la fois des fonctions de gestion (plannings, remplacements, gestion des urgences etc.), d'évaluation (évaluation des besoins des bénéficiaires, évaluation des besoins des aidants familiaux, évaluation des besoins des professionnels), de contrôle de la qualité du service rendu et de régulation. Les contraintes auxquelles ils doivent faire face dans l'exercice de ces différentes fonctions sont aussi bien d'ordre financier (contraintes budgétaires), spatial (répartition des professionnels sur le territoire d'intervention) et temporel (coordination des horaires d'intervention), que d'ordre juridique (gestion des ressources humaines et des statuts

prestataires et mandataires), relationnel, éthique ou encore déontologique (gestion des réclamations, des conflits, des situations d'urgence, de maltraitance).

Verbatim Responsable de secteur : La qualité pour moi, c'est l'adéquation entre une demande et la réponse apportée. Pour que cette adéquation soit possible, d'abord ça nécessite avant l'analyse de la demande, savoir quelle est véritablement la demande parce que parfois elle est énoncée mais il y a des choses sous-jacentes. Donc la faire totalement émerger cette demande. Et ensuite en face, le préalable je pense, nécessaire, bon, deux préalables. Du côté de la demande, bien la définir et du côté de la réponse, bien connaître les champs du possible des réponses qu'on peut apporter. Connaître nos propres limites et toutes les réponses qu'on va pouvoir proposer sans dépasser nos limites. Et ensuite, mettre en adéquation une réponse face à une demande en essayant de limiter les contraintes, sachant qu'il y a quand même des contraintes qui sont incontournables. Enquêteur : Vous songez à quel type de contraintes. Responsable de secteur : Des contraintes horaires, financières, en termes de moyens humains, les contraintes en termes d'éthique, à savoir dans le cadre des services d'aide à la personne. On ne pourra répondre à des demandes avec des axes, comment dire, discriminant de par les origines des personnes qu'on va mettre à disposition, je sais pas si j'ai été très claire. Horaires, financières, humaines, éthiques puis respectant la déontologie de la profession, de la relation d'aide dans le cadre d'un contrat de travail. Ce qui signifie une relation d'aide oui, mais pas à outrance.

Selon les structures, différents types de contraintes peuvent s'imposer aux responsables de secteur, certains estimant que leur charge de travail est beaucoup trop importante, l'addition de nouvelles missions comme, par exemple, la gestion de la télésurveillance étant jugée difficile à vivre. Le caractère contraint de leur métier est également mis en relation avec la lourde charge administrative que représente la mise en œuvre des démarches qualités, et même si cette dernière se fait généralement sous la houlette de responsables qualité, ce sont des processus qui requièrent de leur part une disponibilité et un investissement conséquents. Ils estiment, pour la plupart, que de telles démarches sont désormais incontournables du fait du cadre

législatif et du fait de l'ouverture à la concurrence du secteur, les certifications permettant, selon eux, aux structures de se singulariser aux yeux des usagers dont ils soulignent qu'ils sont aussi des clients. La question de la qualité du service rendu est d'ailleurs étroitement associée à ces processus de certification dans la mesure où l'engagement dans les démarches qualité leur paraît servir de levier à une organisation du travail plus efficiente et lorsqu'on leur demande comment ils mesurent cette qualité, ils évoquent en priorité la dynamique des relations que ces démarches soutiennent.

Verbatim Un responsable de secteur 1 : Je pense que la qualité elle se mesure, je vais reprendre mais autrement de façon différente. Elle se mesure oralement par écrit, elle se mesure du client vers la structure, de la structure vers le client, avec cette étape intermédiaire de communications qui sont les intervenants de terrain, les aides à domicile parce qu'elles sont aussi le relais dans ces deux sens-là, du client vers la structure, de la structure vers le client. Et puis la qualité elle s'exprime, elle se mesure aussi de façon, elle se mesure à l'intérieur de la structure de façon verticale et horizontale. Horizontale, [...] les réunions d'équipes, quand on permet aux auxiliaires de vie de se réunir et d'avoir un temps de parole encadré où elles peuvent débriefer etcetera, ça c'est l'expression d'une qualité. Lorsqu'on permet à des responsables de secteur de se rencontrer et de se dire « Tiens sur ton secteur tu rencontres quoi comme difficulté ? Tiens, c'est marrant, moi aussi j'ai la même » [...] ça c'est intéressant. Et de manière verticale, que les choses puissent remonter clairement et qu'elles soient entendues et que les choses puissent être vérifiées du haut vers l'application. La qualité, il y a des outils pour la mesurer : les appels téléphoniques, les visites, qu'elles soient formalisées, non formalisées. Il y a les entretiens téléphoniques, le passage des familles, la communication avec nos partenaires sociaux et... c'est vaste... Après la qualité, je pense qu'elle est mesurable uniquement lorsque la démarche est dynamique. A partir du moment... les enquêtes de satisfaction c'est aussi un outil pour la mesurer. A partir du moment où on a analysé un petit peu tous nos retours, que ce soit en interne ou à l'extérieur, du client, sa famille, de nos partenaires, qu'on a un peu déblayé le terrain et identifié des problématiques, qu'on puisse ensuite être actifs sur les actions correctives qu'on veut apporter et

les échéances qu'on va se donner, les moyens qu'on va se donner et qu'on puisse revenir dessus pour voir si la correction est entière et si elle va pouvoir être effective avec les moyens qui sont les nôtres. Et puis il y a aussi une phrase que j'aime bien dans les démarches qualités : « Il faut pas s'habituer à nos problèmes ». « Tiens on a un problème, les remplacements, c'est toujours ce qui revient dans les enquêtes de satisfaction, c'est lourd, donc on sait c'est comme ça, c'est comme ça, puis l'année prochaine ce sera pareil, l'année dernière c'était pareil et ce sera toujours comme ça ». Donc voilà, être actif dans une démarche qualité, c'est dire « eh ben on s'habitue pas à quelque chose qui dysfonctionne en se disant puisque c'est habituel... » Ça c'est intéressant parce que ça demande un recul et une remise en question... Et c'est pour ça que, à mon avis, l'état d'esprit, la cohésion d'une équipe, c'est un moyen qui permet l'application d'une démarche qualité. Parce que sans une équipe soudée, y aura pas... Parce que à mon avis, pour pouvoir prendre le recul de se dire, « bon sang les autres responsables de secteur elles fonctionnent pas comme moi et elles ont pas cette problématique-là, est-ce que ce serait pas plutôt moi qui dysfonctionnerais ? », et être en capacité de se dire ça, d'avoir ce recul-là, c'est se mettre en danger par rapport à nos collègues. Parce que faut pas se leurrer non plus, entre collègues y a des enjeux de pouvoir ou de différenciation qui se jouent. Avoir une équipe soudée, solide, dans laquelle un élément peut se dire « là j'y arrive pas, là je dysfonctionne, est-ce que quelqu'un peut m'aider ? » C'est aussi un dynamisme qui permet, c'est aussi un moyen qui permet à une démarche qualité d'être vraiment applicable et effective, possible.

Responsable de secteur 2 : On est des maillons hein. Après c'est vrai que là c'est l'idéal. Mais bon après vous avez la vie quotidienne et la gestion des urgences sont là. [...] Responsable de secteur 1 : C'est ça se donner les moyens en y incluant l'urgence et le quotidien des services. Moi, pour le coup, j'ai été embauchée pour ça, parce que justement tout le monde avait le nez dans le guidon, toutes les responsables de secteur. La démarche qualité a été malheureusement initiée du haut vers le bas et je pense que c'est une mauvaise porte d'entrée parce que ça traduit pas exactement l'effectivité du travail, le pratico-pratique du travail. Si on part du bas, de l'opérationnel pour comprendre quelles sont les problématiques, les définir clairement là on va pou-

voir définir des axes de travail, les analyser, les actions correctives pour ensuite qu'on puisse les faire remonter. Les protocoles, les procédures soient rédigés par les personnes qui l'appliquent. C'est hyper important plutôt qu'une personne encadrante, une personne hiérarchiquement plus élevée.

Si les propos tenus ci-dessus montrent combien les modalités d'application et de contrôle de la qualité du service rendu restent associées, dans l'esprit des responsables de secteur, aux modalités internes d'organisation et de répartition des fonctions, ainsi qu'aux capacités d'ajustement des professionnels encadrants, les positions vis-à-vis des démarches qualités restent mitigées et ambivalentes et force est de constater, qu'en dépit des outils dont ils disposent, les écueils rencontrés restent importants et les personnes sollicitées dans le cadre de la recherche estiment globalement que la mesure de la qualité reste à bien des égards, dans l'aide à domicile, très difficile à réaliser.

Le premier écueil qu'ils rencontrent est mis en exergue par les responsables qualité qui attirent l'attention sur les problèmes que pose la mesure elle-même. Pour ces derniers, en effet, la difficulté d'application des normes qualité dans le secteur de l'aide à domicile, en comparaison au secteur industriel, tient au fait que la norme qui s'applique dans le secteur industriel est parfaitement contrôlable. Sont évoqués, à titre d'exemple, les normes relatives à l'hygiène dans une usine. Le sol doit être lavé avec tel ou tel produit et le contrôle de la qualité consiste à mesurer le taux de bactéries présentes sur le sol, la mesure constituant un indicateur de la qualité attendue par les instances de certification. Si le taux est inférieur à la norme étalon, on jugera que l'usine respecte les normes de propreté. Dans le secteur de l'aide à domicile, il est, certes, possible de mettre en place des démarches qualités et d'en contrôler l'efficacité, mais la démarche qualité n'englobe, selon ces qualitatifs, pas la qualité de la prestation, cette dernière, de par sa nature fondamentalement sociale ne pouvant faire l'objet que d'interprétations très différenciées. Si, par conséquent, dans le secteur de l'industrie, les indicateurs de qualité se prêtent à la mesure (mesure du taux de bactéries etc.), ce n'est pas le cas dans le secteur de l'aide à domicile. Dans ce secteur d'activité, la question de savoir comment mesurer la qualité des prestations rendues au bénéficiaire par les

professionnels reste ouverte. Si l'enquête par questionnaire constitue l'une des voies possibles de contrôle de la qualité, les responsables qualité interviewés soit affichent une certaine réserve à son endroit, soit se montrent très critiques. Ils rappellent que la norme NF exige qu'une enquête soit réalisée une fois par an, les envois concernant l'ensemble des adhérents. Quoique le taux de réponses puisse être, dans certaines associations, important, les résultats sont jugés en définitive décevants, voire « inintéressants ». La raison de ce jugement porté par certains responsables qualité tient à la nature des réponses données que les personnes résument de la sorte : « *C'est super, sauf les remplacements* ». Les enquêtes, en substance, donneraient des informations déjà connues et éluderaient toutes les informations relatives à la réalité et à la qualité elle-même de la prestation. Le point sur lequel les responsables qualité attirent l'attention concerne, autrement dit, la distorsion possible entre la satisfaction exprimée par les bénéficiaires et la réalité de la prestation et du rapport à la prestation. Le bénéficiaire peut être, en effet, confronté à des retards récurrents des professionnels, à des absences injustifiées dont il est mécontent et se déclarer, néanmoins, satisfait dans le cadre de l'enquête. Ce point de vue est partagé par les responsables de secteur qui soulignent, eux aussi, le caractère biaisé des réponses et, par voie de conséquence, le caractère aléatoire de la mesure.

Verbatim Responsable de secteur : L'expression de la satisfaction elle a un poids dans la relation d'aide et c'est pour ça que peut être les questionnaires sont remplis de façon élogieuse. Enquêteur : Donc finalement, ce que vous arrivez à nous dire à nouveau c'est que la mesure de la qualité... Responsable de secteur : mais elle est biaisée, biaisée par plein de choses ! Il faudrait aller, il faudrait se déplacer, aller chez la personne, se donner les moyens en temps, en moyens humains de faire ça, financièrement également, pour tomber à des horaires où il y a pas l'aide à domicile, pour pas qu'elle se sente fliquée. Et avoir joué sur une relation de confiance installée entre nous, responsables de secteur, et la personne aidée, chose qui est pratiquement infaisable tellement on a pas de temps pour être régulièrement en relation, pour pouvoir s'installer au salon et discuter : « Mais alors comment ça va, et puis l'aide à domicile d'il y a six mois... ? » Enfin, c'est... en termes de moyens

pour faire ça... on peut faire que des choses, mêmes les analyses, les enquêtes de satisfaction... Se dire ben voilà, on a mille usagers et y en a quatre-vingt-douze des questionnaires de satisfaction qui reviennent, ben je veux dire (rires). Enfin voilà, c'est, c'est juste énorme quoi, comment mesurer ? Pardon mais je reviens sur ma question ouverte là. Comment analyser ensuite une question ouverte, décortiquer, sachant qu'on a quatre-vingt-douze sur mille ! Enquêteur : Ce que vous dites en fait c'est que vous n'avez aucune vue sur ce qui se passe ? Responsable de secteur : C'est ultra compliqué ! C'est ultra dur ! On veut, on veut, on veut mais, on y travaille mais... Enquêteur : Finalement quand vous êtes à l'extérieur vous n'avez qu'une vue extrêmement réduite ? Responsable de secteur 1 : Oui, c'est frustrant quoi. Responsable de secteur 2 : Quelque part, enfin l'utilisateur il nous voit comme, entre guillemets, la chef de la personne qui vient donc, de toutes les façons, ils vont pas dénoncer les choses parce que de toute façon, « Ah, ben non si je vous dis ça, attention après comment elle va être ». C'est pas possible, c'est faussé ! Responsable de secteur 1 : C'est bourré d'enjeux.

La question qui se pose alors est la suivante : comment contrôler effectivement le niveau de qualité de la prestation ? Comment la mesurer, c'est-à-dire avec quels outils ? Les voies de réflexions ouvertes concernant les modalités de contrôle sont plurielles. Le premier contrôle jugé important est celui de l'effectivité du temps de présence des professionnels auxiliaires de vie, les responsables de secteur évoquant en premier lieu les pointages par téléphone institués au domicile. Ces derniers estiment que ces pointages sont imposés aux professionnels au nom d'un principe important d'équité : équité envers le bénéficiaire qui paye pour un temps donné d'intervention et ce temps ne doit être en aucune façon amputé ; équité aussi envers les professionnels dans la mesure où il n'y a pas de raison, selon eux, que des professionnels soient rémunérés pour une durée de travail inférieure au temps dû. Ils reconnaissent, certes, que le principe même du pointage peut être interprété comme une forme de « flicage », pour reprendre leur expression, mais ils estiment, en définitive, que c'est un principe régulateur utile dans la mesure où les sanctions prises en terme de rémunération constituent un levier de pression sur les professionnels auxiliaires de vie qui sont coutumiers du fait. La mise en place de cahiers de transmission

est une piste d'action jugée intéressante. Dans certaines structures, là où un simple cahier d'écolier était mis à disposition des auxiliaires de vie, un classeur où figure une copie de l'ordre de mission (expurgé de certains éléments) accessible à tous est proposé. Des fiches de missions rappelant les protocoles peuvent aussi être communiqués aux professionnels auxiliaires de vie. Parmi les différents outils mentionnés, les visites à domicile sont jugées les plus importantes dans la mesure où le contrôle peut s'effectuer de manière plus directe et passer par la communication orale avec les bénéficiaires et les aidants familiaux. Tous ces outils sont globalement jugés utiles pour le suivi de la prestation et les responsables qualités et les responsables de secteur interviewés disent les intégrer globalement à leur dispositif. Cela étant, ils insistent, dans le même temps, sur le fait que la mesure elle-même reste toujours très complexe à effectuer tant les niveaux d'exigence en matière de qualité du service rendu à domicile sont variés. Il est, certes, possible de mettre en place des grilles avec des items tels que « bonde du lavabo propre », « sols propres », ou encore « vaisselle effectuée », mais les responsables s'accordent pour dire que ces grilles ne donnent aucune visibilité sur la réactivité au domicile des intervenants et sur leurs pratiques. Des comptes rendus peuvent être exigés, mais la rédaction de rapports écrits est vécue, pour nombre d'auxiliaires de vie, comme une épreuve très difficile à surmonter et certains responsables rappellent que, selon les territoires, ils peuvent être contraints de recruter des professionnels qui ne maîtrisent ni la lecture ni l'écriture. Ils rappellent, à cet égard, combien les recrutements sont difficiles à faire, du fait notamment de la faible rémunération proposée et du fait de l'insuffisance de qualification des personnes qui postulent. La planification des interventions et la répartition des missions attribuées aux professionnels auxiliaires de vie représentent aussi, de leur point de vue, une véritable gageure car cela suppose de leur part une bonne connaissance aussi bien du profil des professionnels que du profil des usagers. Autrement dit, la qualité du service rendu est aussi référée à leur propre capacité à surmonter les difficultés organisationnelles et à créer les synergies adéquates.

Verbatim Un responsable qualité : Il faut trouver la perle rare qui va correspondre en termes de planning

et de compétences. [...] Il faut trouver la personne qui a les compétences, les disponibilités, éviter les trous dans les plannings et les déplacements. Le responsable de secteur va dire : « Il me faut quelqu'un tel jour à telle heure. L'assistant technique va dire : « J'ai ces trois personnes » et le responsable de secteur dit : « plutôt elle ».

Ces remarques concernent en priorité les services prestataires, les services mandataires ne requérant pas les mêmes modalités d'intervention de la part des responsables de secteur. Certes, ces derniers ont aussi à planifier les remplacements et à pourvoir les nouveaux postes, mais, ainsi que le rappelle le responsable de secteur dans l'extrait évoqué ci-dessous, les conditions d'exercice du métier n'étant pas tout à fait les mêmes du fait du statut des professionnels, ils n'interviennent pas de la même façon que les responsables de secteur chargé d'encadrer les professionnels exerçant en prestataire.

Verbatim Enquêteur : Qu'est-ce qui différencie selon vous les statuts mandataire et prestataire ? Responsable de secteur (secteur handicap) : C'est pas le même travail. C'est particulier. Pour un auxiliaire de vie prestataire, elle fait ses interventions ponctuelles dans la journée. Alors ça peut être plus ou moins loin mais c'est ponctuel. Elle va devoir arriver chez la personne, peu importe ce qu'elle a vu avant, peu importe ce qu'elle va voir après, là sur ce moment-là elle doit être avec la personne pour les actes qu'elle a à faire à ce moment-là. Donc ça demande beaucoup d'adaptation, de souplesse, du détachement aussi ce qui n'est pas évident. Déjà ça dans un premier temps. Et elle va voir, elle, dans sa semaine, peut-être une dizaine voire une quinzaine d'usagers, encore une fois des situations sociales différentes, des pathologies différentes, donc ça demande constamment de l'adaptation. En plus c'est des pathologies qui évoluent, donc la personne qu'elle a vu la veille, elle va peut-être pas être pareille le lendemain. Y a aussi la notion que l'auxiliaire de vie prestataire travaille en équipe. Donc il faut qu'elle puisse avoir... et que son employeur est l'association. C'est aussi autre chose, c'est-à-dire que elle arrive chez l'utilisateur, elle doit avoir, même si ce jour-là elle est particulièrement remontée contre moi, contre l'association pour une raison x ou y, il faut qu'elle ait la notion... qu'elle reste loyale vis-à-vis de son employeur, vis-à-vis de nous, vis-à-vis de ses collègues, même si elle est super en colère parce que

sa collègue a pas bien rincé la douche et que du coup c'est à elle de le faire, enfin, toutes ces petites choses qui peuvent agacer à la longue. Elle doit quand même avoir cette notion de professionnalisme, de conscience qu'elle fait partie d'un tout. C'est pas juste elle et l'usager, y a une autre dimension aussi à son travail. Ça, je dirais déjà, c'est pas simple. C'est vraiment pas simple parce qu'elle fait partie d'une équipe mais d'une équipe qu'elle voit deux fois par mois maximum donc c'est une équipe absente quelque part. Moi c'est ce que je dis, c'est ma grosse difficulté dans le travail, c'est d'encadrer une équipe qui n'est pas là. C'est pas simple déjà cette notion-là. Pour la mandataire, y a d'autres difficultés. La mandataire, c'est que ça va être la même personne tous les jours. Moins de besoin d'adaptation, par contre beaucoup plus difficile pour la mandataire de prendre de la distance. Bon oui, même personne tous les jours. Ne pas tout à coup faire partie de la famille ou du moins si elle le devient quelque part inévitablement, c'est que dans cette structure familiale, elle puisse bien définir sa place dans cette organisation-là. Pour la prestataire, c'est beaucoup plus facile, elle arrive, elle fait son truc, elle repart, elle ferme la porte. Alors que la mandataire, elle est là tous les jours, pour de plus longues périodes. Donc y a toute cette notion-là. Et puis d'avoir son employeur. De devoir s'occuper de son employeur, c'est particulier. Moi, avec les prestataires, si les usagers sont fâchés avec une fille parce qu'elle est arrivée en retard ou y'a eu un truc, elle a été malpolie ou peu importe, ils m'appellent moi. C'est moi qui temporise, c'est moi qui vais voir avec l'usager, « Ben qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi ? » Je le rassure, je défends l'auxiliaire si toutefois c'est nécessaire et à côté de ça, je peux ensuite voir l'auxiliaire, » Bon ben qu'est-ce qui s'est passé ? ». Mais je suis vraiment le tampon entre les deux quand y a un souci. Là, pour la mandataire, c'est l'employeur directement, donc elle doit, si elle s'est fait remonter les bretelles par son employeur dans la demi-heure qui suit, elle devra peut-être l'aider à aller aux toilettes. Je veux dire, c'est vraiment une notion très particulière. Faire la toilette de quelqu'un qui peut-être la veille vous a menacé d'un licenciement, de continuer à être empathique, à avoir ce don de soi quelque part, parce que c'est vraiment pas simple ce qu'elles font vis-à-vis de quelqu'un peut-être avec qui on est fâché. Tandis que là, y'a une tierce personne dans le prestataire qui des fois, pour les auxiliaires, ma place, elle est rassurante, des fois, elle est agaçante, mais elle a le mérite d'être là. Tandis

que pour le mandataire, y'a pas ça. Je dirais que vraiment les gros points sont là en fait. Enquêteur : Est-ce que ça voudrait dire que la responsable de secteur mandataire ne serait pas perçue vraiment, elle, comme une tierce personne ? Responsable de secteur : La difficulté c'est que, oui elle est perçue telle quelle, mais est-ce qu'elle devrait vraiment être perçue de cette manière-là ? C'est pas son rôle. Elle est là, techniquement, sur le papier, elle gère le fait de trouver les auxiliaires de vie, de les mettre en place, de gérer l'URSSAF de gérer toute cette partie-là, qui est déjà monstrueuse, qui est tout ce qui est facturation, les fiches de paie, etcetera. Ça concrètement, c'est le travail qu'elle a à faire. Le problème, c'est que, en effet, elle peut être là pour régler, les auxiliaires de vie appellent, ça se passe pas très bien avec untel, elles ont envie de changer de postes bon voilà. Elle se retrouve à faire la tierce personne mais c'est très compliqué parce qu'elle peut essayer d'être la tierce personne mais le problème c'est que concrètement une fois qu'elle a pu discuter avec les gens et autre, l'employeur, c'est pas elle. Donc, c'est pas à elle de prendre la décision sur comment ça va se passer par la suite, c'est vraiment la personne en situation de handicap qui a le mot final. Et là, c'est la grosse différence avec le prestataire, si moi je considère en effet, qu'il y a une situation qui est trop gangrenée, que je peux plus envoyer une auxiliaire, je peux prendre la décision de ne plus l'envoyer, de la sanctionner, de dire à l'usager soit il change son attitude ou on interviendra plus chez lui. De prendre une action concrète c'est à moi, bien sûr à ma responsable par la suite mais c'est à moi de décider ce qui se passe. Tandis que là, Mme Rose peut donner son avis, elle peut conseiller, mais concrètement l'action à la fin, c'est pas elle. Donc son rôle de tierce personne, elle le prend parce qu'elle le veut bien, parce qu'elle fait ça bien, mais c'est pas dans sa fiche de poste. Et c'est la grosse difficulté de l'emploi direct, vraiment. Là déjà Mme Rose, elle fait, quand je vois un petit peu comment fonctionnent les autres services mandataires, ils font les papiers, ça s'arrête là. Ils ne font rien de plus, ils n'interviennent pas. Là, elle a instauré quelque chose qui est très bien mais où les auxiliaires et les usagers se sentent autorisés de lui dire « Ben là ça va pas », parce que ça fait partie de la personne qu'elle est, et du coup elle les soutient comme ça et c'est super mais concrètement non, ça fait pas partie de son... Voilà. Peut-être que sans doute ça devrait l'être ou du moins ça devrait être mieux défini mais c'est vrai que c'est particulier du fait

que l'employeur est la personne handicapée ça change Ça change tout, ça change tout.

Les fonctions de régulation que sont appelés à remplir les responsables de secteur, divergent donc selon qu'ils encadrent des professionnels exerçant en prestataire ou des professionnels exerçant en mandataire. Si ces fonctions sont jugées essentielles par l'ensemble des responsables qualité et des responsables de secteur interviewés, elles sont, dans le premier cas, clairement inscrites dans la fiche de poste alors qu'elles relèvent davantage, dans le deuxième cas, du bon vouloir des professionnels encadrant en poste qui, n'étant pas employeurs, savent que leur marge d'action est limitée, la taille des services jouant aussi un rôle important dans la mesure où ces fonctions peuvent être de fait, impossible à exercer. Le contrôle de la prestation est donc, dans leur cas, encore plus difficile à effectuer que dans le cadre du prestataire, l'opacité des interventions réalisées pouvant être totale s'ils n'ont pas tissé des relations de confiance, aussi bien avec les professionnels qu'avec les usagers. L'ensemble des professionnels interviewés s'accorde, à cet égard, pour dire que la transmission des informations constitue un des points névralgiques de l'aide à domicile. Comment savoir ce qui se passe au domicile et comment faire en sorte que les professionnels auxiliaires de vie d'une part et les bénéficiaires d'autre part transmettent aux instances de coordination les informations dont ils disposent ? Quoiqu'un travail de sensibilisation soit mené auprès des professionnels auxiliaires de vie pour qu'ils rendent l'intervention à domicile plus transparente, ce travail doit être sans cesse remis sur le chantier car, ainsi que le rappellent les responsables de secteur, le métier d'auxiliaire de vie est un métier difficile qui reste très exposé aux aléas des situations. Ainsi que le donne à voir l'extrait d'entretien présenté ci-dessous, les professionnels encadrant ont conscience de la dimension solitaire du métier²²¹ et des difficultés rencontrées au quotidien, les liens tissés entre professionnels et usagers au fil des interventions tendant à abolir les distances entre eux. Dès lors, la question de savoir comment faire tiers et réguler

les rapports institués se pose aux responsables de secteur qui font part, globalement, de leurs propres difficultés à intervenir dans la relation et de leurs propres interrogations par rapport au bien-fondé de leurs demandes.

Verbatim Enquêteur : Spontanément qu'est-ce que vous auriez envie de dire sur le métier de, d'auxiliaire de vie ?
Responsable de secteur : C'est dur. Moi je leur tire mon chapeau, vraiment. Je pense que c'est, quelque part, un vrai don de soi. Elles travaillent de longues heures, c'est physique, c'est assez ingrat comme métier parce que les usagers peuvent des fois être assez exigeants, après ils ont raison de l'être mais ils peuvent être extrêmement exigeants et je pense que vraiment, ça doit être très, très, difficile de devoir prendre sur soi quand l'utilisateur nous a accueilli... Elles arrivent, mettons avec dix minutes de retard parce que le bus est pas venu et que l'utilisateur quand il ouvre la porte l'engueule parce que voilà elle est pas là à l'heure et que machin et qu'il est pas content. Ça doit être dur après de ne rien dire et de faire, j'entends « d'accord je suis désolée, bon ben on va faire votre toilette ». Elles prennent tellement, tellement dans la... enfin voilà. Elles accompagnent beaucoup de fin de vie. Elles accompagnent des personnes de très près, pendant longtemps souvent et, du jour au lendemain, la personne peut décéder. Y en a qui sont arrivées au domicile des personnes, elles m'appellent pour me dire M. Machin il est plus chez lui il est décédé hier soir. C'est un choc ! C'est très, très, dur pour elles. Et la culpabilité. Y a une dame qui est décédée y a pas longtemps, y en a une, elle m'a appelée le lendemain en pleurant en disant « Hier je lui ai donné un truc, elle avait pas très faim, et je lui ai forcé à finir. En fait, elle a fait une fausse route la dame, elle s'est étouffée. Elle avait pas très faim et je lui ai dit que c'était important qu'elle finisse son yaourt ». Alors elle me dit : « Est-ce que tu penses que c'est à cause de ça qu'elle s'est étouffée ? » Donc je lui ai demandé de venir me voir, on en a discuté, je lui ai dit non, mais... on en a parlé, je l'ai rassurée, on a appelé le médecin ensemble. Mais c'est extrêmement violent les choses qu'elles peuvent voir. A côté de ça, en discutant avec beaucoup d'entre elles, pour la grosse majorité, elles me disent toutes qu'elles adorent leur métier et que c'est quelque chose où je pense, elles retrouvent beaucoup de satisfaction. Elles me disent que même si il y a des jours sans, les usagers nous le rendent bien. C'est des femmes extrêmement courageuses. Je dis des femmes, y a des hommes aussi, moins mais y en a, d'autant plus au domicile, c'est aussi une autre

²²¹ Dimension fortement soulignée par B. Croff dans son ouvrage, *Seules Genèse des emplois familiaux, Métaillé, 1994.*

des dimensions, enfin les auxiliaires de vie c'est pour la plupart au domicile mais bon je prends l'exemple d'une aide-soignante, concrètement ça se ressemble énormément, en institut pareil c'est pas chez la personne elle y va, elle fait son truc, elle ferme la porte, elle rentre chez elle le soir, y a quand même plus de distance. Au domicile, c'est, y'a une proximité qui fait que c'est, c'est particulier, c'est vraiment, c'est pas simple. Enquêteur : Qu'est-ce qui vous paraîtrait important de souligner par rapport aux interventions des auxiliaires de vie ? Par rapport à leurs interventions à domicile ? Responsable de secteur : Le fait qu'elle soit seule avec l'utilisateur. Seule sans être seule en fait. C'est vraiment un paradoxe. Elles font partie d'un service, d'une équipe. Y a tout cet aspect-là. Du coup, ça engendre plein de choses. L'utilisateur qui va dire : « Oh ben celle d'hier elle était pas sympa ». Bon ben parce que c'est humain et c'est ce que mon ancienne directrice appelait radio Association. Les gens, ils parlent, ils discutent. Donc, du coup, machine elle est arrivée en retard et en plus elle a été malpolie... Ça fait de blabla, untel machin... Enquêteur : Ça, c'est en réunion d'équipe en fait ? Responsable de secteur : Après en réunion d'équipe mais même, elles vont passer déposer des clés ou venir chercher des clés. Hélène, y a madame truc qui m'a dit que l'autre a pas été sympa. « D'accord, mais en attendant si madame machin, elle ne m'appelle pas pour me le dire moi, c'est pas parce que toi tu viens me le dire. Il faut quand même faire la part des choses. Je vais pas non plus convoquer tout le monde parce que y a madame machin qui a dit que truc était pas... » Je considère que si cette dame qui a absolument toute sa tête n'est pas contente, soit elle se manifeste et elle me pose les choses clairement et à ce moment-là moi je m'en occupe, mais je vais pas l'appeler en lui disant que une telle a dit que machine a... Je rentre pas là-dedans de trop. Mais c'est vrai que c'est un aspect assez particulier. Du coup, y a aussi le problème du secret professionnel qui n'est pas forcément toujours respecté. Ça, c'est un réel souci. Et c'est un truc que j'ai énormément de mal à leur faire comprendre. Enfin, du moins, je pense qu'elle est là la difficulté. Elles comprennent tout à fait. Je dis en réunion : « Je suis pas contente, je comprends absolument pas, j'ai encore eu une madame qui m'appelle pour me parler d'un truc et puis qui me dit au fait comment va l'escarre de madame ? » D'accord, déjà, elle est au courant que madame truc existe, elle devrait pas. Elle est au courant qu'elle a un escarre, elle est au courant de quelle pathologie elle a. Donc, du coup, moi, je vais dire en réunion : « Mais attendez, vous pouvez pas

vous permettre... » Toutes, elles vont être présentes. Toutes, elles vont faire : « Non mais c'est choquant, je comprends pas qui aurait pu dire ça ». Je les regarde et je fais : « Mais vous êtes toutes là. Bon, ben arrêtez de me faire croire, voilà. Ils sont pas télépathes les gens. Si ils savent les choses, c'est parce que vous parlez ». « Ah ben, en tout cas, c'est pas moi ». Non mais ça me choque, toutes. C'est très compliqué car elles sont entièrement d'accord avec moi que c'est inadmissible et comment est-ce qu'on peut machin et d'un autre côté les faits sont là. Je me questionne là-dessus. C'est à moi d'accompagner ce truc-là, de faire en sorte que ça s'arrête, mais j'arrive à définir. Est-ce que c'est juste parce qu'elles sont chez l'utilisateur et du coup elles parlent de plein de trucs et elles se rendent même pas compte qu'elles racontent la vie des gens parce qu'elles sont dans leur truc et que en sortant elles se disent oh ! j'ai peut-être dit un truc de trop ? Mais enfin, bon voilà. Ou, est-ce que elles ont besoin de plus d'espaces pour pouvoir parler des choses et donc du coup, à moi de leur offrir ce truc là pour que ce soit pas aux utilisateurs qu'elles en parlent, mais à moi ou à leurs collègues. Alors après, je comprends aussi que l'utilisateur, ça lui fait du bien parce qu'il ne sort pas de chez lui la plupart du temps, donc du coup il entend tous les petits cancans de qui fait quoi et qui s'est frité avec qui et machin et donc du coup, ça fait de l'animation. Alors est-ce que, du coup, l'utilisateur incite. Je sais pas du tout. C'est vraiment un truc qui me dépasse un peu et qui est là depuis, alors c'est la problématique, c'est que moi, je suis là depuis deux ans, la majorité des auxiliaires sont là depuis bien plus longtemps que ça et qu'il y a certains utilisateurs qui sont là depuis 20 ans, y a certains cancans qui courent et que tout le monde est au courant et ce depuis des années et des années, donc c'est pas moi en deux ans qui va réussir à faire taire tout le monde sur... Ce que j'essaie c'est d'inculquer aux nouvelles personnes qui arrivent que ça ne se fait absolument pas, que c'est écrit dans leur contrat que c'est pas possible. Mais c'est vrai que ça, c'est pas simple. Le secret professionnel, c'est un truc. Enquêteur : Mais ça, c'est dans leur contrat le secret professionnel, c'est écrit ? Responsable de secteur : Oui, oui. Mais je sais pas c'est une notion... ou peut-être qui est trop floue pour elles. [...] Je leur ai bien dit. Appuyez-vous sur des expériences, bien sûr. Parlez-leur des autres utilisateurs de manière globale. Pas de problème. À la rigueur, je comprends que ce soit rassurant pour eux d'entendre que y a d'autres gens qui vivent un peu la même chose qu'eux et que du coup ils sont pas tous seuls à souffrir. Y a une grosse différence

entre ça et dire, ah ! l'escarre de madame machin, il était pas joli ce matin. En fait, j'arrive pas à poser les choses avec elles car elles sont d'accord avec moi. Si elles me disaient : « Ah ben non, je vois pas pourquoi ! », au moins on pourrait avoir une discussion et établir le pourquoi du comment. Mais là, comme elles me disent toutes : « Ah mais non, c'est inadmissible moi je ferais jamais ça ». Voilà donc là c'est aussi un autre aspect que j'aimerais bien travailler avec elles mais je ne vois pas par quel bout le prendre en fait. Et, en même temps, je comprends le secret professionnel quand on est chez les gens, à quel point c'est fin comme, comment dire, on peut vite glisser en fait. On dit un truc, il pose une question, on répond et paf on en a dit trop. C'est pouvoir se mettre des barrières un peu mais bon. Enquêteur : Qu'est-ce qui vous paraît difficile dans ces interventions ? Responsable de secteur : La distance professionnelle. De pouvoir intervenir au domicile des gens de la même manière et avec la même distance que l'on pourrait faire peut-être dans un institut ou dans un hôpital. Tout en sachant que ça reste le domicile, donc est-ce que c'est vraiment souhaitable ? Après, ça, c'est vraiment une question que je me pose. J'ai pas la réponse. Mais est-ce que c'est vraiment souhaitable que ce soit avec autant de distance que dans un institut ou dans un hôpital vu que l'on est quand même chez les gens ? Donc voilà c'est vraiment essayer de poser ses propres limites sur, ben comment je fais pour être... « Je suis chez elle donc c'est elle qui décide, je peux pas faire tout et n'importe quoi, je suis quand même dans son espace privé et en même temps, je suis un professionnel, il faut que je puisse bien poser les limites ». Accepter un café, une fois que l'on a fait la toilette, pas de problème. Boire un café avec la personne, ça fait partie, voilà... Rester manger avec elle le midi parce qu'elle le propose parce que machin, c'est peut-être dépasser un petit peu ses limites. Voilà, c'est essayer de faire la ligne entre... [...] Et en même temps, c'est extrêmement difficile.

Les propos tenus par ce responsable de secteur montrent que même s'ils la jugent nécessaire, la normalisation des interventions reste très difficile au sein du domicile, les relations nouées dans l'espace privé qu'il constitue *a priori* n'étant pas du même ordre qu'en institution. Globalement, les personnes interviewées soulignent qu'il est difficile pour les personnels encadrants de faire prévaloir leur propre conception de l'intervention, les habitudes de vie et de travail prises faisant souvent l'objet d'un consensus entre professionnels et usagers sur lequel il n'est pas aisé d'interférer. Il est,

certes, possible de fixer des objectifs et d'établir des protocoles avec les professionnels, mais les responsables insistent sur le fait, d'une part, que la qualité exigée ou attendue par l'utilisateur n'est pas forcément convergente avec celle demandée par le service et sur le fait, d'autre part, qu'il est très difficile de trouver un consensus sur les indicateurs de qualité tant ces derniers peuvent être variables d'un contexte à un autre, d'une situation à une autre. Peut-on, par exemple, considérer que l'absence de retour de la part des usagers est le signe que tout se passe bien au domicile ? Ou doit-on au contraire s'en inquiéter et interpréter le silence comme le signe que quelque chose ne va pas bien ? « *Il y a des situations où on entend rien et il se passe le pire* » disait un responsable, un autre soulignant qu' « *il y a des situations où ça se passe bien et où on en entend pas parler* ». Dans les faits, les seuls indicateurs qu'il est possible d'observer restent circonscrits à l'effectivité de la présence au domicile et du travail réalisé, d'où la préconisation récurrente de privilégier, lorsque cela est possible, et il faut entendre lorsque l'activité n'est pas en flux tendu, les visites au domicile, et les contacts oraux aussi bien avec les usagers qu'avec les professionnels pour en savoir plus sur les liens noués. À défaut de pouvoir disposer d'outils de mesure semblables à ceux dont disposent les industriels qui n'ont pas à se poser la question du registre sensible, les responsables qualité et les responsables de secteurs estiment qu'ils peuvent mettre en place des systèmes de veille et ils attirent *in fine* l'attention sur l'importance des liens noués entre eux et les équipes professionnelles, entre eux et les partenaires sociaux, entre eux et les usagers, la qualité de la prestation restant tributaire de l'ensemble de ces dynamiques relationnelles. Quant à savoir si ce qui se passe au domicile est véritablement accessible, tous émettent un doute, certains d'entre eux considérant clairement que la rationalisation s'arrête à la porte du domicile dans la mesure où « *passé la porte, on ne sait pas ce qui se passe. C'est peut-être d'ailleurs un bien de pas savoir*, ajoutait ce même responsable qualité, *c'est quand même le domicile* ».

PARTIE 3

LA QUALITÉ AU DOMICILE : UN RAPPORT NÉGOCIÉ

CHAPITRE 1 - LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS AUXILIAIRES DE VIE

La complexité de la problématique de la mesure de la qualité dans l'aide à domicile est, pourrait-on dire, à la mesure de la complexité du métier d'auxiliaire de vie et de la relation d'aide qui est supposée s'instaurer au domicile. À l'hétérogénéité des profils (aides à domiciles, auxiliaires de vie à domiciles) et des statuts (mandataire, prestataire, emploi direct) des personnes exerçant ce métier, fait écho l'hétérogénéité des circonstances qui amènent à son exercice. Cela peut être par nécessité économique, et c'est bien souvent le cas, par vocation, par opportunité ou encore par volonté de reconversion professionnelle. Mais quels que soient ces profils, ces statuts et ces circonstances, une fois aspirés dans la sphère de la domus, les professionnels ont tous à s'affronter à la singularité de cette sphère qui, ainsi que nous l'avons souligné en conclusion du rapport intitulé *La prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées dépendantes vivant au domicile*²²², joue un rôle déterminant dans la structuration de leurs relations non seulement avec les bénéficiaires et les familles, mais également avec les services d'aide qui les emploient.

1.1 - Le domicile comme lieu et enjeu de resymétrisation des rapports sociaux

La notion de domicile (du latin *domicilium, domus*) fait l'objet d'une littérature aussi abondante qu'érudite, les auteurs, toutes disciplines confondues, rappelant combien la *domus* revêt un caractère fondamental dans la vie des hommes. Dans son ouvrage *Repenser le maintien à domicile*, B. Ennuyer souligne la pluralité des dimensions que recouvre cette notion et la centralité de chacune d'entre elles. La *domus*, il le souligne, est conçue aussi bien comme une entité juridique que comme un espace politique, économique, social, familial, ou encore imaginaire, psychique. C'est donc un espace hautement symbolique tant du point de vue de sa localisation et de son agencement, que du point de vue de son occupation et de son appropriation. S'il

²²² Frédéric BLONDEL, Sabine DELZESCAUX, *La prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées dépendantes vivant au domicile*, opus cité.

convient, dans le cadre de cette recherche, de revenir à sa structuration et aux enjeux symboliques qui la sous-tendent, c'est qu'il peut aussi être regardé comme une matrice à partir de laquelle s'expriment une ou plusieurs demandes d'aide et autour de laquelle s'organise un ensemble de réponses. Dans nos travaux réalisés sur la désocialisation et l'isolement que peut aussi produire la vie à domicile et cités précédemment, nous sommes longuement revenus sur les caractéristiques incontournables de cet espace. Il convient de les rappeler ici dans la mesure où la recherche présente confirme pleinement le diagnostic formulé dans ces travaux : La première concerne le statut incertain du domicile dès lors qu'un alter, pour reprendre la formulation que nous avons retenue alors, y est introduit de manière régulière, voire permanente. La deuxième concerne la situation structurelle de dépendance qui place la personne se trouvant dans cette situation dans une posture assujettie, la demande d'aide répondant à un besoin qui revêt un caractère vital.

La troisième, indissociable des deux autres, concerne la fonction de symétrisation des rapports sociaux que remplit le domicile.

Évoquer en premier lieu le statut incertain du domicile revient à mettre l'accent sur le fait que la mise en place d'un dispositif d'aide confère au domicile un nouveau statut qui, parce qu'il demeure informel, est difficile à préciser. Cet espace dans lequel est appelée à s'inscrire la relation d'aide conserve, certes, son caractère privatif et de ce point de vue, les bénéficiaires résident bien « chez eux ». Toutefois, ce « chez soi », autrefois soustrait au regard des autres, acquiert un statut plus « public », en ce sens qu'il est désormais exposé au regard et au jugement d'autrui. « *On rentre*, dit un professionnel, *dans la vie des gens, dans leur vie de famille, dans leurs secrets, dans la gestion de choses qui leur sont personnelles* ». Ce point est important car, alors que les personnes en situation d'autonomie disposent d'un pouvoir de *clôture* par rapport à cet espace de vie qu'incarne le domicile (Enriquez E., 1992), les personnes en situation de dépendance se trouvent dans l'obligation d'en accepter l'ouverture. S'impose alors la confrontation avec une pluralité d'autrui qui, à divers titres, formuleront un jugement, voire des préconisations sur sa localisation, son aménagement, sa manière d'être investi. Le domicile, en d'autres termes, n'est plus simplement un lieu

privé sur lequel les habitants peuvent régner en maîtres, il devient un espace ouvert, perméable au regard et à l'action de cette pluralité d'alter avec lesquels il faut désormais composer, négocier, contractualiser. La singularité de cet espace que nous évoquions d'emblée est donc à mettre en relation en première instance avec cette ouverture. Lorsque les auxiliaires de vie, dans le sillage des aidants familiaux, des professionnels responsables de l'évaluation des besoins et des responsables de secteur missionnés par les services d'aide à domicile, pénètrent dans cette sphère, ils y font inévitablement figure d'intrus. L'ouverture, de ce point de vue, va de pair avec l'intrusion et quelles que soient les précautions prises, un sentiment d'immixtion ne peut manquer de se faire sentir du côté des personnes en situation de vulnérabilité, l'auxiliaire de vie apparaissant comme un tiers avec lequel il devient nécessaire de négocier. Ce sentiment d'immixtion sera d'autant plus fort que le faisceau des dépendances qui ordonne cette ouverture est large et la demande d'aide conséquente. Ainsi que nous le rappelions dans le rapport précité, on ne peut comprendre la nature des liens qui se tissent, au domicile, entre les professionnels auxiliaires de vie et les personnes en situation de dépendance si on méconnaît le caractère « vital » de ce lien qui se place fondamentalement sous le sceau de l'obligation, de la nécessité²²³. L'appel à un tiers extérieur aidant se fait, autrement dit, sous le joug du besoin et la situation d'interdépendance qui en découle. Il se place donc sous le sceau de cet impératif catégorique. Avant d'approfondir les implications de cette situation d'interdépendance, il convient d'insister sur l'asymétrie de la relation que la situation de dépendance induit entre l'auxiliaire de vie et le bénéficiaire, fut-il considéré comme un client. Dans les faits, client ou non, le bénéficiaire ne peut subvenir seul à ses propres besoins et il en découle une vulnérabilité extrême qui, précisément, le contraint à renoncer à une intimité à soi et pour soi²²⁴. L'accompagnement dont il doit bénéficier pour les actes essentiels de sa vie quotidienne l'assujettit au bon vouloir d'autrui et plus cet accompagnement touche à des actes comme la toilette, l'habillement et l'alimentation, plus la nécessité d'avoir affaire à un autrui « suffisamment bon » (Winnicott D., 1969),

c'est-à-dire capable de se rendre disponible pour répondre aux besoins de la personne, se fait sentir. Cet autrui peut être diversement incarné par un membre de la parentèle qui prendra le statut administratif d'aidant familial, par un ami, un voisin ou encore un professionnel rémunéré pour réaliser cet accompagnement. Quel que soit, toutefois, le profil et le statut de cet autrui, la personne en situation de dépendance entre avec lui dans un rapport potentiel de sujétion. L'absence (dans le cas des situations de handicap présentes dès la naissance) ou la perte de « la liberté du geste » est, en effet, à ce prix et les bénéficiaires de l'aide à domicile en mesurent pleinement les conséquences, l'obligation de recevoir dans laquelle ils se trouvent placés n'allant pas sans produire de la dette (Mauss M., 1991), fût-elle symbolique. Le sentiment que nombre de bénéficiaires éprouve d'être « redevable de » met bien en relief cette position assujettie et même si cet autre n'est pas que contraignant, [...] il l'est potentiellement, et le fait qu'il puisse potentiellement l'être, ainsi que nous le notions dans le rapport sur l'isolement et la désocialisation, le dote d'un pouvoir lui aussi potentiellement exorbitant puisque qu'il pourrait faire prévaloir sa volonté et ses désirs²²⁵. S'il nous paraît important de revenir sur ce rapport à la fois structurel et potentiel de sujétion, c'est qu'il permet de comprendre l'un des enjeux majeurs du maintien à domicile, à savoir la resymétrisation des rapports sociaux. On nous permettra de citer in extenso l'analyse produite à ce sujet dans nos travaux sur la prévention de l'isolement et de la désocialisation car c'est à la lumière de cet enjeu que l'on pourra commencer à appréhender les difficultés que rencontrent les différents acteurs s'inscrivant dans le champ de l'aide à domicile pour définir et *a fortiori* mesurer la qualité du service rendu.

Citation de rapport Le domicile, écrivions-nous, est « le lieu où se signe l'appartenance à une famille, à une histoire et, sans doute plus que tout, il est le lieu où la personne peut faire prévaloir son « je ». Nous avons souligné les raisons du choix de rester à domicile plutôt que d'intégrer un établissement spécialisé, et dans le prolongement de ces remarques, on peut dire que le domicile apparaît comme un haut lieu de liberté. La per-

223 *Ibid.*, p. 122.

224 *Ibid.*, p. 123.

225 *Ibid.*, p. 123.

sonne en situation de handicap peut être, certes, dépendante voire très dépendante, cela ne veut pas dire pour autant qu'elle ne dispose pas d'une certaine autonomie et alors que l'institutionnalisation de l'accompagnement dans une structure spécialisée l'assujettit à la temporalité d'autrui, l'accompagnement à demeure peut lui permettre de faire prévaloir sa temporalité propre. En d'autres termes, l'espace à soi que représente le domicile est perçu comme un lieu pouvant davantage permettre l'expression légitime de sa propre volonté et pour les personnes en situation de handicap, ce cadre très spécifique qu'incarne le domicile constitue le dernier recours dont ils peuvent se saisir pour conserver ou retrouver la prévalence de leur statut de sujet qui parle en son nom propre²²⁶. »

Pour des personnes structurellement placées en position de sujétion du fait de leur situation de dépendance, la possibilité de continuer à vivre dans un espace qui non seulement leur est familier, mais qui également leur permet de conserver une certaine maîtrise sur leur vie et ses temporalités représente un enjeu majeur. Certes, les différents autrui présents au domicile sont, eux aussi, tentés de faire prévaloir leur volonté, mais même si cette tentation est présente, elle n'obère pas le fait qu'un espace singulier de négociation est ouvert et que, dans cet espace, le bénéficiaire, même s'il est en situation de demande, continue de disposer d'un avantage certain : celui d'être « chez lui » et de pouvoir utiliser cet argument soit pour refuser l'aide proposée, soit pour la moduler, soit pour l'organiser. S'il convient d'insister sur cet enjeu de resymétrisation des rapports sociaux, c'est que la mesure de la qualité et les instruments mobilisés à cet effet, varient selon le contexte de la relation.

1.2 - La précarité de la mesure et de son étalonnage

Avant d'examiner ce contexte, il est nécessaire de s'arrêter sur les instruments de mesure de la qualité mobilisés au domicile. Les entretiens réalisés avec les professionnels auxiliaires de vie dans le cadre de la recherche montrent que pour estimer si le service qu'ils ont rendu est ou non « de qualité », ces derniers s'appuient en priorité sur leur *faculté de juger* (Arendt H., 2009). En d'autres termes,

l'instrument privilégié qu'ils mobilisent pour juger de la qualité est leur propre système interprétatif et s'il convient d'insister, ici, sur l'usage du terme jugement, c'est qu'on est bien là dans une pratique d'évaluation spontanée qui tend à évacuer la question de la mesure explicite et des outils techniques. Certes, les professionnels rencontrés évoquent bien, pour certains, l'existence de protocoles destinés à encadrer l'intervention, mais ces protocoles sont, en règle générale, davantage appréhendés comme des documents d'information plutôt que comme des outils à strictement parler d'évaluation de la qualité. Il est d'ailleurs intéressant, à cet égard, de constater que le terme même de qualité est très peu évoqué spontanément. Les professionnels auxiliaires de vie, lorsqu'ils parlent de leurs activités au domicile parlent plutôt de travail « bien fait » ou « mal fait », ou « pas fait du tout » et convoquent, à ce sujet, quasiment toujours les catégories du contentement ou du mécontentement pour traduire le rapport des bénéficiaires à leur travail. À la question de savoir quelle définition on peut proposer de la qualité, ils peinent donc à répondre. Une telle définition leur paraît *a priori* très difficile à formuler tant le nombre de paramètres à entrer en ligne de compte leur semble conséquent.

Verbatim Questionnements de professionnels : « La qualité, c'est dur à définir » / « Peut-on vraiment fournir une bonne qualité dans le travail ? On ne sait jamais. Pour nous ça va être bien mais la personne qui ne peut ni bouger, ni parler. A-t-on fait de la qualité envers elle ? » / « C'est avant tout une question de point de vue. Tout dépend des critères. On peut tendre vers la qualité l'atteindre, je ne sais pas. Il y a un travail de recherche, de mieux faire. C'est plutôt l'attitude de travail ».

Lorsque l'on affine le questionnement et qu'on leur demande « *ce qu'est, pour eux, un accompagnement de qualité* », les réponses qu'ils formulent s'affinent, elles aussi. Les objets sur lesquels se fixe la qualité sont davantage précisés : pour les professionnels, la qualité de l'accompagnement, et donc du *service rendu*, se donne à voir au niveau des actes réalisés, au niveau de la coordination de ces actes dans le temps imparti, au niveau aussi de la coordination des différentes interventions réalisées auprès de la personne, certains professionnels soulignant l'importance de la posture dans l'intervention. Les critères mobilisés à ces

226 *Ibid.*, p. 124.

différents niveaux sont multiples et mettent en relief la multi dimensionnalité du métier d'auxiliaire de vie, la qualité du service rendu étant rapportée à un ensemble hétéroclite de critères dont on peut dire globalement qu'ils s'articulent autour de deux axes :

Un premier axe orienté vers la personnalisation de l'accompagnement, les critères évoqués renvoyant en priorité à la manière dont les professionnels répondent aux besoins essentiels exprimés par la personne. Ces critères varient selon le contexte de l'intervention et selon les systèmes normés auxquels les professionnels s'adossent. Ces systèmes correspondent en règle générale à une combinaison entre leur propre système de normes combiné avec celui du service d'aide qui les emploie s'ils exercent en prestataire et mandataire et celui des bénéficiaires et des aidants familiaux lorsqu'ils sont présents. Sont évoqués, à titre illustratif, un ensemble de dispositions comme la prévenance dans les gestes, le respect, l'écoute, la patience ou encore l'empathie, la réactivité dans l'intervention – réactivité conçue comme capacité à faire preuve de «sens pratique», c'est-à-dire à composer avec les ressources à disposition, dans le contexte de l'ici et maintenant –, la capacité d'adaptation aux situations et aux demandes d'intervention, la capacité d'anticipation et de prévention, cette dernière étant aussi associée à l'esprit d'initiative des professionnels.

Verbatim Un professionnel: Une fois elle avait des débuts d'escarres. Mon patron me dit : «Madame Telle va mourir, va la voir hein». Arrivée, j'ai appelé le médecin et pourtant elle a tout son monde hein, ses enfants, ses petits-enfants. Il y a son fils qui était médecin qui habite en bas, son fils professeur, son petit-fils professeur de l'université, tout ça. Donc, moi j'arrive, elle était comme ça sur le fauteuil. Je vous jure le 31 décembre j'ai quitté la maison de retraite à 15 heures 15 pour aller la voir avant d'aller faire mes courses. Parce qu'il y a le directeur qui m'a demandé de le faire. Donc, je sais pas, moi-même j'avais peur hein quand je l'ai vue... non elle n'arrivait plus à parler, elle parlait doucement : «Oh t'es là Rose ?». J'ai dit : «Oui je suis là, mais qu'est-ce que vous avez ?» Elle me dit : «Je vais mourir». Donc moi je l'ai soulevée, j'ai regardé ses fesses, j'ai vu que c'était rouge et elle n'a jamais eu des problèmes de rougeurs, donc après je l'ai laissée. J'ai appelé son fils, j'ai eu sa femme. La

femme j'ai dit : «Oui bonsoir, c'est Rose. Je suis venue voir madame Telle, est-ce que son fils est là ? » Elle dit : « Ah y a Rose qui vient voir ta mère, elle devait même pas travailler hein». C'est sa femme qui dit ça, je l'entends. Après je lui dis : «Je vais appeler le médecin». Il me dit : «Oui appelle». En ce moment son fils ne venait pas trop, on se parlait pas trop. Y a son autre fils qui s'occupait vraiment de ses affaires quoi, comme il était malade aussi, donc je lui ai dit : «Je vais appeler le médecin». Il me dit d'accord. Donc j'ai pris le cahier, j'ai fait le numéro, j'ai appelé. Il me dit : «Oui y a ses enfants qui n'appellent jamais, donc là c'est le week-end». C'était le vendredi je pense, donc il y avait le 1er, c'était samedi après y avait le dimanche. Il me dit : « Donc tu m'appelles lundi». J'ai dit : «Non moi je préfère prendre rendez-vous aujourd'hui comme ça lundi vous pouvez venir ou mardi». Donc il me dit d'accord. Donc il est passé lundi en fin de matinée, donc je suis partie, je lui ai donné à manger, j'ai rempli... Le pilulier n'était pas fait, parce que la fille qui me remplace, elle disait qu'elle n'avait pas le droit de donner les médicaments. Y a son fils qui est malade, y'a sa petite fille quand on la demande, elle dit : «Attendez l'arrivée de Rose». Donc j'ai fait le pilulier, je lui ai fait un thé, je lui ai donné des gâteaux, elle a mangé un peu donc je suis partie. Le surlendemain, c'était le lundi, avant d'arriver, je suis passée à la pharmacie. J'ai dit : « Je m'occupe d'une dame, elle a les fesses toutes rouges, qu'est-ce que je dois faire ? » Elles m'ont dit : «C'est comment y'a une plaie ou... ?» J'ai dit : «non c'est rouge mais y'a pas de plaie». Ils m'ont donné une pommade, je l'ai achetée à 7 € et quelques, ils m'ont dit : «Tu nettoies bien et tu mets, tu masses, tu masses». Et tandis que je la massais... «Mais arrête de me tripoter !» (Rires) «Mais elle est folle ! Mais elle est dingue cette dame !» Au bout de trois jours, avant même que l'infirmière arrive, ça partait. Jusqu'à présent. Jusqu'à présent, même j'ai la pommade cette semaine aussi, le 3, c'était le 3 qu'on a débuté la formation ? Le 6, je suis partie, je l'ai trouvée en jupe et tout, avec les fesses rouges, rouges, j'ai pris ma pommade encore. Là ça va.

La capacité des professionnels à formuler leur propre diagnostic sur l'état de santé des bénéficiaires et à prévenir les risques de dégradation de cet état est corrélée, ainsi que le montrent les propos tenus par cette auxiliaire de vie, à leur familiarisation, dans le cadre de l'accompagnement, non seulement avec la personne, mais également

avec son entourage. La qualité du service rendu est donc aussi mise en relation avec cette connaissance intime des habitudes, des modes de vie et des modes d'être des bénéficiaires, la capitalisation au fur et à mesure du temps de cette connaissance leur permettant d'orienter leur accompagnement en conséquence.

Le deuxième axe autour duquel s'articulent les critères de qualité évoqués par les professionnels auxiliaires de vie est davantage orienté vers les questions de coordination. Les professionnels insistent là sur la nécessité de coordonner les temps d'intervention et les actes réalisés au domicile, sur la nécessité aussi de coordonner les prestations des différents professionnels susceptibles d'intervenir au domicile, de créer des partenariats et des réseaux autour de la personne et de ses aidants et d'organiser des accompagnements relais en fonction du niveau de vulnérabilité des personnes, la question de la transmission des informations à disposition étant jugée cruciale pour la continuité de l'accompagnement. Concernant la création de partenariats, les professionnels attirent notamment l'attention sur la nécessité d'y inclure les médecins généralistes et les structures hospitalières afin de les sensibiliser aux difficultés que pose l'accompagnement à domicile.

Verbatim Un professionnel : Moi j'ai demandé souvent à la structure hein, même dans la formation. Enfin là je milite pour qu'il y ait un réseau entre... Parce que moi, on a trouvé que j'allais contre le médecin, mais je suis pas... Un réseau entre les généralistes avec les associations et les familles. Pour les réactivités quand même... à partir du moment où il y a une prise de décision, il faut que... le médecin fasse confiance aussi aux collègues et non pas qu'il dise « C'est la vieillesse ». Vous voyez, parce que ça c'est souvent le problème. S'il y avait un réseau avec l'hôpital, pour que l'hôpital ne soit pas perçu non plus comme un lieu où on a peur d'aller, voyez, il aurait fallu que, il faut qu'il y ait un réseau de toute façon dans le métier qu'on a aujourd'hui. Si on fonctionne pas avec des réseaux... Enquêteur : Alors vous, vous voyez qui dans ces réseaux ? Professionnel : Il faut que le médecin généraliste, les associations, les familles et l'hôpital soient en permanence en liaison. Comme ça dès qu'il y a un problème et ben tiens, oui, j'appelle tel hôpital et hop.

Il est à noter que les points de vue exprimés à ce sujet par ces derniers renvoient le plus souvent à un idéal de la relation d'accompagnement conçu en priorité à partir de ce qui fait défaut dans leur propre expérience du travail à domicile. Ainsi les professionnels qui appellent l'attention sur les nécessités de nouer un partenariat avec les structures hospitalières font-ils en premier lieu référence aux rapports conflictuels qui, dans le cadre d'un accompagnement donné, les ont opposés à des professionnels issus de ce secteur. La qualité du service rendu est aussi référée, dans le cadre de cet axe, à la capacité des services d'aide à domicile à limiter la duellisation des relations à domicile, cette duellisation étant favorisée par les liens d'attachement qui ne manquent pas de se nouer entre professionnels et bénéficiaires. Les professionnels rencontrés dans le cadre de la recherche considèrent, en effet, de manière unanime que l'accompagnement à domicile, du fait de la régularité des relations instituées, favorise les liens d'attachement et si l'instauration de ces liens leur paraît, en soi, « naturelle », ils estiment, cependant, qu'il convient d'en modérer les effets en mobilisant une pluralité raisonnable de professionnels autour de la personne, c'est-à-dire trois ou quatre professionnels maximum. Une telle mobilisation peut permettre, selon eux, de limiter la tentation toujours forte des bénéficiaires de nouer une relation exclusive avec l'auxiliaire de vie qui leur paraît le plus répondre à leurs attentes – ce type de relation les conduisant notamment à refuser les remplacements en cas de congé du professionnel référent –, tout en maintenant un certain degré de familiarité entre ces derniers et les professionnels mobilisés pour les accompagner et donc de continuité dans l'accompagnement.

Les critères dont nous rendons compte dans ces deux axes ne sont pas exclusifs et les réponses formulées sur les questions relatives à la qualité mettent en exergue d'autres critères que les auxiliaires de vie reprennent diversement à leur compte. Pour certains, la qualité du service rendu tient à la réalisation effective des actes dans le temps imparti. Pour d'autres, c'est la réponse contextualisée à la demande du bénéficiaire, et si cette demande se focalise sur tel ou tel acte, c'est à cet acte qu'ils procéderont en priorité. Quels que soient les cas de figure, force est de constater qu'en l'absence d'unité reconnue et standardisée, la mesure de la qualité reste toujours très précaire à réaliser, la

variété des contextes de la relation en déplaçant en permanence l'étalon. Plus, l'étalonnage lui-même reste incertain. Lorsque, par exemple, les professionnels auxiliaires de vie estiment que la qualité du service rendu tient au fait de « *répondre aux besoins essentiels exprimés par la personne* », rien n'est dit de l'étalon retenu pour réaliser la mesure. Ils peuvent, certes, noter dans le cahier de liaison que la personne a été lavée, habillée et nourrie, mais cela ne dit rien *in fine* sur la qualité des actes réalisés, ni sur les modes opératoires et le rapport du bénéficiaire à l'intervention. L'ensemble des personnes interviewées s'accorde pour dire que « tout dépend » : les indicateurs de la qualité varient, selon eux, en fonction de la pathologie des bénéficiaires et de leur niveau de dépendance, en fonction aussi de leur situation conjugale et familiale, de leurs ressources financières et de leurs conditions de logement (type de logement, localisation, aménagement), de leurs attentes, la liste n'étant pas exhaustive. Les caractéristiques de leur propre situation entrent aussi en ligne de compte. Selon leur situation personnelle, c'est-à-dire selon un ensemble là aussi non exhaustif de paramètres – leur profil, leur statut, leur niveau de formation, leur situation conjugale et familiale, leur situation financière, ou encore leur système normatif –, la perception de la qualité varie grandement. On pourrait dire, au regard de ces éléments et à ce niveau d'analyse, que la question de la qualité est tellement enchâssée dans le contexte de la relation qu'elle ne cesse de se déplacer, pour finalement se dissoudre dans la pluralité du point de vue des acteurs.

Est-ce à dire que l'appréhension de la qualité du service rendu reste du seul domaine du subjectif et de l'insaisissable ? Rien n'est moins sûr. Si les professionnels auxiliaires de vie éprouvent des difficultés à définir ce qu'est, pour eux, la qualité, les propos tenus sur leurs interventions à domicile montrent que ces dernières ne sont pas toutes, loin s'en faut, équivalentes et le jugement qu'ils portent sur elles les amènent à mettre en exergue ce qu'ils considèrent comme du « mauvais travail » ou, autrement dit, de la non-qualité. Les critères évoqués de manière récurrente sont : la malpropreté des lieux, le mauvais entretien de la cuisine et de la chambre à coucher, le mauvais remplissage du réfrigérateur, la tenue vestimentaire négligée des bénéficiaires, leur absence de coiffure, leur mauvaise hygiène. Le jugement porté sur le « mauvais travail » réa-

lisé par certains intervenants peut être référé simultanément ou séparément à leur propre conception du « travail bien fait », donc à leur propre système normatif, à la conception normée promulguée par la structure qui les emploie lorsqu'ils exercent en prestataires, ou encore à celle privilégiée, selon eux, par les bénéficiaires et/ou éventuellement les aidants familiaux. En mettant l'accent sur les signes extérieurs de la non-qualité qui sont, on le voit, aussi diversifiés que peuvent l'être les signes extérieurs de la qualité, les professionnels ne nous ramènent donc pas seulement à la question de la matérialisation de la qualité, qualité qui peut se donner à voir en creux *via* la non-qualité. Ils nous introduisent également à la question complexe du service rendu. Complexe parce que ce service rendu est, par essence, plastique, c'est-à-dire qu'il peut incessamment changer de forme et la seule approche que l'on puisse en faire, de l'extérieur, est une approche sommative qui précisément élude le contexte singulier qui lui donne forme. On peut, en effet, dire que le service à rendre doit consister concrètement en telle et telle tâche et on peut même lister ces tâches et les dénombrer de manière très exhaustive. La manière dont les professionnels les réaliseront et la manière dont les bénéficiaires et/ou les aidants familiaux les appréhenderont conféreront toujours à ce service rendu une facture singulière qui, du point de vue imaginaire et symbolique, reste du registre de la subjectivité. Force est de constater, de ce point de vue, que le jugement porté sur le travail accompli s'inscrit dans un rapport négocié qui ne cesse de l'infléchir. Quel que soit donc le nombre de critères mobilisés pour juger de la qualité du service rendu, ils sont, dans leur ensemble, toujours associés à la dynamique relationnelle qui s'instaure au domicile entre professionnels, bénéficiaires et aidants familiaux, cette dernière leur conférant ou non leur validité. On comprend mieux, dans cette perspective, l'attention portée par les uns et les autres à la dynamique des relations, la qualité du service rendu étant référée de manière centrale et unanime à la « qualité » des liens noués au domicile, les professionnels estimant qu'il ne peut y avoir d'accompagnement « de qualité » sans l'instauration d'une dynamique relationnelle propre à leur permettre de réaliser les actes pour lesquels ils ont été sollicités.

1.3 - Une évaluation de la qualité toujours référée à la dynamique relationnelle

L'importance que les professionnels auxiliaires de vie accordent à la dynamique des relations montre, en effet, qu'elle reste, de leur point de vue, un des vecteurs centraux de la qualité du service rendu. Le travail « bien fait », disent-ils en substance, suppose une « bonne » dynamique des relations et disant cela, ils attirent l'attention sur le fait qu'il s'agit là d'un préalable à la réalisation des actes incontournable. Il est, autrement dit, en premier lieu nécessaire que les professionnels soient en mesure a minima de nouer une relation avec le bénéficiaire, c'est-à-dire être accepté ou « adopté » par lui, et selon la nature de la relation ainsi nouée, ils pourront ou non rendre au bénéficiaire les services pour lesquels ils ont été mandatés. Concernant la structure de ces relations, les recoupements opérés entre les différents entretiens et les points de vue exprimés dans le cadre des réunions de travail montrent que, quelle qu'elle soit, la dynamique relationnelle instaurée au domicile est un bâti toujours fragile et instable. L'usage du singulier pour évoquer ce faisceau hétérogène et mouvant de relations peut paraître surprenant, mais il est ici requis dans la mesure où il s'agit bien de ressaisir les invariants qui président aux fluctuations de cette dynamique et non les fluctuations elles-mêmes. Avant d'approfondir les raisons de l'instabilité et de la fragilité, pensons-nous, structurelle de cette dynamique, il convient d'attirer l'attention sur le fait que les professionnels auxiliaires de vie ont une approche différenciée des publics fragilisés, l'accompagnement à domicile des personnes âgées étant clairement distingué de celui des personnes en situation de handicap. Trois points de différenciation nous paraissent importants à souligner dans la mesure où ils sont évoqués de manière récurrente :

Le premier point concerne la manière dont le bénéficiaire appréhende l'intervention au domicile de l'auxiliaire de vie : les professionnels soulignent, en première instance, la différence fondamentale de contexte de la demande. Dans le cas des personnes âgées, la demande n'émane pas forcément d'elles et elle s'inscrit, dans une majorité des cas, dans un contexte de dégradation progressive ou brutale des fonctions physiques et/ou psychiques que les personnes âgées ne décryptent pas nécessaire-

ment comme tel. L'intervention des professionnels tend donc davantage à être interprétée en termes d'intrusion et de dépossession, plutôt qu'en termes de relation d'aide. L'attachement à leurs habitudes de vie et à la conservation de leurs espaces de vie les rend très sensibles, selon les professionnels, à la manière dont les auxiliaires de vie introduisent des changements, la tentation de les cantonner à des tâches ménagères étant toujours forte.

Verbatim Un professionnel : Il y en a qui n'acceptent pas de vieillir, ils n'acceptent pas qu'on les aide à cause de la vieillesse, des fois à cause de la maladie aussi. Et des fois, ils n'ont pas envie d'être dérangés et ils pensent que tu es là pour prendre leur place quoi, chez eux. Les rassurer. Donc il faut les rassurer et les aider à garder... comment dirais-je... leur autonomie. Respecter leurs habitudes. / Un autre professionnel : Ils savent ce qu'ils veulent hein. J'ai travaillé avec une dame qui avait 103 ans et quand j'ai commencé à travailler chez X, à ce moment-là j'étais à l'association X le matin, mais l'après-midi j'étais dans une autre association qui s'appelait Y, donc la dame quand je parlais là-bas, des fois elle me dit : « Tu viens pas le week-end hein. » Enquêteur: Elle disait quoi ? Professionnel : Je faisais les week-ends, elle me dit : « Tu viens pas le dimanche, parce que le dimanche, c'est mon jour de repos. » Elle n'a pas d'enfant, elle a une nièce, celle qui était son héritière. Elle m'a dit : « Tu viens le samedi, mais le dimanche tu viens pas. » J'ai dit : « Non, il faut que je vienne hein, parce que l'association me dit de venir le week-end donc le week-end... ». Elle me dit : « Si tu viens le dimanche, je t'ouvre pas la porte. » (Rires) Je dis : « Oui, mais si je viens pas l'association X téléphone pour savoir si je suis venue ou pas, ou s'il vous arrivait malheur ». Elle me dit : « Il va pas m'arriver malheur, mais s'ils appellent et que tu n'es pas là, je vais leur dire que tu es descendue pour la poubelle. » (Rires) Une fois je suis partie, elle ne voulait pas m'ouvrir hein. Arrivée elle avait déjà mangé. J'ai insisté, insisté, elle m'a pas ouvert la grande porte, parce qu'il fallait que je sonne et donc j'ai attendu jusqu'à ce que quelqu'un rentre et puis je suis rentrée. Mais quand je suis montée, j'ai sonné, elle m'a demandé : « C'est qui? » Elle a ouvert la porte comme ça, j'ai dit : « Mais c'est moi, il faut m'ouvrir parce que j'ai oublié quelque chose ». Donc je suis rentrée. Mais elle me dit : « Mais qu'est-ce que tu viens faire, je t'avais dit de ne pas venir. » « Je suis venue. Je vais faire à

manger. » « J'ai déjà mangé. » Donc moi je suis restée, comme c'était une heure, après je suis repartie.

Dans le cas des personnes en situation de handicap, l'intervention est davantage appréhendée en termes de compensation et de soutien et dans la mesure où l'aide apportée est de l'ordre du vital, elle est fondamentalement intégrée à la quotidienneté des personnes. Cela ne signifie pas que les personnes en situation de handicap n'éprouvent pas de sentiments d'intrusion face à l'intervention des professionnels. Cela signifie plutôt que leur socialisation à l'intervention se place davantage sous le sceau d'un rapport d'instrumentalisation jugé incontournable et, à ce titre, les professionnels semblent davantage considérés, nous y reviendrons, comme une « extension », un « prolongement » technique d'eux-mêmes.

Le deuxième point évoqué par les professionnels auxiliaires de vie concerne leur propre rapport à la problématique du vieillissement et du handicap : dans le cas des personnes âgées, la vie quotidienne est, d'un point de vue symbolique, moins apparentée à un « projet de vie », comme c'est le cas pour les personnes en situation de handicap, même si elles sont en fin de vie, qu'à une vie « sans projet », c'est-à-dire sans possibilité de projection. La majorité des professionnels interviewés insistent sur le fait que l'accompagnement à domicile des personnes âgées suppose une confrontation inéluctable avec la vieillesse, entendue comme un processus de dégradation des fonctions physiques et psychiques de la personne accompagnée. Au fur et à mesure du temps, les dépendances auxquelles sont confrontées les personnes âgées s'accroissent et ce déclin progressif des marges d'autonomie peut s'accompagner de conduites dépressives, voire suicidaires qui placent les professionnels sur le qui-vive. La difficulté des bénéficiaires, ainsi que nous le verrons, à déléguer aux professionnels la réalisation de leur toilette est, de ce point de vue, significative, les normes de la pudeur étant, dans leur cas, toujours fortement bousculées. Il est à noter, toutefois, concernant cette question du rapport des professionnels au vieillissement, que c'est un rapport toujours ambivalent. Si les auxiliaires de vie se disent, en effet, toujours marqués par la problématique du déclin et de la dégradation des fonctions physiques et/ou psychiques, ils sont, cependant, aussi les premiers à estimer que les autres professionnels n'appréhendent pas suffisamment les personnes âgées comme des

personnes à stimuler. Les réticences, par exemple, de certains médecins généralistes à prescrire des examens au motif que les symptômes observés sont la conséquence naturelle du vieillissement sont jugées préoccupantes, de même que la position des aidants familiaux lorsqu'ils n'interviennent pas et laissent des états de santé se dégrader. La notion de projet de vie revient, dans ces cas de figure, sur le devant des préoccupations. Dans le cas des personnes en situation de handicap, des états dépressifs peuvent être aussi présents, en particulier chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, mais globalement, les professionnels auxiliaires de vie estiment que dans l'accompagnement de ces dernières, la notion de projet de vie reste prégnante et le rapport à l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne semble davantage appréhendé en termes constructifs.

Le troisième point évoqué est lié aux deux autres, puisqu'il concerne la spécificité de l'instrumentalisation de l'aide selon la catégorie de public accompagné : pour les personnes en situation de handicap, l'accompagnement des professionnels auxiliaires de vie s'inscrit plus fortement, nous l'avons souligné, dans une conception supplétive de l'aide apportée, leurs interventions étant indispensables à la réalisation quotidienne de leurs activités domestiques et professionnelles. De ce fait, l'aide apportée dans les actes essentiels de la vie quotidienne est moins vécue sur le mode de l'intrusion que sur celui de la nécessité, ce qui peut conduire d'ailleurs certains bénéficiaires à adopter des modes de comportements jugés très autoritaires, voire tyranniques par les professionnels. Ils savent très exactement comment ils veulent être lavés, habillés et nourris et l'auxiliaire de vie est alors considérée, nous en donnerons des exemples, comme un simple exécutant. Dans le cas des personnes âgées, l'accompagnement possède aussi une dimension supplétive, mais le contexte de vieillissement dans lequel se trouvent les personnes les rend plus sensibles aux dimensions contraignantes de cette aide. Lorsqu'ils disposent encore de marges suffisantes d'autonomie, leur demande d'accompagnement tend à se focaliser sur les activités de ménage et lorsque les professionnels dont ils ont l'habitude s'absentent, ils préfèrent, dans de nombreux cas, renoncer à l'aide plutôt que d'avoir à s'adapter à un nouveau professionnel. Les professionnels auxiliaires de

vie insistent également sur l'importance accordée par les personnes âgées fragilisées à la dimension relationnelle de l'accompagnement, les temps d'échanges informels autour d'une tasse de café correspondant, pour les catégories de public ne bénéficiant que d'une aide professionnelle, à des moments importants de socialisation.

S'il importe d'attirer l'attention sur ces différences qui, manifestement, caractérisent l'intervention à domicile des professionnels, c'est qu'elles ne sont pas sans influencer la dynamique relationnelle qui s'instaure entre ces derniers et les bénéficiaires. Nous avons attiré l'attention sur le fait que la *domus* représentait avant tout, pour les bénéficiaires, un espace de resymétrisation des rapports sociaux, la possibilité de faire prévaloir leur volonté. Nous avons également souligné que leur temporalité par rapport à celles des intervenants restait, malgré leur situation de dépendance, ouverte. Nous reviendrons sur ce point de manière plus détaillée lorsque nous aborderons le point de vue des bénéficiaires eux-mêmes et des aidants familiaux. Il importe, cependant, de souligner à nouveau le fait que la resymétrisation des rapports sociaux ne concerne pas que les seuls bénéficiaires, le statut d'« employés » des professionnels auxiliaires de vie les plaçant également dans une position potentiellement « assujettie » qui, de la même façon, appelle aussi une resymétrisation des liens.

1.3.1 - Les rapports de sujétion

Pour comprendre l'instabilité et la fragilité de la dynamique des relations nouées au domicile, il est nécessaire, en premier lieu, d'opérer un détour par l'examen des rapports de sujétion qui peuvent, potentiellement, structurer ces liens. Par rapport de sujétion, nous entendons ici un rapport où le pouvoir de négociation de l'un se rétrécit par rapport à celui dont dispose l'autre. La « sujétion » peut prendre, pour les professionnels auxiliaires de vie, des formes multiples : il se peut, en effet, que le bénéficiaire les ravale, ainsi que nous l'avons évoqué précédemment, au simple rang d'exécutants de leurs besoins et désirs et, dans ce cas de figure, les auxiliaires de vie soulignent combien ils sont alors acculés à des positions de passivité, c'est-à-dire à des positions d'attente des « ordres » à venir, qu'ils jugent très pesantes et parfois même dégradantes comme le montrent les propos tenus ci-dessous par un professionnel intervenant dans le champ du handicap.

Verbatim Un professionnel : Notre travail est vachement confondu avec un travail d'aide-ménagère où tout est mélangé. C'est-à-dire on est entre la femme de ménage, l'infirmière, l'assistante de soin, la cuisinière, la copine... Tout ça est bien mélangé, ça fait qu'on, on n'a pas de statut. [...] Les gens s'imaginent qu'être auxiliaire de vie, c'est faire ce que tout le monde pourrait faire. C'est facile de laver les gens, c'est vachement facile moi-aussi je pourrais le faire ». Voilà, donc il y a toute cette dimension-là. [...] Et je vais parler de Mireille qui s'occupe d'un couple d'handicapés [...]. Mireille se plaint, c'est une dame auxiliaire qui est chez eux depuis dix ans, elle a cinquante ans [...] et à chaque réunion, elle se plaint d'être considérée comme un larbin, comme une bonne, comme un machin. On lui dit : « Qu'est-ce que tu attends de demander à ne plus y aller ? » Elle veut y revenir, mais c'est pas ça qui me choque. Ce qui me choque, c'est qu'au moment des repas, elle leur prépare le repas et ça, ça m'a toujours choquée, elle leur a coupé la viande, ils mangent et elle est debout comme dans les grands hôtels, tu es le larbin qui attend là, et elle ne doit pas bouger de là. Ils ne veulent pas au cas où ils aient besoin d'elle. Il faut qu'ils l'aient sous la main. Je dis comment tu peux accepter ça ? Elle l'accepte. Ils considèrent l'auxiliaire de vie comme leur chose.

Dans ce rapport de sujétion, le statut de prestataire, mandataire ou employé direct joue un rôle important. Lorsqu'ils exercent en prestataire, les temps d'intervention sont plus réduits et fractionnés et s'ils ne parviennent pas à négocier les formes d'intervention avec les bénéficiaires, ils peuvent interpeller les responsables de secteur pour réguler la relation ainsi instaurée. Lorsqu'ils sont mandataires, la situation est plus délicate dans la mesure où le bénéficiaire, en sa qualité d'employeur, peut refuser la négociation et estimer qu'il est « maître chez lui » et qu'en tant qu'employeur, il dispose du pouvoir de décider des modalités de l'aide. Le service d'aide à domicile qui établit les facturations et gère les remplacements peut être sollicité pour jouer un rôle de régulation mais, n'étant pas l'employeur direct comme dans les services prestataires, il reste une instance consultative et incitative. Lorsque les professionnels auxiliaires de vie sont en emploi direct, les possibilités de faire intervenir un tiers régulateur sont beaucoup plus restreintes et si le professionnel auxiliaire de vie ne dispose pas d'un réseau un peu dense de bénéficiaires qui lui

ouvre la possibilité de mettre fin à l'intervention si nécessaire – possibilité qui peut constituer un levier dans la négociation avec le bénéficiaire –, le risque d'enlèvement de la relation dans un rapport de sujétion reste élevé. Il est à noter, ainsi que le montre l'exemple évoqué précédemment, que c'est surtout dans le champ de l'accompagnement des personnes en situation de handicap que ce type de sujétion se met en place, la crainte des bénéficiaires d'être dépossédés de leur autonomie de pensée les amenant à vouloir contrôler, autant que faire se peut, les modalités de l'aide.

La sujétion peut aussi prendre des formes moins directives et, de ce fait, plus méconnues. Les professionnels attirent l'attention sur la nécessité, pour eux, de veiller à ce que les demandes formulées par les bénéficiaires et les aidants familiaux lorsqu'ils sont présents, ne se multiplient pas ou ne dépassent pas trop largement le cadre contractuel de la relation. Ce type de sujétion s'instaure de manière insidieuse et les professionnels auxiliaires de vie soulignent combien il leur est difficile parfois de refuser des demandes qui excèdent le cadre du contrat, mais qu'ils jugent, cependant, légitimes. Mus par l'empathie et le désir de faire plaisir au bénéficiaire, ils se rendent parfois disponibles au-delà du temps qui leur est imparti pour réaliser l'accompagnement, ce qui relève d'une mise à disposition volontaire pouvant devenir au fil du temps et des interventions un « dû exigible » auquel le bénéficiaire n'entend pas renoncer. Là encore, l'intervention d'un tiers régulateur peut permettre aux professionnels de se dégager du rapport de sujétion ainsi instauré, mais encore faut-il que le statut du professionnel permette une telle intervention. On pourrait approfondir ces dimensions de la relation et analyser de manière plus détaillée et différenciée les types de rapports de sujétion susceptibles de s'instaurer au domicile entre professionnels et bénéficiaires. Dans le cadre, toutefois, de cette recherche, c'est en priorité au caractère circulaire de ce rapport de sujétion qu'il faut porter attention, l'instabilité et la fragilité de la dynamique relationnelle qui s'instaure au domicile reposant pour partie sur cette circularité de la sujétion. On ne saurait donc cliver simplement la relation entre les « bons » et les « mauvais », les « gentils » et les « méchants ». Si circularité des rapports de sujétion il y a, c'est qu'aucun des « habitants du domicile » – nous entendons par là aussi bien les bénéficiaires et les aidants familiaux que les professionnels auxiliaires de vie – n'est en situation de faire complètement pré-

valoir son point de vue et sa volonté. Des relations d'emprise favorisées par les liens d'attachement peuvent, certes, être instaurées, mais quoique de telles situations puissent advenir, les professionnels auxiliaires de vie disposent en règle générale, face aux bénéficiaires, de puissants moyens de rétorsion qui leur permettent, le cas échéant et sauf à être confrontés à des accompagnements du ressort de la psychiatrie, de créer de nouveaux équilibres dans la relation, la question de savoir comment trouver le « juste équilibre » ne cessant de resurgir.

1.3.2 - La production d'« illégalismes »

Les enjeux de resymétrisation des rapports sociaux, comme nous pouvons le constater, sont loin d'être univoques et la recherche, comme nous venons de l'évoquer, d'un « juste équilibre » dans la relation constitue, pour les professionnels, une véritable gageure. C'est que dans l'entre-soi de la relation, rien n'est jamais acquis et si les protocoles institués au sein des services d'aide à domicile peuvent fournir un cadre étayant pour la dynamique relationnelle instituée avec le bénéficiaire, l'ensemble des professionnels s'accorde pour penser qu'il est difficile, cependant, de limiter la relation d'aide au seul cadre prescrit et contractuel. Le quotidien avec les bénéficiaires est, certes, fait de prescriptions auxquelles les professionnels s'efforcent de se conformer, chacun dans son style, mais il s'enracine aussi et surtout dans une multiplicité d'actes non prescrits, voire prohibés, que l'on peut, selon les contextes et selon les statuts, assimiler à des *illégalismes*²²⁷. Les professionnels, autrement dit, se situent dans une majorité des cas à la fois en deçà et en excès du contrat qui sous-tend la relation d'aide. On peut dire qu'ils se situent en deçà du contrat dès lors que tout ou partie de la prescription ne sont pas accomplis. Si, par exemple, l'auxiliaire de vie quitte le domicile sans avoir procédé à la toilette, sa prestation, dans le cadre de l'intervention, est en deçà du contrat et cela, même si la responsabilité en incombe au bénéficiaire qui refuse cet accompagnement. A l'opposé, on peut dire qu'ils se situent en excès du contrat dès lors que l'accompagnement inclut des prestations supplémentaires et il se peut, là encore, que ce soit le bénéficiaire lui-même qui outrepassa le cadre de la contractualisation en

²²⁷ Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir*, Tel Gallimard, 1975.

prenant en charge, par exemple, le repas du professionnel auxiliaire de vie, en lui prêtant de l'argent ou en accueillant au domicile un de ses proches. Le recours au terme illégalisme est important ici à deux titres : il permet, tout d'abord, de souligner tout en l'appréhendant le caractère central des normes et des systèmes normatifs qui prennent pied au domicile et qui s'y combinent autant qu'ils s'y affrontent. Il permet, en deuxième lieu, et nous y reviendrons ultérieurement, de rendre compte d'un des rouages importants de la fabrique de la qualité. Une telle situation n'est certes pas originale et il est sans doute même très commun que, dans l'exercice de leur métier, les professionnels se trouvent soit en deçà, soit en excès du contrat qui les lie à leur employeur ou aux bénéficiaires de leurs prestations. La production d'*illégalismes* est, autrement dit, extrêmement courante et, dans certaines organisations, parfaitement instituée et institutionnalisée même si elle reste dans le registre de l'officieux. Dans le cadre, toutefois, de l'aide à domicile, l'attention portée à la production de ces *illégalismes* doit être accrue dans la mesure où elle est au fondement de l'instabilité de la dynamique relationnelle qui s'instaure entre bénéficiaires et professionnels auxiliaires de vie. Dans notre rapport sur la prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées dépendantes vivant au domicile, et quoique que nous n'utilisions pas cette terminologie à ce moment-là, nous soulignons déjà cette instabilité en évoquant le caractère « à haut risque » de la relation que nous rattachions à la position d'alter qu'occupe l'auxiliaire de vie et au rôle de second qu'il est amené à jouer auprès du bénéficiaire.

Extrait de rapport L'auxiliaire de vie, soulignons-nous, apparaît comme un alter, mais un alter dont on peut dire [...] qu'il ne sera jamais qu'un « ego rêvé ». Disposer, autrement dit, de cet alter comme on a disposé de soi ou comme on imagine qu'on disposerait de soi-même si on le pouvait, tel est le rêve (ou l'idéal) informulé des personnes en situation de dépendance, voire de grande dépendance. L'instrumentalisation du corps et de la pensée de cet alter – ce terme d'instrumentalisation devant être entendu dans un sens positif, c'est-à-dire comme moyen pour demeurer en vie et rester du côté de la vie – est un incontournable et les auxiliaires de vie en ont éminemment conscience. Il n'est pas anodin, en effet, s'ils attirent de manière récurrente l'attention

sur la question des mains : ils sont, disent-ils, les mains du bénéficiaire. Mais ces mains n'ont rien de docile et d'évident car ce sont des mains « qui pensent » et la complexité de cette instrumentalisation réside aussi là. L'étymologie latine nous rappelle que le terme alter signifie « autre », mais aussi « second » et cette acception de « second », pris dans sa dimension supplétive, dit quelque chose d'essentiel sur la nature du lien qui se noue entre le bénéficiaire et l'auxiliaire de vie. Si l'auxiliaire de vie peut, en effet, être considéré comme un second, c'est que son intervention se place, nous l'avons souligné, dans le registre du vital et si son métier devient potentiellement « le lieu de tous les dangers », c'est que s'affrontant à la question du nécessaire, il tombe aussi sur celle du supposé subsidiaire, le désir, l'envie. « Il est nécessaire que l'on me donne à manger, mais je désire tel type d'aliment, tel type de cuisine. Il est nécessaire que l'on me lave, mais je désire que l'on manipule mon corps d'une certaine manière. Il est nécessaire que l'on m'habille, mais je désire porter tel vêtement, telle matière, telle couleur ». On pourrait, poursuivions-nous, prolonger les exemples, mais ce qu'il importe ici de souligner, c'est le fait que l'auxiliaire de vie se trouve confronté aux demandes d'un sujet qui, se trouvant chez lui, dans son domicile, est toujours tenté de faire coïncider le nécessaire qu'on lui octroie avec ses désirs propres qui touchent à l'existentiel. Cette situation le met en prise avec la question de savoir jusqu'où et comment il accompagne les personnes et un faisceau de questions se pose à lui inéluctablement : où est-ce qu'il faut placer le curseur dans l'accompagnement ? « Est-ce que j'accompagne la personne en situation de handicap selon mon propre système normé, selon le système normé encadré par le contrat ou bien selon le système normé des personnes en demande d'accompagnement qui, d'ailleurs, ne coïncide pas nécessairement avec celui des aidants familiaux, lorsque ces derniers sont présents ?... »²²⁸

Le travail que l'auxiliaire de vie réalise au domicile, parce qu'il touche à la sphère intime et existentielle des personnes accompagnées, suppose donc un remaniement constant des postures adoptées

²²⁸ Frédéric BLONDEL, Sabine DELZESCAUX, *La prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées dépendantes vivant au domicile*, op. cit., p. 128-129.

à l'intérieur du cadre fixe de l'intervention. Les professionnels auxiliaires de vie sollicités dans le cadre de la présente recherche évoquent, eux aussi, de manière unanime la multidimensionalité déjà évoquée de leur métier dont ils rappellent qu'il englobe une multiplicité d'activités, c'est-à-dire aussi bien des activités ménagères, que des activités ludiques (jeux, activités manuelles etc.), des activités de loisirs (promenades, lecture etc.), des activités orientées vers le soutien administratif (gestion des papiers etc.), des activités orientées vers les soins corporels (toilette, habillage etc.) ou encore des activités orientées vers les soins nutritionnels et vers le soutien psychologique. Ils insistent, par ailleurs, sur le fait que la réalisation de ces activités est toujours contextualisée du fait de l'hétérogénéité des publics accompagnés, une hétérogénéité qui tient aussi bien au profil des personnes (leur sexe, leur âge, leur pathologie ou le type de vulnérabilité qui est la leur), qu'aux contextes familiaux, conjugaux, sociaux dans lesquels s'inscrivent les accompagnements. À cette hétérogénéité fait écho, de surcroît, l'hétérogénéité des attentes et des demandes exprimées par les bénéficiaires, l'interprétation de ces demandes, particulièrement dans le cas des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démence sénile, étant toujours difficile à opérer. Enfin, ils attirent aussi unanimement l'attention sur les identifications projectives que suscitent leurs contacts réguliers avec les bénéficiaires, leur vulnérabilité, voire leur détresse renforçant ces mécanismes projectifs. Ainsi sont-ils fréquemment amenés à se dire que s'ils étaient à la place des bénéficiaires, ils voudraient bien que l'on s'occupe d'eux de telle ou telle manière et plus le lien tissé au domicile est affectif, plus la tentation est forte de répondre au plus près du registre existentiel des demandes.

Un professionnel: Faut dire que nous on a toujours une personne... à qui on s'attache un peu plus... Moi, c'est vrai que j'ai une personne que j'aime bien, je sais pas pourquoi... Mais... c'est vrai, une fois elle m'a demandé pour un couscous, une fois elle a demandé pour des brochettes et ben j'ai pas dit non, j'ai dit oui... Elle a invité ses parents, j'ai préparé tout ça chez moi, je lui ai amené, elle était tellement contente. Je pense que ça fait pas de mal hein. ? Mais on peut pas faire tout ça. [...] La dame, c'est une dame qui n'a pas les moyens, donc elle voulait inviter ses parents et elle voulait les

emmener au resto, mais elle n'a pas les moyens. Et à l'époque, quand elle était valide, c'est elle qui faisait la... qui préparait. Elle m'a dit qu'elle préparait tout et là, la voir comme ça, qui peut rien faire et elle a envie de faire plaisir à ses parents et elle a pas les moyens, quand même ! Je lui ai acheté, y a même des trucs que j'ai trouvé dans mon frigo, j'ai dit : « vous inquiétez pas pour deux carottes et deux courgettes ». Bon la viande, elle voulait la payer je lui ai donné le ticket, mais sinon, voilà c'est pas vraiment... ça m'a fait plaisir à moi aussi. De lui faire plaisir.

On pourrait aisément donner à voir que tous les professionnels rencontrés dans le cadre de la recherche ont été confrontés de manière récurrente, dans l'exercice de leur métier, à des demandes auxquelles ils auraient pu, d'un point de vue réglementaire, refuser de répondre mais qu'ils ont, pour leur part et au moment où elles s'exprimaient, choisi d'accepter. L'ensemble des acteurs exerçant dans le champ de l'aide à domicile, connaît parfaitement ce type de situations où auxiliaires de vie et bénéficiaires concluent des transactions qui n'entrent pas dans le cadre de la contractualisation et certains professionnels exerçant des fonctions de coordination ou de direction dans des services d'aide à domicile estiment, à cet égard, que le travail à domicile constitue, pour les acteurs extérieurs, une véritable « boîte noire ». L'analyse croisée des propos tenus par les professionnels auxiliaires de vie exerçant en mandataire, prestataire et emploi direct d'une part et par les différents acteurs s'inscrivant dans le champ de l'aide à domicile d'autre part montre que l'opacité de la dynamique relationnelle qui s'instaure à domicile ne relève pas simplement de l'intentionnalité des acteurs qui s'y trouvent, mais relève également et plus fondamentalement encore du cadre contractuel qui encadre cette dynamique relationnelle. Plus ce cadre est normalisé, c'est-à-dire encadré par des chartes, des protocoles et des procédures, plus les marges de tolérance envers les transactions effectuées en dehors de leur champ d'influence se rétrécissent et plus les acteurs sont exposés à la critique des instances de tutelles. En d'autres termes, l'extension de la norme dans le travail à domicile tend à élargir le champ de production des *illégalismes* et plus ce champ est étendu, plus les acteurs seront soucieux de dissimuler aux autres extérieurs la réalité des transactions réalisées. Pourquoi?

Parce que la dynamique des relations repose sur un équilibre précaire qui, précisément, appelle la production d'*illégalismes* et qui, dans le même temps, est entretenu par elle. Revenons, pour clarifier notre exposé, à la réflexion développée à ce propos par M. Foucault dans son ouvrage *Surveiller et punir*. Il s'intéresse, pour sa part, aux pratiques punitives en vigueur sous l'Ancien Régime et rappelle que les *illégalismes* prenaient à cette époque des formes multiples, les marges de tolérance à leur égard pouvant considérablement varier d'une strate sociale à une autre. Bien qu'il ne donne pas de définition *stricto sensu* de ce terme, il indique que l'*illégalisme* sous l'Ancien Régime correspondait à « *la non application de la règle ou encore à l'observation des innombrables édits ou ordonnances. Tantôt, écrit-il, il revêtait une forme absolument statutaire – qui en faisait moins un illégalisme qu'une exemption régulière: c'était les privilèges accordés aux individus et aux communautés. Tantôt il avait la forme d'une inobservation massive et générale qui faisait que pendant des dizaines d'années, des siècles parfois, des ordonnances pouvaient être publiées et renouvelées incessamment sans venir jamais à application. Tantôt il s'agissait de désuétude progressive qui laissait parfois la place à des réactions soudaines. Tantôt du consentement muet du pouvoir, d'une négligence, ou tout simplement de l'impossibilité effective d'imposer la loi et de réprimer les infracteurs*²²⁹ ».

L'intérêt, pour notre recherche, de cette analyse réside dans la mise en lumière à la fois de l'instabilité de la dynamique relationnelle qui s'instaure à domicile entre les professionnels auxiliaires de vie et les bénéficiaires et de son opacité pour les acteurs situés en extériorité de cet espace. La stabilisation de la relation, soulignons-le, tient, même si elle n'est jamais acquise, au fait que les auxiliaires de vie instaurent, bien souvent, une relation de confiance avec les bénéficiaires au prix d'une production quasi incontournable d'*illégalismes*. Ainsi que le rappellent, en effet, les professionnels interviewés, il est toujours difficile de s'en tenir aux termes du contrat car le faire peut être potentiellement source de conflit avec les bénéficiaires et avec les aidants familiaux. Les *illégalismes* produits peuvent aller du simple service à l'infraction caractérisée, c'est-à-dire le

vol, la spoliation et le continuum qui va de ce que l'on pourrait appeler des *illégalismes* « de confort » aux *illégalismes* criminels peut donc être très étendu. Par *illégalismes* de « confort », il faut entendre tous les menus services que les professionnels auxiliaires de vie sont amenés à rendre aux personnes qu'ils accompagnent et qui n'entrent théoriquement pas dans leurs attributions : acheter, sur leur temps personnel, des cigarettes, du pain, du lait, des timbres. Changer une ampoule, recoudre un vêtement, laver les carreaux situés en hauteur et qui exigent de monter sur un escabeau. Peuvent aussi être considérés comme des *illégalismes* de « confort » le dépassement des horaires lorsqu'ils ont à achever un transfert, une toilette, une aide au repas. Les professionnels peuvent être aussi conduits à cuisiner non seulement pour le bénéficiaire, mais aussi pour son conjoint ou d'autres aidants familiaux faisant partie de l'entourage proche. Les exemples foisonnent de ces *illégalismes* orientés vers le confort du bénéficiaire et que les personnels encadrants parfois encouragent. L'exemple évoqué ci-dessous est, à cet égard significatif, le choix de continuer ou non à accompagner le bénéficiaire selon ses besoins et non selon le volume d'heures à disposition étant laissé à l'appréciation des professionnels auxiliaires de vie.

Verbatim Un professionnel: De toute façon sûrement ça c'est clair et net, il y a un manque de subventions et ça se traduit par le... par nous déjà. Qu'est-ce que j'ai dit, les heures supplémentaires sont pas payées, et aussi par le travail de qualité. La personne quand elle a deux heures ou une heure et demie et le travail on peut pas le finir en deux heures, on est obligé de... rester deux heures et demie ou deux heures et quart. Ben les responsables ils disent : « ben non, on peut pas lui augmenter les heures parce qu'elle peut pas payer, elle a pas les moyens. » Mais nous, sur le terrain aussi, on peut pas laisser la personne, c'est pas possible, comment on fait ? Donc on prend sur notre temps à nous / Autre professionnel: Nous on avait une personne, [...] elle avait 83 ans, elle était myopathe et bien à la fin de sa vie, enfin les dix dernières années, elle était vraiment... elle pouvait plus rien faire c'était... même sa tête elle arrivait pas, parce que la myopathie ça touche les muscles, donc elle pouvait pas se... sa tête elle était comme ça... donc pour la faire manger, la toilette et tout. Donc il faut lui relever la tête, c'était vraiment dur.

²²⁹ Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir*, op. cit., p. 98.

Et justement on parlait tout à l'heure de manque de... moyens de... et cette personne, elle avait deux heures le matin et une heure et demie le soir. Et c'est vrai que c'est une personne... toute sa vie, c'est les auxiliaires qui lui faisaient les préparations, que ce soit à manger ou même les desserts. Elle, elle nous disait ce qu'il fallait faire. Mais là c'est vrai qu'après, quelques années après, nous, notre service il a changé, on pouvait plus faire les... préparer à manger, enfin. Mais avec elle on a tenu le coup, on a continué quand même, mais malgré ça on n'avait pas beaucoup de temps pour elle-même, pour sa toilette et elle avait beaucoup de rituels, tout ça, elle posait ça ici, sa canne juste... C'était dur, elle avait un caractère un petit peu spécial. Aussi, elle était un petit peu... autoritaire, donc elle ne se laissait pas faire. Mais bon, je trouve que elle était chez elle, donc elle a raison. Et du coup, je crois que les filles n'arrivaient pas, justement, deux heures le matin c'était pas possible et une heure et demie le soir pour lui donner à manger, la changer, mettre en pyjama, lui brosser les dents, la mettre dans son lit, tout ça, c'était vraiment limite. Et bien les responsables qu'est-ce qu'ils nous ont dit ? On a demandé plus d'heures et bien ils nous ont dit qu'elle pouvait pas payer. Et du coup elle nous a dit la responsable: « qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse ? Qu'on la laisse tomber ? Après tant d'années? » Et c'est vrai, elle nous a dit : « Maintenant, je vais vous poser la question, c'est à vous de décider. » Et bien nous tous on a dit: « Non, on la laisse pas tomber. On tient le coup, même s'il faut qu'on reste un quart d'heure, vingt minutes de plus et ben c'est comme ça, mais si elle veut mourir chez elle, on va l'accompagner. C'est ce qui s'est passé, on l'a accompagnée jusqu'à la fin. C'est pour ça que tout à l'heure, j'ai parlé moi des moyens aussi, des petites retraites, des petites pensions. Ça on voit maintenant, on le voit souvent.

Il existe d'autres types d'*illégalismes*, comme ceux qui prennent la forme de privilèges accordés aux professionnels auxiliaires de vie en remerciement de leur aide : départs anticipés, cadeaux en nature, aide administrative ou aide financière. Dans ce cas de figure, les *illégalismes* visent davantage le « confort » du professionnel lui-même ou d'un de ses proches. Quoique les professionnels auxiliaires de vie soient en permanence tentés de souscrire à ce type d'*illégalismes* qui peut être aussi interprété comme une marque de reconnaissance du travail effectué, il est, néanmoins, jugé périlleux,

ces derniers soulignant le caractère insécurisant, voire dangereux de ces ententes dans la mesure où elles peuvent à tout moment se retourner contre eux. La crainte de l'accusation de vol ou de spoliation de biens par un tiers extérieur reste, en effet, très présente, particulièrement lorsque l'accompagnement concerne des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou lorsque les aidants familiaux nourrissent à leur endroit des sentiments d'hostilité. La crainte d'être accusés d'abuser de la vulnérabilité des personnes qu'ils accompagnent les place en posture défensive vis-à-vis des marques de reconnaissance que ces dernières peuvent leur témoigner, en toute bonne foi au demeurant.

Verbatim Un professionnel: Moi personnellement, c'était l'année passée. La personne chez qui je travaillais – et je suis toujours avec elle, ça fait 7 ou 8 ans –, elle m'a demandé, elle m'a dit : « Ta fille est-ce qu'elle a un portable ? » Je lui dis : « Oui elle a un portable ». Elle m'a dit : « Un abonnement ? » Je lui ai dit : « Non, moi je lui fais... ». Elle m'a dit : « Non, non il faut lui faire un abonnement ». Je lui ai dit : « Mais elle est encore petite pour ça, elle a que douze ans ». La semaine d'après, quand je suis venue chez elle, je trouve sur sa table un sac. Elle m'a dit : « Ça c'est pour toi ». J'ai dit : « C'est quoi ? » J'ouvre le sac, qu'est-ce que je vois, un iPhone avec un abonnement de trois heures. Je sais pas, je lui ai dit : « C'est pour qui ça ? Vous l'avez pris pour vous ? » Elle m'a dit : « Non, non c'est pour ta fille ». J'ai dit: « Quoi? » Elle m'a dit : « Oui, ah c'est pas normal qu'elle reste... toutes ses copines elles en ont ». J'ai dit non. Mais là ça allait très très loin. J'ai dit je vais y aller. Elle m'a dit : « Non, non jette rien, tu le prends, c'est toi qui est abonnée ». Je lui ai dit: « Non, je peux pas discuter très longtemps avec vous parce que j'ai une autre personne ». Je suis allée chez l'autre personne, après quand je suis rentrée l'après-midi, j'ai appelé France Télécom, c'était pour... « Il y a une dame qui a souscrit un abonnement, mais cette personne n'a pas toute sa tête ». J'ai menti là « Elle a pas toute sa tête et en plus, elle est handicapée et elle a pas les moyens, mais pour me faire plaisir, je sais pas pourquoi elle a fait ça, je pense que vous devez résilier le contrat ». Après le monsieur, il m'a dit: « Non, non, on peut pas résilier un contrat comme ça, c'est fait, c'est fait ». Après je dis : « Ben écoutez, passez-moi votre supérieur. » Il m'a passé une autre personne et puis là je lui ai expliqué

encore de nouveau, elle m'a dit : « Essayez de venir demain avec cette personne et on va essayer de voir ça ». Donc j'y vais avec elle, c'était un samedi. Samedi matin, je lui ai dit : « Non moi je viens ». Elle m'a dit : « Non, non moi je vais chez mes parents ». « Vous n'allez pas chez vos parents. On va chez France Télécom ». Elle m'a dit d'accord. On y a été et heureusement... Au début, ils n'ont pas voulu, mais... je leur ai dit : « Moi je suis pas responsable de tout ça, cette personne elle peut pas payer, en plus elle a son abonnement du fixe qui a été arrêté parce qu'elle a pas payé, c'est pas une personne qui a les moyens hein ». Et après, ouf, j'étais soulagée. Ça c'est pour dire que des fois, en parlant comme ça on s'expose, moi j'aurais dû lui dire non ma fille, elle a un abonnement.

On pourrait, là encore, étayer notre propos par de nombreux exemples, certains professionnels relatant des situations de spoliation de biens ayant conduit à l'incarcération des auxiliaires de vie mis en accusation. Ce qu'il importe, ici, de souligner, c'est la nécessité devant laquelle se trouvent les professionnels auxiliaires de vie de trouver un « juste équilibre » dans la relation entre distance et rapprochement. Ils attirent, en effet, unanimement l'attention sur le fait que les bénéficiaires s'efforcent constamment d'obtenir des renseignements sur leur vie privée et tentent toujours, par la même, d'entrer en familiarité avec eux. Cela ne leur pose en soi aucun problème dans la mesure où ils ont bien conscience que les « confidences », qu'elles soient spontanées ou concédées, peuvent faciliter l'établissement d'une relation de confiance et tous évoquent la nécessité de nouer ce type de relation car ce n'est qu'à cette condition que l'aide apportée dans le cadre des différentes activités peut être effective, les activités orientées vers les soins corporels et la médication étant, ainsi que nous le verrons, celles qui exigent le plus de diplomatie et de sens de l'à propos. Ce diagnostic formulé par les professionnels est confirmé par les bénéficiaires qui, nous y reviendrons, n'envisagent pas une relation d'aide sans relation de confiance. Or, force est de constater que l'établissement d'un tel rapport passe, nous l'avons souligné, par la production d'*illégalismes*. Ces *illégalismes* sont, la majorité du temps, et pour ainsi dire, mineurs et ils relèvent en priorité d'une inobservation du règlement ou du protocole. Mais on comprend mieux, dans ce contexte, la tentation récurrente des « habitants du domicile », d'opacifier la dyna-

mique de leurs relations. Il est à noter, enfin, que le spectre des *illégalismes* varie selon le statut des professionnels. Sans doute, en effet, que les professionnels exerçant en emploi direct sont ceux qui disposent de la contractualisation la plus « souple », l'éventail des actes qu'ils peuvent réaliser au domicile étant assurément plus large que celui dont disposent les professionnels exerçant en mandataire et en prestataire et il apparaît, par voie de conséquence, que les « *illégalismes* » produits dans l'exercice de leur métier ne recouvrent pas strictement les « *illégalismes* » produits dans le champ du prestataire et du mandataire. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les personnes en situation de handicap choisissent de mixer les formules et de faire simultanément appel à du prestataire, du mandataire et à de l'emploi direct pour leur accompagnement. Cela étant, même pour ces professionnels, la question se pose de savoir jusqu'où répondre aux demandes formulées par les bénéficiaires et les aidants familiaux lorsqu'ils sont présents. Ils disposent, certes, du point de vue juridique, d'une plus grande latitude dans la réalisation des actes, ces derniers n'étant encadrés que par le contrat privé défini avec l'employeur. Pour autant, cela ne signifie pas qu'ils soient moins assujettis à la volonté des bénéficiaires et des aidants familiaux, la possibilité de recourir à un tiers en cas de conflits étant, de fait, plus limitée que dans le prestataire et même le mandataire. La question de savoir où placer le curseur dans la relation reste donc centrale pour l'ensemble des professionnels auxiliaires de vie et ce, quel que soit leur statut. Elle n'est d'ailleurs jamais totalement tranchée et c'est bien dans l'espace de la quotidienneté et de l'historicité de la relation qu'elle se résout car, en réalité, les paramètres qui modulent la dynamique relationnelle sont multiples et la qualité du service rendu s'étaye sur un ensemble d'éléments interdépendants dont il reste à rendre compte.

1.4 - De la qualité des conditions de travail à la qualité du service rendu : la quadrature de la relation

Si l'évaluation de la qualité du service rendu suppose une dynamique relationnelle propre à permettre la réalisation des actes, l'évaluation de la qualité des actes réalisés est aussi référée à la qualité des conditions de travail dont bénéficient les professionnels. Ces derniers, en effet, établissent une

corrélation forte entre la qualité du service rendu et la qualité de leurs conditions de travail. L'attention portée à ces conditions est d'autant plus grande qu'il s'agit d'un métier dont tous s'accordent pour dire qu'il peut être pénible, voire extrêmement pénible.

Verbatim Un professionnel : C'est un beau métier mais il faut quand même être blindé quoi! Parce qu'on a des auxiliaires qui sont insultées, battues. Il faut le dire, battues. Des handicapés qui se permettent de lever la main sur des auxiliaires, qui osent, d'autres qui sont agressées verbalement : « T'es une conne, t'es une salope, t'es pas professionnelle, tu pues. Du style de ça quoi. Il faut le dire [...] Ils jouent des fois sur la naïveté de certaines auxiliaires, à jouer sur une ambiguïté du style « tu me laves pas bien le bas, lave encore plus, lave fort, essuie mieux, là c'est pas bien » et on en arrive à des éjaculations dans les mains des nanas ! Tout ça il faut le dire. [...] La qualité, la qualité, il faut pas qu'elle soit toujours à sens unique ».

Si les propos tenus ici peuvent frapper par leur crudité et leur caractère acéré, il convient de leur porter attention dans la mesure où ils donnent à voir une des dimensions cruciales du travail à domicile, à savoir son exposition à l'arbitraire des contextes de la relation et des exigences et des humeurs des bénéficiaires. La première expérience à domicile est souvent décrite comme une épreuve, un choc, une entrée brutale dans le métier²³⁰, le professionnel auxiliaire de vie ayant à s'affronter aux conséquences tangibles de la situation de dépendance : cela peut être l'alitement des personnes, leur corporéité qui met en jeu aussi bien à la question de la difformité que celle des fluides corporels²³¹, ou encore leurs atteintes physiques et psychiques. Quoi qu'il en soit c'est une altérité jugée difficile d'abord et l'entrée au domicile, même lorsqu'elle ne pose pas de problème majeur, est globalement considérée comme une épreuve que les professionnels fraîchement arrivés dans la profession ne surmontent pas toujours facilement et que parfois même ils ne surmontent pas.

230 Christelle AVRIL, « Les compétences féminines des aides à domicile », in *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Editions La Découverte, Enquêtes de terrain, 2003, pp. 187-207.

231 Françoise HERITIER, *Les deux sœurs et leur mère*, Editions Odile Jacob, 1994.

Verbatim Un professionnel : Moi au début j'étais pas formée. Mais c'est vrai que la première fois j'étais avec... une autre personne, qui elle était formée, mais par la suite... mais j'avais pas des personnes qui étaient vraiment... j'avais des personnes qui étaient hémiplégiques. [...] moi la première fois j'étais tellement choquée, ça m'a... ouf ! Déjà, il y a les odeurs, la première des choses, heureusement qu'on s'habitue après ! [...] Mais il y a aussi la personne qui est inerte dans le lit, ça aussi c'est... et tout ce qu'il y a autour, le lève-personne, le fauteuil roulant... tout ça c'est... Enquêteur : Alors les odeurs ? Professionnel : Ben écoutez les odeurs c'est les urines, les... C'est fort hein. [...] Le matin surtout, tout est fermé, c'est pour ça que nous c'est vrai quand on intervient on est comme un rayon de soleil pour ces personnes-là. La première des choses c'est de faire la toilette de cette personne et lui retirer sa protection et l'habiller et tout ça, l'installer tout de suite ouvrir les fenêtres pour aérer. Et ça vraiment c'est quelque chose, pour eux... même eux ils le sentent hein, y'a pas que nous. Mais nous de notre côté c'est vrai qu'on a... les débuts c'est pas qu'on a du mal à l'accepter, mais on est un petit peu... c'est désagréable, on est un petit peu... choquée, on est... Enquêteur : Alors qu'est-ce qui est choquant ? Professionnel : Déjà le fait de voir... c'est vrai moi avant de travailler chez des personnes comme ça handicapées je me posais jamais la question, je me suis jamais posé cette question comment ces gens-là ils vivent, d'ailleurs même quand ils étaient dans la rue, ils passaient... je les regardais pas, je me suis jamais posé cette question. Ce qui n'est pas bien déjà. [...] Mais après quand on voit la réalité, c'est vrai qu'on est choqué. Moi je me suis dit est-ce que moi je pourrais accepter ça. [...] Quand on voit une personne qui a les pieds bots, qui fait 80 kg, qui a les mains bots, c'est pas facile hein. Enquêteur : Alors c'est quoi les mains bots ? Professionnel : Les mains bots c'est-à-dire qui sont courtes, ils ont des petites mains comme ça... c'est... une déformation. Et les pieds c'est pareil. Alors que la personne de là, on va dire le visage normal... [...] Ils sont atrophiés oui, ils sont retournés à l'intérieur. Ils peuvent pas marcher, ils peuvent pas se mettre debout, c'est impossible. Enquêteur : Et comment est-ce qu'on prend... c'est-à-dire vous rentrez dans le domicile, vous êtes confrontées à cette situation, comment vous réagissez ? Professionnel : Ça nous frappe comme ça, mais après tout de suite je me dis faut pas que la personne elle le voit.

Parce que quand même...[...] Ça serait de renvoyer sa propre image. C'est pas beau ça. Alors tout de suite je fais comme si... alors bonjour madame Unetelle ou monsieur Untel, comme si j'avais pas remarqué ça ou comme si toute ma vie j'ai vu des personnes comme ça (Rires).[...] Après on commence à faire notre travail normalement. Et par la suite on s'habitue. Y'a que ça hein, c'est... et après on se dit, si nous on n'est pas là et si on fait pas ce... ce métier-là qui le fera? C'est surtout ça. On se sent comme si... on était... [...] indispensable. Un devoir, un devoir, c'est sûr que c'est un devoir. Mais indispensable. On est... il faut qu'il y ait des gens comme nous. Sinon ce serait... catastrophique hein, c'est pas possible. Mais c'est vrai quand on rentre, on est dans un appartement chez une personne, mais quand on rentre, une fois qu'on ouvre la porte, là hop on le voit c'est autre chose. On voit le lit médicalisé, la potence pour se tenir, le lève-personne, le siège de bain... c'est l'hôpital. [...] Ça reste une personne, d'ailleurs c'est pour ça qu'on dit jamais le lève-malade, on dit le lève-personne. Parce que eux, ils ne se considèrent pas comme des malades. Ce sont des personnes à part entière comme nous. Mais seulement ils sont handicapés. C'est tout. Donc on doit les considérer comme des personnes.

Verbatim Un autre professionnel : Il faut une force intérieure hein dans ce métier. Parce qu'il faut encaisser hein, il faut apprendre à encaisser sans rendre de coups quoi. Tout en restant professionnel et ça c'est dur hein. [...] Et donc nous c'est vrai parce que nous tous, on a tous déjà plus de cinq ans d'expérience. Mais un jeune qui commence dans ce métier il est foutu [...] parce qu'il est testé. Une jeune fille ou un jeune garçon qui arrive dans le métier... qui est tout jeune, il a pas toute cette connaissance... et automatiquement, il est broyé hein. Parce qu'on a des jeunes collègues qui sortent, qui n'ont jamais eu d'expérience avant et bien ils restent pas longtemps hein ! Je peux vous le dire hein. On en a qui restent deux jours même des fois. Parce qu'ils sont broyés tout de suite. Il faut une certaine expérience pour faire ce métier hein...

La confrontation au domicile avec les situations de vulnérabilité et de dépendance n'ébranle sans doute pas tous les professionnels auxiliaires de vie aussi fortement que dans le premier exemple évoqué ci-dessus. Certains professionnels relatent d'ailleurs des expériences paisibles où la socialisa-

tion avec le bénéficiaire ne pose pas de difficulté particulière. Cela étant, même lorsque la confrontation avec ces situations n'est pas problématique, la posture singulière de « voyeurs » dans laquelle les professionnels auxiliaires de vie se trouvent structurellement placés ouvre toujours la voie à des rapports négociés complexes. « *On voit la face cachée de la société* » disait un professionnel en rappelant combien le fait d'avoir vue sur l'intimité d'autrui peut être déstabilisant. Ce point avait déjà été mentionné dans le rapport sur la prévention de la désocialisation et de l'isolement des personnes handicapées dépendantes vivant au domicile où nous indiquions que le terme d'intimité ne renvoie pas simplement à l'intimité corporelle, mais plus largement à ce que le sociologue allemand Norbert Elias nomme *les coulisses de la vie sociale*²³², à savoir tout ce qui se joue dans cet espace privé et donc intime. « *C'est, précisions-nous, dans ces coulisses qu'est dissimulé le « linge sale » des personnes et plus largement des familles. En pénétrant cet espace, l'auxiliaire de vie est donc potentiellement placé en situation de « voyeurisme », c'est-à-dire en situation de voir ce qu'il ne devrait pas voir puisque l'on est dans le registre de l'intime*²³³ ».

Le fait d'avoir potentiellement vue sur le « linge sale » ou sur des dimensions de la vie personnelle habituellement hors d'atteinte accule les professionnels à une posture qui n'a rien d'évident dans la mesure où elle les expose – inévitablement et malgré eux dans le cas présent – aussi bien au désarroi, voire à la détresse, qu'à la colère, voire au ressentiment de ceux qui, lorsque les dépendances sont plus prégnantes, non seulement ne peuvent plus rien cacher, mais doivent tout montrer : leur corps, leur espace vital, leurs habitudes, leurs goûts, leurs détestations, leurs manies, leurs addictions, en bref leurs vertus comme leurs vices. On comprend, dans ce contexte, l'enjeu majeur que représente, en termes de qualité du travail, l'intégration au domicile, la possibilité pour les professionnels de mener à bien ce pour quoi ils ont été sollicités dépendant en première instance du rapport de confiance susceptible d'être établi entre eux et les bénéficiaires.

232 Norbert ELIAS, *La solitude des mourants*, Christian Bourgois Editeur, 1987.

233 Frédéric BLONDEL, Sabine DELZESCAUX, *La prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées dépendantes vivant au domicile*, op. cit., p. 124.

Or, l'instauration d'une telle relation ne dépend pas que du bon vouloir des uns et des autres et les professionnels insistent sur l'importance de bénéficier de conditions de travail à tout le moins acceptables, c'est-à-dire de conditions de travail qui soient le moins possible vecteur de pénibilité.

1.4.1 - La pénibilité du travail et ses conséquences sur le service rendu

La pénibilité du travail est référée à une multiplicité de facteurs différemment hiérarchisés par les professionnels. Cela étant, parmi les différents facteurs qu'ils considèrent comme contribuant de manière prépondérante à la détérioration ou, *a contrario* à l'amélioration de la qualité de leurs conditions de travail, quatre sont évoqués de manière récurrente sur l'ensemble des territoires :

Le premier concerne l'environnement architectural des personnes accompagnées : plus les espaces sont exigus et peu fonctionnels et plus l'accompagnement exige du temps et mobilise l'énergie des professionnels pour pallier les inconvénients qu'ils présentent pour l'accompagnement. L'exemple le plus fréquemment évoqué est celui de la toilette. Pour peu que les bénéficiaires disposent d'une salle de bain à la fois étroite et mal équipée, les temps consacrés à la toilette peuvent se voir décuplés, certains professionnels préférant, dans ce cas de figure, réaliser systématiquement la toilette au lit ou la faire « vite fait, bien fait ».

Le deuxième concerne plus précisément les moyens techniques mis à disposition des bénéficiaires et en particulier des personnes âgées : les professionnels auxiliaires de vie estiment que la présence, lorsque nécessaire, de lève-personnes, de lits médicalisés ou encore de douches adaptées est très importante pour la préservation de leur capital santé, les problèmes névralgiques, qu'ils soient dorsaux, articulaires ou autres, pouvant devenir très vite invalidants. Ils attirent l'attention sur le déficit d'aides techniques dont souffrent les personnes âgées soit qu'elles les refusent, soit que la configuration du domicile n'en permette pas l'installation. Or, ce déficit leur paraît porter préjudice, dans une majorité de cas, à l'accompagnement, l'absence de matériel adéquat comme, par exemple, les lits médicalisés ou les fauteuils de transferts n'ayant pas seulement des répercussions sur leurs conditions de travail, mais aussi sur les conditions de vie des bénéficiaires dans la mesure où elle entraîne une limitation de leurs

déplacements, une majoration des risques de chute et des risques d'escarres, une majoration aussi des douleurs, la liste étant loin d'être exhaustive.

Le troisième facteur concerne le volume d'heures attribué dans le cadre du plan d'aide : les professionnels auxiliaires de vie exerçant en prestataire sont ceux qui attirent le plus l'attention sur les conséquences de l'insuffisance, nous y reviendrons, de ces volumes d'heures, la nécessité à laquelle ils sont confrontés de devoir compresser les temps d'accompagnement pour ne pas déborder sur le temps qui leur est imparti étant particulièrement jugée problématique. Cette problématique étant centrale, nous lui accorderons davantage de développements dans la section suivante.

Le quatrième facteur concerne, enfin, l'absence d'espaces de régulation et d'accompagnement à l'analyse des pratiques professionnelles et plus largement l'absence de tiers. Les professionnels exerçant en prestataire qui bénéficient de tels espaces soulignent combien les analyses produites dans le cadre de ces réunions leur ont permis de trouver des voies de dégagement par rapport aux difficultés rencontrées dans le cadre de l'accompagnement. Ils rappellent combien il est difficile, dans l'entre soi du domicile, de prendre de la distance par rapport à la dynamique des relations établie avec les bénéficiaires d'une part et les aidants familiaux d'autre part, les risques de conflictualité se trouvant majorés.

Verbatim Un professionnel: Attention y'a un piège ! Y'a le piège de l'attachement aussi. Le piège de l'attachement, c'est qu'on sert d'exutoire, parce que moi cette personne-là autant ça va bien. [Mais] après, par exemple si je modifiais le planning au lieu de 8 heures c'était 9 heures : « Ah ben, ça y est oui ! Comment ça se fait ! » Elle téléphonait déjà au bureau avant que j'arrive pour savoir pourquoi il était pas là à 8 heures et après quand j'arrivais j'avais tous les reproches du monde... Ah oui. On sert d'exutoire hein. [...] J'avais tous les reproches... ça s'est mal passé avec sa famille par exemple, ben j'avais tous les reproches. Alors que moi j'y étais pour rien. Ou alors si le planning avait changé, on me dit tu iras à 9 heures au lieu de 8 heures, ben ça y est elle était en furie et ça c'est à cause de l'attachement, parce qu'elle est tellement habituée... Et je savais, alors je lui ai dit : « Ben allez-y hein, je sers d'exutoire ». Je lui ai dit... ben oui il faut lui rentrer dans le jeu, à nous d'être profes-

sionnels aussi hein. De pas prendre ça pour... soi. Et ça l'a marquée d'ailleurs quand je lui ai dit : « Ben allez-y hein, je suis là aussi pour ça ». Je lui ai dit : « Je suis pas là aussi pour les bonnes choses, mais aussi pour que vous vous défouliez ». Pour qu'elle sorte tout ce qu'elle a dans le cœur, ben oui parce qu'il faut accepter aussi le bon côté du métier et le mauvais côté. On peut servir d'exutoire aussi hein pour... quand les gens sont pas bien ben... ils ont besoin de quelqu'un pour se défouler hein, on est là aussi pour ça. A nous d'être solides mentalement après. Voyez. [...] Tant que c'est pas physique voilà ! Mais on peut prendre aussi dans la figure, ça il faut le savoir. Et [...] il faut être professionnel à ce moment-là, faut pas être... fragile parce que sinon après c'est plus compliqué. Et d'où le détachement d'ailleurs, c'est pour ça que nous on a la chance d'avoir des réunions tout le temps et c'est là que j'ai demandé une réévaluation et surtout passer la main aux collègues. Pour qu'elle s'habitue justement... et ne plus être référent à part entière. Parce que ça c'est le piège de la référence unique d'une personne. On a l'attachement, mais après on sert aussi d'exutoire. Mais c'est plus en mandataire aussi, parce que j'avais des collègues mandataires, comme elles gèrent tout ben elles prennent tout dans la figure aussi. Nous on est plus protégés parce qu'on a le cadre, mais les mandataires ils en prennent plein la figure hein. Parce que tous les malheurs du monde, après, c'est toi qui les prends de toute façon. Et là il faut être solide... c'est plus compliqué après. Déjà nous c'est pas évident en prestataire, mais les mandataires c'est pire hein parce qu'elles gèrent tout elles pratiquement, des mandataires comme toi, il faut être solide mentalement. Et c'est le piège de l'attachement ça.

Les propos tenus par ce professionnel montrent que l'ouverture d'espaces de régulation est jugée importante pour confronter son expérience à celles des autres et pour saisir un tiers régulateur susceptible d'aider le professionnel à se déprendre d'une dynamique relationnelle considérée comme problématique. Outre le fait que de tels espaces peuvent permettre de créer une dynamique plus cohésive entre les auxiliaires de vie et de réguler les conflits que peuvent susciter l'hétérogénéité des pratiques chez un même bénéficiaire, les professionnels interviewés attirent l'attention sur le fait qu'ils peuvent aussi permettre d'atténuer les tensions suscitées par la mise en concurrence des différents intervenants, les bénéficiaires n'hésitant

pas à dénigrer le travail des uns en le comparant à celui des autres. L'opportunité qu'offrent ces espaces de régulation de revenir sur des situations douloureusement vécues dont les professionnels ne parviennent pas, sur le moment, à saisir tous les tenants et aboutissants est jugée très précieuse, la mise en perspective de leur vécu sur le terrain avec celui d'autres professionnels auxiliaires de vie leur permettant de mettre à distance leurs angoisses vis-à-vis de ce vécu parfois traumatique.

Verbatim Un professionnel: Moi je voudrais aussi parler du problème des personnes qui... je sais pas comment l'expliquer... moi, tout au début j'étais un petit peu... je suis intervenue chez un monsieur et j'ai trouvé son attitude qu'il... sa façon de parler, sa... Et c'est vrai que c'est un sujet tabou dans les structures, enfin dans les associations, mais depuis heureusement, avec le groupe de travail, avec les psychologues, on a réussi quand même à parler de tout ça. C'est quelqu'un qui se permet de parler, d'employer des termes... enfin... familiers et ça, ça m'a... Moi ça m'a choquée parce que j'étais... pour moi intervenir chez quelqu'un c'est faire le travail et... chacun à sa place. Mais là, je vois le monsieur qui me dit... « Frotte-moi... ». Il dit pas les fesses, il emploie un autre mot que je n'emploierai jamais et frotte, des trucs comme ça qui m'ont... J'ai failli d'ailleurs quitter le métier hein, c'était tout au début. Oh oui. Je sais pas vous si vous avez ça, mais... moi ça m'a... [...] Et je vois que c'est vrai qu'on parle pas souvent de ces problèmes-là, ça reste toujours... et moi personnellement, ça m'a... je l'ai pas accepté, ça m'a complètement anéantie. Enquêteur: Alors comment vous avez géré la situation ? Professionnel: Ben justement c'est... quand il a commencé déjà à me tutoyer ça m'a un peu... ça m'a semblé... Enquêteur: Alors c'est quel type de profil ? Professionnel: Lui il était... il avait la polio. Et il vivait avec sa maman, il avait un appartement et il portait un corset. Et il a commencé par... employer des mots comme ça... « Frotte bien les fesses... », d'un autre... et après... même pour lui essayer le... son sexe, comme on fait la toilette, « frotte bien... ». Des choses comme ça ! Et après j'ai vu... son état s'est transformé... Enquêteur: Donc il est rentré en érection. Professionnel: Ah oui. Et ça je comprends, c'est une réaction normale, bien sûr ça... Mais arrivé là après, « donne-moi le pistolet pour... » Ejaculer dedans et tout ça, ça m'a... et à l'époque, j'étais... Mon mari était vivant, je suis rentrée chez moi je croyais

que j'avais fait... alors que j'avais rien fait. Enquêteur: Alors pardonnez-moi, est-ce que ça veut dire que quand il vous dit frotte-moi, vous le frottez jusqu'à qu'il éjacule ? Professionnel: Non, il a éjaculé dans le pistolet. Et après... il me dit : « Non, non je veux que ça soit... moi je préfère... » Je lui ai dit parce que « vous savez monsieur Untel vous êtes lourd avec le corset et tout ça, je pense que ce serait mieux un homme pour vous. » Il me disait : « non, non, non, je préfère que ce soit vous les femmes, vous avez des petites mains, vous avez... » et ça, ça m'a... Quand je suis rentrée chez moi pff... et à la maison je pouvais même pas parler. Autour de moi c'était... J'ai parlé de ça... il y a deux ans. Et après toutes les filles elles ont commencé, c'était pendant la réunion du groupe de parole avec la psychologue, et après les autres elles ont commencé à parler, elles ont dit « ah oui moi aussi, moi aussi » je leur ai dit : « mais pourquoi personne n'a parlé ? » Pourquoi ? On n'est pas obligée d'accepter ça. Ben du coup je suis devenue... sceptique, quand je vois le nom d'un homme dans le... planning, ça me... La dernière justement la psychologue j'avais dit, en parlant de ça après ils m'ont envoyée chez quelqu'un, chez un monsieur que je connaissais pas, on m'a dit voilà ce que tu dois faire, j'ai eu la fille qui allait souvent chez lui, il a un pénilex, donc... Enquêteur: Ce qui est fréquent dans le handicap. Professionnel: Ce qui est fréquent, mais moi ça m'a tellement marquée que... j'ai pas dormi pendant deux jours. [...] Après quand je suis retournée chez lui je lui ai dit hein, je lui ai dit : « Monsieur Untel, moi je veux pas ce langage-là. Moi je suis là en tant que professionnelle, vous me parlez autrement ». Enquêteur: Alors qu'est-ce qu'il vous a répondu ? Professionnel: Du tout... Enquêteur : Est-ce que vous avez pu lui dire sur ce qui s'était passé, c'est-à-dire lui dire ce que ça vous avait fait ? Professionnel: Non j'ai pas osé, je lui ai dit... je vous ai dit j'en n'ai parlé à personne jusqu'à il y a deux ans seulement. Enquêteur: Et alors qu'est-ce qui fait quand on est auxiliaire de vie qu'on devient capable de poser ça sur la table, alors que finalement... Parce qu'il y avait l'association, vous auriez pu le faire remonter tout de suite. Alors qu'est-ce qui fait qu'on le fait pas remonter tout de suite, mais que deux ans après on peut le faire remonter ? Professionnel: Ben je crois que c'est l'expérience aussi. La formation tout ça. A l'époque c'est vrai que j'étais pas... j'étais plus jeune, j'avais pas beaucoup d'expérience et j'avais honte ! Tout simplement. Je me sentais... c'est

comme si j'avais fait quelque chose... Enquêteur: Souillée. De l'ordre de la souillure hein. Professionnel: Donc pour moi c'était oublier... et c'est remonté y'a deux ans en parlant comme ça dans une réunion et c'est revenu. Et ben du coup quand j'ai été chez ce monsieur-là la psychologue elle a dit : « ben Professionnel 2 non... » Après y'avait un aide-soignant, il m'a parlé de cette personne, il m'a dit : « Non, non, tu lui mets le pénilex, il est gentil ceci, cela ». Après j'ai été et par la suite quand je suis dans une autre réunion, la psychologue elle me demande : « Professionnel 2 comment ça s'est passé ? » Je lui ai dit : « Ben ça s'est passé très bien sauf que... heureusement que sa femme elle était là ». Je lui ai dit : « Moi le pénilex, c'est vrai c'est pas mon fort ». Premier jour, c'est elle qui l'a mis, deuxième jour je l'ai mis moi, mais... je lui dis mais malheureusement, il m'a dit : « Moi j'aime les Rebeu et surtout celles qui portent le voile ». (Rires) Je lui ai dit : « Ben je vais l'enlever ! » On a bien ri ce jour-là. Elle m'a dit : « C'est pas vrai ! » « Je vous assure c'est ce qu'il m'a dit ». Sa femme, elle est maghrébine, mais il m'a dit : « Vous savez moi j'aime bien les rebeus et celles qui portent le voile » et sa femme elle était là elle m'a dit : « Oui c'est vrai il adore ! » Mais moi j'étais tellement... [...] Mais lui c'est quelqu'un de formidable, gentil, respectueux, j'ai rien à dire. Et c'est comme ça qu'on devrait normalement travailler. Dans le respect.

Aussi choquants que puissent paraître les comportements évoqués dans cet extrait, ils sont loin d'être isolés et ils témoignent bien du désarroi des professionnels lorsqu'ils sont confrontés aux pulsions sexuelles des bénéficiaires, ainsi que du désarroi, en définitive, des bénéficiaires qui, particulièrement dans le champ du handicap, ne trouvant pas de réponses à leurs besoins sexuels sont tentés d'instrumentaliser les professionnels pour les assouvir. Le fait que ces questions de sexualité ne soient pas ou peu abordées au niveau institutionnel est jugé problématique, les réponses à donner à ces besoins étant finalement laissées à l'appréciation individuelle des professionnels confrontés à ces demandes. Ces derniers, notamment dans le cadre de l'accompagnement en SAMSAH, adossent leur réponse à leur éthique personnelle, le fait que les institutions ne se prononcent pas sur les orientations à prendre les laissant démunis. De telles situations peuvent aussi se rencontrer dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées mais il semblerait

que ce soit moins fréquemment le cas que dans le champ du handicap.

Les conséquences de ces différents facteurs de détérioration des conditions de travail sur la qualité du service rendu sont, ainsi que le donnent à voir ces éléments, multiples et il apparaît que la capacité des professionnels à adopter et à conserver une constante bienveillance à l'égard des bénéficiaires quels que soient leurs profils et problématiques est étroitement liée à ces conditions objectives d'accompagnement. Cette corrélation est encore plus fermement établie lorsque l'on examine de façon plus approfondie les conséquences de la compression des temps d'accompagnement sur le service rendu.

1.4.2 - De la compression des temps d'accompagnement à l'éviction des temps de socialisation réciproque aux modalités de l'accompagnement

Parmi les facteurs évoqués précédemment, la compression des temps d'accompagnement, dont les professionnels soulignent, par ailleurs, combien elle est prégnante dans le secteur hospitalier, représente celui qu'ils évoquent avec le plus de récurrence et qui reste, pour eux, un vecteur prépondérant de pénibilité du travail. Les efforts physiques qu'ils doivent consentir pour pouvoir accompagner les personnes les plus dépendantes dans les actes de leur vie quotidienne sont, certes, jugés pénibles et préjudiciables en termes de santé, mais les atteintes que ce type de pénibilité occasionne ne sont pas vécues sur le même mode que les atteintes produites par cette compression des temps d'accompagnement. Cette dernière, en effet, est d'autant plus mal vécue qu'elle les amène à sacrifier les temps de convivialité qu'ils considèrent précisément comme indispensables à la socialisation des modalités d'accompagnement. Qu'est-ce à dire ? Nous avons attiré l'attention précédemment sur les fonctions de resymétrisation des liens que remplit le domicile pour les bénéficiaires. Pour les professionnels, cela signifie qu'ils auront toujours, dans le cadre de cet espace, à négocier les modalités d'accompagnement qu'ils proposent, l'enjeu le plus fondamental restant, pour eux, de faire accepter aux personnes accompagnées leur conception, professionnalisée ou non, des modalités d'accompagnement. Or une telle acceptation passe nécessairement, nous l'avons dit, par l'établissement d'une relation de

confiance, certains accompagnements comme l'accompagnement à la toilette exigeant un certain degré de familiarisation avec la personne. Dans le cas des personnes âgées fragilisées, cet accompagnement est sans doute le plus difficile à réaliser car il nécessite des temps de négociation et de conciliation sur les modalités de sa réalisation qui peuvent être considérables tant les ressorts symboliques de cet acte sont fondamentaux. En dénudant leur corps, les professionnels auxiliaires de vie ont conscience, en effet, de potentiellement mettre aussi à nu leur extrême vulnérabilité et, ce faisant, de franchir une frontière symbolique qui peut fragiliser encore davantage l'intégrité psychique de ces derniers.

Verbatim Un professionnel : Supposons qu'on leur fait la toilette... On les... on les abuse quoi. Fermer les fenêtres, fermer les portes... y'en a qui n'aiment pas ça du tout, qui n'aiment pas qu'on les déshabille. Supposons, la dame quand j'enlève la protection, il faut soulever le haut, mais à chaque fois elle le descend, donc quand c'est au lit je suis obligée de lui mettre une serviette, je soulève le haut, je mets une serviette, si la serviette se mouille c'est pas grave, comme ça elle a l'impression qu'elle n'est pas déshabillée quoi. Ça aide à garder leur intimité.

Les trésors d'observation, d'écoute, de diplomatie et de persuasion qu'ils ont à développer pour convaincre les personnes d'accepter cette aide à la toilette montrent combien la relation est profondément structurée par le statut spécifique du domicile. À la différence des professionnels exerçant dans des structures hospitalières trop souvent sommés, selon eux, d'enchaîner les toilettes, les auxiliaires de vie attirent l'attention sur le fait qu'ils ne peuvent pas, pour leur part, faire montre d'une trop grande directivité, l'entre-soi de la relation nouée avec la personne accompagnée pouvant s'en trouver durablement affecté. Or, dès lors qu'ils ont à intervenir régulièrement au domicile, le maintien d'une relation à tout le moins apaisée est jugé primordial pour le bon déroulement des interventions. L'attention portée au respect des normes de pudeur auxquelles sont attachées les personnes accompagnées ne vise d'ailleurs pas qu'à obtenir leur coopération et les rassurer. Elle a aussi pour fonction de réassurer les professionnels eux-mêmes sur le bienfondé de leur éthique professionnelle et personnelle en limitant la dimension

intrusive de cet accompagnement. Autrement dit, les temps informels de discussion correspondent à des temps de socialisation réciproque qui jouent un rôle important dans la mise en œuvre ultérieure des activités d'accompagnement. Les réticences, voire le refus que manifestent les personnes âgées fragilisées, de même que certaines personnes en situation de handicap évolutif, vis-à-vis de l'aide à la toilette sont jugées légitimes et compréhensibles par les professionnels qui, en pressant le caractère intrusif et agressif, insistent sur l'importance des échanges durant les interventions.

Verbatim Enquêteur : Mais alors quand vous êtes dans cette activité, je sais pas comment il faut le dire, de toilette, qu'est-ce qui est le plus compliqué finalement quand on fait une toilette ? Professionnel 1 : Ça dépend. Moi je pense que c'est plus la manière dont le patient apprend à se situer par rapport à vous. Vous arrivez... *a priori* comme une professionnelle. Une personne qui peut-être n'a jamais eu quelqu'un à son service ou qui a été toujours autonome, qui doit apprendre à accepter que désormais elle est peut-être dépendante, que sa toilette, quand c'est une aide ça peut encore passer, mais quand elle a vraiment besoin... Professionnel 2 : On fait à leur place. Professionnel 1 : ... voilà ! Elle a besoin d'apprendre à se situer par rapport à vous, parce que vous allez organiser la toilette, le temps de toilette, les gestes... peut-être pas qu'on commence par le haut, peut-être que voilà... quand c'est au lit voilà. Professionnel 2 : Justement, il faut lui expliquer. Professionnel 1 : Oui il faut le dialogue, voilà, communiquer, faire attention, la pudeur voilà. Et annoncer à chaque fois. Voilà. Pour que... Professionnel 2 : Ils soient en confiance. Professionnel 1 : Oui, oui, parce que si elle ne peut pas coopérer, qu'elle ne soit pas que, j'allais dire une masse quoi dans les cas les plus... Professionnel 2 : Pour pas qu'elle ait à subir... une victime. Enquêteur : Qu'elle ne soit pas que ? Professionnel 1 : Comme une masse, pour ceux qui n'arrivent pas à coopérer quoi, qui ne peuvent plus ... Professionnel 2 : Comme un objet. Professionnel 1 : Alors que les autres bon, quand ils sont plus ou moins valides c'est plus facile. Voilà. Vous les aidez, mais parfois ils prennent les initiatives, ils savent comment ça se passe... voilà. La dame dont je m'occupe le matin bon, elle a tendance à répéter ce que je lui ai dit depuis le début, bon. Quand il faut qu'elle se lave les mains, elle dit : « lavez-vous les mains. » ou alors la toilette intime,

devant d'abord et puis elle me demande : « c'est ce que vous aviez dit hein ? » Je dis oui, donc elle a intégré et elle coopère, elle coopère. Et puis y'a des gens, une toilette au lit par exemple, y'a la manière dont on l'a apprise, donc il faut mettre une serviette en bas, il faut voilà... et chaque fois que voilà, à chaque étape voilà, l'accompagner pour... lui dire ce qu'on est en train de faire finalement de son corps. Professionnel 2 : Oui, oui c'est ça. Professionnel 3 : Et les apaiser à chaque mouvement. Professionnel 1 : Oui voilà à chaque étape. Professionnel 2 : Lui demander si ça va. Professionnel 1 : Voilà exactement. Parce que bien souvent le cerveau, il fonctionne très bien. Voilà la plupart du temps. Professionnel 3 : Et les aviser à tout moment pour qu'ils ne soient pas surpris.

Un autre professionnel : C'est à nous de voir si la personne... si elle n'est pas souillée, elle peut rester quand même, ça arrive, même nous ça nous arrive de ne pas nous laver. Je me dis allez aujourd'hui je suis fatiguée, je vais m'allonger. On la laisse la personne, mais si y a des souillures, là on est obligé, mais tout en expliquant que c'est pour son intérêt, c'est par rapport à elle. Moi j'ai une personne chez qui j'interviens, toujours la même personne, c'est vrai qu'avant elle faisait toute seule sa toilette, la toilette intime hein et par la suite elle a commencé à avoir des fuites et après elle est devenue carrément incontinente. Ben du coup, j'ai... j'ai essayé de lui expliquer que...et elle a commencé aussi à avoir des infections, urinaires, alors je lui ai commencé à expliquer que peut-être c'est dû à ça. D'ailleurs, même son frère il m'a dit, sa belle-sœur aussi m'ont dit que ça serait bien que vous lui faites sa toilette, mais moi je voulais bien, mais elle, elle voulait pas, mais petit à petit quand même elle a accepté. Mais par contre, quand c'est pas moi qui allais chez elle, les autres filles, elle acceptait pas, elle voulait pas carrément. Et ben je sais pas ce que j'ai... je lui ai expliqué combien de fois pour lui dire que si jamais elle acceptait pas elle va avoir encore des infections et ça on n'y peut rien, c'est comme ça et maintenant elle a une fille qui intervient aussi le soir et maintenant elle accepte... l'intervention des filles pour la toilette intime et elle a un pot de chambre, parce qu'elle peut pas. Elle a fait aussi des AVC l'un derrière l'autre, elle a perdu beaucoup d'autonomie, ben du coup maintenant on a installé un pot de chambre, enfin une chaise percée et du coup maintenant elle accepte. Mais au départ c'était très très pénible. Enquêteur : Et

alors pourquoi est-ce qu'elle accepte, de votre point de vue, maintenant ? Professionnel : Ben je pense que... bon moi c'est vrai qu'elle me connaît d'ailleurs même pour la douche, quand je suis pas là elle prend pas de douche, je sais pas pourquoi, elle a peur de tomber, elle... à chaque fois je lui explique que même les autres filles elles sont formées, elles sont... y'a aussi, je pense aussi, l'habitude. [...] Oui elle s'est habituée à moi c'est surtout ça. [...] C'est vrai qu'elle est très... pour la faire mettre, la faire rentrer dans la baignoire c'est pas facile, parce qu'elle a le côté complètement paralysé... [...] Donc elle a juste une planche de baignoire, elle a pas de siège, donc il faut vraiment savoir comment la manipuler pour la faire rentrer et après pour la faire sortir. Mais jusqu'à maintenant la douche, elle n'accepte pas. Là cette semaine je suis sûre qu'elle a pas pris de douche. Enfin la semaine passée. [...] Par exemple pour ses cheveux elle a... quand je suis pas là, ça lui arrive de... dans la semaine, elle se lave pas les cheveux. Après moi quand j'interviens, je lui dis : « Ben pourquoi vous vous êtes pas lavé les cheveux, vous avez pas pris de douche ? » Elle me dit : « Non, non. » « Mais pourquoi ? » Elle me dit : « Ben comme ça, on va le faire cette semaine avec toi. » Et des fois, ça lui arrive même avec moi, elle me dit : « Oh non aujourd'hui j'ai pas envie. » Et moi j'ai trouvé la seule... j'ai essayé pas mal de trucs, ça n'a pas marché, mais c'est une personne qui est très coquette hein, qui était architecte d'intérieur donc... c'était une belle femme... Chez elle, elle a mis ses photos un peu partout, une belle femme ! Et là elle me dit... je lui dis : « Vous savez vos cheveux sont gras. » Après elle me dit : « Bof... » Je lui dis : « Mais on dirait qu'on a pris une bouteille d'huile » (rires) Et là, ça l'a... « Ça se fait pas, l'orthophoniste elle va venir, la kiné elle va venir, ils vont vous trouver dans cet état, qu'est-ce qu'ils vont dire ? » et après elle se lève...

Que ce soit en matière d'hygiène, d'alimentation ou encore d'habillement, la possibilité qu'offre le domicile aux personnes en situation de dépendance de faire prévaloir leurs habitudes contraint en permanence les professionnels à négocier l'imposition de leur système normatif. Les négociations engagées avec les personnes âgées peuvent être très âpres, le fait d'avoir à se soumettre aux nouvelles règles de vie, d'hygiène et de soin que ne manque pas d'introduire l'intervention à domicile des professionnels étant d'autant plus difficile à vivre que

cela les contraint à faire le deuil de certaines habitudes antérieures.

Verbatim Un professionnel : Déjà, il y a leur vie qui change, il y a des personnes nouvelles, extérieures, qui gèrent leur quotidien dans leur espace... [...] et avec les habitudes... voilà. Aller se laver..., il faut suivre comme si on était un enfant, voilà. Pour des gens qui ont été autonomes, voilà, qui n'ont pas eu besoin d'être soutenus... qui ont tout fait chez eux, alors vous arrivez vous gérez leur temps, leur espace, leur personne dans leur cuisine, dans leur tout et ils sont censés suivre. Alors on entend : « Je ne suis plus rien... je suis bonne à rien... je sais plus rien faire... ».

Cette compression des temps d'accompagnement – dont les professionnels estiment qu'elle est principalement liée aux écarts existant entre les volumes d'heures d'aide alloués par les chargés d'évaluation des besoins et le temps réellement nécessaire pour répondre aux besoins des personnes – est également jugée, par ces derniers, d'autant plus préjudiciable à la qualité du service rendu qu'elle tend à renforcer les situations de précarité. Les professionnels rencontrés insistent sur le fait que, lorsque les bénéficiaires ne disposent pas de ressources propres suffisantes et ne peuvent donc prendre en charge les dépassements d'horaires, ils sont eux-mêmes contraints soit de réaliser l'ensemble des activités dans le temps légal imparti, soit de prendre sur leur temps personnel pour répondre aux besoins d'accompagnement. Ils établissent une corrélation entre le niveau de revenus des bénéficiaires (montant des retraites ou niveau d'allocation) et la qualité de la prestation, le développement des emplois précaires ne pouvant aboutir, à terme, selon eux, qu'à une dégradation de leurs conditions de travail, le montant des retraites étant nécessairement appelés à diminuer. Lorsqu'ils sont confrontés à des situations de grande précarité, ils savent que tout dépassement d'horaire ne pourra être financé, la tentation des responsables de secteur de rabattre alors la qualité du service rendu sur leur propre bon vouloir les confrontant à des arbitrages difficiles à opérer : doivent-ils s'en tenir au volume d'heures prescrit et prendre le risque de faire du « mauvais travail » ? Doivent-ils accepter de dépasser les temps d'accompagnement prescrits et risquer d'arriver en retard, lorsqu'ils exercent en prestataire, chez le bénéficiaire suivant et au risque que le reproche

leur soit fait ultérieurement de ne pas prendre le temps de réaliser correctement les actes dans les temps impartis ? Doivent-ils accepter, lorsque cela est possible, de prendre sur leur temps personnel pour répondre aux besoins des personnes au risque alors de se trouver dans l'illégalité aussi bien du point de vue des assurances que du point de vue du code du travail ? Les difficultés rencontrées par les services d'aide à domicile qui ne disposent pas de volumes d'heures suffisants pour se maintenir peuvent renforcer les malaises que ces arbitrages suscitent chez eux, les responsables de secteur les sensibilisant à la nécessité de convaincre les bénéficiaires de prendre davantage d'heures, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de personnes handicapées. Dans ces contextes, les professionnels se disent heurtés par le fait que certaines interventions sont jugées non rentables car trop courtes, ce qui conduit les services d'aide à domicile à les refuser, les temps de déplacements étant jugés trop longs par rapport au temps passé à domicile. À l'opposé, certaines associations acceptent de mobiliser des professionnels auxiliaires de vie sur des interventions d'une demi-heure et là encore, les professionnels disent avoir le sentiment de devoir bâcler leur travail et en conçoivent de la frustration. Dans le cadre de ces interventions, des protocoles précis sont établis notamment pour le temps des repas, les plats devant impérativement être préparés de sorte que le professionnel n'ait qu'à les faire chauffer au four à micro-ondes.

Verbatim Un professionnel : On a une assistante qui travaille avec nous en partenariat, et bien il faut que les plats, les gens aient des plats qui vont vite au micro-ondes en deux minutes [...] Parce que si la personne elle vient pour une demi-heure, elle aura pas le temps de faire... de cuisiner au gaz. [...] Donc c'est à nous de faire les commissions, d'acheter des plats... parce que tout le monde ne prend pas des portages de repas, hein, donc c'est à la famille ou à nous ou d'autres collègues, d'autres associations qui travaillent en partenariat avec nous ben... Enquêteur : Mais alors qui prépare si la personne n'a pas le temps de préparer ? Professionnel : Et ben, on achète des plats cuisinés, vous savez, tout faits. Soit elle prend des portages repas, par la mairie ou d'autres associations, soit les familles ou bien nous-mêmes hein on achète les plats tout préparés et... Enquêteur : Mais qui demande ça ? Professionnel : C'est dans le protocole par rapport aux personnes qui ont une demi-heure pour

les repas. Y'a un protocole aussi... on a des protocoles maintenant. On a des protocoles maintenant pour les interventions d'une demi-heure, pour les repas... Il faut que tout soit prêt.

Cette compression des temps d'intervention suppose de leur part une gestion rigoureuse du temps, les échanges avec les bénéficiaires devant rester limités s'ils ne veulent pas dépasser les délais d'intervention, tout dépassement devant être normalement facturé. Or, ainsi qu'ils le soulignent, la facturation des dépassements est une source de conflits avec les bénéficiaires et les aidants familiaux qui ne comprennent pas pourquoi ce temps leur est facturé.

Verbatim Un professionnel : on prépare la table tout de suite hein, on prépare la table... On peut quand même demander quel plat elle veut aujourd'hui, quand même pour qu'elle ait le choix quand même et puis après ben... On allume le micro-ondes, ça me laisse le temps de parler un petit peu pendant que ça tourne, mais par contre, il faut pas que ce soit trop chaud, ni trop froid non plus. Alors faut entre les deux, alors on fait l'acrobate en fait... On joue à l'acrobate parce qu'il faut, en même temps, qu'on parle, mais en même temps, il faut surveiller le micro-ondes. Parce que des fois les personnes sont dans une pièce, il faut aller dans l'autre. Oui c'est ça des fois les domiciles hein, c'est pas toujours... y a que deux pièces hein. [...] Et puis il y a les imprévus, voilà on sait jamais. Parce qu'il peut arriver que dans une demi-heure, la personne ben il faut la changer, on peut pas partir... Ben oui, c'est des fois des petites surprises, ben oui, tu peux pas compter hein. Quand c'est comme ça, je triche un peu. Bon je fais ma demi-heure au repas, mais après je la change. C'est-à-dire que je me dépêche... Je fais attention de ne pas dépasser la demi-heure sinon elle paie, elle commence à payer plein tarif. Ah oui, y a déjà le dépassement d'heure, donc c'est un coût pour la personne hein, donc je dois toujours regarder quand même, même à mon insu.

Pour les professionnels, ces situations sont aggravées par le fait que les familles ne disposent pas de toutes les informations nécessaires pour pouvoir obtenir des financements supplémentaires, le fait que les assistantes sociales présentes sur le territoire travaillent en flux tendu ne facilitant pas la diffusion de ces informations. Or, en l'absence

de financement, il n'est pas possible d'augmenter le volume d'heures d'intervention, ce qui est source de frustration pour les professionnels qui, là encore ont le sentiment de ne pas pouvoir faire correctement leur travail.

Verbatim Un professionnel : Il y a des situations où on pourrait faire une heure quand même. Malgré tout. Parce qu'on leur dit, bon y en a qui ont des mutuelles hein quand même. Il y a la sécu qui donne quinze heures, il y a plein de petits... déclics, mais les familles n'y pensent pas. Et des fois, elles veulent même pas entendre parler. Parce qu'elles pensent toujours que ça va coûter quand même plus cher et... et il y a des leviers quand même, on peut leur mettre des choses en place. Y a des ressources qui existent, mais je crois qu'il y a beaucoup d'informations à faire au niveau des familles aussi. [...] C'est le travail de l'assistante sociale aussi [...] Mais avec le territoire de la collègue, ça fait un grand secteur pour une assistante sociale, elle peut pas, c'est impossible. Et elles sont que sept hein pour le département. Tu vois c'est pour ça, d'où les appels d'urgence. On déclenche des appels d'urgence et après ça se régularise après, mais on n'a pas le choix. On peut pas laisser les gens des fois dans la panade non plus hein.

La problématique de la compression des temps d'intervention affecte plus particulièrement les professionnels qui exercent en prestataire, les conséquences sur les modalités d'accompagnement étant beaucoup plus prégnantes dans ce contexte que dans le mandataire où les temps d'intervention sont généralement plus longs. L'exemple de la toilette sur lequel nous nous sommes davantage appuyés permet de mettre en évidence le caractère crucial, pour les professionnels, de l'évaluation des besoins réalisée en amont au domicile et de sa réactualisation. Parmi les professionnels sollicités dans le cadre de la recherche, nombreux sont ceux qui regrettent qu'aucun auxiliaire de vie ne soit présent lors des évaluations réalisées par les responsables des services d'aide à domicile, un éclairage sur les modalités concrètes de réalisation des actes leur paraissant indispensable pour évaluer au plus près les besoins. Lorsqu'ils décrivent les actes qu'ils réalisent, toilette, pose d'un pénilex, aide au repas, aide à l'habillage, c'est en réalité moins sur la dimension technique de l'acte qu'ils attirent l'attention que sur sa dimension symbolique. Par-

ler d'actes est d'ailleurs restrictif et il conviendrait davantage de parler d'activité, la réalisation de la toilette correspondant à la réalisation d'un ensemble d'actes qui, dans les faits, ne peuvent être dissociés : proposition de réalisation de la toilette, préparation et installation du matériel, par exemple du lève-personne si besoin, déshabillage, installation sur une toile imperméable si la toilette est réalisée au lit, installation dans la baignoire, installation sur le siège de douche, lavage de chaque partie du corps, essuyage, massage, installation d'une protection ou d'un pénilex, habillage, réinstallation au lit ou dans un fauteuil. Chaque acte réalisé durant la toilette peut aussi être redécomposé, la pose, par exemple, d'un pénilex supposant aussi de préparer le matériel, de raser la verge, de poser la colle et de positionner correctement le pénilex pour qu'il n'y ait pas de fuite. La réalisation de chaque acte de l'activité est aussi tributaire des conditions matérielles dans lesquelles il est réalisé (présence ou non d'un lit médicalisé, d'une chaise percée, d'un lève-personne etc.), de la pathologie de la personne et du contexte de la relation. Ce point est important car l'opération de fragmentation des actes qu'ordonnent les outils d'évaluation tend à gommer aussi bien les aspects dynamiques de la réalisation des activités que leur dimension symbolique. Une toilette, autrement dit, n'est, au domicile, jamais mécanisée en ce sens que les professionnels, avant de la réaliser, ont toujours, sur le principe, à la faire accepter. Les temps dévolus à la socialisation réciproque des modalités de réalisation des activités sont, par conséquent, des temps auxquels les professionnels attachent une grande importance et il n'est pas anodin, de ce point de vue, que ce métier soit unanimement décrit comme un métier avant tout d'observation, d'écoute et d'adaptation. Les exemples évoqués dans le cadre des entretiens réalisés montrent qu'une des préoccupations majeures des professionnels auxiliaires de vie est la régulation du système conflictuel. La qualité, autrement dit, du service rendu reste fondamentalement tributaire, on y revient, de la capacité des professionnels à établir et à maintenir une relation de confiance avec les autres habitants du domicile. Réguler le système conflictuel dans l'ici et maintenant de la relation constitue un enjeu de taille dans la mesure où le premier écueil qu'ils rencontrent dans le cadre de leurs interventions concerne précisément la socialisation à l'aide apportée et l'instauration d'une relation de familiarité. Si cette socialisation constitue d'emblée un écueil, particulièrement dans

le cas des personnes âgées dont nous avons précisé qu'elles entretenaient, dans un premier temps, un rapport beaucoup plus circonspect à l'aide apportée que les personnes en situation de handicap, c'est qu'elle exige de leur part une capacité à contenir simultanément les angoisses et l'agressivité que peut susciter chez les bénéficiaires et les aidants familiaux, lorsqu'ils sont présents, l'« intrusion » au domicile. La qualité, autrement dit, du service qu'ils sont appelés à rendre dépend en premier ressort de la manière dont ils appréhendent cette agressivité, dont ils l'interprètent et la désamorcent. Les exemples évoqués par les professionnels sollicités montrent que dans une majorité de cas, les bénéficiaires restent très ambivalents par rapport à leur présence à domicile, les oscillations entre attachement et mise à distance étant permanentes.

Verbatim Un professionnel: En plus j'étais sa première auxiliaire de vie. J'étais la première. Elle me dit : « J'ai jamais eu besoin d'aide... » Quand tu fais quelque chose, elle te dit : « Quand j'avais mon monde à moi, je me suis jamais permis de repasser un drap, pourquoi tu repasses le drap ? Moi le repassage maintenant je fais plus hein », Dès que je mets la table elle commence... des fois même elle débranche ! « Tu te permets, tu uses le temps... il faut que tu t'occupes... ». Elle veut pas et puis elle me dit : « Il faut pas user l'électricité, t'es folle ? Pourquoi tu te permets de repasser un drap ? » Tu vois des choses, j'en ai même parlé à son fils, même quand il y a le rideau qui est déchiré j'enlève... [...] J'ai demandé à son fils : « Est-ce qu'elle a toujours été comme ça ? » Son fils m'a dit : « Elle a toujours eu un fort caractère ». Non mais c'est elle qui dirigeait. [...] Moi, je l'écoute pas, je reste là, je travaille. Des fois elle me dit : « Demain tu viens pas ». Quand on fait la toilette : « Il était censé que tu devais pas venir aujourd'hui ». Je dis : « Et pourtant je suis là ». Et en partant je l'attaque et alors je dis : « Demain je viens ou pas ? » Elle me dit : « Tu viens pas ? » Je lui dis : « Vous m'avez dit de ne pas venir ? ». Elle me dit : « Oh tu fais ce que tu veux hein, tu viens ou bien tu viens pas ». Je dis : « Non je veux une réponse précise. Je viens ou pas ? » Elle me dit : « Viens, viens si tu veux ». « Pourquoi ? » Elle me dit : « Parce qu'on est habitué » (rires). En même temps, quand elle avait son chéquier, durant Noël, Pâques, elle m'achetait un bouquet de fleurs... même à Pâques elle achète des chocolats. La première fois qu'elle l'a fait, je me dis : « Pourtant elle m'aime moi ? » Des chocolats, ça m'a surprise,

un paquet de chocolats. Elle me dit : « Pour toi ». « Ah merci ! » Des fois même, je lui pose la question, je lui dis : « Mais pourquoi vous me dites des fois... » Elle me dit : « Je vais mourir ». Après je rigole, parce qu'elle me dit. Ah je rigole pas quand elle me balance des mots, je rigole pas, elle me dit : « Tu sais, tout ce qui me plaît c'est ton sourire ». J'ai dit : « Mais je peux pas faire des sourires forcés parce qu'il y a rien de drôle, vous venez de me balancer des mots et tout ». Elle me dit : « Mais si tu te plais pas, trouve une autre maison, c'est mieux. » J'ai dit : « Moi je me plais, mais c'est vous qui me détestez ». Elle me dit : « Moi je ne te déteste pas ». J'ai dit : « Moi aussi je vous déteste pas ». Elle me dit : « Si, tu me détestes ». A chaque fois elle me dit ça. [...] Moi je lui dis : « Mais si je vous détestais, je pouvais chercher ailleurs, c'est moi qui vous repose la question ». Elle me dit : « Non, je te déteste pas, j'en ai marre, c'est pas toi... je sais pas quelle vie que je mène, je suis plus bonne à rien, je fous rien ».

Quoique les professionnels se disent affectés par les élans d'agressivité principalement verbaux dont ils sont la cible, ils ont conscience, cependant, de la vulnérabilité des personnes qu'ils accompagnent et de la fonction d'exutoire, pour reprendre la terminologie d'un des professionnels cités, qu'ils remplissent. Ainsi s'efforcent-ils donc globalement de contenir cette agressivité verbale en contenant déjà leurs propres mouvements réactionnels agressifs et en adoptant une posture conciliante susceptible de la désamorcer. Parmi les exemples relatés, il se trouve des cas de figure où l'adoption d'une telle posture est jugée très difficile, les agressions verbales racistes étant considérées comme les plus pénibles à vivre. Le mépris dont les professionnels font l'objet dans ce type de situations jugées très courantes en Île-de-France tend à être redoublé par un mépris du métier lui-même et les professionnels relatant ces situations estiment qu'il est très compliqué, dans ces circonstances, de réaliser des activités telles que la toilette. S'ils sont amenés à intervenir régulièrement chez la personne, c'est un système conflictuel qu'ils s'efforcent de désamorcer soit en faisant comprendre au bénéficiaire qu'il n'est pas dans l'intérêt de l'intervention de persister dans ces modes d'agressions, soit en faisant intervenir un responsable.

Ils attirent par ailleurs l'attention sur le fait qu'ils peuvent être aussi la cible d'agressions physiques. Cela peut aller du coup porté au visage à l'agres-

sion sexuelle. Pour ce qui est des coups, il s'agit d'un type de violence qui est décrit comme étant le fait, le plus souvent, de bénéficiaires atteints de la maladie d'Alzheimer pour lesquels ils sont obligés, afin de se prémunir contre leurs attaques soudaines, d'appliquer des règles spécifiques de comportement. L'agression sexuelle, quant à elle, peut s'exprimer aussi bien sur un plan verbal (grossièretés à caractère pornographique) et visuel (exhibitionnisme), que sur un plan physique comme dans le dernier exemple évoqué ci-dessous.

Verbatim Un professionnel : J'ai l'habitude de rentrer directement, parce que c'est le monsieur qui est toujours à la chambre et là ce jour-là il était pas à la chambre. Il était derrière une porte et je l'ai pas vu. Et avec un bâton, mais heureusement que c'était pas un gros bâton heureusement et j'ai eu un coup sur la tête. J'ai eu le temps de réagir, parce que je m'y attendais pas. Enquêteur : Et alors est-ce que vous avez compris pourquoi il s'était caché, est-ce qu'il savait que c'était vous, est-ce qu'il a eu peur, est-ce que... Professionnel : Non, ben on n'a pas compris ce jour-là le pourquoi, le comment... Enquêteur : Parce que ça c'était un monsieur qui était Alzheimer ? Professionnel : Ah oui, oui, mais il avait jamais eu ce comportement-là et un beau jour j'arrive comme d'habitude et je le trouve pas. Ben non il était caché derrière une porte. Mais bien hein, on pouvait pas voir la silhouette et puis tout d'un coup j'ai eu un coup de bâton sur la tête et puis... donc là ce jour-là j'ai dit bon [...] Oui ce jour-là il était caché voilà. (Rires) Derrière une porte, donc j'ai dû modifier mon intervention depuis ce jour. Enquêteur : Alors comment vous l'avez modifiée ? Professionnel : C'est-à-dire pour nous il faut tout regarder derrière soi et ne plus tourner le dos surtout, à la personne. C'est vrai, je le savais, en l'occurrence dans la formation, qu'il fallait jamais donner son dos, mais voilà je m'attendais pas à ce... il était toujours dans le lit d'habitude. Enquêteur : Alors dans la formation, on vous apprend que... Professionnel : Il ne faut jamais donner le dos à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, parce que lui peut y avoir des réactions soudaines, voilà. Enquêteur : On peut prendre un coup de gourdin sur la tête. Professionnel : Un coup de couteau, un coup de fourchette.

Un autre professionnel: On a eu une tentative de viol nous, par un usager, il avait fermé la collègue à clé hein, elle pouvait pas sortir de la maison. Enquêteur: Tenta-

tive de viol par une personne âgée ? Professionnel: Oui bien sûr, oui. Il avait toute sa force hein. Il avait fermé la porte à clé, il attendait qu'elle rentre et puis clac. Il était en robe de chambre et tout et puis... non, non elle a eu du mal à... et à un moment donné on a arrêté l'intervention de toute façon.

Outre l'agressivité des bénéficiaires, les professionnels ont aussi à contenir l'agressivité plus exclusivement verbale des aidants familiaux qui ne sont pas forcément d'accord avec les modalités de leur accompagnement et qui peuvent faire preuve de suspicion à leur endroit. Cette suspicion varie aussi bien dans ses formes que dans son intensité, mais lorsqu'elle est présente, les professionnels auxiliaires de vie estiment qu'elle peut conduire à des situations conflictuelles vives qui nécessitent l'intervention d'un tiers, ce tiers étant incarné pour les professionnels exerçant en prestataire par leurs responsables. Il s'agit là d'une alternative dont les professionnels exerçant en mandataire ne disposent pas forcément, les services d'aide à domicile qui se chargent d'établir leur fiche de salaire et leur remplacement ne pouvant jouer qu'un rôle de conseil. Pour les professionnels exerçant en emploi direct, la question du tiers, ainsi que nous l'avons souligné, reste délicate aussi du fait de la duellisation des relations.

Verbatim Un professionnel: Les malades d'Alzheimer, ils vous videront le frigo. Ou alors ils ne mangeront pas. Ça c'est typique de la maladie d'Alzheimer : soit ils vident le frigo, soit ils ne mangent pas. Enquêteur : Ils vident le frigo, ça veut dire qu'ils mangent tout? Professionnel: Oui, ils ne s'arrêtent pas, il n'y a pas de limite. Ils vous vident le frigo en une journée hein. Ah oui, j'ai vu une dame comme ça et... et la famille croyait que c'était nous qui prenions à manger. Au point qu'ils avaient même fermé les trucs à clé, alors on pouvait même plus donner à manger à la dame. On avait rouspété hein. Ça c'était quand j'étais dans une association que c'était arrivé ça. La famille avait même fermé pensant que c'était nous... qui volions. Ah oui, oui, alors on a fait venir la fille hein. Nous d'abord on l'a dit à notre responsable. Elle est venue, puisque à l'époque j'étais encore stagiaire, moi et ma tutrice. Elle a fait venir la... j'ai servi de témoin d'ailleurs, c'était ma première réunion de conflit familial hein. Ça avait été houleux ! Elle a jamais voulu admettre, la fille, que c'était sa maman... [...]. Et ben on la fait venir,

alors on l'attendait avec la directrice chez la dame. Quand elle est venue, elle en revenait pas, sa maman mangeait tout quand on partait le matin, parce qu'on la préparait et tout et puis elle mangeait normalement elle-même toute seule. Et quand la fille venait l'après-midi, tous les après-midi voir sa mère, il n'y avait plus rien dans le frigo. Alors elle dit: « C'est bizarre, je suis sûre que c'est vos employés qui sont partis avec ». Alors nous on a dit on savait, on a dit ben non. Elle va venir voir. Et bien elle est venue hein, elle en revenait pas hein. Et quand elle a vu, elle s'est excusée, mais avant elle a fait un conflit hein, c'était ma première réunion conflictuelle, j'ai défendu ma tutrice du coup. Enquêteur : Ça se passe comment ? Professionnel: Ben tout le monde est convoqué au bureau de l'association, la fille vient dire : « Oui, c'est vos employés qui prennent tout, c'est pas normal, on lui avait fait les courses la veille, y a plus rien. C'est pas normal, qu'est-ce qui se passe, vous devriez surveiller vos employés! » Alors on nous a demandé qu'est-ce qu'on avait fait dans l'intervention, donc on a redit tout ce qu'on avait fait : la toilette, petit déjeuner, préparer le plat de midi, mais c'est elle qui le gère encore à l'époque hein la dame. Elle était censée mettre au micro-onde et manger, mais elle mangeait tout ce qu'il y avait en plus, parce que la famille, la fille elle faisait les courses pour toute la semaine quoi, ben y'avait plus rien. Alors on lui a dit ben non on ne peut pas partir avec, parce que nous on avait deux personnes derrière et elle a jamais voulu, alors après on a donné rendez-vous, ben un jour à l'improviste à la maison, elle est venue et elle a vu sa mère qui engouffrait puis là elle s'est excusée quoi .

Les systèmes conflictuels que nous évoquons dans le cadre de cette section sont considérés comme assez courants même si ce n'est pas la majorité des cas. Tous les professionnels rencontrés disent avoir été confrontés, dans le cadre de leur expérience à domicile, à ce type de situations, d'où leur insistance sur la dimension périlleuse de leur métier qui les confronte à des situations imprévisibles qu'ils jugent potentiellement dangereuses. « *On nous envoie*, disait un professionnel, *au casse-pipe* ». Cette remarque, exprimée dans le cadre d'un groupe de travail, traduit bien les sentiments d'insécurité que peuvent éprouver les professionnels qui ne savent jamais jusqu'où et à quelles conditions ils parviendront, dans l'entre soi de la relation, à réguler le système conflictuel. Ils disposent, certes, tous d'exemples d'interventions où la dynamique

relationnelle est jugée positive et où ils peuvent exercer paisiblement leur métier. Dans les exemples relatés, leurs relations avec les bénéficiaires sont décrites comme étant tout à fait cordiales et les interventions se déroulent sans anicroches. Mais quoique ces situations existent et puissent être même très fréquentes, cela n'obère pas le fait que l'instauration d'une relation de confiance n'est jamais spontanée pas plus qu'elle n'est acquise, la présence au domicile des professionnels étant le signe même de la vulnérabilité des bénéficiaires et l'ambivalence à l'endroit de leur intervention ne cesse jamais de s'exprimer y compris lorsque la relation est paisible. Lorsque les professionnels attirent l'attention sur le fait que leur métier est fondamentalement un métier d'utilité publique, ils mettent précisément l'accent sur la dureté du métier qui est, par essence, un métier de la relation et qui est, à ce titre, soumis à la contingence du contexte dans lequel cette dernière prend pied. Ce point est central car il permet de comprendre le caractère crucial que revêt la régulation du système conflictuel, les efforts consentis pour instaurer un lien de confiance indispensable à la socialisation des modalités d'accompagnement constituant la clé de voûte de l'intervention. On comprend mieux aussi, dans cette perspective, pourquoi la qualité du service rendu ne peut être en aucun cas dissociée de la qualité des conditions de travail des professionnels. Lorsque cette qualité n'est plus assurée, quelles qu'en soient les raisons (défaillance des conditions matérielles de l'intervention, insuffisance des temps d'accompagnement, détériorations des relations au domicile), les probabilités de voir les modalités de réalisation de l'accompagnement se dégrader s'accroissent considérablement et sauf à pouvoir recourir à un tiers régulateur capable de surplomber la situation et d'en révéler les périls, professionnels et bénéficiaires restent prisonniers d'un entre soi de la relation potentiellement délétère.

1.5 - Les pactes implicites : de la tentation d'éviction des tiers régulateurs à leur sollicitation

Nous avons attiré d'emblée l'attention sur la vulnérabilité des personnes en situation de dépendance et sur la dimension hautement symbolique du domicile en tant que lieu de resymétrisation des rapports sociaux. Nous avons également insisté sur l'instabilité et la fragilité de la structure des relations, la circularité des rapports potentiels de

sujétion, d'une part, et la prégnance de l'économie des *illégalismes*, d'autre part, conduisant l'ensemble des acteurs du domicile à adopter des positions, pour ainsi dire, d'« équilibristes », chacun ayant à veiller à ce que le champ des prérogatives de l'autre reste circonscrit. Ainsi la recherche d'un « juste équilibre » dans la relation établie constitue-t-elle une des priorités des professionnels qui ont aussi à veiller à ce que leurs conditions de travail n'hypothèquent pas l'établissement d'une relation de confiance, préalable indispensable, avons-nous dit, à la réalisation de l'intervention. Tous ces points sont fondamentaux pour comprendre la tentation permanente des professionnels, des bénéficiaires et des aidants familiaux de nouer des pactes implicites à l'écart desquels les instances dirigeantes seront le plus possible soigneusement tenues éloignées. La « boîte noire », autrement dit, que forment ces relations est l'essence du domicile en ce sens qu'il n'existe aucune raison objective pour que ces différents acteurs ne nouent pas entre eux des pactes qui soutiendront la relation autant qu'ils la menaceront. Dans ce contexte, les modes actuels de problématisation de la qualité ne peuvent que se heurter à leurs efforts conjoints pour préserver l'entre-soi du domicile. Pourquoi ? Parce que c'est dans l'entre-soi de la relation que chacun pourra contractualiser au plus près de l'idéal d'accompagnement qui est le sien. Si on se place du côté des professionnels, il apparaît que plus ils parviennent à impulser une dynamique des relations qui leur permette de faire coïncider leur conception de l'accompagnement avec les attentes des bénéficiaires (attentes qui s'expriment aussi bien en termes de besoins que de désirs) et plus ils estiment que « leur travail » est « de qualité ». On ne peut donc s'étonner que l'enjeu le plus fondamental de leur intervention, notamment lorsqu'ils entrent pour la première fois au domicile d'une personne, soit la mise en confiance de la personne (et des aidants familiaux lorsque ces derniers sont présents au domicile) et que les efforts déployés autour de la socialisation des modalités d'accompagnement s'étaient sur des *illégalismes* leur permettant de trouver des arrangements, au demeurant, réciproques. S'adapter au contexte de la relation, trouver les voies d'une singularisation des réponses à apporter aux demandes des bénéficiaires tout en les socialisant à leur propre point de vue sur les modalités d'accompagnement, tel est en quelque sorte l'idéal de la qualité que forment les professionnels auxiliaires de vie et, en un certain sens, ils savent bien que pour qu'il y ait

qualité du service rendu, il faut précisément éviter le piège de la satisfaction, c'est-à-dire se déprendre de l'*imaginaire leurrant* (E. Enriquez, 1992) que tend à produire ce mode de problématisation. Ainsi que le rappelle, en effet, le psychosociologue, E. Enriquez, dans son analyse du fonctionnement des organisations, l'*imaginaire leurrant* est une forme d'*imaginaire* qui, comme son qualificatif l'indique, s'étaye sur un leurre, celui de penser que les fantasmes que nourrissent les sujets pourraient, dans certaines conditions, être réalisés.

« *L'organisation*, écrit-il, a le choix entre deux formes d'*imaginaire* : l'*imaginaire leurrant* et l'*imaginaire moteur*. *Imaginaire leurrant*, en tant que l'*organisation* tente de prendre les sujets aux pièges de leur propres désirs d'affirmation narcissique dans leur fantasme de toute-puissance ou leur demande d'amour, en se faisant fort de pouvoir répondre à leurs désirs dans ce qu'ils ont de plus excessifs et de plus archaïques et de transformer les fantasmes en réalité ; en tant également que l'*organisation* va les assurer de ses capacités à les protéger du risque de la brisure de leur identité, de l'angoisse de morcellement réveillée et alimentée par toute vie en société : en leur procurant les cuirasses solides du statut et du rôle (constitutif de l'identité sociale des individus) et de l'identité de l'organisation²³⁴ ».

Dans le cadre de l'aide à domicile, c'est la satisfaction du client/bénéficiaire/usager qui constitue la pierre d'angle du dispositif d'aide et pour comprendre le caractère leurrant de l'*imaginaire* que cette fin contribue à produire, il est nécessaire de revenir au plus près du sens étymologique du terme satisfaction. Satisfaire signifie au début du 13^{ème} siècle « payer, rémunérer et réparer (un dommage) ». Au 14^{ème} siècle, il signifie « s'acquitter de ce qui est attendu » et, en 1644, il signifie « plaire ». Le terme satisfaction, qui provient du latin *satisfactio* « disculpation » et « réparation juridique », renvoie, dans son étymologie actuelle, à deux sens distincts : 1/ Il s'agit d'un acte par lequel quelqu'un obtient la réparation d'une offense et d'un acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande (en justice, dans une hiérarchie, etc.) - 2/ Il s'agit d'un sentiment de bien-être ; plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable.

234 Eugène ENRIQUEZ, *L'organisation en analyse*, PUF, 1992, p. 37.

Par extension donner satisfaction, c'est contenter quelqu'un par sa conduite, sa compétence, sa qualité²³⁵. Si l'on suit cette définition, la satisfaction du client/bénéficiaire/usager, dont toute démarche qualité fait sa règle d'or, suppose une intervention à domicile qui soit en mesure de compenser la vulnérabilité des bénéficiaires tout en leur procurant un certain bien-être. La satisfaction, autrement dit, inclut une composante plaisir rapportée, dans le vocable usuel, à la notion d'attente. Le client n'exprime pas seulement des besoins, mais aussi des attentes et ces attentes, ainsi que le rappelle la littérature sur le sujet, posent la question du désir et de sa subjectivité, le besoin renvoyant davantage à ce qui est du registre du vital, et donc de l'indispensable. Si on comprend bien l'utilité d'une telle dichotomie langagière du point de vue opérationnel, puisqu'elle doit pouvoir permettre de dissocier et de hiérarchiser ce qui est du registre de l'impératif dans la qualité rendue et ce qui est du registre du subsidiaire, il n'en demeure pas moins que, dans la réalité de l'intervention, la qualité attendue inclut dans sa focale la dimension du désir, le *summum* de la satisfaction résidant précisément dans l'obtention de réponses aussi bien aux besoins fondamentaux qu'aux désirs les plus profonds, la question de savoir qu'est-ce qui ressort du seul registre des besoins n'étant d'ailleurs jamais totalement tranchée, un désir pouvant être érigé au rang de besoin. Les entretiens réalisés avec les professionnels auxiliaires de vie dans le cadre de la recherche montrent que les liens d'attachement produits par la régularité de la relation, et dont nous avons montré qu'ils contribuaient à la singularisation du service rendu, les conduisent à désirer satisfaire au maximum de leurs possibilités les bénéficiaires en répondant non seulement à leurs besoins, mais également à leurs attentes. Cette volonté de répondre simultanément aux besoins et attentes des bénéficiaires, outre qu'elle va à la rencontre de celle des bénéficiaires, entre aussi en résonance avec celle des experts es qualité chargés d'accompagner les démarches qualité. Ces derniers, en effet, sont très sensibles à la question de la bientraitance, ce qui les conduit, ainsi qu'en témoignent les propos d'Yvon Mougin, dans l'ouvrage intitulé *Les services à la personne. Amour et management*, co-écrit avec Isabelle Aviet, à valoriser la prise en compte des attentes

dans le service rendu au client. « *L'amour des clients, note-t-il, est le facteur clé de succès d'une organisation bientraitante et donc d'un niveau élevé de la qualité d'une prestation de service aux autres. Nous devons faire des efforts permanents pour élever ce niveau de qualité vers la limite « haute ». L'amour des clients est le moyen d'y parvenir en limitant les efforts. Le personnel qui aime ses clients et qui de ce fait les comprend et comprend leur mode de fonctionnement n'aura pas (trop) à se forcer pour travailler. Aimer ses clients, ce n'est pas les laisser faire ce qu'ils veulent. C'est aussi faire preuve d'autorité pour faire respecter les règles. Aimer ses clients, c'est aller au-delà d'un travail consciencieux. C'est vouloir le bien de l'autre et aller dans le sens des finalités de son établissement (maintien de l'autonomie etc.)*²³⁶ ». L'attention portée par Y. Mougin à la question de l'amour, comme l'indique le titre de son ouvrage, est loin d'être anecdotique car si l'amour constitue le supplément nécessaire à la *conscience professionnelle* pour produire une prestation de haute qualité, c'est que la *bientraitance*, qui se présente comme un idéal de qualité à atteindre *via* la production d'un *bien-être*, ne peut faire autrement que d'inclure dans sa visée la question des attentes du bénéficiaire et, par extension, de son désir. Le bien-être, en d'autres termes, ne saurait être dissocié de la question des attentes subjectives du bénéficiaire et le succès rencontré par le film *Intouchables* est, à cet égard, extrêmement significatif, la qualité de la prestation étant fondamentalement référée aux réponses singulières que l'auxiliaire de vie est capable d'apporter aux désirs existentiels du bénéficiaire tétraplégique. Il s'agit, certes, d'une fiction, mais qui montre avec force combien la conception d'une intervention fondée sur la spontanéité, plutôt que la technicité et le professionnalisme, et sur des liens d'amitié plutôt que sur des liens distanciés est attrayante, l'idée que les auxiliaires de vie pourraient combler les vœux des personnes vulnérables qu'ils accompagnent en les aidant à réaliser leurs désirs existentiels illustrant précisément la dimension leurrante de l'imaginaire de la satisfaction. Le « bon » auxiliaire de vie, dans le fond, serait fondamentalement celui qui est capable, non seulement de prendre en charge les besoins de la personne

²³⁵ Dictionnaire Le nouveau Robert 2009.

²³⁶ Isabelle AVIET, Yvon MOUGIN, *Les services à la personne. Amour et management*, Afnor Editions, 2011, p. 233.

vulnérable, mais aussi ses attentes personnelles. Si les différents acteurs s'inscrivant dans le champ de l'aide à domicile s'accordent sur ce postulat, ils restent, dans le même temps sensibles à la question qui inévitablement se pose dans ce contexte, à savoir celle du curseur : « *Jusqu'où aller dans la satisfaction des attentes des bénéficiaires ?* ». Les professionnels y sont sensibles car ils savent d'expérience combien la tension est forte entre besoins et attentes et ils éprouvent fréquemment le sentiment, de leur propre aveu, d'être sur le fil du rasoir. Un consultant qualitatif tel que Y. Mougin y est aussi sensible car il n'ignore pas cette tension et sa mise en garde sur le fait qu'aimer ne signifie pas répondre à tous les vœux des clients le montre clairement. La question de savoir où placer le curseur doit être, cependant, résolue, selon lui, non par les professionnels, mais par les managers et la question qui s'ouvre est celle, complexe, du tiers régulateur.

Au regard des éléments de réflexion développés précédemment, on ne peut que mettre en relief le fait que professionnels, bénéficiaires et aidants familiaux sont toujours tentés de nouer des pactes implicites leur permettant de gérer leurs relations à leur gré, toute instance extérieure étant vécue sur le mode de l'intrusion. Ce pacte se donne en particulier à voir dans le traitement réservé aux questionnaires de satisfaction vis-à-vis desquels les professionnels se montrent globalement critiques dans la mesure où ils font fréquemment l'objet d'un traitement conjoint, l'auxiliaire de vie, particulièrement dans le cas des personnes âgées, prenant part à son remplissage.

Verbatim Enquêteur : Alors pouvez-vous me parler de ces enquêtes de satisfaction et de ce que vous en pensez ? Professionnel 1 : On en a parlé. Moi, en tant que délégué, on en a parlé au sein du conseil d'administration là récemment. Ben je leur ai dit les chiffres. Oui c'est bien, c'est valorisant pour l'association, mais j'ai dit : « Nous, pour le secteur, de territoire-là, enfin moi, pour mes usagers ils m'ont demandé de le remplir avec eux, parce qu'ils comprenaient pas ce qui était écrit ou c'était trop long ou ils avaient pas du tout envie de le remplir. Donc il fallait bien le remplir, parce que... Sinon, leur avis est important, leur faire comprendre que leur avis est important, mais le questionnaire était mal fait : c'est satisfait, pas satisfait, moyennement satisfait, pas satisfait, c'est pas... bon y avait trois lignes en dessous

où on pouvait mettre quelque chose. Enquêteur : Alors pourquoi mal fait ? Professionnel 1 : Ben parce que c'est restrictif... Ça veut rien dire moyennement satisfait, très satisfait, c'est... enfin je sais pas je... ils ont pas trouvé... Alors forcément, ils voulaient pas dire que c'était ni trop mauvais, ni entre deux, donc... bon ils ont mis satisfait. Ou très satisfait. Et puis comme on est des fois plusieurs à intervenir chez la personne, ils me disaient : « Ben je veux pas critiquer votre collègue ou dire ci ou dire ça... » Alors pas de commentaire. Très peu de commentaires... Pff... ben moi je trouve que ça sert pas à grand-chose. Professionnel 2 : Dans nos enquêtes c'est pareil, comme il faut pas mettre de nom... ils voulaient pas critiquer... Professionnel 1 : C'est normal, il faut pas nommer. Professionnel 2 : ... Il faut pas nommer et elles ont pas vu l'utilité, c'est pour ça qu'elles ont mis satisfait ou... elles ont répondu malgré elles à contrecœur quoi, c'est pas ce qu'elles voulaient dire mais bon... Et c'est vrai comme dit professionnel 1, c'est restrictif. Professionnel 1 : Moi, j'ai pas cherché à les influencer, je leur ai dit : « Vous mettez ce que vous voulez, vous me dites, moi j'écris juste, je vous conseille rien du tout ». Mais peut-être qu'ils se sont sentis influencés malgré tout en le remplissant avec nous, c'est possible. Enquêteur : Et pourquoi ils l'ont pas rempli tous seuls ? Professionnel 1 : Parce qu'il y en a ils pff... Enfin moi, quand ils ont vu y'avait au moins trois, quatre pages remplies des deux cotés oh là là ! Oh là ! Ils auraient pris le truc, ils l'auraient mis à la poubelle, direct hein ! Déjà les publicités ils les prennent, ils les regardent même pas, ils les jettent, alors le truc de l'association... oh là ! Moi il me disaient tout est bien, vous mettez tout est bien. Ça les fatigue, il y avait au moins, je sais pas, trente questions, alors déjà en plus notre temps d'intervention quand même, donc faut le gérer le truc, ça veut dire qu'on va le faire vite fait hein. Professionnel 3 : Y a la peur. Professionnel 1 : Non, elle avait pas peur, non. Professionnel 3 : Y a la peur des fois. Professionnel 2 : Oui aussi oui, c'est vrai. Professionnel 4 : De vexer la personne. Professionnel 3 : La peur d'écrire vraiment ce qui est leur ressenti, de comment est-ce qu'ils prennent les services rendus. C'est-à-dire ils ont peur d'écrire... Professionnel 1 : Qu'on les pénalise après. Professionnel 3 : ... de dire la vérité et puis de se faire sanctionner. C'est-à-dire, par exemple, si j'ai des auxiliaires que j'apprécie beaucoup et que l'association sait que j'apprécie ces personnes, ils vont

me les enlever. Professionnel 1 : Non mais le questionnaire il était nominatif hein. Fallait mettre le nom de la personne, l'adresse, donc elles se pff... bon bref c'est... Enquêteur : Ah c'est pas anonyme ? Professionnel 1 : Non. Non, non. Non. Enquêteur : Alors attendez, c'est pas anonyme ça veut dire quoi ? Professionnel 1 : Ben il fallait mettre le nom de l'utilisateur, ses coordonnées, tout ça, son âge, si elle avait des enfants... Enquêteur : Ah oui de celui qui le remplit, pas des auxiliaires. Professionnel 1 : Non, non pas des auxiliaires, mais enfin c'est vite fait, si vous regardez le planning, on voit tout de suite qui intervient chez madame Machin hein, c'est pas dur. Donc... Professionnel 4 : Pour moi, elle veut jamais remplir hein, son fils non plus. (Rires) Professionnel 5 : Ah c'est pas obligé hein. Professionnel 1 : Les papiers, déjà les papiers en général, c'est pas eux qui s'en occupent, c'est la famille ou les... Enquêteur : Pourquoi ils veulent jamais remplir ? Professionnel 4 : Je sais pas, peut-être qu'ils veulent pas s'exprimer, dire ce que je fais. [...] Elle dit qu'elle n'a jamais rempli. Tous les ans on lui envoie ça, elle remplit pas. Professionnel 2 : Mais ça, c'est un outil de justification des structures, pour dire voyez on a... Professionnel 1 : Ils sont obligés d'avoir des chiffres.

Nous reviendrons sur cette question lorsque nous aborderons le point de vue des bénéficiaires, mais dans le cas présent, ce qu'il importe de souligner, c'est la connivence établie entre les professionnels et les bénéficiaires, connivence parfois aussi établie avec les aidants familiaux, pour détourner ces questionnaires de leur finalité première, à savoir l'évaluation de la prestation. Les raisons de ce détournement sont, on le voit, multiples : difficultés de compréhension du bénéficiaire, difficultés d'écriture, conviction de l'inutilité du questionnaire et des réponses fournies ou encore crainte du conflit avec le professionnel auxiliaire de vie et des mesures de rétorsion qu'il pourrait prendre s'il venait à prendre connaissance du point de vue exprimé. Le fait que les uns et les autres tirent peu ou prou profit des pactes implicitement noués rend difficile l'évaluation de la qualité perçue et les professionnels ont conscience de leur propre ambivalence vis-à-vis de ces processus d'évaluation. L'éviction du tiers régulateur a pour cela de confortable qu'elle permet, nous l'avons souligné, de regagner du *pouvoir sur son acte de travail* (G. Mendel, 1996) et l'autonomie ainsi acquise par rapport aux prescriptions des services d'aide et leurs instances dirigeantes est jugée d'autant plus

appréciable qu'elle renforce le pouvoir de négociation des professionnels. Les services rendus aux bénéficiaires mettent, en effet, ces derniers en dette et la dénonciation du pacte n'en devient que plus difficile même s'il est en partie subi.

Verbatim Un professionnel : Y'a des intouchables, comme chez nous y'a des intouchables. Quoiqu'elles fassent... [...] On le signale alors des fois, ça fait rire pour certains petits trucs, genre je dis : « Oh ben oui, ma collègue elle se permet de tutoyer le monsieur ». Elle vient même quand... elle est de passage, elle voit qu'on est là, elle vient. Je lui dis : « Non t'aurais pas dû être là, j'interviens pour le monsieur, c'est pas à toi d'être là. » Moi je lui dis devant le monsieur, je lui dis : « Non, non qu'est-ce que tu fais là ? Tu as un accident là, tu seras pas en accident de travail, t'as pas à être chez le monsieur. » Le monsieur en plus il me dit : Elle me gonfle, elle me gonfle, faut toujours qu'elle vienne... » Elle passe, elle vient, sans gêne, elle a la clé, allez hop elle rentre, elle dit bonjour à tout va, c'est vrai que c'est sans gêne quand même ! Même le monsieur il me dit : « Qu'est-ce qu'elle me gonfle ! » Mais il a donné la clé. Le monsieur a donné la clé à la collègue. Enquêteur : Comment vous vous comprenez cette situation ? Professionnel : Y'a des intouchables, comme chez nous, y a des intouchables. Parce que le monsieur, ça l'arrangeait s'il a un problème en pleine nuit ou je sais pas quoi, la collègue répondait à son attente de venir etc. Comme il était oublié tous les mois, au moins un repas midi ou soir, il était oublié, donc il appelait la collègue : « Ben viens tu peux m'acheter un truc... » Voilà. Je lui dis : « Bon ben t'aurais pas dû, c'est dans le cadre de l'association. Parce que l'association, ils étaient pas au courant, si y a quoique ce soit j'ai... » Moi je l'ai pas dénoncée, mais bon... alors d'un côté le monsieur ça l'intéressait, ça l'arrangeait et puis d'un côté après ma collègue elle en profitait, elle était super envahissante. Super envahissante. C'est une collègue qui s'impose partout hein partout. Enquêteur : Oui mais comment vous comprenez qu'elle devienne envahissante, comment vous l'expliquez ? Professionnel : Ben elle aussi elle a un besoin affectif terrible, ça va pas avec son mari, donc en fait, moi j'ai été un an en formation avec elle pour le DEAVS. En un mois, on connaissait déjà toute sa vie, elle raconte tout à tout le monde, y a pas de limite... Elle va chez les gens elle va parler que d'elle, la personne elle existe plus. Elle fait un transfert, c'est elle qui vide

tout ce qu'elle a besoin enfin voilà, c'est le contraire, les usagers ben eux ils écoutent, ils sont le psy de la collègue. Des fois je dis : « Tu crois pas que tu es à l'envers là, c'est plutôt toi qui doit être dans la demande de la personne. » Mais non, non elle se rend pas compte elle, hein... et puis « Ah ben la personne elle veut que moi, c'est que moi ». Et puis quand on les questionne : « Ah ben non, moi je veux pas spécialement que votre collègue... » Elle raconte des trucs, elle fabule, elle affabule quoi et voilà. Elle avait fragilisé une personne, le monsieur, le fameux monsieur que j'ai eu après elle me disant : « Moi j'en peux plus. » Mais je lui dis : « Pourquoi vous lui avez donné la clé ? » Après il s'en mordait les doigts parce que la collègue, elle a jamais voulu lui rendre la clé. Ben non ! Maintenant il est décédé, mais c'était... elle venait comme ça à tout va, machin... [...] Le petit-fils était au courant, parce qu'elle avait plus sa fille, elle avait perdu son mari et sa fille unique, elle avait plus que son petit-fils. Il était au courant, mais comme il pouvait pas venir tout le temps non plus ben... ça l'arrangeait aussi quand même quand la collègue venait... en dehors, mais bon y'avait pas de limite avec la collègue, y avait pas de limite. [...] ah oui, y avait un manque de correction même vis-à-vis du Monsieur, elle arrivait, elle s'asseyait sur son lit à côté de lui, déjà on s'assoit pas sur le lit du monsieur hein je suis désolée... [...] Elle était prête même à le remonter dans le lit. Je lui ai dit : « Ce n'est pas à toi de le faire, c'est sous ma responsabilité tu n'as pas à le relever, c'est gentil d'être là, mais tu n'as pas à être là, je suis désolée ». Le monsieur, je lui explique, je lui dis : « Moi je suis désolée, c'est pas à elle de vous déplacer, de vous mobiliser dans le lit hein. » Il me dit : « Non, non mais je sais, je sais. » Je sais mais il acceptait, tout en acceptant pas. (Rires)

Ainsi que nous pouvons le constater à travers cet exemple, les situations de vulnérabilité auxquelles sont confrontés les bénéficiaires appellent une sorte d'économie de la dette qui les conduit à sceller des pactes dont ils peuvent, au demeurant, se sentir prisonniers. Cela est aussi vrai pour les professionnels auxiliaires de vie qui peuvent être, eux aussi, enclins, notamment lorsqu'ils sont en situation de fragilité et de précarité, à se rapprocher des bénéficiaires qu'ils accompagnent, ces derniers pouvant leur apporter un soutien autant affectif que financier. Nous avons attiré l'attention, dans nos propos introductifs, sur l'hétérogénéité des profils des auxiliaires de vie et sans doute

qu'il convient de rappeler, dans le cadre de cette section, qu'aussi hétérogènes ces profils soient-ils, il n'en demeure pas moins que les professionnels exerçant ce métier restent globalement exposés à la précarisation et à la stigmatisation. Malgré les efforts de professionnalisation du secteur, c'est un métier qui reste, de l'avis de ceux qui le pratiquent, un métier à la fois méconnu et déprécié. Certes, la création en 2002 du *Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de vie sociale* (DEAVS) en a permis la valorisation, les professionnels ayant bénéficié de cette formation entrant dans la catégorie C des salariés à domicile. Cela étant, et ainsi que le rappelle B. Ennuyer, c'est un champ professionnel où les niveaux de formation demeurent hétérogènes entre les catégories A (agent à domicile), B (employé à domicile) et C (auxiliaire de vie sociale) et où le taux de non diplômés reste aussi très élevé, ce dernier parlant de non-qualification massive. Une enquête SAPAD-Structures réalisée en 1999 qu'il cite, montre, en effet, que 49% des professionnels ne disposent d'aucun diplôme et n'ont bénéficié d'aucune formation, 23% ne disposent d'aucun diplôme, mais ont bénéficié d'une formation sanctionnée par une attestation, 4% sont titulaires d'un diplôme sans lien avec le secteur, 5% possèdent un diplôme du secteur sanitaire et social et seulement 9% sont titulaires au moment de l'étude du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) créé en 1988²³⁷. Cette *non-qualification massive* est confirmée par une enquête DREES réalisée en 2008 auprès des intervenantes à domicile²³⁸, R. Marquier indiquant dans son article qu'un tiers des intervenantes à domicile (515 000 au total) *n'ont pas poursuivi d'études au-delà du collège*, [...] et que *62% n'ont aucun diplôme du secteur sanitaire et social*²³⁹, les professionnels exerçant en emploi direct étant moins diplômés (85% ne disposent d'aucun diplôme du secteur sanitaire et social) que ceux exerçant en prestataire dont un tiers dispose du DEAVS contre 3% en emploi direct. La même enquête souligne la féminisation massive de ce secteur, 98% des intervenants à domicile étant des femmes, qui, ainsi que le rappelle Tania Angeloff, travaillent pour la plupart à *temps par-*

237 Bernard ENNUYER, *Repenser le maintien à domicile*, op. cit., p. 200.

238 Rémy MARQUIER, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008, N° 728, juin 2010.

239 Ibid., p. 3.

tie²⁴⁰. L'âge moyen de ces intervenants est de 45 ans avec une moyenne d'âge légèrement plus élevée pour les professionnels exerçant en emploi direct (47 ans et demi). S'il importe de rappeler ces caractéristiques, c'est qu'elles contribuent à nourrir la tentation de nouer des pactes implicites et d'évincer les tiers régulateurs. Ces derniers, ne sont, en réalité, réintroduits que lorsque les rapports noués se tendent jusqu'à menacer la pérennité de l'accompagnement.

De tels pactes, supposent, en effet, un contrôle constant de l'équilibre de la relation et lorsque cet équilibre n'est plus assuré, quelles qu'en soient les raisons, l'appel au tiers extérieur devient nécessaire. Les professionnels, ainsi que le montrent certains des exemples évoqués dans le cadre des remarques formulées sur les conséquences de l'attachement, en sont éminemment conscients et ils attirent l'attention, à cet égard, sur le fait que l'appel au tiers dépend de leur statut. Si on reprend l'exemple du film *Intouchables*, il apparaît que c'est bien parce que l'auxiliaire de vie est recruté en emploi direct qu'il peut, en dehors de tout tiers régulateur extérieur, consacrer son énergie à répondre en premier lieu aux désirs existentiels de son employeur. Les modalités selon lesquelles il accompagne ce dernier, sont, certes, jugées transgressives et hors normes par l'entourage proche, mais le fait que le bénéficiaire tétraplégique les accepte et en valide l'occurrence rend très difficile, voire impossible, l'intervention d'un tiers extérieur. Les avantages dont bénéficie, par ailleurs, l'auxiliaire de vie (logement, sorties, voyages, considération etc.) renforce l'instauration d'un entre soi de la relation et même si peu de bénéficiaires disposent, dans la réalité, de revenus à la mesure de celle du bénéficiaire tétraplégique mis en scène dans le film et présenté comme un homme millionnaire, la question de la solvabilité des bénéficiaires reste centrale pour comprendre aussi bien la nature des relations nouées au domicile que la nature du service rendu.

En mode prestataire, des modalités d'accompagnement telles que celles décrites dans le film sont inenvisageables du fait de leur dimension légalement transgressive puisque non prévue

par le contrat et sauf à en dissimuler le caractère transgressif aux tiers régulateurs chargés de veiller à ce que l'intervention reste dans les normes de la contractualisation, l'auxiliaire de vie professionnel ne peut, en théorie, placer le curseur aussi loin qu'il le peut en emploi direct. Le service d'aide à domicile est l'employeur et la présence de responsables hiérarchiques et de modes de régulation extérieurs aboutit, de fait, à un encadrement plus strict de la relation, les professionnels, comme les bénéficiaires ayant conscience qu'ils peuvent, en cas de litige, faire appel à ces derniers.

Les modes de régulation pour les professionnels auxiliaires de vie mandataires devraient se rapprocher davantage de ceux en vigueur dans le prestataire dans la mesure où la relation est normalement encadrée par l'association qui sert de médiateur entre les deux parties et assure les remplacements. La structure, toutefois, de la relation se rapproche davantage de celle qui peut prévaloir en emploi direct dans la mesure où le bénéficiaire est l'employeur et où les temps d'interventions sont généralement plus importants qu'en mode prestataire, la tentation de nouer des pactes implicites et de tenir à distance les tiers régulateurs y étant toujours très forte. Les exemples relatés par les professionnels exerçant en mandataires sollicités dans le cadre de la recherche montrent qu'ils peuvent se trouver pris dans l'engrenage de la place de confiance qu'ils occupent aussi bien auprès du bénéficiaire que des aidants familiaux et dans ce cas de figure, il se peut que l'ensemble des décisions à prendre leur soit délégué du fait de la posture d'expert qu'ils occupent auprès de la personne. Mais une telle délégation, même si elle est interprétée comme une marque de reconnaissance, ne va pas sans susciter des angoisses chez eux, notamment lorsque des problèmes de santé surgissent, car cela suppose de leur part un diagnostic pertinent de la situation à gérer et ils ont alors le sentiment d'endosser une lourde responsabilité qui légalement incombe aux aidants familiaux. Ils conviennent, certes, que leur connaissance de la personne et la relation de familiarité nouée avec elle font d'eux une courroie importante de transmission des informations, mais dans le même temps, ils soulignent le fait qu'en cas de problème cela peut leur porter préjudice car c'est alors eux qui seront accusés de n'avoir pas fait ce qu'il fallait. Dans ces contextes, l'appel à un tiers extérieur est jugé important pour les aider soit à se dégager d'une relation d'emprise, soit à gérer

240 Tania ANGELOFF, « *Employées de maison, aides à domicile : un secteur paradoxal* », in *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Editions La Découverte, 2003, p.169.

un système conflictuel, soit, cas échéant, à mettre fin à leur intervention, s'ils ont la possibilité d'être missionnés sur un autre accompagnement.

Les nuances ici introduites sont importantes à prendre en compte car la connivence entre qualité rendue et qualité attendue est corrélée au statut du professionnel et à la présence ou non de tiers régulateurs susceptibles d'interférer sur la relation duelle qui s'instaure au domicile entre ces derniers et les bénéficiaires, les modalités de satisfaction des besoins et des attentes s'en trouvant, de fait, influencées. La question qui, néanmoins, se pose, dans le droit fil de ces remarques, est celle des modalités d'intervention du tiers régulateur. Les professionnels rencontrés, exerçant en mode mandataire et prestataire, estiment, ainsi que nous l'avons souligné, que l'organisation de réunions avec leurs pairs et en présence d'un tiers extérieur leur permettent à la fois de confronter leurs expériences et leurs pratiques, de mieux cerner les enjeux de la relation au domicile, de prendre de la distance par rapport à des traumatismes vécus et de nouer des relations avec d'autres professionnels, le sentiment de faire partie d'une équipe étant jugé d'autant plus important que nombre d'entre eux soulignent les sentiments de solitude éprouvés au domicile. La dimension collective de ces modes de régulation est donc jugée très appréciable même si certains estiment que la confidentialité des propos tenus doit être absolument respectée par l'ensemble des professionnels, le non-respect de cette clause pouvant être source de conflits entre collègues. Les modes de régulations mis en œuvre par les responsables hiérarchiques sont aussi jugés importants, leur soutien étant perçu comme une forme indispensable de reconnaissance de leur travail.

Verbatim Un professionnel : Le fait de se sentir épaulé par notre hiérarchie et qu'on est reconnu par notre hiérarchie, ça donne envie de faire des efforts. Cinthia [responsable de secteur] dit : « Vous faites du bon travail ». Ça c'est super important. Quand une fille a un problème, y a toujours une écoute. C'est important de savoir qu'on est épaulé. On est une grande famille.

A *contrario*, leur absence sur le terrain est vécue comme une forme d'abandon et de mépris qui peut générer des formes de lassitude chez les professionnels qui disent ne plus se tourner vers eux ou le moins possible. Abandon en ce sens

qu'il ont le sentiment de devoir gérer seuls les systèmes conflictuels qui peuvent les mettre en tension aussi bien avec les bénéficiaires et les aidants familiaux qu'avec des collègues professionnels dont ils estiment qu'ils ne font pas leur travail, le travail non-fait étant assimilé à une forme d'irrespect non seulement pour le bénéficiaire mais également pour les autres intervenants. Mépris en ce sens que la non prise en compte de leurs difficultés est assimilée à une non reconnaissance de leur métier et de son utilité. Dans ces cas de figure, les professionnels soulignent combien ils se sentent isolés et plus anxieux par rapport au bon déroulement des interventions, en particulier lorsque le système conflictuel est lié aux interventions des collègues professionnels, le ressentiment que suscite le non règlement de ces situations pouvant se retourner contre le bénéficiaire. Les professionnels estiment, à cet égard, qu'un contrôle à domicile inopiné et régulier du service rendu est nécessaire pour vérifier si les professionnels réalisent ou non correctement leur travail, ce contrôle devant aussi permettre de prendre connaissance du travail « bien fait ». Les protocoles précisant les modalités de l'intervention sont aussi appréhendés dans leur dimension régulatrice dans la mesure où ils permettent, en l'absence de coordination, la transmission d'informations, et où ils peuvent être mobilisés, en cas de conflits, pour rappeler au bénéficiaire ou aidants familiaux le cadre de l'intervention et la non-conformité de leurs demandes. Les professionnels auxiliaires de vie interviewés attirent aussi l'attention sur l'importance de disposer de cahiers de liaison, notamment pour les professionnels prestataires, ce cahier pouvant remplir, lorsqu'il est correctement utilisé, c'est-à-dire lorsque les intervenants consignent les actes réalisés et les difficultés rencontrées, une fonction informative nécessaire à la continuité de l'accompagnement. Pour les professionnels mandataires, la tenue d'un cahier de bord dans lequel le professionnel consigne les actes réalisés est également jugée importante du fait des risques majorés de conflictualisation des rapports, compte tenu de la durée et de la régularité des interventions, et du fait également des risques de judiciarisation. Il est à noter, cependant, que leur ambivalence à l'égard de ces outils reste prononcée dans la mesure où ils revêtent une dimension normative qui peut devenir très contraignante notamment, par exemple, lorsque les durées d'intervention sont compressées. Dans ces

cas de figure, ils sont donc moins appréhendés en termes de régulation qu'en termes de contrôle, le fait que la non-conformité puisse ouvrir la voie à des sanctions les conduisant à développer des stratégies de contournement de la prescription.

Du point de vue de la problématique de la qualité, on peut dire que l'appel à des tiers régulateurs est avant tout conçu comme un moyen de prévenir ou de désamorcer les systèmes conflictuels et le terme de régulation est important car les professionnels auxiliaires de vie appellent moins de leurs vœux une formalisation et une normalisation de leurs relations avec les bénéficiaires et les aidants familiaux qu'une modulation des équilibres existants. La qualité rendue, autrement dit, ne tend, de leur point de vue, vers la qualité attendue par le bénéficiaire que pour autant qu'ils sont capables de singulariser le service rendu. Pour ce faire, et parce que le lieu précisément de leur intervention est la domus, ils sont amenés bien souvent à transgresser les cadres normatifs de la qualité voulue (par les services d'aide et les tutelles) et à nouer des pactes implicites qui leur permettent d'instaurer une relation de familiarité dont ils apprennent, avec l'expérience, qu'elle ne peut pas simplement être autorégulée, mais suppose aussi des modes de régulation externes, d'où l'appel à des tiers régulateurs et non normalisateurs a priori. Ce point est important car ce qui sert de socle, pour les professionnels, à une intervention dite de qualité c'est la capacité des tiers régulateurs à les « épauler » dans cette recherche constante d'équilibre entre singularisation et normalisation de l'intervention. Dans l'idéalité, et ainsi que l'illustrent les propos tenus dans l'exemple ci-dessous, le tiers régulateur est celui qui saura à la fois tenir compte de la pénibilité de leur métier – ramenée, dans le cadre de cet exemple, à l'émiettement des interventions en mode prestataire et à la multiplication des temps de transport à laquelle cet émiettement aboutit, la gestion des « temps morts » étant particulièrement jugée pénible à vivre –, être à l'écoute de leurs difficultés et leur renvoyer une image valorisée et valorisante, y compris auprès des autres professionnels intervenant au domicile, de leur travail.

Verbatim Enquêteur : On a dit finalement de quoi ont besoin les auxiliaires de vie. Bon évidemment si on revient sur tout ce qui a été dit, on voit bien quand même

les situations de... on va dire à la fois de grande vulnérabilité, de grande violence, de... de grande tendresse aussi hein. On pourrait aussi le positionner comme ça, des situations dans lesquelles vous vous retrouvez quand même peu ou prou happés et que... on finit par comprendre que le domicile est un lieu tout à fait incertain. Professionnel 1 : C'est vrai on sait jamais ce qui va se passer, c'est vrai. Enquêteur : On sait jamais ce qui va s'y passer ? Professionnel 1 : Quand on part comme ça tous les jours on sait pas... comment sera la journée, c'est l'aventure tous les jours hein. Enquêteur : C'est l'aventure tous les jours. Alors finalement hein bon... de quoi les auxiliaires de vie ont besoin pour pouvoir exercer leur métier, on pourrait dire sereinement ? Tranquillement. Ou le plus tranquillement possible. (Rires) Professionnel 2 : Oui voilà. Professionnel 3 : Oui parce qu'il y a l'idéal et puis y a la pratique... Enquêteur : Alors là, on est bien d'accord qu'on est plus vers l'idéal, hein ? C'est-à-dire de votre point de vue de quoi auriez-vous besoin ou de quoi avez-vous eu besoin que vous n'avez point eu ou que vous avez eu... Professionnel 4 : C'est une liste... c'est-à-dire qu'on a d'abord besoin de reconnaissance, ça c'est un... Enquêteur : Oui, mais alors excusez-moi de vous interrompre... de reconnaissance d'accord, mais ça veut dire quoi ? Professionnel 4 : Et puis de pouvoir faire un travail intelligent. Enquêteur : Oui mais qu'est-ce que vous mettez sous le mot reconnaissance ? Ça serait quoi la reconnaissance ? Professionnel 4 : La reconnaissance... c'est... c'est aussi une liste c'est ce qu'on disait tout à l'heure, quand il y a un problème qui se présente, il faut qu'il y ait un apport quelque part mis en place. C'est-à-dire quand on est en face d'un décès, quand on est en face d'une situation de fin de vie, je pense que mettre en place des outils d'accompagnement comme un soutien psychologique par exemple, où on est... on se libère, voilà on parle... on nous aide à pouvoir le surmonter, d'abord ce qu'on vit au présent et de pouvoir continuer et de deux, l'autre reconnaissance c'est qu'en fait qu'on ne se sente pas comme... comme une poubelle, parce que quelque part face à nos responsables parce que quand on est en face de nos responsables auxquels on dit, on parle de la souffrance, de nos souffrances et qui restent indifférents. Professionnel 3 : Incompris, incompris oui. Professionnel 4 : Je pense que c'est un manque de reconnaissance. Aussi... une reconnaissance financière aussi, parce que moi je vous donne un exemple banal comme

les titres de transport par exemple, à partir du 1er juillet ou le 3, les titres de transport vont augmenter de 3%, alors que nous on nous a pas parlé d'une quelconque augmentation de salaire. Donc ça veut dire que voilà, nous, la charge, le poids, le poids ça s'entasse... ou nous qui intervenons aussi à domicile avec les coupures pas possibles, qui ne te permettent pas de revenir chez toi, tu es obligé de rentrer dans un café, tu consommes ! Tu consommes, tu dépenses de l'argent et des fois tu mets ta santé en danger parce que je vois quelqu'un qui prend six tasses de café dans la journée, tu vois parce que tu as envie vraiment de prendre du café et tu as envie de t'asseoir et tu peux pas t'asseoir sans consommer, tu dépenses l'argent, tout ça c'est... c'est pour ça que je vous dis que c'est une liste quoi. Je sais pas les collègues peuvent compléter la liste. Professionnel 3 : Ben pour éviter tout ça, c'est ce qu'on disait à midi, c'est qu'il y ait une meilleure sectorisation, qu'on ait de meilleures conditions de travail, pour éviter qu'on soit baladé partout, pour éviter inutilement la fatigue, l'usure professionnelle. Professionnel 4 : Et si on nous écoute pas, vous savez même pas de quoi vous souffrez. C'est ça des fois, y a pas cette écoute-là. Professionnel 3 : Ben nous ça remonte après avec les délégués du personnel en réunion, quand on peut pas le dire aux responsables, ça ne passe pas, ça remonte en réunion du personnel. [...] Professionnel 3 : Comme tu dis, les responsables ne connaissent pas le métier de terrain, ce que c'est notre métier, faudrait peut-être qu'ils tournent une matinée avec... un de vous pour qu'ils se rendent vraiment compte des trous, des aberrations de ces trous, de ces plages mortes quoi, qui vous font perdre du temps, de l'argent... Y a même pas de lieu de repos, ils ont même pas prévu un lieu, un endroit pour... nous c'est plus facile, parce que le bureau y a une antenne sur le territoire où on exerce, donc si on veut venir prendre un café, un thé, s'asseoir on peut le faire. Professionnel 2 : Même nous. Professionnel 3 : Ben oui mais ça dépend si tu es à l'opposé, vous avez un grand territoire, vous avez un très grand territoire. [...] Professionnel 4 : Qu'est-ce que je vais faire ? Traîner dans les cafés ou des fois même, des fois on fait des dépenses inutiles, c'est même pas parce qu'on a envie de dépenser, on sait même pas quoi faire, on rentre, on... Professionnel 1 : C'est vrai que c'est très difficile quand on agit sur plusieurs communes à la fois, c'est plus difficile qu'une seule commune quand même. Professionnel 3 : Ben

nous ils essaient de sectoriser hein. Enfin... . Professionnel 1 : Parce qu'il y a la circulation qu'il faut prendre en compte tout ça... donc... et y'a plus de fatigue aussi hein. Professionnel 4 : Avec les transports. Professionnel 1 : Ah oui, oui en plus oui. Et puis il peut y avoir les aléas du transport, donc ça peut retarder l'intervention... Professionnel 3 : Ben justement tout ça faut le faire remonter, même avec les représentants du personnel, y'a que comme ça. Professionnel 4 : En effet, j'ai un collègue qui le sait, il n'arrête de dire moi c'est ce que j'ai toujours dit, parce que dans une entreprise si on met des gens qui ne savent pas gérer, moi c'est pas à moi de leur apprendre comment gérer, mais franchement y'a des personnes qu'on met à la tête de certaines structures qui n'ont pas... la connaissance de la gestion... Professionnel 3 : Ou c'est de la gestion financière, mais pas de la gestion... qualité quoi. Professionnel 5 : Des ressources. Professionnel 1 : Il faut que ce métier soit reconnu d'utilité publique aussi. Parce que c'est un métier d'utilité publique, il faut qu'il soit perçu en tant que tel auprès du public et par nos responsables. Mais surtout par le public parce que c'est un besoin, de toute façon aujourd'hui c'est... c'est la passerelle entre l'hôpital et la maison de retraite, c'est entre les deux. Enquêteur : Mais alors quand vous dites un métier reconnu d'utilité publique ça veut dire quoi ? Professionnel 1 : Ben parce que on touche à beaucoup de domaines dans... le confort, le soin de confort qu'on appelle, c'est des soins de confort. Enquêteur : Pour vous, vous mettez quoi derrière ? Professionnel 1 : Ben c'est un métier pour le bien-être de la personne au domicile, donc c'est quand même utile. Le soin de confort justement ça comprend ben, qu'il faut toujours essayer de maintenir un lien avec la société donc c'est utile aussi. Pour éviter l'isolement d'ailleurs, donc c'est quand même en lien avec l'isolement et le risque de la précarité. Donc on est en avant de... Enquêteur : Ça veut dire que pour vous... pour avoir un statut de fonctionnaire ? Professionnel 1 : Enfin moi je l'ai déjà mais... je veux dire il faut que ce soit d'utilité publique quelle que soit la structure puisque même si c'est association, fonctionnaire. Mais c'est un métier d'utilité publique parce que on... faut maintenir le lien et en même temps prévenir la précarité. Ou alors si y'a de la précarité, tout faire pour justement... amener plus d'aide possible à la personne. Donc c'est d'utilité publique. Aujourd'hui. Mais il faut quand même que ce soit plus reconnu aussi au niveau du pu-

blic, c'est-à-dire les familles quoi. Parce que les proches ils le savent, mais les enfants des proches qu'on aide... Il faut qu'il y ait une meilleure information... bien qu'elle y est déjà, mais elle est pas assez. Parce qu'il y a toujours des à priori ou des stigmatisations, alors... ils le savent que c'est utile, mais il faut que ce soit plus reconnu, faut montrer l'importance de ce métier en fait. Mais vraiment à plus grande échelle. Professionnel 4 : Aujourd'hui ce qui est d'actualité que ce soit au niveau des personnes en situation de handicap moteur ou des personnes en situation de handicap par l'âge, on préconise de plus en plus le maintien à domicile. Je pense que si faut vraiment donner du crédit à ce truc, maintenir les gens à domicile, il faut aussi un crédit pour les gens qui aident ces personnes à être à domicile. Parce que ce que je disais tout à l'heure, je sais pas les statistiques, le nombre de personnes dans ces situations, qui vivent seules. Nous au niveau de notre structure, y'a pas mal de personnes qui vivent seules, qui sont lourdement handicapées, vous pouvez imaginer ce que nous, nous pouvons représenter pour ces personnes. Ils vivent seuls avec un handicap très très lourd. Professionnel 1 : Et ça maintient un lien. Donc c'est d'utilité publique. Il faut que ce soit des effets d'annonces, parce qu'on sait très bien... Enquêteur : Oui mais si vous voulez, on voit pas bien ce que vous mettez. Moi j'entends bien que c'est d'utilité publique au sens où on pourrait le poser comme « la société a besoin ». Ou les corps sociaux ont besoin de ces métiers-là... les différents corps sociaux. Professionnel 1 : De toute façon ils en ont besoin, parce que les hôpitaux ils vous demandent automatiquement est-ce que vous avez une structure à domicile, hop ils vous font sortir hein. Donc ils se cassent plus la tête, donc ça prouve quand même que c'est... Enquêteur : Professionnel 1, pour vous, quand vous dites d'utilité publique ça veut dire quoi concrètement ? Ça vous donnerait quoi en tant qu'auxiliaire de vie ? Professionnel 1 : Ben déjà une meilleure reconnaissance professionnelle déjà... Professionnel 3 : Un meilleur statut. Professionnel 1 : ... à part entière et un meilleur statut. Déjà. Que ce soit en fonctionnaire ou pas hein, parce que c'est pareil de toute façon, c'est le même métier... Professionnel 3 : Et même par rapport aux autres corps de métier avec qui on intervient, les soignants... Professionnel 1 : Voilà une meilleure considération des autres intervenants professionnels aussi. Professionnel 3 : On est très dévalorisé, on est vu quand

même encore comme la personne qui passe le balai, ou qui fait les courses. Professionnel 1 : Donc c'est pour ça que je dis ça aussi, c'est en lien avec les autres professionnels qu'ils nous reconnaissent un peu mieux... quand même. Parce que bon on travaille avec eux quand même. C'est complémentaire. Professionnel 3 : Oui ça améliorerait nos relations entre professionnels. On serait plus crédible. Professionnel 1 : Parce que de toute façon on communique avec eux, on travaille plus ou moins avec eux, donc qu'il y ait reconnaissance de ces professionnels-là aussi. Professionnel 3 : Oui, mais même avec nos responsables, parce qu'il y en a des responsables qui sont pas du tout issus du social, qui connaissent pas ce que c'est que le handicap à domicile et la fin de vie au domicile, qui viennent peut-être de maison de retraite ou autre, qui n'a rien à voir hein c'est pas... et ils n'ont pas la même approche que nous, ils ont l'approche que gestionnaire, voilà, mais pas humaine. Donc c'est très dur, pour eux ça paraît une brouille de dire madame Machin a un hématome sur la hanche...

Leur conception de la qualité du *service rendu* ne repose pas sur une définition en extériorité qui leur paraît d'ailleurs impossible tant le contexte de la relation est mouvant et tant la qualité de leur intervention est adossée à ce contexte, aux conditions de travail dont ils bénéficient et à la reconnaissance de leur utilité sociale. Une telle conception ne peut que se démarquer, en ce sens, d'une conception strictement normalisatrice de la qualité pour laquelle la qualité *rendue* par le professionnel doit tendre le plus possible vers la qualité *attendue* par le client, mais dans les termes définis par la qualité *voulue*, à charge pour la qualité *perçue* d'exprimer, à un temps *t*, son accord ou désaccord.

CHAPITRE 2 - LE POINT DE VUE DES BÉNÉFICIAIRES ET DES AIDANTS FAMILIAUX : LE « SUR-MESURE » COMME IDÉAL DE LA QUALITÉ

À l'instar des professionnels auxiliaires de vie, les bénéficiaires et les aidants familiaux ne dissocient pas la qualité du service rendu du contexte de la relation et des rapports négociés qu'implique l'inscription des professionnels dans la sphère de la *domus*. Les positions qu'ils occupent dans cet espace diffèrent et les rapports à la prestation et à sa qualité sont, de ce fait, différenciés. Nous sommes longuement revenus, dans la section précédente, sur les caractéristiques de la *domus* et sur ses conséquences en termes de dynamique relationnelle. Les développements consacrés aux points de vue des bénéficiaires et des aidants familiaux sur la qualité seront, par conséquent, beaucoup plus succincts dans la mesure où nous avons déjà livré une grande partie des informations nécessaires à leur compréhension.

Le recours à une aide professionnalisée témoigne, nous l'avons dit, soit d'une situation de handicap nécessitant une aide humaine, soit d'une dégradation des fonctions physiques et/ou psychiques, momentanée ou durable, chez les personnes âgées qui entrave la motricité ou la réalisation de un ou plusieurs actes essentiels de la vie quotidienne. Il est le signe, autrement dit, d'une situation de dépendance et de vulnérabilité qui peut être aggravée par une situation de précarité économique, souvent évoquée par les personnes sollicitées dans le cadre de la recherche, et qui, dans tous les cas, contraint les bénéficiaires à ouvrir leur espace privé et à l'exposer au jugement d'autrui. Nous sommes longuement revenus sur le fait que cette ouverture du domicile va de pair avec un sentiment récurrent d'intrusion, la confrontation des bénéficiaires avec cette pluralité d'alter que représentent les auxiliaires de vie n'allant jamais totalement de soi puisqu'il faut désormais entrer en négociation et accepter de n'être peut-être plus totalement « maître chez soi ». C'est à la lumière de ces éléments que les enjeux forts de resymétrisation du lien social prennent sens, les efforts déployés par les bénéficiaires pour conserver la maîtrise aussi bien de leur espace que de leur temporalité les amenant à adopter une posture ambivalente à l'égard de l'aide sollicitée. Cette

ambivalence est plus ou moins marquée selon les contextes et selon la dynamique des relations instaurée mais, quoi qu'il en soit, on peut dire que les liens noués sont fragiles et que la question de savoir jusqu'où ils pourront demeurer maîtres chez eux ne cesse de les hanter. On comprend, dans ce contexte, que le rapport à la qualité du service rendu soit toujours lui-même ambivalent, le fait qu'il s'inscrive fondamentalement dans le registre de l'existentiel et du sensible le rendant très labile. Dans le cadre de cette partie, il est nécessaire, toutefois, d'opérer une distinction entre la qualité attendue par les personnes en situation de handicap et celle attendue par les personnes âgées.

2.1 - Le rapport à la qualité des personnes en situation de handicap : « disposer de l'autre comme de soi-même »

Le rapport que les personnes en situation de handicap nouent à la qualité du service rendu reste profondément et sans doute irrémédiablement marqué par la crainte récurrente qu'elles éprouvent, du fait de leurs dépendances, d'être assujetties à la volonté d'autrui. Cette crainte que leur besoin d'être suppléés dans les actes essentiels de la vie quotidienne n'ouvre la voie à une forme de dépossession et d'aliénation de leur libre arbitre les rend extrêmement sensibles à la manière dont les auxiliaires de vie vont répondre à leurs besoins et plus ils sont placés dans une situation de handicap lourde, plus cette crainte est forte. Les personnes atteintes de tétraplégies, d'infirmités motrices cérébrales ou de locked-in syndrome attirent particulièrement l'attention sur le fait que les auxiliaires de vie doivent « être leurs bras, leurs jambes et leurs mains, mais surtout pas leur tête ».

Verbatim Un bénéficiaire : Nos auxiliaires de vie doivent être nos bras et nos jambes. En résumé, c'est pratiquement ça. On ne peut pas faire les courses, se laver, s'habiller, faire le lit, faire le ménage, voilà, c'est des bras et des jambes. [...] Enquêteur : Comment est-ce que les auxiliaires de vie arrivent à être vos bras et vos jambes ? Bénéficiaire 1 : Ce n'est pas pareil pour tout le monde. On leur demande ce dont on a besoin. Bénéficiaire 2 : Elles rentrent directement chez nous, comme on dit. Ne serait-ce que pour nous faire la toilette, elles

rentrent directement et donc il faut que la confiance s'instaure. Elles savent ce qu'il faut faire, elles savent pourquoi elles viennent, pourquoi elles sont là donc il faut que le courant passe. Si le courant passe pas, comme dirait l'autre... Bénéficiaire 1 : Par exemple, rien que pour s'habiller, par exemple, si je veux mettre cette chemise là, ben je vais lui demander de me la prendre, donc c'est bien elle qui a les bras et les jambes pour aller me la prendre. Elle a pas, par contre, à penser. Et ça par contre, je ne veux pas, chez moi, qu'elle pense pour moi. Ça c'est un problème des fois, parce que des fois y en a qui pourraient prendre un certain ascendant. C'est pour ça que j'ai dit qu'elles devaient être les bras et les jambes. Vous comprenez, faut pas qu'elles prennent l'ascendant. Et chez certaines personnes, chez certains usagers je sais que certaines ont tendance à prendre l'ascendant.

« *Dans ma tête, disait un homme atteint d'infirmité motrice cérébrale, je ne suis pas handicapé* » et c'est une remarque que les personnes se trouvant dans des situations apparentées reprendraient vraisemblablement, pour la plupart, à leur compte. Le fait de bénéficier d'une totale autonomie psychique conduit les personnes en situation de handicap lourd à situer l'idéal de la qualité du service rendu dans la capacité des services d'aide à domicile et des professionnels auxiliaires de vie à proposer une prestation « sur mesure », c'est-à-dire adaptée à chacun et susceptible en même temps de répondre à l'immédiateté de leurs besoins, c'est-à-dire leur permettant de faire prévaloir leur temporalité sur celle d'autrui. Ces dernières attirent donc en priorité l'attention sur l'importance de recourir à des professionnels consciencieux, capables de faire montre de ponctualité, de technicité dans la manipulation du corps, de souplesse dans leurs horaires d'intervention, capables aussi de répondre à un panel étendu de demandes et de façon personnalisée, l'écoute, la patience, la disponibilité, la discrétion, le respect du bénéficiaire, de ses habitudes et de ses repères étant jugés indispensables au bon déroulement de l'intervention. Ce point de vue est largement partagé par les autres bénéficiaires en situation de handicap et de quelque nature que soient leurs attentes, les modalités de l'aide apportée et la posture adoptée par les professionnels auxiliaires de vie sont considérées par l'ensemble comme autant d'indicateurs de la considération qui leur

est témoignée en tant que sujets, c'est-à-dire en tant que personnes parlant en leur nom propre et soucieuses, quel que soit leur niveau de dépendance physique, voire même psychique²⁴¹, de faire prévaloir leur volonté propre, la dimension relationnelle étant jugée particulièrement importante pour l'instauration d'un rapport apaisé à l'intervention.

Verbatim 1/ Enquêteur : Quand vous dites « ça passe pas », très concrètement, c'est quoi qui passe pas ? Bénéficiaire : C'est le ressenti aussi bien du côté de l'auxiliaire que du côté de... ça marche dans les deux sens. [...] Il faut pas 5 minutes. Au bout de 5 minutes on sait. Se mettre tout nu devant quelqu'un c'est révélateur. Vous avez jamais fait ? Je vous souhaite que ça vous arrive le plus tard possible. Je vous promets que vous apprenez sur la nature humaine, c'est hors du commun. Par contre, moi je me suis déjà retrouvé avec des jeunes, qui étaient imbéciles entre guillemet, parce que objectivement, je me suis retrouvé avec des petites jeunes qui démarraient dans le métier et ben elles étaient gênées. Bon ben j'ai dit on va les mettre à l'aise, j'ai des techniques pour les mettre à l'aise. Mais quand ça passe pas ! [...] C'est subjectif là. C'est l'émotionnel pur, c'est le ressenti intérieur. [...] Enquêteur : Est-ce que ça veut dire que finalement y aurait, néanmoins, une manière d'être touché, une manière d'être « manipulé »... Bénéficiaire : Ben évidemment et puis après dans la manipulation, y a tout le contexte de la manipulation. Le relationnel, l'intention portée à la personne, tout l'environnement, on va dire. Moi je sais qu'une fois, j'ai vu arriver un auxiliaire, bon il était jamais venu chez moi donc je lui explique. Trois jours plus tard, il revient chez moi, c'était vachement reposant chez moi, ça a fonctionné du feu de Dieu. Je lui dis, je lui répète, il me dit : « Pas besoin de répéter je sais ». Effectivement, il avait tout enregistré. Je dis : « Comment tu fais, parce que tu es pas seul, chez moi ? ». « Je ne le montre pas à l'utilisateur, je ne suis pas un ordinateur, quand je sors de sa maison je sors mon stylo, mon papier je note et j'archive et quand je rentre chez un usager avant de rentrer je reprends mes petites notes ». Ben c'est va-

²⁴¹ Les personnes en situations de handicap mental rencontrées dans le cadre des groupes de travail manifestent des exigences similaires même si elles sont suivies, pour leur part, non par des auxiliaires de vie mais par des éducateurs.

chement confortable pour un usager de ne pas devoir répéter. Quand vous aurez répété autant que j'ai répété vous comprendrez mon problème. Et ça c'est du savoir-être, du savoir-faire et du... Ça s'apprend pas ça, enfin si ça s'apprend dans l'éducation dans, c'est du savoir-être, ce que j'appelle ça c'est du feeling moi. Du bonus en plus. Et moi, je suis pas le plus handicapé dans l'affaire. Y'a des personnes qui sont plus lourdement handicapées que moi qui doivent apprécier ce genre de chose hors du commun.

2/ Bénéficiaire : Quand vous avez quelqu'un qui vient chez vous régulièrement, à qui vous allez éventuellement confier les clés de la maison, qui va faire beaucoup de choses. Par exemple, en emploi direct, pour le cas que je connais, vous lui confiez la maison et la personne va gérer la maison quand vous êtes pas là, va vous faire la cuisine, va vous faire ci et là comme vous lui avez demandé. À un moment donné, qu'il passe, mettons vingt heures avec vous, à un moment donné, si ça se passe bien, si ça débouche sur un lien relationnel de niveau ami, c'est normal. Ça n'empêche pas quand même que ça peut se passer très bien sur le plan professionnel. Si ça se passe pas bien sur le plan professionnel, vous allez pas devenir ami... Quand on passe vingt cinq ans avec vous, vingt heures par semaine, vous allez pas quand même, c'est pas quelqu'un comme vous prenez le RER pour aller au boulot. [...] Là vous êtes au domicile de quelqu'un donc il faut aussi, c'est pas le même boulot.

3/ Bénéficiaire : Une auxiliaire doit faire tout ce que l'on ne peut pas faire, doit passer inaperçue dans le décor. Une professionnelle, elle doit tout entendre, tout savoir et rien dire. Elle est à l'intérieur d'une maison, elle va dans n'importe quel milieu social parce que le handicap touche riche ou pauvre, là on est tous à égalité, le handicap il est réparti dans toutes les couches de la société. L'auxiliaire, sa qualité, eh ben c'est de s'occuper de la personne handicapée, c'est de faire tout ce qu'elle ne peut pas faire, ne pas faire à sa place. Enquêteur : Comment vous définiriez la qualité pour l'accompagnement ? Bénéficiaire : Elle doit passer inaperçue dans son environnement. Elle est à l'écoute de tout, forcément, parce qu'elle circule partout, elle a accès à tout, à tout ce qui concerne la personne handicapée. Les handicapés, souvent ils ont une famille, donc l'auxiliaire n'a pas accès à tout parce qu'il y a la famille.

Mais tout ce qui est accès au handicap, elle est censée avoir accès à tout puisqu'elle doit être les bras, faire tout ce que la personne handicapée ne fait pas. Donc elle est censée être au courant de pas mal de choses, eh ben elle doit tout garder pour elle, elle doit mourir avec tout ce qu'elle entend. Même son employeur il doit pas savoir sauf si son usager se met en danger. Là c'est différent, mais autrement son employeur, il a pas à savoir ce qui se passe à l'intérieur d'une maison sauf s'il y a danger pour la personne elle-même, autrement c'est ça la qualité primordiale d'une auxiliaire de vie. [...] Les trois singes : tout savoir, tout entendre, ne rien dire. Enquêteur : Est-ce que ça veut dire que pour vous un accompagnement de qualité, c'est quelqu'un qui est à la fois très présent à vos besoins, tout en étant très discret le reste du temps, et une discrétion qui est à la fois physique et verbale. C'est-à-dire qu'il y aurait une forme de secret professionnel ? Bénéficiaire : Dans le contrat, que moi je fais signer à mes auxiliaires, elles sont tenues au secret, y a un article de leur contrat de travail, qui précise qu'elles sont tenues au secret professionnel et c'est la règle déontologique.

Comme les professionnels, les personnes en situation de handicap restent très sensibles et attentives à l'instauration d'un rapport de confiance, la disponibilité de l'auxiliaire de vie et sa discrétion sur leur vie privée apparaissant comme l'un des gages les plus importants de la qualité du service rendu. Lorsqu'elles recourent au mode prestataire, ces exigences vis-à-vis de la disponibilité et de l'écoute s'accroissent du fait du *turn over* des professionnels et de la difficulté à stabiliser les modalités d'intervention. Les bénéficiaires qui y sont confrontés se disent usés par ce *turn over* et par les oublis de passage, les changements d'horaires intempestifs ou encore les changements, en dernière minute, des professionnels que ce *turn over* bien souvent entraîne. La déprogrammation des interventions prévues est d'autant plus mal vécue qu'elle suscite toujours de l'anxiété par rapport à la continuité de l'accompagnement. Ainsi le changement constant d'intervenants est-il considéré, pour partie, comme préjudiciable à la qualité de l'accompagnement, le caractère problématique du *turn over* étant notamment mis en relation avec la nécessité de s'adapter aux « personnalités » toujours différentes des professionnels auxiliaires de vie. Si ces derniers disposent de fiches de transmission ayant pour fonction de faciliter la prise de

poste, ces fiches, lorsqu'elles existent, sont jugées insuffisantes et les bénéficiaires attirent l'attention sur le fait qu'ils sont, au quotidien, toujours obligés de répéter leurs attendus par rapport à l'accompagnement. Ils estiment, à cet égard, être placés de manière récurrente en position de répétiteurs et de formateurs et ne retirer aucun bénéfice de cette posture dans la mesure où les professionnels ne reviennent pas régulièrement à leur domicile ou de manière trop espacée.

Verbatim Un bénéficiaire : Il y a des gens qui, dans le cadre de stages de formation, font des stages à domicile. Moi ça ne me dérange pas du moment que ça ne débarque pas tous les jours. Après, tout le monde est en droit d'apprendre, mais moi je dois pas former le stagiaire et le formateur. Théoriquement, le tuteur, il est censé s'occuper de son stagiaire. Moi, je me suis retrouvé plus d'une fois à former les deux. Alors là je dis ça va plus. Premièrement, au nom de la responsabilité du tuteur et compagnie, on fait pas tout et n'importe quoi, hein. Quand on est employeur, on a pas le droit de faire tout et n'importe quoi. [...] J'ai pris la formatrice et je lui ai dit : « J'en ai marre de répéter. » Quand vous voyez tous les jours une tête différente qu'il faut répéter 7 jours d'affilés, 7 jours, parce que c'est bien de former, mais encore faut-il les faire revenir au dit domicile une fois qu'elles sont formées ! Or, elles passent une heure de formation et après on les voit plus. Alors soit c'est des stagiaires d'école, alors elles sont là dans le cadre de stages d'écoles, alors ça peut s'entendre, mais quand c'est des stagiaires qui doivent travailler pour l'association, alors là, c'est le chat qui se mord la queue. Parce que quand vous répétez à longueur de jour la même chose « ça, ça se trouve là »... « Ah c'est une nouvelle tête ». J'ai une faculté d'adaptation hors du commun, mais y a un moment où la goutte, où le vase il déborde. Parce que moi je veux bien répéter, je veux bien former mais pas dans le vent.

Le « sur-mesure » de la qualité est jugé, dans ces circonstances, difficile, voire impossible à obtenir, le fait d'être constamment confrontés à de nouveaux professionnels n'allant pas sans alimenter également un sentiment d'exaspération et d'intrusion, l'impossibilité de nouer des rapports de familiarité pouvant notamment rendre difficile les temps dédiés à la toilette. Le fait de voir leur corporéité exposée à des personnes toujours

différentes est jugé pénible, la manière dont les auxiliaires de vie réalisent leur toilette pouvant considérablement varier d'une personne à l'autre. De ce point de vue, l'accueil de personnels inexpérimentés et/ou méconnaissant les pathologies est aussi considéré comme préjudiciable à la qualité de l'accompagnement, et cela d'autant plus lorsque la toilette nécessite un certain niveau de technicité. À l'instar des professionnels auxiliaires de vie, ils attirent, cependant, l'attention sur le fait que lorsque la rotation des professionnels se limite à quelques personnes avec lesquelles ils sont en mesure de se familiariser, elle peut comporter des avantages. Parmi les arguments avancés, ils évoquent le fait de pouvoir choisir à qui ils demandent de réaliser telle ou telle activité, les auxiliaires de vie n'excellant pas tous dans les mêmes activités. Si la routinisation de l'accompagnement peut être considérée comme un indicateur de qualité de l'accompagnement au sens où elle permet une familiarisation réciproque et l'institution de repères dans l'accompagnement, il ne faut pas, toutefois, qu'elle se solde par une mécanisation de l'intervention ou qu'elle bascule, au niveau relationnel, dans l'« aliénation », c'est-à-dire que la familiarité instituée se transforme en dépendance affective. On comprend mieux dans ce contexte, leur profonde ambivalence à l'égard des liens d'attachement, ces derniers attirant de manière récurrente l'attention sur les risques qu'ils encourent à nouer avec leur auxiliaire de vie une relation d'amitié et, de ce point de vue, l'intervention au domicile de plusieurs auxiliaires de vie peut également constituer un garde-fou appréciable contre les dérives potentielles d'une relation placée sous le sceau de l'exclusivité. Il est certain que le désir de disposer de l'autre comme de soi-même, c'est-à-dire comme on a pu le faire ou comme on imagine qu'on le ferait si on le pouvait, reste toujours fort et constitue, d'une certaine manière, le pôle idéal de la relation, la question de la qualité du service rendu s'effaçant alors devant celle de l'instrumentalisation purement technique du professionnel auxiliaire de vie dont on souhaiterait, dans le fond, qu'il ne soit pas autre chose qu'une extension de soi-même.

Verbatim Enquêteur : Pour vous quel serait ou quel est, je ne sais pas comment il faut le dire, l'idéal dans l'accompagnement ? Bénéficiaire A : Un robot. Un bon robot (rires).... Bénéficiaire B : Qu'on ait besoin de per-

sonne mais bon ça on peut pas, malheureusement. Y a pas d'idéal. Qu'on ait le choix des intervenants, qu'on ait le choix, mais on n'a pas le choix parce qu'il n'y a pas assez de personnes qui veulent intervenir à domicile, qui interviennent. Y a qu'à voir les difficultés de recrutement. Ils sont énormes et de plus en plus aigües. Pôle emploi, par exemple, envoie beaucoup de personnes dans l'aide à domicile alors que les gens ont pas du tout envie de faire ça et comme il y a beaucoup d'offres, de demandes de boulot, ils envoient tout le monde là. Et si vous faites ça uniquement pour acheter votre baguette de pain tous les jours, c'est la seule motivation, ça va pas durer longtemps. Y aura pas la qualité, bien sûr y aura toujours une exception, mais y aura pas le petit plus qu'il faut pour travailler au domicile chez quelqu'un, pour l'aider...

Les bénéficiaires, ainsi qu'en attestent ces propos, n'ignorent pas le caractère fantasmagorique de ce désir d'instrumentalisation que leur assujettissement à la temporalité d'autrui, qu'il s'agisse des aidants familiaux ou des professionnels intervenant à domicile, ne cesse d'aviver. La question qui se pose alors à eux est celle de savoir comment créer les conditions de leur autonomie et de la prévalence de leur temporalité. Ils peuvent, certes, recourir à des formes autoritaires d'encadrement de la prestation et imposer aux professionnels auxiliaires de vie les modalités d'accompagnement qu'eux-mêmes désirent, mais ils savent d'expérience qu'une telle option est source de conflits et nombreuses sont les personnes parmi les bénéficiaires interviewés qui attirent l'attention sur la diplomatie dont elles doivent faire preuve pour ne pas créer ou alimenter des tensions. Elles savent que, dans la réalité des faits, elles s'inscrivent dans un rapport négocié où les équilibres demeurent fragiles, notamment lorsque le professionnel exerce en prestataire puisqu'il ne dépend pas directement d'elles. Un des moyens, par conséquent, d'affermir leurs marges d'autonomie consiste, lorsque et à condition que leur solvabilité le leur permette, à faire appel simultanément à des services d'aide prestataires et/ou mandataires et à de l'emploi direct.

Verbatim Enquêteur : Donc vous êtes aussi en gré à gré ? Bénéficiaire : En gré à gré et en prestataire. Enquêteur : D'accord, et vous en avez combien ? Bénéficiaire : La PCH m'octroie 4 heures d'auxiliaire de vie, tout en prestataire, sur ces heures en prestataire, j'attribue 2 heures par

jour en prestataire et le reste en gré à gré. Pourquoi j'ai gardé le prestataire ? Parce que ça fait quand même des années que j'utilise le service donc je l'ai vu évoluer aussi en bien ou en moins bien. Ça, avec le recul, moi j'ai un recul certain comme Pierre et euh à mon avis ça n'a rien à voir avec la loi, c'est une évolution générale. Y a la loi nouvelle certes, mais y a pas que la loi, y a un environnement général qui est que c'est plus ce que c'était pour diverses raisons. [...] Moi je le dis à qui veut l'entendre, j'ai assez de recul là pour voir sur plus de vingt ans, vous avez assez de recul pour voir l'évolution, et moi je le dis globalement au jour d'aujourd'hui, le service SAD tel qu'il existe, et c'est pas forcément la faute de la structure, mais c'est les gens qui ont évolué aussi. Et que chacun ils évoluent comme ils évoluent, mais moi je trouve que personnellement le service par rapport à y a 20 ans, il s'est pas bonifié. Enquêteur : Mais alors combien de... Bénéficiaire : Combien d'auxiliaires défilent chez moi en prestataire, je peux pas vous le dire ça change tous les jours. C'est le principe du prestataire. Si vous êtes pas d'accord avec ça, vous prenez un mandataire ou vous faites du gré à gré. Y a personne de fixe en prestataire, ailleurs ça se fait autrement mais là, ça se fait comme ça. Enquêteur : D'accord, et pourquoi vous, vous avez réparti vos œufs, si je peux dire ? Bénéficiaire : Parce que ben effectivement, je ne peux pas tout demander en prestataire, ça c'est une réalité. J'ai une vie quand même donc je peux demander plus de choses en employeur direct. J'emploie des étudiants en gré à gré qui ont le statut d'étudiants et ben qui cherchent à, pour payer leurs études... Bon ben moi, je les paye en chèques emploi-service. Comme ça je suis en règle avec la loi. Tout est déclaré. Et euh ben j'ai un comportement d'employeur lambda. Enquêteur : Alors pourquoi les étudiants ? Bénéficiaire : Parce que ça, c'est un état d'esprit, c'est moi qui recherche des étudiants parce que, en règle générale, ce sont des étudiants étrangers... parce qu'ils ont du mal à trouver du travail du fait qu'ils sont étrangers et que..., et après, c'est une démarche personnelle, c'est une philosophie personnelle, je pourrais passer par l'ANPE mais j'ai assez de réseaux riches et variés pour trouver du personnel sans passer par l'ANPE. [...] Enquêteur : Alors pour quelles raisons cet appel au gré à gré ? Bénéficiaire : Parce que c'est plus, comment dire, c'est plus souple, c'est nettement plus souple, et après moi, moi j'ai des activités en soirée. Bon je ne travaille pas, certes, mais j'ai un relationnel conséquent parce que je fais pas mal de bénévolat. Les gens qui travaillent dans

la journée, ben ils le font quand, le bénévolat ? Ben ils le font soit le soir après 18h, soit le week-end. On est bien d'accord, et on peut pas non plus demander un service prestataire. A 22H00 le service prestataire il est fermé, entre 22H00 et 06H00, y a plus rien. Vous pouvez avoir, si vous avez besoin, ben vous faites appel à un service mandataire ou à du gré à gré mais il faut savoir que le prestataire entre 22H00 et 06H00 du matin il existe plus parce que c'est du travail de nuit. Et on a pas le droit de faire travailler les gens la nuit, quand on les fait travailler le jour, ce qui est cohérent. Sinon on retournerait au Moyen Âge et ce serait l'exploitation. Ça c'est cohérent. [...] Enquêteur : Donc dès que vous avez un besoin de nuit, vous êtes obligé de passer en mandataire... Bénéficiaire : En mandataire ou de gré à gré mais c'est plus, le service que l'on demande, il a plus le statut de service d'aide à domicile. Enquêteur : D'accord. Alors quand vous dites, le gré à gré c'est plus souple, en quoi c'est plus souple, est-ce que vous pouvez préciser ? Bénéficiaire : En quoi c'est plus souple ? Ben c'est moi qui gère les horaires de mes étudiants. Eux, ils ont un emploi, eux ils ont leurs études mais après ils ont... Je leur donne un nombre d'heures de base, mais si j'ai besoin de, bon, moi maintenant je peux plus sortir le soir, avant je sortais le soir tout seul, c'était pas un souci maintenant je ne peux plus. Alors je refuse de m'arrêter là parce que le handicap est là, donc ben je m'arrange avec mes étudiants si je dois sortir jusque minuit, et que j'ai besoin d'être accompagné, et ben ils sont rétribués jusqu'à minuit, ce que je peux pas faire avec un service prestataire. Et pourquoi je fais pas appel à un service mandataire, parce que je sais gérer des fiches de paie, des contrats de travail, ça je sais faire. Donc j'ai pas besoin de payer un service mandataire alors que je sais faire. Maintenant, si je savais pas faire, j'irais automatiquement à un service mandataire, mais ma formation me permet de gérer ça comme un employeur lambda, donc euh je mets mon savoir à mon service. Pourquoi la différence entre le gré à gré et le service mandataire ? [...] Si j'ai pris une association ou une autre, c'est pour ma sécurité personnelle, parce que en gré à gré, ben mon salarié, il a le droit de dire la veille pour le lendemain je démissionne. Enfin moyennant un préavis. Moi il faut que je retrouve quelqu'un, il se peut que je retrouve sous 24H, comme il me faudra un mois, ben je fais comment pendant le mois ? C'est pour ma sécurité, c'est pour mon confort personnel. Quand vous êtes dépendant vous devez mettre en place des sécurités, si vous les mettez

pas en place, ben vous courez à votre perte, parce que si vous avez pas anticipé les difficultés quand elles se présentent bonjour la catastrophe. C'est pour ma sécurité personnelle. Et pourquoi je fais du gré à gré, ben toujours pour mon confort personnel parce que c'est plus simple, c'est plus souple à gérer qu'un service prestataire. On peut pas demander à un service prestataire de venir me coucher à 23H parce que je rentre du cinéma ou à minuit parce que la séance, elle a terminé à 22H30 et que je suis chez moi à 23H. Le service, il est fermé à 22H alors je fais comment, je passe ma nuit sur le fauteuil ? Ou alors je vis comme un moine, je vois plus personne, je participe pas à la vie de la société tout va bien, et moi j'ai pas choisi cette vie là donc j'assume mes choix.

Si le recours à l'emploi direct, ainsi que l'illustrent les propos tenus ci-dessus, permet aux bénéficiaires non seulement de moduler les horaires d'intervention, mais également d'étendre le champ de leurs demandes de sorte à obtenir une aide davantage personnalisée, il n'offre pas la sécurité des services prestataires et mandataires dans la mesure où les remplacements ne sont pas assurés, d'où le recours à des statuts mixtes. L'emploi direct suppose, en effet, de bénéficier d'un vivier de postulants et les bénéficiaires souhaitant choisir leur auxiliaire de vie soulignent combien il est difficile de recruter sauf à disposer de réseaux conséquents, le recours à des étudiants évoqué par le bénéficiaire cité précédemment supposant d'accepter de changer en permanence d'auxiliaires et de former, à chaque fois, les nouveaux venus. Si le libre choix que permet l'emploi direct est donc salué, l'absence, par ailleurs, de sécurisation de la prestation est jugée hautement problématique surtout dans le cas de la grande dépendance. Autre point jugé problématique, la nécessité d'établir les fiches de paie et de gérer les contrats dans ses dimensions à la fois économiques et juridiques. Si cela ne pose aucun problème à certains bénéficiaires, d'autres estiment que c'est trop contraignant et/ou qu'ils n'ont pas l'énergie pour gérer la contractualisation de l'intervention, le recours au système mandataire étant alors jugé préférable. La délégation de gestion aux services d'aide est globalement appréciée même si les bénéficiaires restent toujours ambivalents vis-à-vis de ces services dont les normes d'intervention ne coïncident pas nécessairement avec le service qu'eux-mêmes attendraient et dont ils ont conscience qu'il peut varier selon les contextes de la relation et les

modes d'intervention. La capacité de ces services à réguler la relation avec les professionnels auxiliaires de vie est aussi considérée comme importante dans la mesure où la duellisation des relations, notamment dans le cadre mandataire peut inhiber leur capacité de négociation.

Lorsqu'on les questionne sur la qualité attendue, ils confirment qu'il existe bien un ensemble de critères qui leur permet de juger de la qualité du service rendu, mais ces critères sont référés aussi bien au volume d'heures octroyées par la MDPH, qu'au contexte de la relation, au profil de l'auxiliaire de vie, au type d'aide apportée ou encore au type de structure sollicitée. Leurs exigences, on l'a vu précédemment, ne sont pas les mêmes lorsqu'ils recrutent les professionnels en emploi direct que lorsque ces derniers interviennent en prestataire. Le rapport à la qualité du service rendu n'est, par conséquent, jamais univoque, pas plus que ne l'est, là encore, la façon de la mesurer.

Verbatim 1/ Un bénéficiaire : La qualité ça se mesure au travail qu'elle fournit. Ça, c'est très très très subjectif. Par exemple, une auxiliaire de vie va donner la douche à quelqu'un, elle va peut-être pas être attentive à ce que la personne veut. Par exemple, si la personne veut être frottée plus dans le dos que sur la cuisse, j'en sais rien, ou se laver deux fois la tête, ce que je veux dire et, qu'elle, elle pense : « Ben, non c'est bien, non j'ai assez frotté ! »... Bon c'est important quoi. Ça c'est subjectif et comment le mesurer ? Parce que bon... Après, comme je vous le disais, ça permet à l'usager qui a plusieurs personnes... il y a certaines tâches qu'il va pas faire faire à l'une car il va estimer que c'est moins bien et il va pouvoir le faire faire à l'autre. Enquêteur : Mais alors comment vous établissez les contrats ? Est-ce que vous avez des protocoles ? Bénéficiaire : Avec le service prestataire, on a un contrat d'intervention. [...] Le service s'engage à vous octroyer un auxiliaire de vie pour, mettons les 60 heures pour une auxiliaire de vie qui vous seront allouées pour le mois. Enquêteur : Est-ce que les tâches sont listées ou pas ? Bénéficiaire : Oui, enfin pas précisément mais que l'auxiliaire de vie doit faire tel et tel type de tâche. Voilà. Par contre, elle est pas habilitée par exemple à laver les carreaux [...]. Un contrat d'intervention, vous pouvez l'utiliser comme modèle. Enquêteur : Est-ce que ça veut dire que si l'auxiliaire de vie fait tout ce qu'il y a dans le contrat d'intervention c'est que tout va bien ? Bénéficiaire : Oui,

mais il y a tellement de tâches à faire que... Oui, si elle remplit... Oui, tout à fait ! C'est pas parce qu'elle va le faire que ça va être bien fait ! C'est toujours pareil.

2/ Bénéficiaire : Moi, j'ai une mesure très personnalisée et très objective : le stress. Si je stresse pendant que l'auxiliaire, elle est là. Ça ne va pas. Si au lieu pendant qu'elle est là, au lieu de me simplifier la vie, elle me la complique, c'est-à-dire je suis stressé, je la sens pas bien, et bien c'est qu'il y a un truc qui va pas. Soit elle remplit pas ce qu'elle doit faire, soit y'a quelque chose qui passe pas. Avec les auxiliaires qui passent bien vous avez pas la notion de stress. Ça coule. Ça fonctionne tout seul. Vous ne vous retournez pas toutes les deux minutes. Vous savez que c'est fait.

Lorsqu'on les interroge enfin sur les enquêtes de satisfaction, leurs réponses rejoignent celles des professionnels dans la mesure où ils estiment que le contrôle du travail fait ne peut se limiter à ces enquêtes. Ils estiment de manière assez unanime que leur forme est inadéquate du fait du caractère approximatif des items donnés et nombreux sont les bénéficiaires qui disent ne pas y répondre ou répondre qu'ils sont totalement satisfaits de crainte que le service d'aide n'instrumentalise leurs réponses pour sanctionner le professionnel auxiliaire de vie. Les visites à domicile organisées par certains services à domicile sont, quant à elles jugées plus pertinentes pour assurer le suivi des prestations, le fait de pouvoir discuter en direct avec les responsables permettant davantage d'exprimer son avis sur ces dernières.

2.2 - Le rapport à la qualité du service rendu des personnes âgées dépendantes psychologiquement autonomes : conserver « sa liberté de vie »

Les personnes âgées avec lesquelles des entretiens ont été réalisés dans le cadre de la recherche sont, pour leur part, toutes dépendantes physiquement à un degré ou à un autre, mais psychologiquement autonomes. Ce point est important car l'usage de la catégorie « personnes âgées fragiles » masque l'hétérogénéité des profils et des types de dépendances, la pluralité et la complexité des prises en

charge²⁴² étant notamment liées à la poly-pathologie qui caractérise le grand âge. Les propos tenus par les personnes âgées qui ont recours à une aide professionnalisée et qui disposent de toutes leurs facultés cognitives montre que le rapport à la qualité du service rendu reste fondamentalement adossé à la qualité du lien noué avec le professionnel auxiliaire de vie. Globalement, les personnes interviewées estiment qu'elles ont « beaucoup de chance » de bénéficier de l'aide d'un professionnel auxiliaire de vie, même si elles reconnaissent qu'il n'est pas toujours facile d'accepter la situation de dépendance et la présence au domicile d'une tierce personne dont les habitudes de travail viendront bouleverser les habitudes de vie.

Verbatim 1/ Enquêteur : Est ce que l'aide dont vous bénéficiez a changé quelque chose dans votre vie ? Bénéficiaire : Vous savez quand il faut... Je sais bien que je commence à avoir l'habitude de me montrer tout nu à une fille qui débarque dans... et puis montrer tout pour qu'elle me lave un petit peu les endroits... J'ai pas besoin de vous faire un dessin. C'est pas facile... Et puis, c'est pas facile non plus. Moi j'aimais que tout soit aligné... tout dans les armoires, les placards... Or, actuellement je ne... tout le monde fouille et range, et prend dans les armoires mais c'est pas fait à mon idée et je ne retrouve plus rien... Elle range mais, des fois, c'est pas rangé... comme moi... Je peux pas critiquer, je suis bien content qu'elle le range... Alors je dis rien... Tout le monde tripatouille et je ne retrouve plus rien...

Un autre bénéficiaire : Vous savez l'aide à la toilette c'est la perte de liberté totale. Ça s'assimile au bassin, ça s'assimile à des situations, pour moi, intolérables, absolument intolérables.

Enquêteur : Quelle serait pour vous l'organisation idéale ? Bénéficiaire : Je ne sais pas. L'organisation idéale... (silence) L'idéal... ça serait de pouvoir me débrouiller sans elle. [...] J'ai ma femme. Je pense que c'est vraiment une chance de ne pas être seul. Qu'elle soit là. Sinon, j'aurais été dans une maison pour les gens comme moi. Si elle avait pas été là. Et depuis qu'il y a l'aide, c'est plus facile avec elle les relations. Parce

242 Point sur lequel les rapporteurs de l'IGAS attirent particulièrement l'attention, Annie FOUQUET, Jean-Jacques TREGOAT, Patricia SITRUK, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Mai 2011.

que c'était dur des fois. Enquêteur : Mais en quoi l'aide a-t-elle facilité les relations avec votre femme? (Long silence - S'apprête à parler plusieurs fois, mais se ravise) Devenir toujours dépendant, ça change beaucoup de choses... On peut plus rien faire seul... Alors ça... ça... ça... Je ne sais pas comment dire. (Silence) C'est... C'est... Humiliant. (Long silence) Et puis alors ça change les relations, parce qu'on... on est toujours tous les deux... Mais on est seul. Face à ça. Mais c'est pas sa faute. Mais quand même, on est mal. (Silence) On a toujours fait plein de choses ensemble dans notre vie. Et là...

Lorsque la situation de dépendance est acceptée, les personnes âgées rencontrées soulignent l'importance que revêt, pour elles, la présence au domicile d'un professionnel, la prise en charge des tâches ménagères étant jugée par tous extrêmement appréciable et c'est d'ailleurs souvent le terme d'aide-ménagère qui est employé plutôt que celui d'auxiliaire de vie. Lorsqu'on les questionne sur ce qui détermine, selon elles, un « accompagnement de qualité », elles répondent assez unanimement que c'est en premier lieu la relation, le « bon auxiliaire de vie » étant celui qui « fait bien le ménage », prépare « de bons repas », fait preuve d'initiative sans empiéter sur la liberté du bénéficiaire, est avenant, serviable, de « bonne compagnie », honnête, discret, gentil, disponible, à l'écoute. Parmi ces critères, l'honnêteté et la gentillesse sont ceux qui sont évoqués le plus fréquemment, les personnes âgées soulignant l'importance d'entretenir une relation de confiance avec le professionnel auxiliaire de vie dont ils savent qu'il a accès à leurs effets personnels, la crainte du vol étant souvent évoquée.

Verbatim 1/ Enquêteur : Pouvez-vous me dire ce que signifie pour vous le terme de « qualité »? Bénéficiaire : Ah...pour moi c'est quand tout est bien, les relations humaines, pour moi c'est une drôle de belle qualité quand on s'entend bien avec les gens. Comme disait Mathilde on vient chez vous, on bouge vos affaires alors... Mais bon c'est vrai que, après, il y a des dames qui s'y prennent mal, elles disent elles gardent des vieux chiffons, des boîtes en plastique, je lui fiche en l'air, on n'apprécie pas toujours. Quand on a des habitudes, et que ça a été déplacé on se dit « Mince où que c'est qu'il est ? » On cherche... c'est vrai que ça, on passe du temps à chercher. Mais ça va, on est bien

tombé jusqu'à présent. Parce que c'est vrai que les rapports que l'on peut avoir, employant/employé, quand on leur dit quelque chose, c'est vrai qu'elles font attention. Comme avec mon aspirateur. Enquêteur : Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous un accompagnement dit de « qualité » ? Bénéficiaire : Moi je dis du moment où elle est propre, qu'elle fait le boulot et qu'elle est honnête, si on ne peut pas se bouger et toujours la suivre et regarder si il y a toujours les bagues et bijoux là ça va plus.

2/ Enquêteur : Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous un accompagnement dit de « qualité » ? Bénéficiaire : Des personnes qui prennent le temps de faire attention à nous comme Patricia ou Cécile (leur femme de ménage). Et puis comme je vous ai dit, d'avoir une seule personne pour tout. Qu'on n'ait pas à répéter ce qu'il faut faire tout le temps. Quoique ça s'est stabilisé maintenant, il y a un roulement donc on connaît presque toutes les filles qui viennent. Mais bon, c'est pas... facile. Je suis un vieux bonhomme moi, un vieux machin... et sur moi il y a des soins intimes à effectuer et... enfin, j'ai pas été habitué à tendre la main pour quêter...

3/ Enquêteur : Est-ce que l'aide dont vous bénéficiez a changé quelque chose dans votre vie ? Bénéficiaire : Ah c'est déjà important parce que je sais que tous les jours elle vient me voir, c'est déjà une présence, je suis moins seule. Elle me fait les gros travaux : les carreaux, elle lave par terre, elle passe l'aspirateur, elle fait le ménage en grand tous les quinze jours et parfois même je lui demande, mais quand c'est la bonne saison évidemment, de bricoler un peu dans le jardin, et parfois même, elle me lave même ma voiture, c'est plutôt bien ça. Elle veut bien hein, c'est très gentil, car elle n'est pas obligée de me rendre tous ces petits services là ! Et puis elle m'aide à me préparer à manger. Bon, je cuisine encore un peu quand même, maintenant je m'assois sur une chaise devant la cuisinière ou alors je me mets à table pour éplucher mes légumes et mes fruits quand je fais des compotes. Elle se débrouille en cuisine mais évidemment, elle ne me fait pas de plats très élaborés ou alors quand je lui demande mais bon, pour moi toute seule je ne vais pas faire une choucroute ou un bœuf carotte. En général, elle fait cuire du poisson, parce que je ne peux pas me baisser pour le four, ou alors je prépare des gratins et elle surveille la cuisson. Mais j'en suis très satisfaite, je pense que je ne pourrai pas

trouver mieux. C'est quelqu'un en qui j'ai confiance, je sais qu'elle est sérieuse dans son travail, elle fait correctement ce que je lui demande parce que vous savez, il y en a certaines dès que vous avez le dos tourné elles font n'importe quoi alors si on emploie quelqu'un qu'il faut surveiller en permanence c'est pas la peine. Non, non, je suis très satisfaite d'elle. [...] Enquêteur : Pouvez-vous me dire ce que signifie pour vous le terme de « qualité » ? Bénéficiaire : Bah ! c'est de savoir travailler. Enquêteur : Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous un accompagnement dit de « qualité » ? Bénéficiaire : C'est une travailleuse, c'est pas une feignante, elle est courageuse, elle a besoin de travailler car elle a encore une de ses filles à charge, je crois que sa fille a le même âge que ma petite fille, alors bon.. Il faut qu'elle travaille encore... Je crois que sa fille s'appelle Virginie, enfin bon, j'ai pas voulu rentrer dans la vie privée de la petite non plus, mais apparemment elle fait partie de la COTOREP, c'est un organisme pour les handicapés. Mais elle, elle est très organisée, présente, ponctuelle, toujours à l'heure et puis, s'il doit y avoir un décalage, on s'arrange ensemble. Enquêteur : Selon vous, quels seraient les indicateurs de cette qualité ? Bénéficiaire : Oh, dans l'ensemble, elle répond bien à mes critères oui oui, oui. Enquêteur : Pouvez-vous me donner des exemples concrets ? Bénéficiaire : Ah je l'ai déjà dit, elle est ponctuelle, elle est assidue, si elle manque pour une raison ou pour une autre, je suis prévenue d'avance et puis on s'arrange. Elle ne rechigne pas à la tâche, jamais ! Par exemple, si je lui demande d'aller laver la porte de la rue, elle va aller la laver, pour laver ma voiture elle le fait, si je vais lui dire d'aller à la cave me chercher un pack d'eau, elle y va, pour balayer le garage, c'est pareil. En principe, elle m'a jamais dit non, sur tout ce que j'ai pu lui demander. Pourtant elle pourrait très bien ne pas accepter d'aller dans le jardin par exemple. C'est pas obligatoire hein.

4/ Bénéficiaire : Pour moi le terme de qualité dans l'aide à domicile signifie que cela atteint mes attentes. C'est des choses simples il faut juste arriver à m'aider à faire les choses que j'arrive pas à faire toute seule. Il suffit d'expliquer et en général il n'y a pas de problème. La vraie qualité, pour moi, est la relation que j'arrive à tisser avec les auxiliaires car tout le monde arrive plus ou moins à m'aider mais je cherche plus un rapport humain que d'avoir une machine comme interlocuteur. Et bien avec la personne qui vient la semaine, on a noué une

vraie relation. Elle me parle de ses enfants, on discute vraiment comme des amies. Je trouve que c'est une très bonne relation et ça me permet de mieux accepter sa présence et son aide. Je tiens vraiment à mettre l'accent sur le fait que, sans cette aide, je ne pourrais pas vivre toute seule chez moi et serais obligée d'aller habiter en maison de retraite.

5/ Enquêteur : Pour vous que signifie le terme qualité ?
Bénéficiaire : C'est un ensemble. C'est un ensemble de prestations bonnes, sympathiques mais autrement, garder sa liberté de vie. La qualité, c'est-à-dire qu'elle n'intervienne pas à chaque instant dans ce que vous voulez faire, dans ce que vous avez peut-être des difficultés à faire, donc une intervention modérée dirons-nous de leurs interventions.
Enquêteur : Qu'est-ce ça serait pour vous, à partir de quel moment vous estimez que vous bénéficiez d'un accompagnement de qualité ?
Bénéficiaire : Ce que je vous ai dit.
Enquêteur : Mais que serait alors la non-qualité pour vous ?
Bénéficiaire : Une intrusion beaucoup trop importante dans ce qui est du domaine privé. Sans être péjoratif vis-à-vis de la personne qui travaille, si l'on peut dire, c'est pas bien, qu'elle reste à sa place !
Enquêteur : Quels sont pour vous les indicateurs de la qualité ?
Bénéficiaire : Exactitude, honnêteté, efficacité.
Enquêteur : Est-ce que vous auriez des exemples concrets ?
Bénéficiaire : Efficacité, ça représente son organisation dans la façon dont elle s'y prend pour faire le travail qu'elle connaît, c'est-à-dire, la cuisine, le ménage, le repassage. Ça c'est l'efficacité.
Enquêteur : Mais quand elle a été recrutée, y a un contrat disant ce qu'elle doit faire ?
Bénéficiaire : C'est défini entre nous. Ils arrangent les affaires où ils le veulent, ils déplacent comme ils veulent et donc on cherche toujours un peu ses affaires mais enfin c'est secondaire par rapport à sa gentillesse et au travail fourni.

L'importance que revêt, pour les personnes âgées sollicitées, l'intervention au domicile de professionnels auxiliaires de vie ne tient pas simplement au soutien ménager mais également aux temps de socialité que cette intervention permet. Ayant conservé leur autonomie psychique, ces dernières ont éminemment conscience de la vulnérabilité de leur situation et expriment, dans une majorité de cas, un sentiment de dette à l'égard des professionnels auxiliaires de vie qui sont davantage appréhendés dans leur dimension soutenante

plutôt qu'intrusive. Elles restent majoritairement attentives à ce que l'accompagnement n'érode pas leur « liberté de vie » et respecte globalement leur temporalité et elles soulignent, dans le même temps, combien elles sont sensibles à l'instauration de rapports conviviaux qui non seulement facilitent l'acceptation au domicile d'un tiers extérieur, mais également leur permet de jouir de leur vie à domicile. Le rapport très souvent circonspect qu'elles nouent au remplissage des enquêtes de satisfaction témoigne bien du souci qui les anime de « protéger » l'auxiliaire d'une éventuelle réprimande de ceux qu'elles considèrent comme leurs supérieurs hiérarchiques. Il se peut que le service rendu ne corresponde pas à leurs attentes, notamment en ce qui concerne les normes d'hygiène et de propreté, mais pour peu que le professionnel auxiliaire de vie fasse montre de bienveillance et d'attention, elles préféreront céder sur leurs exigences plutôt que d'exposer le professionnel auxiliaire de vie aux critiques de sa hiérarchie. Les craintes de rétorsion de la part de l'auxiliaire de vie, de même que le sentiment d'être placées en posture de délation les mettent également mal à l'aise et les conduisent soit à ignorer les questionnaires, soit à répondre que tout va bien.

Verbatim 1/ Enquêteur : Est-ce que vous avez déjà répondu à des enquêtes de satisfaction ?
Bénéficiaire : Non, je réponds pas. Y a pas tellement longtemps, il faut se remettre à écrire, à cocher, vous savez pas comment c'est interprété. Ni dans quel but c'est fait d'ailleurs.
Enquêteur : Quand ils vous l'envoient, y a pas d'explication ?
Bénéficiaire : Y a peut-être des explications mais quand je vois ça je liquide. [...] Ça me casse les pieds. Ça pose peut-être des questions. Peut-être que ça pose problème dans la réponse que je vais faire. Comment savoir le but qu'ils cherchent à atteindre dans la question ? Il y a toujours un but sous-entendu.

2/ Enquêteur : Et est-ce que vous avez déjà répondu à des enquêtes de satisfaction, et si c'est le cas, qu'est-ce que vous en pensez ?
Bénéficiaire : Ah ! bah ! si ses patrons me demandent si je suis satisfaite, je vais lui dire que je suis parfaitement satisfaite. Ce que j'ai mis pour les autres, sans doute, j'aurais peut-être pas dû. Mais c'est vrai je suis satisfaite. J'estime que pour ce qu'elle est payée et le mal qu'elle se donne cette femme et bah réellement, moi elle me convient très bien. Tout

ce que je veux, je vous dis, j'ai peur qu'elle s'en aille. Tout ce que je voudrais c'est la garder.

3/ Enquêteur : Avez-vous répondu à des enquêtes de satisfaction ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ? Bénéficiaire : Non, enfin, c'est-à-dire une fois ils m'ont déjà envoyé pour « Aide Service » justement : « Est-ce que vous êtes content pour vos tâches ménagères ? » Bon j'ai dit : « oui » parce que c'était pas la peine. J'ai pas dit, je dois lui dire 20 fois pour ma poubelle. Alors aussi, par exemple, depuis un moment maintenant, je sais pas si quelqu'un lui a dit, c'est pas moi. Elle arrivait toujours, ça c'est désagréable, 10 minutes en retard. Bon ça fait que 10 minutes, mais au bout du mois, 10 multiplié par 4 hein, bah 10 minutes ça fait 40 minutes hein. Je suis désolée quand même hein c'est pas... parce qu'elle repartait quand même toujours à l'heure. D'ailleurs, moi, ça m'arrive de lui dire « Simone, entamez pas ça, vous allez partir ». Alors maintenant elle arrive bien, je sais pas si... Pourtant moi alors là, je lui ai rien dit. Si une fois, je m'étais planquée là. Oh bah ! j'ai cru, je lui ai pas dit, j'ai dit : « Oh bah ! Chantal vous m'avez oubliée aujourd'hui ! » « Oh bah non je vous oublie pas, je vous oublie pas ». Alors elle a peut-être compris, je sais pas. Maintenant elle arrive bien alors bon enfin. Mais j'ai pas dit tout ça, parce que bon, la pauvre c'est pas bon. J'suis pas..., puis elle a besoin aussi de travailler. Je sais pas, qu'est-ce vous voulez, c'est comme ça donc voilà j'allais pas l'enfoncer. Les trucs, j'ai toujours mis « bien, bien, bien, bien ». Donc voilà, sauf si c'était quelque chose de grave, à la limite, à ce moment-là, je verrai avec « Aide Service » en leur disant : « Bon, bah ! écoutez, j'aimerais bien, y a quelque chose, on s'entend pas trop, j'aimerais bien avoir quelqu'un d'autre ». Vous voyez, même elle me promène un peu mais bon comme y a pas... Voilà. Donc les enquêtes, c'est toujours bon. Ceux qui viennent chez moi ils sont toujours bien.

4/ Enquêteur : S'il vous est arrivé de répondre à des enquêtes de satisfaction, pouvez-vous m'en parler ? Bénéficiaire : Les enquêtes de satisfaction, moi j'aime pas, j'aime pas beaucoup faire ça. On m'a déjà fait parce que on doit répondre euh « un peu, pas beaucoup, euh, normal, beaucoup » euh des trucs... Or c'est toujours des choses plus nuancées et alors en général je dis que c'est toujours très bien et puis même si je pense pas et puis voilà. Parce que ces enquêtes de satisfaction, elles sont faites pour savoir si les gens qui sont

concernés par cette enquête sont biens ou pas biens. Euh, donc euh, je n'ai pas, me semble-t-il, à décider pour les personnes qui font cette enquête. C'est pas à moi de décider qu'une personne n'est pas bien, est nulle ou pas nulle parce qu'elle peut ne pas être bien pour moi et très bien pour d'autres personnes. Je trouve que c'est, je trouve ça très mal fait et en général je refuse de répondre voilà ou je mets que c'est très bien partout.

On peut penser que le regard critique que les bénéficiaires portent sur les enquêtes de satisfaction est aussi lié à la conscience aiguë qu'ils ont de la vulnérabilité et de la précarité sociale et économique des situations que peuvent vivre les professionnels auxiliaires de vie. Les échanges quotidiens et les relations de sympathies nouées avec eux, les conduisent, dans une majorité de cas, à eux-mêmes se placer dans une fonction soutenable par rapport aux professionnels fragilisés, l'aide apportée par les uns pouvant être contrebalancée par celle apportée par les autres. On peut également penser que les pactes implicites sont là aussi très opérants et tant que les bénéficiaires conservent leurs facultés cognitives, le risque de basculement de la relation dans une relation d'emprise paraît moins élevé que lorsque ces dernières déclinent. Le fait, autrement dit, d'être encore en capacité de symétriser, si nécessaire, le lien les amène à tenir à distance les tiers extérieurs issus des services d'aide qui ne sont que très exceptionnellement présents au domicile et dont ils ne sont pas sûrs qu'ils n'aggraveront pas finalement le système conflictuel plutôt qu'ils ne l'apaiseront. La présence d'aidants familiaux renforce aussi cette mise à distance des tiers extérieurs que l'on pourrait qualifier d'« institutionnels », ces derniers jouant, dans la plupart des cas, implicitement ou explicitement un rôle régulateur.

2.3 - Le rapport à la qualité du service rendu des aidants familiaux : une difficile triangulation

De la même façon que nous avons attiré l'attention sur le fait que l'usage de la catégorie « personnes âgées » masque l'hétérogénéité des situations dans lesquelles elles se trouvent placées, il convient de souligner ici aussi l'hétérogénéité des situations dans lesquelles les aidants familiaux se trouvent, eux aussi, placés. De nombreux paramètres contribuent à cette hétérogénéité : les patholo-

gies dont sont affectées les personnes fragilisées accompagnées, leur niveau de leurs ressources, leur situation conjugale et familiale, leur zone d'habitation, leur logement, en bref autant d'éléments qui se combinent différemment suivant les contextes et dont aucune liste ne viendrait à bout. À ces paramètres viennent se combiner ceux relatifs au statut de parent, d'enfant, ou encore de conjoint des aidants familiaux et à leur situation personnelle qui influent indubitablement sur les contextes des relations d'aide établies. Force est de constater, là encore, la diversité et la richesse des configurations dans lesquelles s'inscrivent les individus et la multiplicité des interdépendances qui les structurent²⁴³, le rapport que les aidants familiaux nouent au service rendu par les professionnels auxiliaires de vie et à sa qualité restant tributaire de ces paramètres. Là encore, il est nécessaire d'opérer une distinction entre les aidants familiaux qui soutiennent des personnes en situation de handicap et les aidants familiaux qui soutiennent des personnes âgées fragilisées. Cette distinction est recoupée, pour chaque catégorie, par une autre distinction qui joue un rôle déterminant dans le positionnement des uns et des autres, il s'agit de l'autonomie psychique. En d'autres termes, lorsque les personnes en situation de handicap et les personnes âgées fragilisées disposent de leur autonomie psychique, les aidants familiaux s'inscrivent dans un rapport négocié où leur système normé peut être combiné avec celui du bénéficiaire direct qui, nous l'avons souligné, peut continuer d'œuvrer à la symétrisation des rapports sociaux non seulement avec les professionnels auxiliaires de vie, mais également avec les aidants familiaux eux-mêmes.

2.3.1 - Le rapport à la qualité des aidants familiaux confrontés à des situations de handicap

Quoique les configurations dans lesquelles se trouvent placés les aidants familiaux puissent être très variables, lorsqu'ils sont confrontés à des situations de handicap, ils sont, quel que soit leur statut, placés en situation à la fois de coordinateurs et de contrôleurs de la qualité du service rendu.

²⁴³ Le sociologue Norbert Elias a particulièrement traité cette question des configurations et des interdépendances dans son ouvrage *Qu'est-ce que la sociologie ?* (1970), Editions de l'Aube, 1991.

Les fonctions de coordination qu'ils remplissent sont jugées essentielles pour la qualité de vie du bénéficiaire, l'intervention à domicile d'une multiplicité de professionnels supposant une gestion rigoureuse de la planification de ces interventions. Par rapport à ces fonctions de coordination, les aidants familiaux interviewés dans le cadre de la recherche attirent l'attention sur les difficultés que pose le changement constant des intervenants auxiliaires de vie. Selon les pathologies, et dans le cas en particulier de la grande dépendance, cette rotation des intervenants est jugée très préjudiciable pour la qualité de l'accompagnement. Est évoqué à titre d'exemple le portage et la manipulation des personnes qui suppose un certain niveau de connaissance du handicap et de la pathologie. De même, la réalisation des toilettes et l'aide au repas peuvent être affectées par cette instabilité du personnel non familiarisé avec les habitudes des personnes accompagnées. En l'absence de formation adéquate vis-à-vis des gestes à effectuer, les professionnels intervenant au domicile prennent le risque de ne pas pouvoir prodiguer certains soins (exemple évoqué : la rétractation musculaire dans certaines pathologies comme le polyhandicap). Pour les aidants familiaux eux-mêmes, cette rotation est aussi jugée très pénible dans la mesure où ils sont contraints de répéter en permanence les mêmes recommandations, la question de la formation des auxiliaires de vie in situ au domicile étant fréquemment évoquée. Ils estiment globalement que leur niveau de qualification est insuffisant, les situations sociales précaires dans lesquelles se trouvent certains professionnels auxiliaires de vie du fait de l'institutionnalisation des temps partiels au sein des services d'aide à domicile étant jugées problématiques pour la sécurisation de l'accompagnement.

Verbatim Un aidant familial : Ce sont des personnes en difficultés sociales et pour des personnes vulnérables, il ne faut pas des personnes qui soient en difficulté. La personne est chez vous. Il faut avoir confiance ! Il y a un degré de confiance qui est énorme.

Ils attirent l'attention, à cet égard, sur le fait que la précarité et les difficultés sociales dans lesquelles se débattent certains auxiliaires de vie peuvent les rendre psychologiquement indisponibles durant les temps d'accompagnement, c'est-à-dire peu réceptifs aux besoins exprimés par les personnes.

Cette fragilisation des professionnels auxiliaires de vie est jugée d'autant plus problématique que la qualité de l'accompagnement tient aussi, selon eux, en grande partie au profil des professionnels auxiliaires de vie sollicités pour intervenir auprès de la personne vulnérable. Compte tenu de ces difficultés, ils développent donc des stratégies pour constituer un réseau de personnes susceptible d'être mobilisé autour de la personne vulnérable. Certains aidants familiaux disent également recourir, pour partie, à l'emploi direct, le recrutement d'étudiants présentant l'avantage de disposer d'un personnel possiblement disponible à des horaires que les services d'aide à domicile ne couvrent pas forcément, c'est-à-dire en soirée et durant la nuit. Ce recours à l'emploi direct est aussi conçu comme un moyen d'élargir l'éventail des actes exigibles auprès des professionnels auxiliaires de vie, certains actes considérés comme relevant de la sphère médicale (administration des médicaments, toucher rectal etc.) ne pouvant être réalisés par les professionnels recrutés en mandataire. Les critères de recrutement en emploi direct de ces professionnels sont multiples, les aidants évoquant en priorité :

Un critère d'âge : ce critère, suivant les aidants et suivant le type de pathologie et l'âge des personnes accompagnées, peut considérablement varier. Le choix pour une classe d'âge plutôt qu'une autre peut tenir au sexe de la personne accompagnée, à son âge, à ses réactions vis-à-vis d'une certaine classe d'âge, de même qu'il peut tenir au sexe, à l'âge et à la personnalité de l'aidant lui-même. Les déclinaisons sont multiples et toujours contextualisées. Ainsi une aidante déclarera choisir en emploi direct des femmes plutôt plus âgées que son fils polyhandicapé lui-même âgé d'une vingtaine d'année. Le choix de ce critère est mis en corrélation avec les désirs sexuels de ce dernier et ses réactions vis-à-vis d'une jeune femme du même âge intervenant au domicile.

Verbatim Aidante familiale : Quand il y avait une fille très mignonne qui venait, d'un an de plus que lui, quand elle venait faire sa toilette, il n'allait jamais à la selle la nuit qui précédait le jour où elle venait. La couche n'était pas souillée. Ce phénomène s'est aussi passé quand mon mari est venu vivre avec moi. [...] Je ne prendrai pas quelqu'un de 25 ans.

Des critères relatifs à la personnalité des interve-

nants : les capacités d'écoute, de disponibilité, de même que les capacités d'apprentissage et d'initiatives sont jugées importantes. Les aidants familiaux évoquent le rôle de formateurs qu'ils jouent auprès des personnes fraîchement recrutées et l'importance, pour eux, d'être en relation avec des personnes à la fois capables de se conformer à leurs modes opératoires tout en s'en émancipant si la situation le réclame. L'auxiliaire de vie doit, du point de vue de certains aidants familiaux, savoir faire preuve de « bon sens », cette qualité étant mise en relation aussi bien avec leurs capacités d'adaptation aux situations auxquelles elles sont confrontées, qu'avec leur capacité à juger de la situation et à agir en conséquence.

Verbatim Enquêteur : C'est quoi le bon sens ? Aidant : C'est, dans la vie quotidienne, changer la couche, faire bien attention à mettre la couche. Elle [l'auxiliaire de vie] ne se pose pas trop de question. La machinerie qui sonne, elle va pas s'affoler. Elle va d'abord éteindre [...] Elle va, avec le fauteuil, faire attention aux pieds.

La qualité de l'accompagnement est aussi référée à la qualité de la relation que l'aidant familial entretient avec l'auxiliaire de vie. Les aidants familiaux estiment, à cet égard, qu'il est important de veiller au confort du professionnel auxiliaire de vie, c'est-à-dire veiller à ce qu'il se sente bien au domicile et à ce que s'établisse un rapport de confiance réciproque.

Verbatim Un aidant familial : Si je veux la qualité pour mon fils, il faut que je crée les conditions pour elle. Je lui paye son abonnement métro. Rester 5H sans rien faire, c'est compliqué. Elle m'a demandé de faire quelque chose, je la paye 20 heures en plus pour le repassage [...] Elle s'occupe. Elle passe du temps au téléphone mais j'accepte tout ça [...] Pour que la personne soit bien traitée, il faut qu'elle-même se sente bien traitée. Il faut que son travail soit valorisé. Je la valorise sur ses gâteaux, j'accepte qu'elle passe 2H au téléphone, qu'elle vienne avec sa fille. Comme elle est musulmane, je lui achète de la viande hallal, sinon, elle va pas manger. Je suis attentive à ça, sinon vous ne les gardez pas.

Dans l'ensemble, les aidants familiaux confrontés à la grande dépendance considèrent que le niveau de formation des professionnels auxiliaires de vie,

leur capacité à faire preuve de professionnalisme, leur connaissance de la pathologie, leur maîtrise de gestes techniques concernant le portage des personnes (transferts, habillage etc.), leur alimentation (prévention des fausses routes), leur toilette (détente des muscles, soins de la peau, prévention des escarres) sont des vecteurs essentiels de la qualité du service rendu, les temps d'observation qui leur sont donnés pour se familiariser avec la personne étant aussi considérés comme très importants. Lorsque les bénéficiaires ne disposent pas d'une autonomie psychique qui leur permette d'entrer en communication directe avec les professionnels auxiliaires de vie, la capacité de ces derniers à décoder leur état émotionnel est aussi considérée comme essentielle, cet état émotionnel passant par l'expression du visage, les cris de différente nature (cris de souffrances, cris de réclamation), les postures du visage ou encore le somatique.

En dehors des qualités dont les professionnels doivent être dotés pour assurer un accompagnement jugé de qualité, les aidants familiaux estiment que la qualité du service rendu dépend aussi de leur propre capacité à contrôler le travail des professionnels auxiliaires de vie, ce qui les conduit à préconiser la mise en place de cahiers de transmission aussi bien destinés aux aidants familiaux eux-mêmes qu'aux différents intervenants, à charge pour les professionnels de consigner les actes réalisés ainsi que leurs observations personnelles s'ils le jugent pertinent. En l'absence de communication verbale ou de communication par pictogramme, les aidants familiaux disent observer attentivement les gestes de sociabilité que les personnes vulnérables en situation de grande dépendance manifestent à l'égard des intervenants (mouvement ou non des yeux vers la personne, attitude de repli ou au contraire d'ouverture, détente corporelle ou au contraire, contraction). Ils considèrent, à cet égard, que la socialité dont bénéficient ou non les personnes en situation de grande dépendance est un indicateur important de la qualité de l'accompagnement, leur socialisation nécessitant de leur part un travail constant de pédagogie auprès des personnes qui ne sont pas familiarisées avec le multi handicap. Ils estiment, par exemple, que les contacts mixtes²⁴⁴ supposent un aménagement

adapté du domicile et supposent, par ailleurs, que les personnes dites valides acceptent d'être confrontées à une corporéité différente (odeur des matières fécales, expectorations bronchiques, cris etc.). La mise en place d'un environnement social adapté, pour reprendre la formulation d'un aidant, et la stimulation de liens sociaux passe aussi par un soutien constant des aidants familiaux. Ces derniers attirent l'attention sur la nécessité, pour eux, de disposer de relais pour pouvoir continuer à vivre leur propre vie, c'est-à-dire, pour les couples, disposer de temps de loisirs et de temps d'intimité hors de la sphère familiale. De ce point de vue, la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de dépendance est mise en relation avec la qualité de l'accompagnement dont bénéficie ou non l'aidant familial. Ce point est jugé très important par les personnes interviewées, et en particulier par celles sur qui repose la coordination des interventions, la « tentation fusionnelle » étant toujours présente. En effet, les aidants familiaux qui coordonnent les interventions autour de la personne en situation de grande dépendance rappellent leur rôle charnière dans la transmission des informations relatives à leur suivi médical et à leur accompagnement au quotidien. Dans la mesure où ils centralisent l'ensemble des informations relatives à la personne, leur présence auprès d'elle revêt un caractère impératif, d'où le sentiment exprimé par certains de se sentir « tout-puissants » et d'avoir besoin, pour mettre à distance ce sentiment de « toute-puissance » de relais susceptibles de leur permettre de prendre du recul vis-à-vis de l'accompagnement. « *J'ai souvent le sentiment, disait un parent d'enfant multi handicapé, d'avoir... un sentiment de toute-puissance. Je peux décider s'il va vivre ou mourir.* » Il est à noter que le niveau de vulnérabilité de la personne aidée exacerbe ce sentiment, l'accompagnement de personnes en situation de grande dépendance, et qui ne disposent que d'une faible autonomie psychique dans l'interaction, impliquant un haut degré de responsabilité pour les aidants. Ces derniers attirent l'attention sur le fait que c'est sur eux que repose la responsabilité d'appeler ou non les urgences médicales lorsque la personne montre des signes d'encombrement ou en cas de fortes fièvres, l'interprétation de ces signes leur incombant. Or, certains aidants soulignent combien cette interprétation est difficile et suppose une collaboration étroite avec le

244 Nous reprenons au sociologue Erving Goffman cette formulation, *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*

(1963), *Les éditions de Minuit, 1975.*

corps médical exerçant en libéral, de même qu'avec le corps médical hospitalier.

Verbatim Un aidant familial : Si ça va pas, c'est moi qui le conduit à l'hôpital. Il est connu. Moi, j'ai toujours une relation avec eux. J'ai eu la chance d'avoir de très bons médecins... Cette notion d'aide est capitale si vous voulez assurer la qualité d'intervention auprès des personnes.

La qualité de l'intervention auprès de la personne vulnérable est donc aussi étroitement corrélée, en dernier ressort, à la possibilité dont disposent les aidants de recourir à des tiers extérieurs. Certains évoquent les dispositifs canadiens d'aide aux aidants, la mise à disposition de centres d'accueil où ces derniers peuvent être écoutés et relayés si besoin étant jugée très pertinente notamment pour les aidants familiaux rémunérés. Certains aidants se trouvant dans cette situation estiment, qu'en effet, les risques de maltraitance peuvent être majorés lorsque la personne aidante ne dispose pas de lieux et de moyens lui permettant de se soustraire aux contraintes de l'accompagnement et de prendre ainsi de la distance par rapport à son rôle d'aidant.

2.3.2 - Le rapport à la qualité des aidants familiaux accompagnant des personnes âgées fragilisées

Pour les aidants familiaux qui accompagnent des personnes âgées fragilisées, l'enjeu le plus décisif reste le maintien au domicile, la question de savoir comment réunir et garantir les conditions de ce maintien se posant de manière aiguë²⁴⁵. S'il convient de souligner cet enjeu, c'est que le rapport à la qualité du service rendu est indissociable, pour eux, du contexte plus global qui a présidé à la demande d'aide professionnalisée. On nous permettra, ici, reprendre in extenso les remarques formulées dans le cadre de notre article intitulé « *L'aide familiale aux personnes âgées fragilisées : enjeux et perspectives* », ces dernières résumant les enjeux que la recherche met également en exergue.

« Dans le contexte qui précède la mise en place effective d'un dispositif d'aide, écrivions-nous,

²⁴⁵ Frédéric BLONDEL, Sabine DELZESCAUX, « L'aide familiale aux personnes âgées fragilisées : enjeux et perspectives », in *Revue Soins Gérontologie, Familles et personnes âgées*, n°94, mars/avril 2012.

les aidants familiaux ont, en effet, à évaluer et comprendre aussi bien la situation économique de la personne que sa situation sociale, c'est-à-dire qu'ils ont à analyser et comprendre non seulement les ressources financières dont elle dispose, mais également le contexte géographique et humain qui est le sien. Ainsi le repérage d'aidants informels susceptibles de remplir des fonctions de relais (voisins, amis etc.) apparaît-il d'autant plus important que le niveau de disponibilité requis est, dans de telles situations, nécessairement conséquent et que les aidants familiaux ont aussi à évaluer les forces financières, physiques et psychiques dont eux-mêmes disposent (Joël M.E., 2011), l'impact sur leur propre santé et vie personnelle pouvant être considérable et produire de l'usure et de l'épuisement. Quoique le maintien au domicile demeure l'alternative généralement souhaitée par les personnes âgées fragilisées, il ne constitue pas forcément la réponse la plus adéquate en ce sens qu'il peut aussi, selon les contextes et contre toute attente, porter préjudice aussi bien à l'intégrité physique des personnes (les exposer par exemple à des chutes ou à des problèmes de dénutrition) qu'à leur intégrité psychique (F. Blondel, S. Delzescaux, 2009)²⁴⁶. Si les craintes que suscite l'institutionnalisation de l'accompagnement les conduit à préférer le domicile, ce dernier leur permettant non seulement de conserver leurs repères existentiels mais également de faire valoir leur volonté propre par rapport à celle d'autrui²⁴⁷, ce choix peut aussi susciter des sentiments ambivalents, c'est-à-dire

²⁴⁶ Dans le rapport de la recherche-action que nous avons réalisée à la demande et en collaboration avec M. Carlotti, directrice de l'association d'aide à domicile Dom Hestia Assistance et qui s'intitule *La prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées dépendantes vivant au domicile*, nous avons particulièrement attiré l'attention sur les dimensions potentiellement désocialisantes et isolantes du domicile, les liens que les personnes âgées dépendantes nouent aux auxiliaires de vie qui les accompagnent étant d'autant plus étroits et personnalisés que ces derniers représentent bien souvent un dernier rempart contre la solitude. F. Blondel, S. Delzescaux, *La prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées dépendantes vivant au domicile*, opus cité.

²⁴⁷ Le domicile reste structurellement et fondamentalement un lieu où les personnes en situation de dépendance peuvent conserver une marge plus importante de décision et où les relations avec les aidants peuvent être davantage symétriques, F. Blondel, S. Delzescaux, *La prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées dépendantes vivant au domicile*, opus cité.

être source de soulagement et simultanément d'angoisse. Pour les aidants familiaux, la question de savoir, dans ce contexte, jusqu'où et comment prendre en considération les desiderata des personnes âgées fragilisées se pose avec force et est éminemment difficile à traiter. Elle suppose de leur part d'être capables de faire un diagnostic sur la situation globale dans laquelle les personnes se trouvent²⁴⁸ et de prendre, conséquemment, des décisions quant aux modes d'accompagnement à privilégier, ces décisions pouvant potentiellement les placer en posture de « mauvais objets » et susciter chez eux d'importants sentiments de culpabilité dès lors qu'elles ne convergent pas avec les vœux des personnes âgées fragilisées elles-mêmes. L'espace de négociation dans lequel ils se trouvent aspirés malgré eux constitue, de ce point de vue, un véritable écueil du fait de la pluralité des positions et des points de vue ».

Le diagnostic que les aidants familiaux ont à poser sur la situation de la personne âgée fragilisée n'est jamais simple à établir et les personnes interviewées dans le cadre de la recherche soulignent combien il peut être difficile de se rendre compte tout d'abord de la dégradation des fonctions physiques et/ou psychiques des personnes, et lorsque cette prise de conscience a lieu, il peut être nécessaire, ensuite, de faire prendre conscience aux personnes elles-mêmes de la nécessité de faire appel à une aide professionnalisée et de faire accepter cette aide. À cet égard, la mise en place d'un dispositif d'aide est jugée moins difficile à faire accepter lorsqu'elle fait suite à une chute ou une hospitalisation car les personnes âgées ont davantage conscience des enjeux de cette aide.

Verbatim Un aidant familial (nièce par alliance) : [Suite à une chute] elle est restée environ deux mois et demi à l'hôpital, deux mois et demi pendant lesquels je vais aller la voir deux fois par semaine et je vais beaucoup parler avec elle et avoir le temps de lui faire accepter des choses parce qu'il y a une partie de la famille qui pousse pour qu'elle soit mise en maison de retraite et elle, elle me dit je vous en supplie, je veux pas aller en maison de retraite. Je dis OK vous n'irez pas en maison de retraite [...] Je cherche donc une association [...] Il y a un moment où on a dit les choses comme elles

sont : « Si vous voulez rester chez vous, il faut que vous acceptiez qu'on rentre dans votre intimité ». Et ça c'est un vrai problème. On a affaire à une dame qui même ses sœurs ne rentrent pas chez elle car c'est quelque chose ! Elle va me donner 100% de confiance pour mettre les choses en place. Je lui dis : « On va mettre en place des auxiliaires de vie, mais il est impossible que les auxiliaires de vie rentrent chez vous dans l'état où est l'appartement ». [...] Il fallait rendre l'appartement accessible.

Parmi les écueils rencontrés, les aidants familiaux attirent aussi l'attention sur celui que représente la méconnaissance des implications pour l'aidant familial lui-même du maintien ou du retour à domicile. Avant que l'aide professionnalisée ne soit mise en place, il se peut, en effet, que l'aidant familial qui joue le rôle de référent auprès de la personne soit amené lui-même à intervenir auprès de la personne comme le ferait un professionnel auxiliaire de vie et les aidants s'étant retrouvés dans cette situation évoquent le désarroi dans lequel ils se sont trouvés placés du fait de la situation d'urgence, mais aussi du fait de la confrontation avec une situation complexe qui peut d'autant plus bouleverser leur vie familiale et conjugale que l'exigence d'aide est forte et suppose une grande disponibilité.

Verbatim Un aidant familial (fils) : Donc je l'ai ramenée à la maison... là... d'abord il a fallu s'occuper d'elle... On n'était pas prêt pour ça, hein, enfin bon tu dis que t'es pas prêt mais tu le fais, donc je l'ai... je l'ai lavée, j'ai appris tout ça, parce que je ne savais pas... faire, j'avais jamais fait de ma vie ça. J'ai lavé ma mère... elle a fait caca sous elle, j'ai nettoyé, enfin voilà, j'ai fait des trucs que je pensais pas pouvoir faire. Et puis en urgence ! Il a fallu faire ça. Bien... mais en fin de compte tu le fais, quoi. Les laver... après rapidement au bout de quelques jours on dit voilà qu'est-ce qu'on fait ? Enquêteur : Mais quand vous dites... j'étais pas prêt pour ça... Aidant familial : Dans la tête hein ! Je sais pas, j'ai pas réfléchi à ça. Elle est sortie [de l'hôpital] parce qu'elle voulait sortir, parce que elle voulait plus rester, parce qu'elle s'alimentait plus, donc c'était ma mère ! Elle me demandait ça... J'ai toujours dit à ma mère, j'ai toujours dit : « Tant que tu peux, tu resteras à la maison je te promets. » J'ai toujours dit ça. « Tant que tu peux, tu resteras ». On parlait franchement, en tout cas moi je parlais franchement... je lui disais : « Tant que tu peux rester à

248 C'est-à-dire comprendre, lorsque la communication est possible, les fondements des postures adoptées.

la maison je t'aiderai. Je t'aiderai, je t'aiderai. Voilà donc je t'aiderai, je te laisserai pas... » Elle voulait pas aller ailleurs. Donc je suis allé jusqu'au bout des choses, jusqu'au bout de ce que je pouvais faire. Donc ce jour-là, je l'ai ramenée à la maison, je lui ai dit : « Maintenant maman qu'est-ce que tu veux faire ? Voilà, tu peux pas rester ici, tu ne veux pas... » Parce que on l'aurait gardée à la maison hein, Véronique et moi on avait parlé de ça, on savait pas comment, mais elle serait restée à la maison. Si elle voulait, elle restait. Elle ne voulait pas, elle voulait rentrer chez elle. Y'avait aussi une autre solution qui était d'aller chez sa copine dans le sud. Elle était prête à l'accueillir, au-dessus de chez elle y'avait quelqu'un qui justement s'occupait des personnes âgées, donc elle pouvait aller là-bas. Elle n'a pas voulu. Ma mère a refusé. [...] Voilà. Donc après le système c'était de la mettre chez elle, elle pouvait plus rester seule, plus possible ! Donc là c'était un gros travail des recherches, de la chance, je suis tombé sur quelqu'un qui... Enquêteur : Expliquez-moi effectivement comment... votre maman est chez vous, elle veut rentrer chez elle... aucune aide à domicile n'est mise en place, comment est-ce que vous pouvez me décrire concrètement... Qu'est-ce qu'on fait quand on se retrouve face à ça, puisque elle est désormais quand même dépendante et donc il faut trouver quelqu'un. Aidant familial : On pleure, on panique... On se dit ben je vais jamais y arriver, je dis c'est pas possible, je vais jamais y arriver et puis et puis tout d'un coup on se reprend, parce que moi je me reprends en général... Enquêteur : Alors vous dites on pleure, on panique. Pourquoi on pleure ? Qu'est-ce qui fait pleurer... Aidant familial : Parce qu'on se dit... je savais pas, je me disais... alors qu'est-ce qui fait pleurer... je... d'abord de la voir comme ça, et de se dire qu'est-ce que je vais faire d'elle... Comment on va faire ? J'avais l'impression d'être dans une impasse, j'ai... je savais pas comment faire. Donc rapidement, alors rapidement, vraiment rapidement, on se dit bon il faut trouver quelqu'un c'est évident... et là j'appelle, j'ai appelé les voisines de ma mère, les amies de ma mère, savoir si... dans leurs relations il y avait quelqu'un... voilà. Et, et là c'est vraiment la chance, depuis longtemps chez ma mère il y avait quelqu'un qui venait faire le ménage, qui venait s'occuper un peu d'elle, les courses pour elle, parler avec elle et qui était libre, qui ne travaillait pas à ce moment-là. Donc j'ai demandé à la voir, je l'ai vue... [...] C'est une voisine qui m'a dit que cette dame-là, qui venait souvent, était libre en ce moment, fallait l'appeler voir si ça l'intéressait. Bon ben je l'ai... on s'est vu... on s'est vu et... on a parlé d'argent, parce que pour moi fallait se mettre

d'accord là-dessus, nous on a dit « Ecoutez au niveau argent... » On s'est vite mis d'accord, c'était rapide hein, vu qu'elle voulait être déclarée. Donc là... [...] Elle partait sur 1 000 € par mois net... donc moi je préférais non déclaré (rires) bien sûr parce qu'après ça triple avec les charges, très très vite, enfin je sais pas c'est par CESU et tout... Enquêteur : Ça faisait combien d'heures du coup, vous aviez calculé sur quelle base ? Aidant familial : Alors là, c'est là que ça s'est bien passé, parce que... ben parce que... je crois que je l'ai eue à l'affectif, on en a discuté, négocié, j'ai dit : « Voilà... » J'ai expliqué que moi je pouvais être là le soir, pas la journée, donc elle m'a dit : « Ecoutez, moi je peux pas toute la journée... » Elle faisait neuf heures, même des fois un petit peu avant, jusqu'à dix-neuf heures... Par contre elle était libre d'aller et venir. Par exemple si elle avait des courses à faire, elle le faisait, voilà c'était l'arrangement, elle était libre. Mais elle faisait une... fourchette d'heures assez vaste quoi. Elle s'occupait de tout hein, de ma mère, mais aussi des courses, du ménage, tout. Elle avait rendez-vous ailleurs, elle partait au rendez-vous. Voilà... c'était pas... elle était pas clouée chez ma mère quoi, hein. Donc on est parti comme ça, ça marchait vraiment très bien, on avait un fonctionnement impeccable hein, parce qu'elle se sentait libre et moi je savais qu'elle était quand même souvent à la maison. Donc... on a mis ça en place, j'ai mis le CESU en place au niveau charges comme elle voulait être déclarée... évidemment les frais sont montés très vite hein, ça monte tout de suite rapidement, avec les charges c'est pff... c'est quasiment doublé pratiquement au niveau salaire.

Le récit des circonstances qui ont amené cet aidant familial à mettre en place un dispositif d'aide à domicile pour sa mère âgée de 87 ans, une dame en situation de veuvage et dont l'hospitalisation faisait suite à un accident vasculaire cérébral, montre combien le choix du maintien à domicile s'inscrit fondamentalement dans une histoire partagée qui lui sert d'étai, en même temps qu'il s'inscrit dans un processus complexe de prise de conscience des situations de dépendance et de leurs implications pour chacun des acteurs et de prises de décisions concrètes qui ont aussi des répercussions sur la vie des personnes. Aux besoins des personnes âgées fragilisées font donc simultanément écho les besoins des aidants familiaux, leur réactivité par rapport aux situations de dépendance auxquelles ils sont confrontés restant tributaire de leur capacité à mobiliser un ensemble de ressources

dont ils ne disposent pas nécessairement, à savoir des ressources financières, matérielles, humaines, psychiques. Les personnes interviewées attirent unanimement l'attention sur les trésors d'énergie qu'elles ont eu à déployer ne serait-ce que pour coordonner à minima les différentes temporalités des acteurs mobilisés dans ce processus de maintien. Ainsi que nous le soulignons dans l'article cité précédemment, « *le choix du maintien à domicile, lorsqu'il est arrêté, suppose également un certain degré de familiarité avec le système d'aides proposé par les pouvoirs publics, la sollicitation d'une telle aide supposant, comme dans le jeu des poupées Russes, de se familiariser avec le système d'évaluation de la dépendance et ses modes de financement*²⁴⁹ qui peuvent varier selon les modalités d'intervention retenues. Les aidants familiaux ont, à cet égard, aussi à forger une expertise sur les différents services d'aides susceptibles de concourir au maintien à domicile (B. Ennuyer, 2006)²⁵⁰, cette expertise étant indispensable pour coordonner les accompagnements des différents professionnels qui interviennent au domicile, contrôler l'effectivité et la qualité de ces accompagnements et assurer la fonction de tiers régulateur qu'ils sont aussi inéluctablement amenés à remplir²⁵¹ ».

Le recours à l'emploi direct, ainsi que le met en évidence l'exemple évoqué ci-dessus, présente l'avantage du libre choix et de la souplesse dans la négociation, les contreparties auxquelles doivent consentir les uns et les autres faisant l'objet d'un négoce direct qui rend aussi possible la réactivité. Cela étant, un tel recours suppose une bonne solvabilité et du bénéficiaire et, au moins dans un premier temps, de l'aidant, de même qu'il suppose

249 Allocations versées par les caisses de retraites et Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) versée par les conseils généraux pour les personnes âgées, allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) et Prestation de Compensation Handicap (PCH) versées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour les personnes déclarées en situation de handicap avant 60 ans.

250 Cette expertise est d'autant plus importante que le statut de la personne âgée dépendante diffère selon qu'elle recourt à des services prestataires, mandataires ou à de l'emploi direct qui implique de se familiariser avec le système du CESU (Chèque Emploi Service Universel) par l'intermédiaire duquel ils rémunèrent les auxiliaires de vie dont ils sont les employeurs.

251 Frédéric BLONDEL, Sabine DELZESCAUX, « L'aide familiale aux personnes âgées fragilisées : enjeux et perspectives », opus cité.

l'existence d'un réseau de personnes fiables vers lequel se tourner spontanément, la délégation de l'accompagnement à un tiers non familial supposant, pour sa part, un pari sur la confiance qui pose la question du contrôle et de ses modalités d'exercice. Dans le cas présenté, l'aidant familial était parvenu à recruter un seul auxiliaire de vie disposé, moyennant certaines libertés d'action, à couvrir une amplitude horaire conséquente, les nuits étant assurées par l'aidant familial lui-même. Mais ainsi qu'en témoignent d'autres situations évoquées, pour peu que les aidants familiaux ne trouvent pas d'auxiliaires de vie acceptant d'intervenir de manière extensive, ils sont alors obligés de faire appel à une pluralité d'intervenants, ce qui entraîne des difficultés aussi bien de gestion que de coordination et de contrôle des horaires et du travail effectué.

Verbatim Un aidant familial (fille exprimant ses attentes par rapport aux services prestataires) : Moi j'attends qu'ils managent les équipes, qu'ils aient une véritable compétence, qu'ils nous libèrent des problèmes de remplacement, qu'ils soient les garants de la qualité par rapport à ce qui a été contractualisé. [...] Moi j'ai vu les problèmes que ça pose en gré à gré quand il faut gérer six personnes. C'est ingérable.

Lorsque l'aidant familial est en capacité de suppléer à la présence d'auxiliaires de vie, notamment la nuit, se pose, néanmoins, la question de son usure et de son épuisement. La fragilisation des personnes, dès lors qu'elle est physique et psychique, requiert, en effet, une vigilance de tous les instants et les risques de chute sont ceux qui inquiètent le plus les aidants dans la mesure où ils entraînent des hospitalisations et une dégradation de la santé souvent lourdes de conséquences, par la suite, pour l'accompagnement. Même si les aidants familiaux ont conscience du fait qu'ils sont obligés d'accepter ces risques de chute et qu'ils ne peuvent pas anticiper tous les problèmes susceptibles de se poser (dénutrition, repli sur soi, états de confusion etc.), ils attirent l'attention sur le fait qu'ils se sentent profondément responsables de leurs proches désormais vulnérables. Les promesses faites ne sauraient être, autrement dit, trahies et l'attachement éprouvé les amène à aller le plus loin possible dans le soutien apporté, au risque parfois de s'effondrer eux-mêmes.

Verbatim 1/ Aidant familial (fils): Moi j'ai toujours dit, tant qu'elle était... la tête c'est pas très grave la tête, c'est le physique qui m'a fait arrêter. Après les deux se sont mélangés bien sûr, parce que les deux se mélangent, j'ai bien compris, le médecin m'a expliqué. Moi je me suis démené, j'ai essayé de comprendre ce qui se passait, donc j'ai été voir plusieurs fois le médecin... Ils devaient même en avoir marre de me voir à l'hôpital, mais j'ai... il m'a expliqué, j'ai compris. Que... intellectuellement dans la tête ça ne pouvait pas ou pas beaucoup s'améliorer. En tout cas, là, ce que j'ai fait prouve un peu le contraire, puisque j'ai vu des améliorations nettes dans sa tête depuis qu'elle est à P. [Maison de retraite en province]. Mais je sais que c'est provisoire, je le sais. Bon voilà. Mais en tout cas, je me suis dit tant qu'elle était autonome... en partie. Pourquoi j'ai lâché prise, moi ? Parce que, au niveau autonomie et dans la tête, les deux mélangés, c'était plus possible pour moi. Elle était en danger tout le temps. En danger elle et moi, physiquement, je pouvais plus. Voilà. Physiquement, psychologiquement vous ne pouvez plus. J'avais atteint quasiment la limite, les deux mélangés faisaient que j'étais, moi, en danger. En tout cas, c'est ce que m'a dit mon médecin à moi. « Eh oui vous êtes en danger, il faut arrêter. » Voilà. Et ce qu'elle m'a dit ce jour-là, donc peu de temps avant que je prenne la décision de ma mère de placer... ça m'a, ça m'a fait comprendre que... qu'il fallait... elle avait raison. J'ai un médecin qui s'occupe d'une maison de retraite, c'est une femme et évidemment elle sait de quoi elle parlait. Quand elle m'a dit, cette femme-là, elle m'a dit... je suis allé la voir parce que j'avais plus de tension, j'étais donc en... C'était quand ? C'était donc au mois de mai... c'était mi-mai, oui mi-mai, oui c'était vers le 10/11 mai. Oui. J'étais très fatigué, j'en pouvais plus, je suis allé la voir, elle m'a dit et moi j'ai pas beaucoup de tension, j'étais à 9,5 - 9,6 je sais plus, elle m'a dit : « Qu'est-ce qui se passe ? » Je lui ai dit : « Non, non ça va. » Elle dit : « Non ça va pas bien, on n'est pas comme ça, sans maladie, on a un problème. » Et là je me suis effondré en pleurs, je suis resté une heure dans son cabinet, une heure à... lui dire ce qui n'allait pas quoi. Et à pleurer. Et je pleurais et je pleurais et je pleurais tout le temps. Pendant une heure, j'ai pleuré. Ça m'a sûrement fait beaucoup de bien, sûrement. En tout cas, je suis sorti de là-dedans, je suis sorti, j'avais pris la décision. J'ai dit, voilà, il faut arrêter, tu peux plus... tu peux plus, il faut arrêter. Bon, on

était vers le 10 mai, ma mère... allait de moins en moins bien, le 15 mai, c'était son anniversaire, 87 ans, du monde est venu à la maison, parce que c'est important qu'ils viennent dans la maison... Chez elle, elle était très très mal, tout le monde était effrayé de la voir comme ça, tout le monde était effrayé, elle était vraiment pas bien... dans la tête, vraiment pas bien, alors là... et physiquement, elle pouvait plus se lever, ma mère, c'est-à-dire qu'elle se mettait debout, elle se rasseyait ou elle tombait. On est arrivé au maximum de ce que je pouvais, c'est-à-dire elle ne m'écoutait pas. « Te lève pas ». Elle me disait oui, oui, et puis l'instant d'après, elle se levait et elle tombait... au niveau... aussi bien urine que... enfin tout quoi. J'étais au bout. J'étais au bout de, de... mais je m'accrochais encore hein, 15 mai, je m'accrochais encore. Le soir... donc je suis resté avec elle, le soir, on est parti, elle commençait à avoir des problèmes de... de respiration encore... de... d'autonomie, elle pouvait plus se lever, donc les urgences, une fois de plus, parce que les urgences, j'y suis allé un paquet de fois hein (rires). Enquêteur : C'est-à-dire ? Aidant familial : Je sais pas, j'ai pas compté, mais je sais pas en... quatre, cinq mois, peut-être six, sept fois aux urgences, c'est pas mal hein. Souvent la nuit hein, j'ai passé des nuits aux urgences hein, y'a même des gens qui me connaissaient là-bas. A la fin, ils me connaissaient très bien. C'est formidable hein. Au bout d'un moment, tu connais les gens, bon ben oui. Je connais très très bien l'hôpital, j'y suis comme chez moi. Je me balade là-dedans, dans les couloirs... (Rires) comme un médecin ! Voilà. Donc là-bas... ils la gardent aux urgences, donc je reste avec elle, j'en avais marre, il faut avouer les choses. Je voulais plus rester, j'en avais assez, j'en avais assez d'être aux urgences, d'être... j'en avais marre d'être là. Marre ! Assez ! Donc je suis resté avec elle une fois de plus, ils la gardent, scanner... elle se plaignait d'avoir mal, scanner, parce qu'elle se plaignait d'avoir plein de douleurs, scanner, ils trouvent rien, ils trouvent que dalle, ils cherchent scanner, radios... moi je dis : « Ecoutez... » Au bout de je sais plus combien d'heures, je dis : « Ecoutez je rentre chez moi, je suis pas loin, je reste chez ma mère, si y'a un problème vous m'appellez, je viens. » Pour me reposer un petit peu, parce que le lendemain, je travaillais, je rentre chez ma mère et puis un coup de téléphone, il devait être... je sais plus quelle heure, il me dit : « Ecoutez... on vous la renvoie » Je dis : « ah bon ? Ah bon ? » « Oui, on vous la renvoie, on n'a rien trouvé,

on vous la renvoie. » Je dis : « Bon ben écoutez... ambulance, vous la ramenez. » Je me dis qu'est-ce que je vais faire d'elle ? Qu'est-ce que je vais faire d'elle ! Je dis bon, les heures passent, plus rien. Ils sont pas déjà là ? Je rappelle, y a eu un changement d'équipe, de service et l'interne de la nouvelle équipe a décidé lui de la garder. Il trouvait des trucs qui n'allaient pas. Heureusement que j'ai appelé parce que sinon j'aurais jamais réussi... enfin si, à le savoir. Je dis : « ah bon, bon ? » Je repars là-bas. Je repars là-bas, voir ce qui se passe et donc là ils avaient trouvé... elle était pas bien et effectivement elle avait... ben je dis : « Ecoutez, depuis le début je vous l'avais dit qu'elle disait n'importe quoi, qu'elle se plaignait des douleurs, qu'elle... » Donc là-bas ils l'ont mis... pour trouver une chambre, c'est compliqué dans les hôpitaux hein, en pneumologie... oui, en pneumologie et donc là rapidement, au bout de plusieurs jours, elle commence à aller mieux et elle remarque. L'hôpital a toujours eu pour elle un effet positif, mais dans des brèves séquences, pas des mois, des brèves séquences. L'hôpital hein ! Pas la maison de repos. Et là, là le nouveau combat commence pour moi. Je savais pas, là, là je savais pas comment faire. Donc à ce moment-là, elle va à l'hôpital, elle va mieux. Et le médecin me dit, c'est un jeune interne, que j'ai beaucoup vu, on a beaucoup parlé et donc on parle et il me dit : « bien, donc là, on va la remettre sur pied et après qu'est-ce qu'on en fait ? Qu'est-ce que vous en faites ? » Je dis : « Ecoutez, je veux la placer. » Je lui ai dit hein, je lui ai dit, je veux la placer, c'est la première que je dis ça à quelqu'un, je ne pouvais plus. Mais il me dit que c'est pour lui une évidence, et il me parle de maison de repos avant. Je lui dis : « Non, maison de repos, non. Non. A chaque fois là-bas elle déprime et son état empire. Je lui dis : « Là, elle remarque, elle va mieux, il faut vite, vite trouver une solution, mais pas ça. » Il me dit OK, je trouvais quelqu'un qui me comprenait. Il me dit : « Ecoutez d'accord, trouvez une maison de repos. » je dis : « très bien dites-moi comment ça se passe ? » Avec l'idée moi... Enquêteur : Donc c'est lui qui vous dit : vous trouvez une maison de repos ? Aidant familial : Il me dit, on cherche. Lui, toi et moi. Voilà. Donc je me dis c'est pareil. Moi, je vais sur Internet et je cherche à comprendre comment ça se passe une maison de repos. J'en sais rien, moi, comment ça se passe une maison de repos ! Mais je sais qu'il faut aller vite, donc là on est dans les... 18 mai, par là, quoi... 18 mai, voilà par là. Elle

venait d'arriver à l'hôpital. Où elle va rapidement mieux. C'est-à-dire que, mais par contre ils l'attachent, parce que ma mère, elle se lève et elle tient pas debout. La tête, c'est le problème que j'avais, c'est qu'elle écoutait pas, elle dit oui, oui, oui, mais elle se lève et elle tombe quoi. Parce qu'elle croit marcher et elle peut pas. Mais rapidement au bout des jours, je vois qu'elle va mieux. La preuve, la dernière fois où j'arrive, j'arrive un jour... elle n'est plus dans sa chambre, alors ce jour-là... je dis à celle qui est en face je dis : « Où elle est ? » Elle dit : « Ben elle est partie ! » Elle était dans les couloirs. Toute seule. La panique ! Je me dis, mais c'est pas vrai ! Mais elle dit : « Oui, oui elle marche bien mieux, elle se débrouille. » Effectivement elle s'était dérouillée les jambes et moi, je savais pas... et pourtant je l'avais pas vu, elle est partie loin et d'un coup, elle me voit de loin, elle dit : « ah ! » Voilà. Donc je... j'ai compris qu'elle pouvait s'améliorer, qu'elle pouvait... donc là c'était, ou je craquais encore une fois, parce que c'est craquer et je disais bon, je la ramène à la maison, mais... Je savais que c'est pas la bonne solution, que physiquement, intellectuellement... à la maison, à chaque fois elle rebaisait, elle était heureuse d'être chez elle, mais ça fonctionnait pas. Donc je me suis demandé pourquoi ça fonctionnait pas. Pourquoi ça fonctionnait pas ? Elle était heureuse d'être chez elle ! Pourquoi ? Et c'était un mélange de tout, pour moi, elle voyait pas assez de gens, elle n'allait plus dehors, parce que cinq étages, il faut les faire et puis elle n'était pas suivie au niveau médical ! Y'avait un suivi à faire, un suivi, dès que ça allait mal, toc ! Les médecins devaient voir ça. Et moi, j'étais pas médecin, je comprenais un peu comment ça fonctionnait, comment elle fonctionnait, les premières... les premières alertes de ce qui n'allait pas au niveau par exemple, poumons, elle a quand même fait deux affections pulmonaires, que j'ai vu arriver... surtout la deuxième, parce que là, celle-là, la deuxième, elle s'est vite arrêtée puisque je l'ai renvoyée vite à l'hôpital, je savais qu'il y avait un souci. Donc j'ai compris ça. Donc je me dis craque pas... Enquêteur : Et quand vous dites à la maison, c'est-à-dire en fait vous faites un diagnostic que elle, elle veut rentrer à la maison, mais qu'en réalité à la maison ça fonctionne pas, donc vous dites elle ne voyait personne, ça veut dire que finalement, au niveau de l'auxiliaire de vie... Aidant familial : Elle, elle la voyait, elle... Ah non, l'auxiliaire de vie, elle est toujours là, ah non, non, elle c'était impeccable, non c'est des

gens... plein de gens quoi. Moi j'ai envie... pas d'appeler ou de faire appeler ses amis pour qu'ils viennent la voir. Mais il vient une fois... et puis après pendant des semaines... ma mère fallait qu'il y ait du monde, une vie. Moi je passais tous les soirs, mais moi c'est le soir. Puis moi... moi c'est son fils, je voulais qu'il y ait des amis qui viennent... les amis disent... « Tu sais c'est une décision qui est prise... » J'ai été tellement critiqué, je le sais, par ses amis, par... par... par ses voisins, par... ma famille à moi... qui, en grande partie, n'ont pas compris que je prenne cette décision-là. A part ceux qui l'ont vue le jour de son anniversaire, dans quel état elle était et qui ont bien compris que, même s'ils ont peut-être pas voulu l'admettre, qu'on était arrivé au bout de l'histoire, qu'elle ne pouvait plus rester à la maison et qu'elle les avait à peine reconnus... Voilà, c'était... bon. Ils ont compris ce jour-là que peut-être mon choix était aussi le bon, après tu sais les gens n'acceptent pas, ils se disent ah oui quand même il aurait peut-être pu... moi on me l'a pas dit en face, mais j'ai très bien compris plusieurs fois que pour certains j'ai pas été un bon fils dans le sens où j'ai pas été au bout des choses, jusqu'au bout chez elle, mais moi, ils savaient pas, ils vivaient pas dans l'intimité, moi j'ai vu...

2/ Aidant familial (fille, mère avec une macula et un début d'Alzheimer) : Les auxiliaires de vie viennent essentiellement pour la sortir ou pour faire le ménage. Tout le reste, on fait. Quand je suis là, je mange avec elle le midi. Quand je travaille pas, je suis avec elle. Et si je suis pas là, je prépare la veille au soir et elle met au micro-ondes. Et de toute façon, on a enlevé les boutons de gaz. J'en ai eu des tours. Le gaz, elle ouvrait les robinets de gaz et comme elle avait froid, elle ouvrait les cinq gaz et elle mettait sa chaise contre le gaz. [...] Quand je travaille pas, je mange avec elle le midi, quand je travaille je prépare pour le lendemain et, de toute façon, tous les soirs on mange avec elle. Et j'ai une infirmière en ce moment qui passe matin, midi pour les médicaments et pour les soins des yeux et en ce moment elle passe même le soir alors qu'elle a pas le droit et je lui ai demandé de passer parce que moi, y a une chose que je veux pas, c'est être responsable de... parce qu'avec les médicaments que je prends, je peux aussi faire des erreurs, donc je veux pas être responsable s'il arrive quelque chose au niveau des yeux, donc je leur ai demandé de faire le traitement des yeux pendant un mois quitte à payer en dehors de la sécu [...] Quand elle est

toute seule, elle a équinox, elle a le bracelet, et puis on est pas loin.

Les conditions de l'accompagnement ne se réduisent pas, on le voit, au strict accompagnement à domicile mais englobent un ensemble de paramètres qui, en l'absence de soutiens extérieurs, peuvent conduire à des situations critiques pour les aidants familiaux eux-mêmes : états de fatigue chronique, crises de larmes, états dépressifs, effondrements. Ces derniers soulignent combien la présence de relais est importante dans le cadre de l'accompagnement, l'activité de coordination des différentes dimensions de l'accompagnement (courses, repas, habillage, entretien de la maison, soins médicaux, socialisation etc.) requérant un temps et une disponibilité jugés très conséquents. Dans ce contexte, la présence de tiers régulateurs capables de les aider à penser ce qu'ils vivent, capables aussi de les déculpabiliser par rapport aux sentiments d'impuissance qu'ils éprouvent face à la maladie et capables enfin de les aider à institutionnaliser l'accompagnement lorsque cela est nécessaire est jugée essentielle. Certains aidants familiaux estiment, à cet égard, que le coût des placements en maisons de retraite spécialisées est tel que c'est une solution que, de fait, ils n'envisagent pas, l'absence d'alternative jugée acceptable pour la personne vulnérable n'allant pas sans susciter ou exacerber leurs sentiments de culpabilité et d'anxiété.

S'il importe d'attirer l'attention sur ces points, c'est que le rapport des aidants familiaux à la qualité du service rendu n'est pas strictement référé au seul accompagnement de la personne fragile elle-même. Lorsque les professionnels auxiliaires de vie sont loués pour leurs qualités professionnelles c'est-à-dire, du point de vue des aidants familiaux rencontrés, pour leur ponctualité, leur honnêteté, leur bienveillance, leur sérieux dans le travail effectué, leur prévenance, ce que les aidants familiaux louent et perçoivent en eux, c'est aussi une capacité à se constituer véritablement comme relais et à alléger, par là-même, le poids des responsabilités qui pèsent sur eux.

Verbatim 1/ Aidant familial (épouse, mari Alzheimer) : Il faut qu'elle [l'auxiliaire de vie] tienne vraiment compte de la personne, de la pathologie. Que ce soit un relais par rapport à nous. Quand elle est là, que nous on puisse les laisser en de bonnes mains si on peut dire. Qu'on

puisse s'absenter pour faire autre chose [...] Enquêteur : Qu'est-ce que ça veut dire pour vous, prendre le relais, qu'est-ce que sous-tend prendre le relais ? Aidant familial : Prendre le relais, c'est prendre soin de la personne, faire attention au bien-être de la personne. Enquêteur : A quoi vous voyez qu'elle a bien fait le travail ? Aidant familial : Il faut que la personne malade se sente bien avec elle. [...] Si ça se passe pas bien, automatiquement on le sent, elles [les personnes] sont angoissées, elles se sentent pas bien.

2/ Aidant familial (fille, mère atteinte de la maladie d'Alzheimer) : Les attentes de maman. Je pense que maman avait envie d'être bien à la maison et avait surtout besoin, du moins dans les derniers temps, de maternage. Elle avait besoin que Marie s'assoie à côté d'elle, lui tienne la main, la rassure. Certainement c'était une de ses grandes demandes, d'où le pourquoi aussi il était pas question de la laisser seule, par exemple, la nuit. C'était pas possible. Le nombre de fois où, avant qu'elle s'endorme le soir, Marie restait à côté d'elle, parlait avec elle, la rassurait. Elle avait besoin d'une présence et d'une présence rassurante et aimante. Et je pense que c'est pas neutre que maman soit morte avec elle. Elle avait fait un petit malaise le dimanche avec nous, mais c'est pas ce jour là qu'elle a choisi de partir. Elle a choisi de partir quand Marie était là. Et sans nous. Moi, je l'avais vue le matin, elle allait pas plus mal.

Lorsque des rapports de confiance ne parviennent pas à s'établir, les aidants familiaux se disent inquiets et leurs sentiments de culpabilité tendent à se renforcer lorsqu'ils ont à s'absenter, le fait de devoir déléguer l'accompagnement à des professionnels à l'égard desquels ils éprouvent de la suspicion étant jugé difficile à vivre. D'où, l'importance aussi, pour eux, de fidéliser les professionnels auxiliaires de vie avec lesquels ils sont parvenus à nouer des relations de confiance, la position de régulateurs qu'ils occupent les amenant à davantage solliciter les professionnels qui leur paraissent susceptibles de répondre aussi bien aux besoins des bénéficiaires qu'à leurs propres besoins en termes de délégation. Les propos tenus dans le cadre des groupes de travail et les entretiens montrent, à cet égard, que plus les aidants familiaux se sentent en confiance avec les professionnels, notamment dans le cadre mandataire, et plus ils sont tentés de nouer avec

eux des pactes implicites qui renforcent les liens de fidélisation réciproque.

Verbatim Un aidant familial (fille, mère atteinte d'Alzheimer) : C'est vrai qu'il y a eu une relation, j'ai envie de dire, au moins deux vraiment, une relation très forte. Y en a deux qui ont envie de venir avec nous à la campagne pour aller au cimetière [...] Y a eu aussi quelque chose quand même qui a été important. Parce que Marie à une petite qui a dix ans et on avait pris l'option cette année, comme elle était beaucoup bringuée à droite à gauche vu le rythme de sa mère à cette époque là, on avait pris l'option qu'elle soit scolarisée dans le quartier et qu'elle loge chez maman. Ça a été beaucoup de propositions de mon frère sur lesquelles j'ai adhéré. Ma sœur était loin d'être d'accord « oui, vous vous faites avoir et si maman venait à disparaître, comment on fait ? » C'est ce qu'on a fait, ce qui a apporté beaucoup de vie à la maison, une petite fille de dix ans... Avec maman, elle s'était pris d'affection pour maman, c'était sa mamie. Donc quand maman est décédée, j'ai dit bon de toute façon y a pas de solution, il faut lui laisser finir son année scolaire, de toute façon on va pas mettre Lucie à la porte, donc Lucie est toujours scolarisée et pour le moment Marie vit toujours dans l'appartement.

Les arrangements trouvés entre aidants familiaux et professionnels sont de multiple natures et sont, en règle générale, considérés comme allant de soi compte tenu de la proximité des liens tissés. Ce n'est que lorsque les auxiliaires de vie exercent en prestataire ou en mandataire qu'ils sont regardés comme des *illégalismes* qu'il convient de dissimuler aux tiers régulateurs extérieurs que représentent les directeurs de structure ou les responsables de secteur. Pour peu que la qualité rendue se rapproche de la qualité attendue, son émancipation par rapport à la qualité voulue n'est pas considérée en soi comme problématique par les aidants familiaux qui sont alors aussi enclins à nouer des pactes implicites avec les professionnels auxiliaires de vie que les bénéficiaires.

On peut penser *in fine*, au regard des propos tenus par les aidants familiaux et dès lors qu'on les recoupe avec ceux tenus par les bénéficiaires et les professionnels, que le rapport à la qualité est, pour les uns comme pour les autres, toujours référé à la convergence des systèmes normés. Pour les aidants familiaux sont importantes la convergence

entre le système normé du bénéficiaire et celui du professionnel d'une part, et la convergence entre le système normé du professionnel et leur propre système normé d'autre part. Lorsque le système normé des aidants familiaux ne converge ni avec celui du bénéficiaire, ni avec celui des professionnels, alors les pactes implicites noués entre le bénéficiaire et les professionnels tendront à prévaloir et l'aidant familial sera tenu autant que faire se peut à distance de la réalité des interventions. Lorsque le système normé des aidants familiaux converge avec celui des bénéficiaires, une alliance pourra être nouée entre eux de sorte à résister, si besoin, à celui proposé par le professionnel. Lorsqu'enfin les systèmes normés des aidants familiaux et des professionnels convergent entre-eux mais pas avec celui des bénéficiaires, en l'absence de possibilité de symétrisation des liens, le bénéficiaire devra céder sur son propre système normé pour se soumettre à celui négocié entre les aidants familiaux et les professionnels. Les configurations, on le voit, sont multiples comme le sont leurs implications en termes de rapport à la qualité du service rendu. Les cadres contractuels négociés par les structures, lorsque les professionnels interviennent en mode prestataire et mandataire, et qui portent la marque des systèmes normés des structures elles-mêmes, ne pourront prévaloir que pour autant qu'ils convergent à minima avec les systèmes normés des bénéficiaires et des aidants familiaux et les demandes de contrôle à domicile formulées par les aidants familiaux émanent souvent dans les contextes où le système normé du professionnel ne converge pas avec le leur et/ou avec celui du bénéficiaire : la contractualisation établie redevient alors l'étalon sur lequel le service rendu sera jugé.

CONCLUSION

LES CONDITIONS DE LA FABRIQUE DE LA QUALITÉ

Il convient, au terme de cette recherche et dans le cadre de notre conclusion, de proposer une formulation synthétique et analytique des résultats de ce travail consacré à l'identification des outils de mesure de la qualité du maintien à domicile et à l'étude ce qu'ils prétendent mesurer. La méthodologie utilisée a reposé sur le croisement des points de vue des acteurs (des institutionnels, des directeurs gestionnaires d'entreprises ou de services, des professionnels directement chargés de l'accompagnement des personnes fragiles, et si l'on peut les nommer acteurs, des bénéficiaires de la prestation) et elle a permis d'identifier les objets sur lesquels les uns et les autres font porter leurs préoccupations en matière de qualité, ainsi que les modalités opératoires qu'ils mettent en œuvre pour en vérifier la réalité. Autrement dit, l'étude a cherché à soumettre à l'évaluation croisée la pertinence des outils mobilisés au regard des objectifs de mesure qui leur sont assignés. Par ailleurs, la parole donnée aux différents acteurs a permis, selon eux, de rendre visible certains éléments de la « qualité » qui n'étaient pas pris en compte par les outils de mesure existants.

Un premier résultat, qui émerge sans doute comme un effet de la problématisation et de la méthodologie, conduit à relever que, s'agissant de l'étude de la qualité dans le domaine du service d'aide à la personne fragile, l'homme reste le premier et le dernier outil de mesure. Qu'on aborde le thème de la qualité sous l'angle de l'énonciation d'une politique en sa faveur, de la conception de ses outils, de leur production, de leurs modalités d'utilisation, de leur réception, on retrouve le point de vue de l'homme. Ainsi, c'est toujours la faculté de juger (Arendt H., 2009) de l'homme qui est, en dernier ressort, mobilisé pour définir la qualité. Dès que l'on tente d'en cerner empiriquement les dimensions techniques et de l'appréhender de la même façon que le modèle industriel qui définit la qualité d'une chose en l'identifiant à un niveau de conformité recevable pour un client à fidéliser, on se heurte à une multiplicité de paramètres instables et peu standardisables du fait que ceux qui sont en lieu et place pour la définir n'analysent pas la prestation de la même place ni ne défendent

les mêmes intérêts à son égard. Ainsi, et bien que les services d'aides à la personne soient aujourd'hui regroupés avec les services à la personne sous le vocabulaire unifiant de « Services à la Personne » au sein de l'ANSP, la définition de la qualité du service d'aide à la personne ne semble pas assimilable à celle inspirée par l'approche industrielle. En effet, si l'approche par critères d'efficacité et indicateurs quantitatifs peuvent suffire (comme il est d'usage dans le secteur industriel soucieux d'objectiver la qualité) pour apprécier une prestation de service à la personne, elle ne peut suffire pour juger de la qualité de prestation d'aide à la personne. La qualité de cette prestation ne peut, dans les faits, se comprendre sans une approche qui mobilise des critères d'efficacité et des indicateurs qualitatifs (sauf à réduire à une équivalence les deux ordres de prestations). De plus, dans le service à la personne, comme dans l'industrie, l'objet (le ménage, le repassage, la préparation du repas, etc.) peut être réalisé en dehors de la présence du bénéficiaire, c'est-à-dire que son processus de fabrication ne dépend pas d'interactions qui pourraient se dérouler au cours même de la fabrication entre le producteur de service et son bénéficiaire. Le processus de fabrication est tout concentré et finalisé vers le respect du cahier des charges dans lequel, en général, sont stipulées les conditions de recevabilité de la chose livrée. Cette qualité, souvent dénommée qualité voulue, est celle définie par le rapport de conformité entre objectifs du cahier des charges et moyens mis en œuvre. Dans cette perspective domine la recherche d'efficacité, la réalisation de la tâche au moindre coût pour le client et au meilleur rendement pour le fournisseur de prestation. C'est à cette condition que le service à la personne peut être envisagé comme une prestation qui supporte l'objectivation, la normalisation, la reproductibilité, la dénomination de « chose » ou de « tâche » et une évaluation objectivée. Une prestation de service d'aide à domicile se caractérise, quant à elle, par un service réalisé en présence du bénéficiaire et avec sa participation plus ou moins active. Les entretiens donnent à voir que les tâches de ménage sont réalisées différemment selon que le bénéficiaire est absent ou présent au domicile et, en sa présence, de fait, l'aide ménagère devra faire preuve de mille et une petites attentions dont elle aurait été dispensée en son absence parce que justement, le jugement du bénéficiaire sur la tâche réalisée intègre celui sur le contexte de réalisation. Si une

séquence de ménage « bien faite » s'est déroulée dans un bruit assourdissant de meubles que l'on déplace, de vaisselle que l'on entrechoque ou encore de déplacement de l'usager de la cuisine au salon pendant qu'il déjeune, il y a fort à penser que le jugement sur le résultat de la séquence de travail soit fortement marqué par les désagréments causés par cette absence d'égard de l'aide ménagère. Alors que dire lorsqu'il s'agit d'aide à la toilette, au coucher, au lever, aux déplacements (les transferts), à la réalisation d'activités sociales ou de soins, si ce n'est de constater qu'effectivement la qualité de la relation semble inhérente à la définition de la qualité de la tâche réalisée, à la différence de la prestation de service à la personne ? Le deuxième élément de différenciation entre l'approche de la qualité dans le champ du service à la personne et celui du service d'aide à la personne réside dans la situation de fragilité du bénéficiaire qui en fait un demandeur d'aide. Ce qui est donc radicalement différent, et qui renforce l'argument selon lequel la qualité d'une prestation d'aide ne peut se mesurer avec les mêmes critères et indicateurs que ceux employés pour la mesure d'une prestation de service, c'est que le demandeur d'aide est un individu dont la demande s'écarte, du fait de sa fragilité, d'une demande moyenne, normale et normée comme peut l'escompter un service à la personne qui formate son offre de service en fonction d'une représentation véhiculée de l'individu autonome en capacité d'exprimer rationnellement une demande finalement commune et standard, c'est à dire sans équivoque, sans ambiguïté et ambivalence par rapport au résultat attendu. La personne fragile et dépendante a de fait un mode de vie qui tend, selon le degré de dépendance à autrui, à s'éloigner des comportements de l'homme moyen, au sens qu'en donne Quetelet (1835). Pour lui, l'homme moyen est celui qui concentre le plus de variables et attributs qui font de lui un individu au comportement moyen, c'est à dire éloigné de la déviance. L'offre du service à la personne se fonde sur cette approche théorique et probabiliste selon laquelle il existe une normalité des modes de vie, celle-ci apparaissant dans le fait que les gens normaux expriment des besoins normaux, et c'est parce que la condition existentielle de vie de la personne fragile s'éloigne de fait de cette vision normalisée que sa demande, perçue comme déviante, originale ou singulière au regard d'une attente normée et structurée par la structure

même de l'offre de service, ressort de l'aide à domicile et non du service à domicile. C'est sans doute cette situation hors la norme qui est à la source d'une demande d'aide singulière qui trouve à s'exprimer en rapport avec son degré de dépendance et à laquelle les intervenants doivent répondre selon les modalités en rapport avec le degré d'attente de considération qu'exprime le bénéficiaire. C'est parce que la situation de fragilité de la personne produit un contexte d'intervention hors la norme, si l'on peut s'exprimer ainsi, que l'intervention à domicile ne peut se réaliser sans égard pour la dignité du bénéficiaire. Car c'est de cela dont il s'agit : les professionnels intervenants à domicile doivent toujours faire preuve de vigilance face au risque, du fait de l'asymétrie objective des places et des circonstances, de traiter le bénéficiaire avec plus de commisération que de dignité au prétexte que sa situation de dépendance inspirerait plus un traitement soumis aux humeurs d'un bienfaiteur charitable que soumis au droit et au respect de la dignité. Il ne s'agit pas de défendre l'idée qu'un bénéficiaire d'aide à domicile « mérite » un surcroît d'attention par rapport à une personne autonome, mais de penser qu'il est en droit et en dignité (comme il est écrit dans l'article 1 de la déclaration universelle des droits de l'homme) respectable pour sa condition d'individu. Il revient donc toujours aux professionnels de veiller à faire vivre une réciprocité relationnelle dans un contexte d'asymétrie des places. C'est la raison pour laquelle le travail de recherche nous a amenés à relever que bien souvent, les outils de mesure de la qualité étaient centrés sur la mesure d'actes alors que la situation de fragilité et le type d'interactions noué entre bénéficiaire et professionnel faisaient dépendre chacun des actes (ménage, toilette, repas, transferts etc.) d'un ensemble de petits « gestes » et « attentions » qui conduisent à penser que la qualité de l'acte ne peut se mesurer sans qu'on la resitue dans l'activité d'ensemble dont il est le produit.

L'analyse a montré les limites d'une importation mécanique de l'idéologie de la *Roue de Deming* et celles d'une utilisation instrumentale des démarches qualité notamment lorsque les managers pensent que l'application de ces outils peuvent structurer la qualité de la prestation d'aide à domicile²⁵². Il semble qu'il n'y ait pas de correspondance

mécanique entre processus de rationalisation du travail au sein des organisations et qualité de la prestation au domicile. En effet, la recherche a montré l'impossibilité de concevoir une mesure de la qualité dans le champ de l'aide à domicile sur le modèle en vigueur dans les mondes industriels et des choses, sauf à réduire aide et service à domicile à une même nature d'activité et à une même finalité.

Cette conclusion, en effet, s'appuie sur de nombreux constats. Nous avons montré, par exemple, l'aporie à laquelle sont confrontés les managers soucieux d'inventer des outils contribuant à une désobjectivation de la demande d'intervention et de son évaluation en faisant comme s'il était possible de traduire ou de décomposer une activité sociale en un ensemble de gestes techniques et mesurables simplement en s'économisant de prendre en compte dans la mesure la dimension intersubjective et dont on a montré qu'elle était inhérente, en nous intéressant au point de vue des bénéficiaires et professionnels, à la fabrication de la qualité de la prestation. Pour certains managers, la qualité de la prestation d'aide devrait pouvoir se mesurer sans tenir compte de la relation qui la produit, comme si on pouvait saisir les qualités intrinsèques à une tâche de la même manière que l'on énumérerait les qualités d'un véhicule indépendamment de la qualité du lien que l'acheteur entretient avec le vendeur ou le constructeur. On l'a vu, la mise hors champ des variables sensibles ne peut être que momentanée puisque, lorsqu'il s'agit de commenter comment ça se passe sur le terrain, les managers ne sont pas les derniers à souligner qu'une règle de la réussite d'une intervention réside dans l'ajustement du profil de l'intervenant à la personnalité identifiée du demandeur. Au travail de désobjectivation de la prestation et à son encodage dans les procédures et protocoles correspondent, sur le terrain, des pratiques la resubjectivant. Le processus d'objectivation de la prestation, et dont la fonction est de faciliter sa mesure quantitative, procède, on l'a vu, par éviction ou minoration des variables sensibles ou encore par leur incorporation totale à la tâche, assurant ainsi leur invisibilité et donc leur inexistence. La mise pratique de ce projet aboutit à la mesure de ce dont le pilotage managérial et financier a besoin pour se maintenir et contrôler la confor-

252 Nous ne les analysons donc pas sous l'angle de leur

potentielle performance managériale.

mité de l'action au protocole, mais elle est dans l'impossibilité de saisir, pour les avoir totalement incorporées dans le jugement sur la tâche, les variables sensibles qu'usagers et professionnels mobilisent et qui entrent, tels les ingrédients d'une recette réussie, dans la composition de la qualité de la prestation d'aide. Les variables sensibles et incorporées à la tâche ont à voir avec la qualité du lien que bénéficiaires et professionnels nouent entre eux et peuvent être identifiées comme l'ensemble des attitudes (verbales, non-verbales, physiques) et comportements (humeurs, formes de la relation, attention bienveillante, traits psychologiques, disponibilité mentale, etc.) dont le sens, co-produit dans le contexte de la relation, a pour effet d'orienter le jugement sur la qualité de la prestation. C'est la difficulté à appréhender ces variables immatérielles et instables, du fait que leur vitalité n'a de sens en dehors de leur historicité et de leur contexte d'apparition, qui, bien souvent, conduit les managers à déléguer leur gestion aux cadres de proximité, sauf lorsque, saisis par des réclamations, ils sont conduits à devoir les prendre compte avec toute l'attention nécessaire pour apporter une réponse qui, très souvent, prend en compte les dimensions sensibles qu'ils avaient évacuées par ailleurs.

Ainsi la qualité, dans le champ de l'aide à domicile, serait le produit instable d'un mouvement dialectique qui s'instaure entre deux courants : l'un, objectif, dont le projet est de réifier la qualité en objet « marchandisable » grâce à la construction d'outils de mesures normatifs concourant à la désobjectivisation de l'interprétation de la qualité, et dans cette logique la preuve de la qualité passe par l'identification de variables intrinsèques à la prestation qui pourraient être érigées en normes et indicateurs) auxquelles les organisations pourraient se référer dans le but de statuer sur la conformité de la chose faite au regard des objectifs assignés au plan d'aide ; l'autre, subjectif, qui défend l'idée que, pour une grande part, la qualité est dans l'œil de celui qui regarde et non dans la chose faite, cette dernière étant dépourvue de qualité intrinsèque et objective – la distinction entre un travail fait et un travail bien fait en est l'exemple. Cela conduit à dire que le jugement sur la prestation tire sa consistance et sa légitimité de la qualité de la relation que professionnels et usagers co-produisent au cours de la réalisation de la prestation. Les tenants de cette orientation sont conduits à identifier les variables subjectives

engagées par les protagonistes dans la relation en vue de produire et d'infléchir leur jugement sur la prestation. Ces deux perspectives doivent être pensées dans leur relation dialectique, l'une et l'autre s'affrontant en vue d'assurer la domination de ses critères de définition de la qualité, et dans leur relation d'interdépendance réciproque, car dans le travail empirique de recherche, l'ensemble des travaux montre que les acteurs mobilisent, selon les circonstances, l'une ou l'autre perspective, les combinent alternativement ou dans le même raisonnement, comme si la mobilisation d'une perspective appelait à moment donné la convocation de son antithèse. Notre travail montre, par exemple, que le désaccord idéologiquement structuré par les places que gestionnaires et professionnels intervenants au domicile occupent au sein de l'entreprise et du domicile trouve, cependant, des zones de compromis par la combinaison des perspectives, ne serait ce parce que chaque catégorie d'acteurs s'accorde pour penser que l'accomplissement d'une prestation d'aide requiert un minimum de civilité à l'égard du bénéficiaire et, à l'opposé, qu'elle ne peut être exécutée qu'à partir d'un cadre contractuel formel minimum permettant un contrôle d'effectivité.

Si ces deux perspectives entretiennent une relation dialectique qui fonctionne sur le mode de la relation d'interdépendance fonctionnelle réciproque bien qu'asymétrique du fait du différentiel de pouvoir dont chaque acteur est doté pour faire valoir ses indicateurs de qualité, il convient d'en déduire que la qualité ne peut ressortir d'un découpage en deux camps bien tranchés qui s'opposeraient selon une polarisation claire où se regrouperaient les gestionnaires sous le pôle objectiviste et les professionnels de terrain sous le pôle subjectiviste. Bien qu'une tendance à la polarisation existe sans doute pour des raisons autant idéologiques qu'éthiques, les tenants de chaque pôle usent de variables sensibles et objectives, même si effectivement, ils hiérarchisent différemment la place qu'elles doivent prendre dans le jugement. Ce raisonnement qui s'applique aux rapports que gestionnaires et professionnels de terrain entretiennent en vue de faire valoir les indicateurs les plus pertinents la qualité d'une prestation d'aide à domicile trouve à s'appliquer au niveau des orientations politiques. En effet, et dans une certaine mesure, il faut s'attendre à ce que les tenants de l'orientation que nous avons qualifiée de solidariste soient les plus grands défenseurs de l'orientation

objectiviste, car il faut bien des indicateurs objectifs pour mesurer l'égalité de traitement. A l'opposé, on peut penser que les tenants de l'orientation libérale défendent un point de vue subjectiviste dès lors que la qualité est fondamentalement identifiée par la satisfaction du client. Là encore, si la différence au niveau idéologique est marquée, dans les pratiques, les points de vue sont plus nuancés. Par exemple, le souci d'assurer une égalité de traitement, et de ce fait, la construction de normes pour complaire à cette perspective, n'empêche pas, dans la situation de réalisation d'une prestation, sa relative individualisation. De même, défendre le libre choix de l'utilisateur selon ses besoins et ses moyens ne dispense pas de pouvoir recourir à des tiers régulateurs et normatifs lorsque la situation l'exige.

Au cours de cette recherche, nous nous sommes gardés de proposer une définition de la qualité de la prestation d'aide à domicile car, comme nous venons de le dire, ses critères de définition varient selon l'objet et son contexte d'appréciation. La notion de qualité, si elle n'existe pas en soi, ressort et émerge de l'approche comparative. Ainsi, si dans l'absolu, la notion de qualité est identifiée dans sa relation avec la notion d'absence de qualité, empiriquement et, en suivant cette logique comparative, on peut dire d'une prestation qu'elle est de qualité lorsque celle-ci possède des caractéristiques la rendant supérieure à celle qui ne les possède pas. Cette approche suppose de pouvoir analyser des situations comparables dans le temps et dans l'espace, et dans des contextes stables. Or la recherche a montré que les préoccupations quant à la qualité de l'aide à domicile portaient sur des objets en relation avec le registre d'intervention dans lequel se situait l'acteur interviewé. Ainsi, en guise de contribution à une définition de la qualité de la prestation dans le champ de l'aide à domicile auprès des personnes fragiles, toujours fuyante en théorie mais éprouvée dans le discours de ceux qui en bénéficient, nous proposons, dans la seconde partie de cette conclusion, un résumé commenté des principales variables que les acteurs retiennent et qu'ils identifient comme contribuant à la fabrique d'une qualité globale de la prestation d'aide à domicile au regard de leur champ d'intervention.

Nous avons d'abord vu que la qualité correspondait à un enjeu politique et, dans cette perspective, elle relève de discours idéologiques et d'actions politiques. Nous l'avons vu, la thèse libérale fait

de la liberté du client la première condition de la qualité. Dans cette conception, le client est réputé « capable » de choisir, en toute responsabilité, sa prestation en fonction de ses besoins et moyens et l'incapacité relative peut être compensée par des formules adaptées en faisant appel à un régime mandataire renforcé. L'orientation libérale fait du client le premier et le dernier à définir ce qu'est la qualité et faire de son point de vue celui qui surplombe les autres est cohérent avec le principe selon lequel le marché trouve à se réguler par l'équilibre des satisfactions des parties engagées dans le contrat de prestation. Cette thèse se différencie du point de vue solidariste qui fait de l'État, mais surtout du Conseil Général (par son implication directe dans le régime autorisé) via l'offre de service publique qu'il régule, le premier à définir le niveau de qualité auquel tout citoyen dans le besoin peut prétendre. En effet, la conception du régime autorisé vise à offrir, en réunissant les conditions d'accessibilité, une qualité de service à des bénéficiaires qui ne pourraient se l'offrir dans le cadre d'un régime de reste à charge. La prise en charge du reste à charge par le Conseil Général, dans le cadre de sa politique sociale, vise l'accessibilité pour tous à un niveau de qualité garantie et son action vise particulièrement ceux qui n'ont pas les moyens de s'offrir ce seuil de qualité par leur propres moyens. Nous voyons, selon la conception des acteurs en matière de maintien à domicile, que la qualité ressort fondamentalement du client qui en est le régulateur, ou symétriquement, du domaine politique qui doit en assurer la régulation²⁵³. La recherche a montré à ce sujet que certains dispositifs de maintien à domicile tentaient de concilier ces deux perspectives, en combinant offre de masse et singularisation des traitements, individualisation du traitement et souci d'égalité entre les usagers.

S'agissant de l'étude des référentiels qualité, deux sur les trois étudiés concernent l'autorisation d'exercer, toute structure voulant intervenir dans le champ de l'aide à domicile auprès des personnes fragiles devant montrer sa conformité à un cahier des charges dont les obligations varient selon

²⁵³ En effet, le choix de certains départements d'encourager le prestataire autorisé n'a pas comme fondement l'objectif de faciliter la gestion de l'effectivité des prestations (ce qui est aussi vrai par ailleurs), même si l'introduction du CESU est en passe de résoudre, d'un point de vue technique, le problème du contrôle d'effectivité.

que l'entreprise souhaite exercer sous le régime de l'autorisation ou sous le régime de l'agrément qualité. Le troisième référentiel qualité à caractère obligatoire que nous avons présenté porte sur l'évaluation externe et sa fonction porte sur le contrôle d'effectivité de la mise en œuvre des principes et leur conformité au cahier des charges. Au-delà de ces référentiels obligatoires, les organisations ont la possibilité de procéder à des démarches volontaires pour se voir certifiées qualité. Nous avons ainsi été conduits à étudier dans le détail le cahier des charges des trois organismes certificateurs reconnus par l'Agence Nationale de Service à la Personne (ANSP) qui possèdent, du fait de leur niveau de reconnaissance, un certain pouvoir d'influence dans la structuration (et la normalisation) de l'offre de la qualité dans le champ de l'aide à domicile. Avant de tirer quelques derniers enseignements de l'étude de ces référentiels et certifications, nous souhaitons proposer deux brefs commentaires sur la place qu'occupent aujourd'hui les labels dans le champ de l'aide auprès des personnes fragiles. Premièrement, leur implantation discrète et progressive semble être en rapport avec leur forte spécialisation, leurs offres portent sur des segments spécialisés du marché de l'aide à domicile et plus généralement de l'aide à la personne fragile, et en rapport avec leur faible légitimation par les pouvoirs publics. Cela dit, leur développement est un analyseur des logiques de distinction dans lesquelles s'inscrivent les services du fait de leurs positions concurrentes dans « la conquête des parts de marché », alors que la volonté première du législateur visait son homogénéisation par l'instauration restreinte de certifications officielles. Ainsi, contrairement au processus d'homogénéisation attendu, le développement de la labellisation semble confirmer que la qualité est une notion qui s'inscrit au premier chef dans une logique comparative et de distinction. En effet, être labellisé signifie posséder visiblement des attributs que les autres ne possèdent pas et qui fondent la supériorité d'une prestation sur celles qui sont hors label. Ainsi, et c'est le deuxième point du commentaire, l'apparition des labels peut se lire comme une proposition visant à combler les manques, dans le domaine qualitatif, qui apparaissent dans les référentiels et les certifications officielles. S'agissant des référentiels, l'analyse a montré que les différents textes législatifs, notamment depuis la loi de 2002-2 jusqu'aux décrets de 2011 en passant par les cahiers des charges qui en

sont issus, manifestaient l'intention du législateur sur notamment trois grands axes : modifier le rapport historiquement institué entre services et usagers en plaçant ce dernier au centre des préoccupations de la qualité des services (on trouve ici toute la thématique de l'accès aux droits, respect de la dignité des personnes), favoriser le maintien à domicile en soutenant le développement du secteur par un principe de régulation qui prenne en compte la situation de « subordination structurelle » du demandeur d'aide (et c'est la raison pour laquelle le législateur en organise la qualité), et enfin, rationaliser le management des structures en proposant un cadre rationnel d'intervention par différents moyens, notamment en favorisant une politique de soutien à la formation des agents intervenants au domicile et en se dotant d'outils d'évaluation contribuant à l'homogénéisation du secteur et à même de constater l'effectivité et la qualité des interventions. L'analyse comparée de ces référentiels et la lecture qui peut en être proposée, dès lors qu'on la met en perspective avec les pratiques de terrain, montre à nouveau cette tension récurrente entre le souci qualitatif, voire sensible de complaire à « l'esprit de la loi » portant l'attention sur le respect de la dignité de l'utilisateur²⁵⁴ (en effet, par quels indicateurs se mesure l'établissement d'une relation de confiance, le respect

254 Rappelons les termes des textes publiés en annexe de l'arrêté du 24 novembre 2005 et ensuite modifié par l'arrêté du 26 décembre 2011. Ces deux textes affichent, dans le cadre des prescriptions générales, la même finalité : établir une « relation de confiance et de dialogue avec le bénéficiaire et son entourage familial et social » et garantir le respect de « l'intimité des personnes et des familles, leur culture, leur choix de vie, leur espace privé et leurs biens et la confidentialité des informations reçues ». Les deux textes renvoient explicitement à l'article L 311-3 du CASF en précisant que « le gestionnaire garantit aux bénéficiaires auprès desquels il intervient l'exercice des droits et libertés individuels, conformément à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles. ». Le respect du droit des usagers constitue donc bien la finalité d'action commune et les moyens préconisés constituent « des références qualitatives que le gestionnaire met en œuvre selon ses propres choix d'organisation » Il (le gestionnaire) lui appartient de définir et de mettre en œuvre les modalités d'organisation, d'encadrement et de coordination des interventions de façon à assurer une prestation de qualité, de la maintenir dans le temps et d'en justifier l'effectivité dans le cadre des contrôles et procédures prévus à cet effet. » (4° des prescriptions générales de l'arrêté du 24 novembre 2005 repris également au 4° des prescriptions générales de l'arrêté du 26 décembre 2011.)

de l'intimité, si ce n'est par des données sensibles toutes fournies par les discours de l'utilisateur et du professionnel ?) et les préoccupations d'efficacité quantitative du secteur et de rationalisation des services. Les certifications se situent dans le prolongement de cette tension qui anime l'état d'esprit du législateur, à savoir que les outils expriment le tiraillement entre visée éthique de la prestation et contraintes gestionnaires. D'un côté l'État promeut, par les textes réglementaires, un discours sur la qualité et tente de l'inscrire dans un processus d'amélioration continue via les dispositifs de certifications facultatives, de l'autre, comme on a pu le constater à la lecture du cahier des charges de la dernière certification accréditée, il semble se ranger à l'idée que le marché peut trouver à se réguler à partir d'une qualité « plancher » plutôt que maximale.

En effet, le choix politique de reconnaître trois référentiels de certification a reposé sur la volonté de stimuler le secteur en l'ouvrant à la concurrence et de conserver l'autorité dans la régulation de la qualité en imposant aux organismes certificateurs d'intégrer tout ou partie de la législation de la loi de 2002-2 et de 2005. Ainsi, les indicateurs d'éligibilité pour accéder aux premières certifications, QUALICERT et NF, sont plus en rapport avec une doctrine de la professionnalisation et de la rationalisation managériale du secteur qu'en rapport, ce qui sera le cas de QUALISAP arrivé en 2009, avec le respect de la réglementation. Cette dernière orientation semble correspondre à une inflexion de ce qui semble être la nécessité d'assouplir les règles pour le secteur marchand, assouplissement introduit sur ce marché depuis 1996²⁵⁵ et qui a été favorisé par la loi du 26 juillet 2005 dite loi Borloo²⁵⁶, l'objectif d'une entreprise privée étant d'être rentable et les entreprises doivent être libres de fixer leurs prix. Ainsi, l'esprit des certifications est-il aujourd'hui de développer des règles afin de définir le champ d'intervention, d'éviter que ce marché soit purement et simplement régulé par les prix, tout en laissant la liberté des prix. Sans refaire l'analyse de ces certifications, un point

essentiel du point de vue de leurs conséquences est à souligner. Bien que les trois organismes de certification dépendent étroitement de l'ANSP pour toute leur partie réglementaire, partie dont on sait qu'elle joue un rôle déterminant pour l'obtention de leur accréditation à certifier, les référentiels qu'ils proposent se distinguent sur de multiples points. En premier lieu, le niveau de preuve de la qualité est théoriquement plus élevé pour la marque NF que pour les certificats du fait des différences d'exigence à respecter pour la production des référentiels correspondants. La marque NF relève en effet d'un processus de production de normes dont la finalité et la méthodologie sont définies de la manière suivante : « *la normalisation est une activité d'intérêt général qui a pour objet de fournir des documents de référence élaborés de manière consensuelle par toutes les parties intéressées, portant sur des règles, des caractéristiques, des recommandations ou des exemples de bonnes pratiques, relatives à des produits, à des services, à des méthodes, à des processus ou à des organisations.* » (Décret n° 2009-697 du 16 juin 2009 relatif à la normalisation, JORF n°0138 du 17 juin 2009). Les certificats QUALICERT et QUALISAP n'ont pas, quant à eux, cette obligation d'intérêt général et de méthodologie d'élaboration consensuelle. Leur qualité est reconnue par l'accréditation délivrée par le COFRAC et l'implication des entreprises qui les ont développés (SGS et Bureau Veritas). Le premier suppose la réunion d'un partenariat élargi pour édicter des normes dans un esprit de consensus alors que les deux suivantes proposent des certifications élaborées par des acteurs spécifiques en référence à la réglementation. Néanmoins, nous avons vu que le niveau d'exigence du certificat QUALICERT se rapproche de celui de la norme NF, les deux étant théoriquement soucieux de faire de la certification un outil de management et de construction de preuves factuelles capables de démontrer la qualité des prestations alors que QUALISAP certifie les services à partir du déclaratif de conformité à la réglementation (arrêté du 24 novembre 2005) que lui fournissent les postulants. L'analyse des référentiels à l'œuvre dans ces certifications donne à penser que l'État soit soutient deux conceptions (ou stratégies) au moins de la qualité, soit adhère à une définition flexible qui se caractérise par la fluctuation de certains éléments à l'intérieur d'une fourchette. À la crête de la fourchette se trouverait une vision maximaliste de la qualité. Celle-ci apparaît dans l'exigence

255 Voir notamment la loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers, Journal Officiel du 30 janvier 1996.

256 Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, Journal Officiel du 27 juillet 2005

du discours politique solidariste et l'ambition de normaliser le secteur « par le haut ». Au seuil de cette fourchette se trouverait une vision minimaliste qui apparaît, à partir de 2005, dans l'affichage d'une vision réglementaire et économique dans le cahier des charges à destination des entreprises de moins de 30 équivalents temps pleins. Dans la vision maximaliste, la certification exige, dès le départ, un niveau de pratiques « certifiables » et les entreprises qui le souhaitent peuvent être accompagnées, dès la première demande, dans la réussite de la certification. Cette conception vise à faire de la qualité une réalité attestée plus qu'un projet en devenir. Pour ce qui concerne la vision minimaliste, représentée par le certificat QUALISAP, le principe de certification repose comme on l'a vu sur le déclaratif et s'inscrit dans une dynamique de pédagogie « progressiste » qui vise à accompagner les entreprises vers l'excellence à partir de la reconnaissance de leur organisation actuelle, celle-ci devant respecter a minima le cahier des charges de 2007 élaboré autour de la réglementation relative au respect du code du travail. Ici, la qualité est perçue comme un minimum en dessous duquel l'entreprise ne doit pas descendre au risque d'apparaître en situation d'illégalité au regard de la circulaire et du droit du travail. Cette conception minimaliste de la qualité sert, toutefois, de critère de définition de la non qualité au certificat QUALISAP, non qualité qui se traduirait par une forme de maltraitance réglementaire à l'égard des employés. Reste à savoir, à terme, le choix que feront les candidats à la certification, et ceux notamment qui ne seront pas à la hauteur des exigences de NF ou QUALICERT, du fait que ces trois certificateurs proposent des exigences et des tarifs différents pour une même reconnaissance (mêmes dégrèvements et dérogations) aux yeux des pouvoirs publics. On peut se demander si le principe même de certification²⁵⁷ ne souffrira pas d'un discrédit du fait de la disparité des conditions d'accès (notamment pour les entreprises de moins de 30 EPT). En effet, cette disparité ne risque-t-elle pas de nuire à la recherche d'une cohérence annoncée au niveau politique entre respect de la réglementation,

²⁵⁷ Si ce n'est que le certificateur remplit une fonction de sous traitant privatisé ayant une délégation de contrôle réglementaire et agissant pour le compte d'un tiers, en l'occurrence certains services publics qui n'ont plus les moyens de l'exercer.

satisfaction du client et professionnalisation du secteur, et surtout, ne risque-t-elle pas d'ouvrir à un processus de dualisation entre les certifications à l'intérieur même d'un processus législatif qui se voulait homogénéisant et unifiant. On le voit, la qualité de l'aide à domicile supporte le débat politique, d'autant que les choix politiques structurent massivement les approches, les pratiques, et l'accessibilité au secteur.

Sans doute convient-il de ne pas réduire le référentiel à ces dimensions financières, la demande de certification ne répond sans doute pas qu'à un désir de conformité réglementaire. D'ailleurs, si la réglementation et la conformité au droit apparaissent bien comme conditions nécessaires pour affirmer un cadre normé et commun à tous, il semble aussi nécessaire que le référentiel de certification contienne une finalité supra-réglementaire pour qu'une définition non univoque de la qualité intègre la pluralité des critères et indicateurs auxquels les différentes parties prenantes sont attachées du fait de la place qu'elles occupent dans le champ de l'intervention à domicile.

Nous avons vu que la certification était certes un outil politique et stratégique des pouvoirs publics pour insuffler et animer une politique de la qualité dans le maintien à domicile, mais qu'elle était par ailleurs un outil de management pour les gestionnaires de services.

La certification, en tant qu'outil de management au service d'une démarche qualité, se présente comme une promesse pour les dirigeants, le déploiement de son dispositif libérerait une force de conditionnement culturel, normatif et instrumental telle que les professionnels adopteraient, au domicile même, les attitudes attendues par les prescriptions certificatrices et l'ensemble des outils qui en découlent ou qui lui sont adjacents. Nous avons vu que ce processus d'amélioration vise, par sa démarche gestionnaire et son principe de mesure d'indicateurs factuels, la maximisation des moyens dans la double perspective d'une fidélisation du client et d'une meilleure rentabilité de l'entreprise. La certification en tant qu'outil stratégique de management du personnel semble atteindre son objectif de gestion, mais renseigne peu sur sa capacité à conditionner la qualité de la prestation à domicile du fait que les variables sensibles que mobilisent les usagers dans leur jugement ne figurent pas comme préoccupation dans les certifications. La recherche ne peut conclure sur l'existence d'une continuité entre

conformité des services à la certification et qualité de la prestation à domicile.

Les chapitres centrés sur le point de vue des directeurs, des professionnels et des bénéficiaires, ont permis de montrer que la qualité supportait d'être appréhendée de deux points de vue : celui qui plaît à la norme, qu'il s'agisse de celle proposée par les certifications ou encore celles construites par les services, eux-mêmes, et celui des bénéficiaires qui apprécient la prestation à l'aune de leur propre normativité.

L'analyse des propos tenus par les directeurs de MDPH, par les évaluateurs APA et les directeurs de services montre leurs intentions de conformer leurs structures respectives aux attendus de la législation, notamment en ce qui concerne la maîtrise du temps d'instruction des dossiers, le critère de délai de traitement étant jugé comme le plus important. Cela étant, plus on affine l'analyse de l'évaluation concrète des besoins au domicile des personnes en situation de vulnérabilité et de dépendance pour déterminer le montant de la PCH, plus il apparaît que la gestion du temps ne recouvre pas simplement des problèmes d'organisation du travail, de gestion du partenariat, de management, de technologie ou encore de compétence. Le temps est une dimension complexe à gérer car, au domicile, le professionnel auxiliaire de vie est aspiré dans la temporalité du bénéficiaire et il ne peut de façon stricte, soumettre ce dernier aux exigences de l'organisation, une des variables de la qualité intuitivement ressentie par le professionnel résidant dans l'obligation morale qu'il peut éprouver de devoir passer avec le bénéficiaire le temps qui lui paraît nécessaire.

Ainsi la prétention normative de la certification doit constamment se soumettre à l'épreuve empirique de la normativité des bénéficiaires. Les directeurs, comme les professionnels (cependant plus prompts que les bénéficiaires à penser l'existence d'une certaine continuité entre les normes érigées dans la certification et leur expérience), les aidants et les bénéficiaires appréhendent la qualité selon leur expérience directe de la prestation. En effet, les travaux de groupes et les entretiens individuels réalisés montrent que l'approche « empirique » de la qualité s'adosse pour partie aux consignes normatives, pour bien souvent s'en distinguer. Ces derniers, en effet, mettent en évidence le fait que les principes normatifs de la certification se heurtent indubitablement aux configurations com-

plexes du domicile qui opposent leurs résistances à leur stricte application. On a dit plus haut, que les certifications sont, dans leurs visées prescriptives, ethno-centrées, c'est-à-dire qu'elles répondent en priorité à des préoccupations de rationalisation réglementaire et de standardisation de la « qualité », et que l'instrumentation des procédures promet d'exercer un conditionnement à même d'orienter l'action des professionnels et modeler leur comportement au sein même du domicile. Selon cette hypothèse, la dynamique de la qualité est une préoccupation managériale qui descend du système pour s'orienter vers les « mondes vécus »²⁵⁸ des bénéficiaires, et on suppose que cette dynamique est en capacité d'atteindre son but, en parvenant à ce que les professionnels contrôlent leur subjectivité au profit d'une conception *a priori* normée. Dans cette perspective, on comprend que le management des organisations fonctionnant sur ce modèle se trouve légitime de vérifier au domicile, sans autre alternative, la présence de ses propres normes. Cette force normative, lorsqu'elle fonctionne comme une contrainte ou comme un idéal inatteignable, génère la fabrique des *illégalismes* dans tous les registres de l'intervention. Ces *illégalismes* doivent être compris non comme des recherches de transgression de la norme, mais comme des redressements moraux de ses limites. La qualité de la prestation tient à la bonne gestion de ces *illégalismes* qui, nous l'avons vu, peuvent aussi « déraiper » et nécessiter un rappel à la loi. Il se pourrait que les décideurs gagnent à se pencher sur certains *illégalismes* : par exemple, le système normatif conduit à des *illégalismes* s'agissant d'appréhender la demande sexuelle des personnes en situation de handicap, tout comme les situations de concurrence entre les entreprises conduisent, pour garder le client, à accepter des demandes qui déportent la prestation vers des horizons qui n'ont rien à voir avec ce qui a été défini dans le plan d'aide initial.

Nous avons identifié comme autre « variable » constitutive de la qualité de la prestation un ensemble de conditions de travail à même de contribuer à favoriser un état d'esprit sur le personnel qui par ricochet se répercutait sur la qualité de la prestation, sans que le bénéficiaire puisse identifier directement la place que prend l'état d'esprit des équipes de travail dans

258 Jürgen HABERMAS, "Théorie de l'agir communicationnel", 2 tomes, Fayard. L'espace du politique, 1987.

ladite qualité. En effet, lorsque l'organisation apparaît « contenante » aux yeux des professionnels, alors même que ce cadre « contenant » reste invisible aux yeux des bénéficiaires, ces professionnels déclarent se sentir évoluer dans une organisation qui les sécurise dans leur travail. Une des conditions de la qualité tiendrait, autrement dit, à une pré-construction réalisée en amont de l'intervention (type de management, fréquences des réunions, soutien au personnel par de multiples manifestations) et dont l'absence ou la qualité de la présence n'apparaît qu'aux moments problématiques. Dans la mesure où le bénéficiaire, pour juger de la prestation, ne dispose, dans certains cas, d'aucun élément sur les conditions de production (processus sociaux et techniques), il ne peut identifier si la qualité, notamment relationnelle, tient aux qualités « personnelles » intrinsèques à l'intervenant et/ou à la qualité du dispositif de régulation (formation, supervision etc.), voire à l'intériorisation par l'intervenant de la qualité du dispositif, dispositif, qui, lui, a la caractéristique d'être totalement invisible car incorporé à la prestation. On ne peut le saisir en extériorité (ou indépendamment) de la personne qui l'agit. Tant que professionnel et bénéficiaire ne disent mot sur la prestation, sa qualité est réputée implicitement présente, elle s'accomplit dans la tâche et s'exprime par la fidélité de l'engagement des protagonistes dans l'action, ce qui doit être, au demeurant, le mode dominant sur lequel repose la contractualisation dans le cadre de l'emploi direct. La qualité du dispositif apparaît concrètement aux yeux du bénéficiaire lorsqu'un différend avec le professionnel nécessite l'intervention d'un tiers pour trouver sa solution. Ceci suppose que l'utilisateur n'ait pas à craindre d'éventuelles représailles de la part du professionnel, comme cela suppose que le professionnel ait dépassé la peur de la sanction dans le cas où sa responsabilité serait engagée dans le litige. On le voit, la qualité du service tient, pour partie, à la présence d'un « garde-fou » qui demeure à l'arrière-plan de la réalisation de la prestation. Ce tiers est « condamné » à rester invisible et son efficacité est complexe à évaluer tant il est incorporé dans l'acte, et il ne peut se présenter, de ce fait, aux yeux du bénéficiaire comme critère susceptible d'orienter son choix *a priori* pour tel ou tel dispositif d'intervention. Par contre nous avons pu vérifier auprès de bénéficiaires qui ont expérimenté les conséquences de l'absence de leur aide à domicile dans le cadre de l'emploi direct, qu'ils savent l'intérêt de ce « garde fou ».

La qualité d'une prestation passe par la qualité

des différents outils mis en œuvre (grilles d'évaluation des besoins, plans d'aides ou d'actions prescrivant l'intervention, outils de contrôle et de suivis, d'évaluation de la « satisfaction » de l'utilisateur), la réponse aux besoins étant largement déterminée par les outils mobilisés pour les identifier. C'est pourquoi le travail de recherche s'est intéressé à l'étude des outils nationaux et officiels de recensement des besoins (grille AGGIR pour l'APA et grille du GEVA pour la PCH). On retiendra de cette étude différents aspects. D'abord, les utilisateurs notent une évolution positive de ces outils, en dix ans de vie, plusieurs moutures ont vu le jour, toutes sont jugées en progression par rapport aux précédentes. Ensuite, ils soulignent que, malgré les améliorations concourant d'une part à l'idéal de désobjectivisation et d'autre part à enrichir les possibilités offertes aux demandeurs de proposer des réponses nuancées, le recensement des besoins reste toujours une activité qui convoque la subjectivité des professionnels. Pour les professionnels, ces outils recensent des besoins pré-répertoriés par l'offre de service existante, ils sont donc cantonnés à la collecte de certains besoins. Ainsi ces outils, et c'est notamment vrai pour la grille GEVA de la PCH, se proposent d'offrir une prestation individualisée plutôt qu'une réponse individualisée aux besoins, et nombre de professionnels soulignent d'ailleurs que l'évaluation centrée sur certains besoins limite la portée de l'outil, notamment lorsque celui-ci est censé être au service d'un projet global. C'est pourquoi, pour les utilisateurs, l'efficacité des outils passe par leur correcte utilisation, ce qui revient à dire que la qualité des réponses faites par le demandeur, puis celle du plan d'aide, dépend des formes ou de la posture que l'évaluateur engage avec le demandeur. Ce moment est crucial pour le demandeur, car sa future qualité de vie dépend de la décision d'aide que ses réponses conditionnent. De même, le niveau d'allocation qu'il percevra conditionnera son appréciation ultérieure de la prestation. Qu'on la nomme conscience professionnelle, écoute active, souci déontologique, les utilisateurs de ces grilles mobilisent un regard sensible sur les situations, les informations collectées sont très généralement « enrichies », plus ou moins implicitement au moment même de la collecte, d'éléments de contexte qui ne figurent pas au registre des préoccupations véhiculées par les grilles. Nous avons montré en quoi les réunions d'équipe, ou certaines coordinations entre évaluateurs, étaient

utilisées comme instances de jurisprudence pour rendre justiciable l'accès à un droit là où il était, en l'état des éléments objectifs collectés, réputé inéligible. Ces moments semblent d'autant plus fatidiques pour la vie des demandeurs que les élus des commissions (CDAPH) n'ont guère le temps, étant donné le nombre de dossiers à traiter, à consacrer à chaque demande et, comme nous l'avons vu par ailleurs, les services du Conseil général éprouvent des difficultés pour organiser le contrôle d'effectivité des plans d'aides²⁵⁹. De fait, les élus sont amenés à faire confiance au jugement des professionnels plutôt de chercher à vérifier si l'outil est correctement administré. Personne n'est dupe du fait que les professionnels, de par leur souci de corriger certaines « injustices » et dans la marge de manœuvre qui leur est implicitement consentie, interprètent les réponses aux questions afin de faire en sorte que la décision arrêtée soit recevable par les futurs bénéficiaires. Quand bien même les outils seraient-ils dotés de qualités intrinsèques, on voit que la qualité se fraie un chemin à travers tout un complexe relationnel plus ou moins explicite qui va de la relation avec l'utilisateur à la décision dans les instances départementales et qui fondamentalement se fonde sur la confiance globale que les acteurs entretiennent entre eux. *A contrario*, les dysfonctionnements relationnels entre les acteurs sont repérés comme causes de distorsions dans le traitement de l'information collectée.

Nous avons également relevé, et c'est là encore une autre variable identifiée, que la qualité du service rendu au domicile passait, certes, par l'exécution correcte du plan d'aide (régularité et fréquence des passages, réalisation effective du plan, régulation des absences, réactivité des services aux demandes de changements de planning, respect global du temps alloué dans le plan d'aide) mais aussi par la qualité de la relation qui se nouait entre professionnels et bénéficiaires. S'agissant du respect du plan d'aide, nous avons vu principalement deux points : le premier por-

taut sur le fait que les services faisaient face en permanence à un nombre d'aléas tel qu'il leur était impossible de garantir au bénéficiaire une exécution stricte du plan d'aide. En effet, entre les absences de personnels du dernier moment, le passage retardé de l'infirmière, l'absence non programmé d'un aidant au moment de la visite, nous avons vu que malgré la volonté de planifier les passages sur un mois, comme tentent de le faire certains services, les plannings sont tous, et sans exception, réajustés chaque jour. Ce dynamisme du planning, cette difficulté à « routiniser » les passages comme les tâches, suggère que le contrôle de l'effectivité de la prestation est objectivement complexe, du fait que les points de repères pour mesurer les écarts entre ce qui en est du travail prescrit et celui réellement effectué sont flexibles. Cette flexibilité joue dans les deux sens d'ailleurs. Lorsque le service demande à permuter un passage entre deux bénéficiaires, il est proposé une forme de compensation, de dédommagement pour le petit préjudice subi (et si les arrangements sont à charge de revanche, il n'y a aucune raison pour que les justiciables du dédommagement ne participent pas à fixer quelques conditions de la compensation). C'est notamment dans cette flexibilité que les bénéficiaires tentent de faire valoir plus que leurs besoins, leurs attentes en matière de modalités de réalisation de la prestation. Encore une fois, les dérogations et *illégalismes* forment la partie vivante de la qualité de la prestation puisque, au-delà de se présenter comme solutions à l'impossibilité de réaliser le rêve d'individualisation de la prestation, et du fait des contradictions générées par la volonté de vouloir faire coïncider un processus de normalisation de la prise en charge des besoins (à travers les plans d'aides) avec de fortes contraintes gestionnaires qui restreignent sa mise en œuvre, ils ouvrent des espaces relationnelles propices à la prise en compte d'attentes qui bien souvent sont au fondement du jugement sur la qualité de la prestation. C'est en cela que les outils de satisfaction collectent des informations massivement biaisés : les bénéficiaires feignent de s'exprimer sur la réalisation du plan d'aide alors que leur jugement sur la prestation repose sur la satisfaction qu'ils tirent de la réponse que les professionnels donnent à leurs attentes mais à propos desquelles ils ne doivent pas parler, au risque de porter préjudice à l'intervenant, et finalement à eux-mêmes. La qualité de ces

259 Nous avons vu que les abus ou autres détournements de plan d'aides étaient massivement identifiés au moment des renouvellements d'allocation pour les personnes utilisant les modes mandataires plus que prestataires. Il est vraisemblable, comme nous l'avons dit plus haut que la conscience professionnelle s'exprime dans plus franchise qu'elle est intégrée dans un ensemble qui veille à son exercice.

« arrangements », autre terme pour parler des *illégalismes*, dépend des conditions de la relation, celle-ci pouvant dépendre aussi des conditions de travail.

On a constaté que certains services semblent faire face à une forte tension éthique entre l'exigence de la bienveillance des bénéficiaires et les conditions de travail dont disposent les professionnels qui, pour certains d'entre eux, se trouvent par ailleurs en situation de vulnérabilité sociale. Du fait des faibles rémunérations et des conditions de travail difficiles (horaires, manipulations) certains professionnels peuvent estimer, comme les structures l'estiment, que leur contribution ne doit pas excéder leurs rétributions. Ces professionnels, autrement dit, se sentent minimalement redevables à l'égard de la structure qui les emploie et exiger d'eux une éthique de la relation semble difficile à obtenir dans ces conditions. Personnes elles-mêmes fragiles, ces professionnels semblent représenter la figure de la « victime » réelle des dispositifs de la prise en charge, ce qui n'est pas sans conséquence sur la disponibilité et la relation avec les bénéficiaires, ces derniers pouvant apparaître comme les « poseurs de problème » plus que comme les sujets d'attentions. La maltraitance peut ici être analysée comme un effet des conditions de travail plutôt que liée à une intention des professionnels.

Par ailleurs, pour les bénéficiaires, s'exprimer sur la qualité suppose de disposer de certains attributs ou d'être étayés par des conditions de possibilité idoines : il faut se sentir notamment légitime dans son expression, dans son droit et non pas en dette par rapport à la prestation. Cette expression dépend aussi de certaines conditions objectives (règlement partiel ou quasi total de l'aide, statut de la personne fragile – jeune/âgée, handicapée/dépendant, en emploi/en retraite –, personne soutenue par des aidants familiaux, personne en situation ou non d'isolement sociale et/ou géographique). Au-delà de ces situations, suffisamment fréquentes pour être soulignées et qui permettent de rappeler que la qualité se construit aussi bien au sein de rapports de domination que de rapports de pouvoir, on constate que, généralement, l'accompagnement au domicile est tourné vers la négociation, vers la recherche de l'équilibre de la relation et il convient de ne pas sous-estimer la part que prend, dans la production des *illégalismes*, ce que l'on nommera ici conscience professionnelle, cette dernière participant, de façon non mesurée

par les outils actuellement à disposition (la réclamation étant un outil totalement discrétionnaire), à la fabrique de la qualité.

Notre travail s'est enfin porté sur ce qui pouvait « faire qualité » pour les bénéficiaires et les intervenants directs de l'aide à domicile. Pour les professionnels comme pour les bénéficiaires, la symétrisation des relations au domicile se présente comme une variable essentielle de la qualité mais aussi comme condition sine qua non de sa production et de sa perception. Nous avons vu que cette « nécessité » était liée au statut incertain du domicile dès lors qu'un alter étranger y est introduit de manière régulière, voire permanente, et à la situation quasi structurelle de dépendance qui fait potentiellement de la personne dépendante un assujetti, la demande d'aide répondant à un besoin qui revêt un caractère vital. La symétrisation des rapports sociaux au domicile a donc pour fonction d'apaiser, de redresser cette asymétrie structurelle et une des qualités attendues par le bénéficiaire est sans doute que l'intervenant à domicile l'aide à garder ou à reconquérir une autonomie subjective dans un contexte d'intervention marqué par la dépendance objective. La qualité de la prestation réside ainsi dans la capacité des intervenants à se faire discrets, à se faire « oublier », à rendre invisible leur intervention, bref à faire en sorte que leur action ne soit jamais vécue par le bénéficiaire sur le mode de l'intrusion, de l'obligation et de la nécessité, mais sur celui de l'attention à n'être que le prolongement de ses capacités à faire par ses propres moyens.

Nous voudrions rappeler que l'organisation ne passe, cependant, pas la porte du domicile. Sa place est massivement dans la préparation de l'intervention, sa pertinence est dans sa capacité d'insuffler un état d'esprit par le biais de protocoles à respecter et /ou par une animation d'équipe, et dans sa capacité à réagir rapidement si nécessaire en cas de demande ou pour s'interposer lors d'un différend. Ce point essentiel permet de dégager que l'éthique individuelle et le sens de la responsabilité morale entrent comme « variables sensibles » dans l'appréciation de la qualité du maintien à domicile, même si nous avons vu que l'expression des règles et de la discipline qu'elles imposent au professionnel, et qui bien souvent se traduisent par l'observance d'une posture de bienveillance à l'égard du bénéficiaire, dépendait des conditions collectives et organisationnelles qui en valorisaient l'expression. La recherche d'une prestation de qualité a comme conséquence, pour les services, d'accompagner en

amont, pendant et après l'intervention, le professionnel à s'ajuster aux besoins et aux attentes du bénéficiaire, notamment lorsque ce dernier veut faire prévaloir trop exclusivement ses règles sur les protocoles qui sont censés organiser la prestation. Dans une conception totalement objectiviste, nous pourrions dire qu'il n'y a pas d'obligation de qualité au sens subjectif du terme et un directeur peut attendre simplement de l'intervenant qu'il exécute les protocoles de qualité définissant le processus d'intervention. Ce respect des protocoles débouche sur une qualité objective, dans la mesure où la chose faite est conforme à sa prescription. Or nous avons vu que la notion de qualité, du point de vue du bénéficiaire, n'était pas référée à cette vision normative. D'où un ensemble de techniques, de coordinations, de régulations, de stimulations que l'organisation s'efforce de mettre en place pour accompagner le personnel dans la complexité de la tâche. La qualité suppose une politique d'investissement de l'organisation pour que les professionnels l'investissent en retour et remplissent leur fonction avec dignité auprès des bénéficiaires. Comme nous l'avons évoqué dans le courant de l'analyse, le premier comme le dernier instrument de mesure de la qualité est l'homme lui-même, car il nomme en première instance la qualité visée et en dernière instance la qualité perçue par rapport à l'action écoulee. Et comme nous l'avons vu, la qualité émerge d'une mobilisation intersubjective. Elle ne résulte pas d'actes réflexes et automatiques mais procède de l'attention permanente à autrui et, pour la fabriquer et la faire advenir pour le bénéficiaire comme pour eux-mêmes, les professionnels ont conscience que la fabrication de la qualité pèse sur eux comme une charge – comme une servitude dont il faut s'acquitter dignement –, de même qu'elle pèse sur eux comme une responsabilité morale qu'il leur revient d'honorer. Il faut ainsi appréhender le terme de « charge » au même titre que M. Mauss parle du don, celui-ci étant plus du ressort d'une exigence morale que d'une obligation réelle. En transposant cette notion de don à la charge, et en l'appliquant au champ à la conscience professionnelle, la « charge » peut se dire d'une fonction dont la personne à tout le soin²⁶⁰, non parce que l'obligation de soin serait dictée par la hiérarchie de l'organisation, mais

parce que celle-ci est dictée par la morale personnelle qui enjoint l'individu d'honorer les devoirs qui sont inhérents à sa charge. Ainsi, confier à une personne la charge de l'intervention à domicile, c'est lui reconnaître la dignité suffisante pour prendre « soin » des intérêts d'autrui. Dans cette dernière acceptation, nous entrevoyons la dimension maussienne relative au don et la place que la notion de « hau » – qui rappelle que le cadeau reçu n'a de valeur que parce qu'il est habité par l'esprit du donateur – occupe dans la fabrique de la qualité. Loin de se résumer à l'obligation de répondre aux besoins objectifs, la qualité est un devoir moral que le professionnel s'impose à lui-même pour conserver sa dignité à ses yeux comme à ceux d'autrui. La qualité opère alors comme une contrainte pour celui qui se sent la responsabilité de répondre aux attentes sensibles d'autrui. Dans la théorie de Mauss, le don entraîne l'obligation de recevoir, qui elle-même entraîne la dette, qui elle oblige, par contrainte morale et sociale, à rendre. Ce cycle ininterrompu d'échanges contraint par la nécessité que les protagonistes ont de faire valoir leur normativité est sans doute le ressort du pacte qui se noue entre professionnels et bénéficiaires au domicile. La charge de la qualité ne consiste pas en une délégation spécifique et isolable, elle est, comme on le dirait d'une vigilance éthique, en circulation dans la relation et dont chacun doit rendre compte à l'autre. Nous avons vu que l'absence de tiers, du fait que l'organisation est exclue du pacte, est source d'emprise et de dérive. Ainsi, pour soulager l'intervenant de cette responsabilité morale, l'organisation du travail, au sens élargi du terme, doit être présente. La qualité n'est donc pas uniquement une charge qui renvoie l'individu à une éthique individuelle. Elle ressort de l'action collective qui intègre, certes, la responsabilité individuelle de participer à l'œuvre collective en se coordonnant avec les collègues, mais qui est aussi constituée de la mise en œuvre d'un état d'esprit visant à « prédisposer » les intervenants à fabriquer au domicile une qualité de prestation et de relation qui, précisément, n'apparaît jamais comme l'effet d'une charge pour le professionnel et d'une prise en charge pour l'utilisateur. En ce sens, le summum de la qualité consiste à ne pas donner de visibilité à la peine qu'il faut pour la produire, à ne pas donner à voir les objets à travers lesquels elle s'exprime. La plus haute qualité serait donc contenue dans son invisibilité, sa non objectivation. La qualité, en d'autres termes, émane de la

260 *Dictionnaire Robert*, p. 399, édition 2009.

discrétion de celui qui la produit. La qualité, pour le professionnel et le bénéficiaire, équivaudrait, par conséquent, à une « sensation » de bien-être partagé lié au plaisir de la « charge d'âme accomplie » pour l'un et, pour l'autre, à une sensation de « bien-être²⁶¹ » d'ensemble liée, il le sait, au « passage » de l'intervenant.

Ainsi, cette charge consistant à honorer avec qualité une prestation suppose, comme nous l'avons souligné, les conditions à même de la soutenir. Mais plus largement, la qualité de la prestation passe par la possibilité pour les professionnels d'évoquer leur rapport au vieillissement, au handicap ou aux situations traumatiques comme le décès d'un bénéficiaire. Et moins le soutien apparaît comme tel au professionnel et plus le risque de *turn over* est fort et celui d'instabilité des professionnels dans leur travail probable. La recherche a mis en évidence que la qualité de la prestation se constituait comme un capital, la fidélité du personnel permettant une réactivité à l'urgence ou lors de changement de programme inopiné, ou encore lorsqu'il s'agit de faire face aux absences d'un collègue. La fidélité permet aux professionnels une connaissance intime des bénéficiaires, les plaçant au premier rang souvent de ceux qui sont en capacité de formuler des diagnostics d'évolution des situations. La recherche a aussi mis en évidence l'importance de cette régulation par le collectif, régulation jugée nécessaire par les intervenants pour faire face à l'atomisation que provoque la situation de travail à domicile. On le voit, la qualité du maintien à domicile passe inéluctablement par l'étude des conditions qui la rendent possible.

Nous voudrions clore notre travail en revenant sur les conceptions qui nous semblent à l'œuvre dans le discours des acteurs qui s'efforcent de définir la qualité de la prestation d'aide à domicile. Deux « philosophies » ou deux « perspectives » semblent se faire face, parfois se combiner, et traverser l'ensemble de la recherche. D'un côté, il est affirmé que la qualité pourrait être saisie par les traces objectives qu'elle donne à voir, de l'autre qu'elle n'est fondamentalement qu'un construit instable, elle procède d'un rapport au monde individuel, aussi l'effectivité d'une tâche ne dit rien de

261 Au sens où l'emploi l'OMS dans son préambule de 1946: La santé est un état de complet bien-être physique, mental, et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

sa qualité. La qualité, autrement dit, ne pourrait totalement exister en dehors du discours que les individus tiennent sur elle.

Ainsi, une conception sociologiquement positiviste et philosophiquement essentialiste de la qualité fait face à conception constructiviste d'orientation existentialiste. L'hypothèse positiviste et essentialiste selon laquelle la réalité de la chose posséderait des qualités intrinsèques (c'est à dire indépendantes des perturbations provoquées par la relation) et qu'on pourrait les montrer²⁶² par des méthodes de mesure quantitative, revient à penser que la chose jugée serait dotée de propriétés inhérentes à son essence, objectives, stables dans le temps et dans l'espace. Le terme d' « essence » est employé ici pour faire ressortir l'idée qu'on pourrait nommer la qualité d'un acte d'aide à domicile sans prendre en compte la contingence dans laquelle il est réalisé. Cette vision essentialiste se retrouve dans la conception que certains offreurs de service proposent de la qualité. Certains arguments de vente de leurs services sont construits comme s'ils possédaient une connaissance *a priori* des attentes des bénéficiaires et que les outils techniques dont ils disposaient, puisqu'il ne s'agit que d'ajuster la technique au besoin, répondront de la meilleure manière au problème à traiter. Les offreurs de services définissent *a priori* une norme de qualité comme si celle-ci était dotée d'attributs invariables et attendus par tout un chacun. Les caractéristiques seraient donc *a priori* identifiables car existantes à l'état d'un en soi, indépendamment de la relation qui se nouera entre les protagonistes, caractéristiques qui ne demandent qu'à se révéler par l'accomplissement de la mission. C'est ainsi que l'on peut, dans le sillage de cette remarque, postuler que la qualité, si singulière qu'elle puisse apparaître, supporte une approche normative qui peut être étalonnée par des critères pertinents. Sociologiquement, nous sommes invités à nous référer aux catégories proposées par M. Weber. En effet, cette approche de la qualité renvoie à une action rationnelle en finalité, dans laquelle la qualité est conçue comme une attente repérée et à

262 Finalement notre travail débouche sur la démonstration que la qualité laisse des traces visibles en rapport avec la qualité des liens que nouent les protagonistes pour réaliser la prestation. En cela, nous n'avons pas suivi l'hypothèse selon laquelle la qualité n'aurait pas de trace, qu'elle serait qu'un pur fantôme, digne d'aucun intérêt car impossible à fonder en réalité.

laquelle il convient de répondre. Plus précisément la qualité devient une « condition », un « moyen » qui permet de parvenir rationnellement à un but, celui de la satisfaction du bénéficiaire²⁶³. Cette vision essentialiste nourrit potentiellement une conception marchande, mesurable, de la qualité. Nous avons vu que certains services privés avançaient des tarifs supérieurs à leurs concurrents au motif d'une qualité de prestation supérieure. Cette vision confirme l'hypothèse essentialiste selon laquelle la qualité se repèrerait par des attributs objectifs (finition de la tâche supérieure à celle réalisée par les concurrents) et cette vision contribue à faire de la qualité une marchandise dont le bénéficiaire, s'il y met le prix, pourrait devenir propriétaire. La qualité peut ainsi être construite comme une valeur marchande, et en acquérir la propriété permet à celui qui la possède de se distinguer d'autrui. Il est difficile de saisir jusqu'où la dignité, qui semble être massivement le premier critère sur lequel s'expriment les bénéficiaires lorsqu'on leur donne la possibilité d'évaluer sur quoi porte la qualité d'une prestation d'aide à domicile, peut se monnayer en espèces sonnantes et trébuchantes.

Les perspectives existentialiste²⁶⁴ et constructiviste²⁶⁵, à l'inverse de la perspective précédente, considèrent que la qualité de l'aide à domicile résulte du rapport que l'individu entretient à l'action. La qualité s'exprime dans l'action plutôt qu'elle n'est définie comme guide à l'action. La qualité est saisie a posteriori de l'action ou encore par l'usage qui en est fait. La qualité émerge de l'usage que les protagonistes font du contexte d'intersubjectivité dans lequel ils sont placés en vue de la réalisation de la tâche. La qualité fait donc l'objet d'une fabrication incessante. La qualité n'est pas, dans le champ qui nous intéresse, un état ou un acquis stable, comme on pourrait le dire de la qualité de l'ensemble d'une chaîne de voitures construites dans la même usine à une même période. Elle résulte d'une construction permanente à travers les interactions que nouent professionnels et usagers (et plus largement entre tous les acteurs) et qui en actualisent le vécu et l'expression à chaque rencontre. La qualité est adossée à l'expérience vécue, elle en est une élaboration.

Du côté du bénéficiaire, comme de celui du professionnel, la qualité renvoie à une valeur d'usage plus qu'à une valeur marchande, dans la mesure où la qualité émerge de la contribution positive des deux parties dans la relation afin d'assurer le déroulement apaisé de la tâche pour l'un et le bien-être pour l'autre. L'hypothèse soutenue ici est qu'il n'existerait pas de causalité mécanique entre l'offre de qualité proposée par les offreurs de services et le vécu de sa réception. L'expression d'une qualité perçue par les bénéficiaires peut être, autrement dit, indépendante de l'intention contenue dans l'offre de service. D'un point de vue wébérien, la qualité peut être envisagée comme une action rationnelle en valeur, c'est-à-dire que respecter la dignité (comme valeur) des protagonistes l'emporte sur la tâche à accomplir, notamment lorsque celle-ci mobilise des moyens rabaisant la dignité des protagonistes (faire une toilette à tout prix car elle est prescrite dans le plan d'aide, supporter le racisme du bénéficiaire pour garder son emploi). La qualité est élevée au rang de valeur morale ou au rang de conviction éthique. Dans cette perspective, et à la différence de la philosophie précédente, la qualité ne vaut pas d'être sacrifiée à la réalisation de la prestation. La qualité devient une valeur d'usage de la relation et, plus précisément, elle devient constitutive de la poursuite de l'échange social qui se noue entre professionnels et bénéficiaires. La qualité est ainsi saisie comme une valeur intrinsèquement liée aux comportements des acteurs en présence et indépendamment de l'objectif ou du résultat à atteindre. Nous avons vu enfin que la qualité de la relation pouvait s'accroître lorsque cette perspective déontologique était soutenue par l'organisation.

On conclura en nous appuyant sur les propos de bénéficiaires qui ont eu à changer de services pour des raisons de mécontentement notamment. Ils relèvent que la qualité de leur prestation actuelle est par exemple visiblement meilleure que la précédente. C'est donc que la qualité laisse des traces visibles dans une approche comparative. Ces mêmes bénéficiaires avancent aussi qu'ils s'estiment « mieux traités » par le nouveau service que par le précédent. Si nous n'avons pu établir l'existence d'un pouvoir des protocoles en matière de conditionnement de la qualité de la prestation au domicile, nous avons pu établir que traiter dignement les bénéficiaires dépendait non du prix de la prestation mais de l'état d'esprit que les services étaient en mesure d'insuffler à leur personnel.

263 Max WEBER, « Les catégories de la sociologie », *Economie et société*, Tome 1, Plon, 1995, p. 55-56.

264 Jean-Paul SARTRE, *L'existentialisme est un humanisme*, Gallimard, 1947.

265 Thomas LUCKMANN, Peter BERGER, *La construction sociale de la réalité*, Méridiens Klincksieck, 1986.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ARENDT Hannah, Responsabilité et jugement, Petite Bibliothèque Payot, 2009.
- AVIET Isabelle, MOUGIN Yvon, Amour et management. Le secret de la qualité, Afnor Editions, 2011.
- BOLTANSKI Luc, THEVENOT Laurent, De la justification : les économies de la grandeur, Gallimard, 1991.
- BOURDIEU Pierre, La misère du monde, Editions du Seuil, 1993.
- BOURDIEU Pierre, Réponses, en collaboration avec Loïc WACQUANT, Edition du Seuil, 1992.
- CROFF Brigitte, Seules. Genèse des emplois familiaux, Métaillié, 1994.
- DEMING W. Edwards, Hors de la crise (1982), Economica, 2002.
- ELIAS Norbert, La solitude des mourants, Christian Bourgois, 1987.
- ENNUYER Bernard, Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social, Dunod, 2003.
- ENNUYER Bernard, Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation, Dunod, 2006.
- ENRIQUEZ Eugène, L'organisation en analyse, PUF, 1992.
- FOUCAULT Michel, Surveiller et punir, TEL Gallimard, 1975.
- GOFFMAN Erving, Stigmates. Les usages sociaux des handicaps (1963), Les éditions de Minuit, 1975.
- MAUSS Marcel, « Essai sur le don. Formes et raisons de l'échange dans les sociétés archaïques » (1923), in Sociologie et anthropologie, quadrigé PUF, 1991.
- PELLETIER Christophe, Le management par la qualité dans les services à la personne, Dunod, 2010.
- PELLETIER Christophe, Démarches qualités et services aux personnes à domicile, Dunod, 2005.
- PORTER Michael, L'avantage concurrentiel, InterEditions, 1986.
- QUETELET Adolphe, Sur l'homme et le développement de ses facultés ou Essai de physique sociale, Paris, Bachelier, (1835), Il tomes, texte en ligne, site Bibliothèque Nationale de France.
- SHEWHART Walter A., Les fondements de la

maîtrise de la qualité (1939), Economica, 1989.

- STIKER Henri-Jacques, Corps infirmes et sociétés. Essais d'anthropologie historique, Dunod, 2005.
- WINNICOTT Donald Woods, Jeu et réalité (1971), Editions Folio Gallimard, 1975.
- WINNICOTT Donald Woods, De la pédiatrie à la psychanalyse (1958), Editions Payot, 1969.

Ouvrages collectifs

- BLONDEL Frédéric, « L'approche clinique dans les dispositifs de recherche action », in de GAULEJAC Vincent, La sociologie clinique, enjeux théoriques et méthodologique. Eres, 2007.
- COESTIER Bénédicte, MARETTE Stéphan, Economie de la qualité, collection Repères n°390, Editions La découverte, Paris, 2004
- COHEN-MANSFIELD Jiska, EJAZ Farida K., WERNER Perla, Satisfaction Surveys in Long-Term Care (New York: Springer Publishing Company), 2000.
- DEVETTER François Xavier, JANY-CATRICE Florence, RIBAUT Thierry, Les services à la personne, Collection Repères, Edition La Découverte, 2009
- DREYER Pascal (ss dir.), Handicap et domicile. Interdépendances et négociations, Chronique Sociale, 2011.
- VATIN François (ss dir.), Evaluer et valoriser. Une sociologie économique de la mesure, Presses Universitaires du Mirail, 2009.
- WEBER Florence, GOJARD Séverine, GRAMAIN Agnès (ss dir.), Charges de familles. Dépendance et parenté dans la France contemporaine, Editions La Découverte, Enquêtes de terrain, 2003.

Articles

- AKERLOF George, « The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism », Quarterly Journal of Economics, vol. 84, no 3, 1970.
- ASPINAL Fiona, ADDINGTON-HALL Julia, HUGHES Rhidian, HIGGINSON Irene J., Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature, Journal of Advanced Nursing, 42(4): 324-339, 2003.
- BOCQUET Hélène, GRAND Alain, ANDRIEU Sandrine, « L'évaluation de la « prise en charge » à domicile des personnes âgées, d'une approche individuelle à une approche globale territorialisée », in Gérontologie et Société, n°99, Décembre 2001.

• BRESSE Sophie, « L'évolution sur deux ans de l'aide dispensée aux personnes âgées de 60 ans et plus », in *Etudes et Résultats*, DREES, n°346, Octobre 2004.

6. COCHOY Franck, DE TERSAC Gilbert, « Les enjeux organisationnels de la qualité », *Sciences de la société*, Toulouse, 1999

• ENNUYER Bernard, (2004), « Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles », in *Gérontologie et société*, 2004/2, Volume 109.

• FERMON Béatrice, FIRBANK Oscar, « Gérer la qualité des services à domicile : une analyse des approches suivies en France et au Québec », in *Gérontologie et Société*, Volume 99, 187-205, 2001.

• FIRBANK Oscar, « Sonder l'opinion des personnes âgées quant à la qualité des services à domicile : approches, instruments, constats », in *Vieillesse et santé II, Hors-série 2003*, pp 94-115

• HERNES Tor, « Quatre réactions organisationnelles idéal-typiques aux réformes du new management public et quelques conséquences », in *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 2005/1 Vol. 71.

• LAVOIE Jean-Pierre, GUBERMAN Nancy, MONTEJO Maria-Elisa, LAUZON Sylvie, PEPIN Jacinthe, « Problématisations et pratiques des intervenantes. Des services à domicile auprès des aidantes familiales, quelques paradoxes », in *Revue Gérontologie et Société* 104 : 195-211, 2003.

• LUNDDSGAARD Jens, « Ouverture à la concurrence et efficacité des services à financement public », in *Revue économique de l'OCDE*, n°35, 2002/2.

• MARQUIER Rémy, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées » en 2008, N° 728, juin 2010.

• MENDEL Gérard, « Itinéraire : sociopsychanalyse, intervention institutionnelle, psychosociologie du travail », in CLOT Yves (dir.), *Les histoires de la psychologie du travail*, Editions. Octaves, 1996.

• MINVIELLE Etienne, « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé : le cas de la qualité hospitalière », in *Revue Française de Gestion* 5, n°146 : 167-189, 2003.

• OWENS David J., BATCHELOR Claire, « Patient satisfaction and the elderly », in *Social Science and Medicine*, 42 (11): 1493-1491, 1996.

• PELETTIER Christophe, « La normalisation au

service des droits des usagers », in *Gérontologie et société*, 2005/4, n°115.

• PETRELLA Francesca, RICHEL-BATTRESTI Nadine, « Régulation de la qualité dans les services à la personne en France, l'Economie sociale et solidaire entre innovation et isomorphisme ? », in *Revue Management et avenir*, n°35, 2009

• RENAUT Sylvie, « Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille AGGIR », in *Gérontologie et société*, 2004/2, Volume 109.

• VILLEZ Alain, « Le concept de fragilité dans la législation sociale et médico-sociale. « Vieux et fragiles » de la protection à la valorisation des droits », in *Gérontologie et société*, 2004/2, Volume 109.

• WOLMARK Yves, « Evaluer la qualité », in *Gérontologie et Société* 99:131-146, 2001.

Revue

• Ce qu'évaluer voudrait dire, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Volume CXXVIII/CXXIX, PUF, 2011.

• Le care : entre transactions familiales et économie des services, *Revue Française de socio-économie*, Editions La Découverte, Second semestre 2008.

Rapports

• AFNOR Certification, La certification au service de la professionnalisation des services à la personne, *Enquête février 2009*.

• ALDEGHI Isa, LOONES Anne, Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées. Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable, CREDOC, *Cahier de Recherche n°277*, Décembre 2010.

• ANAES, Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, *Principes généraux*, 39 pp, 2002.

• ANESM, Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L 312-1 du CASF, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, mars 2008.

• BLONDEL Frédéric, DELZESCAUX Sabine, La prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées dépendantes vivant à domicile, *Dom-Hestia Assistance*, CNSA, Malakoff Médéric, Décembre 2009.

• BRANCHU Christine, THIERRY Michel, BESSON

Aurélien, Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons Départementales des personnes handicapées (MDPH), IGAS, Novembre 2010.

• BRUANT-BISSON Anne, AUBE-MARTIN Philippe, REBOUL Jacques-Bertrand de, Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles, IGAS, Octobre 2010.

• CHEVREUL Catherine (ss dir.) - URC Eco IDF, Les patients de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants, DGAS, 2009.

• CNSA, Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées, Octobre 2011.

• CNSA, MDPH : 5 ans déjà ! Synthèse des rapports d'activité 2010 des maisons départementales des personnes handicapées, Décembre 2011.

• CNSA, Rapport sur l'appropriation du GEVA, Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, Dossier technique, janvier 2010.

• COLVEZ Alain, Rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, rapport du Sénat, janvier 2003.

• CONNANGLE Sylvain, Réflexions visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées - 10 propositions, décembre 2011, La documentation française.

• CREAM Rhône-Alpes, Les besoins et attentes des aidants familiaux des personnes handicapées vivant à domicile, Février 2009.

• DAVID Albert, ROUX Laëticia., SZPIRGLAS Mathias, CANET Emilie, DONGES Carine, Quelles bonnes pratiques d'organisation des EMS autour de la grille AGGIR ?, Rapport Ecole des Mines de Paris, octobre 2008.

• DEBONNEUIL Michèle, Les services à la personne, bilan et perspectives, Rapport IGAS n° 2008-M-024-01, Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi, Ministère du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique, 2008.

• FERMON Béatrice, « Evaluation de la qualité des services de maintien à domicile, Rapport Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, Direction Générale des Affaires Sociales, 120 p, 2003.

• FERMON Béatrice, SALLES Christelle, BOUR-

GEOIS Isabelle, Etude comparative des démarches d'amélioration continue de la qualité dans le secteur social et médico-social. Freins et leviers des démarches qualité, Programme d'études 2005, Rapport DGAS, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, 87p, 2007.

• FOUQUET Annie, TREGOAT Jean-Jacques, SITRUK Patricia, L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, Mai 2011.

• GUILLERMO Véronique, VOISIN Joëlle, LAROQUE Michel, LACAZE Didier, Synthèse 2010 sur la gestion de l'Allocation Personnalisée d'autonomie, IGAS, Avril 2010.

• JOSEPH-JEANNENEY Brigitte, HADDOUCHE Nacera, LALOUE Frédéric, LECONTE THIERRY, O'MAHONY Patrice, Evaluation de la prestation de compensation du handicap (PCH), IGAS, Août 2011.

• LAROQUE Pierre, Politique de la vieillesse, Rapport au premier ministre, 1962.

• MANTOVANI Jean, ROLLAND Christine, ANDRIEU Sandrine, Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile, DREES, n°83, Novembre 2008.

• POLETTI Bérangère, Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation des ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles, Mission confiée par madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, janvier, rapport public, La Documentation Française, 2012.

• RAYMOND Michel, ROUSSILLE Bernadette, STROHL Hélène, Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées, Rapport de l'IGAS juillet 2009.

ANNEXE N°1

LE PROCESSUS DE PRODUCTION DES CONNAISSANCES

A - RAPPEL DES ORIENTATIONS INITIALES DU PROJET DE RECHERCHE

a - Contexte et état des connaissances

Face aux besoins d'aide à domicile²⁶⁶ croissants (impact du vieillissement démographique, de l'évolution des rapports intergénérationnels, de la technologie qui permet de rester de plus en plus longtemps à son domicile dans des conditions de sécurité accrue), la mesure de la qualité de l'aide à domicile des personnes fragiles constitue un enjeu majeur pour l'ensemble des parties prenantes du secteur. Il s'agit non seulement d'assurer la satisfaction de besoins multiples et variés, mais également l'utilisation des ressources dans un secteur caractérisé par une diversité d'acteurs et des logiques différentes de fourniture et de financement du service rendu, le tout dans un contexte extrêmement évolutif au niveau des politiques publiques (loi Borloo 2005, création du CESU, développement de l'emploi direct etc.). En même temps, force est de constater que les dispositifs actuellement mis en place dans le secteur au nom de la qualité n'offrent pas une grande cohérence d'ensemble dans la mesure de la qualité.

La qualité est, en effet, actuellement assurée par des instruments régulant de manière systématique l'entrée sur le marché du maintien à domicile comme les agréments qualité

266 Nous définirons l'aide à domicile comme l'ensemble des services qui répondent aux besoins d'aide des personnes fragiles comme les personnes âgées et/ou handicapées du fait de leur situation d'incapacité et/ou de dépendance pour accomplir les actes de la vie quotidienne et prendre en charge les soins que leur état de santé nécessite.

pour les publics fragiles ou l'autorisation qui concerne l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui exercent des missions d'intérêt général et d'utilité sociale. De façon complémentaire aux autorisations d'entrée sur ce marché, les démarches d'évaluation interne et externe instituées par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale contribuent à assurer la qualité de tous les services d'aide à domicile dans la mesure où elles sont également obligatoires. Le dispositif « qualité » de l'aide à domicile est ensuite enrichi par les initiatives locales et volontaires que peuvent prendre des associations ou groupements professionnels pour produire des codes déontologiques et/ou des chartres de valeurs associatives qui s'imposent à tous les membres. Il peut être également complété par le recours volontaire à des procédures de certification-labellisation (Norme Afnor NF-X 50-056 Services aux personnes à domicile) visant à produire des « signes de qualité » sur un marché de plus en plus concurrentiel. Lorsque le service est rendu par des professionnels de la santé, la qualité est assurée par l'évaluation des pratiques professionnelles. Ainsi la qualité renvoie-t-elle essentiellement à des problématiques d'accès au secteur et de gestion des dysfonctionnements. La question de l'évaluation des résultats de la prestation et de la satisfaction des bénéficiaires des services est peu renseignée avec les instruments de mesure actuels. Pour justifier cet état des lieux, on a pu invoquer la difficulté de mesurer la qualité dans ce secteur du fait du caractère multidimensionnel de la qualité conjugué à la complexité de l'organisation de l'offre de services pour assurer le maintien à domicile (Fermon B., Firbank O., 2001). La mesure de la qualité est, en effet, un exercice complexe dès lors que la mesure implique la production d'indicateurs, c'est-à-dire la production de variables décrivant un élément caractéristique du service rendu. Or, le service rendu dans le cas de l'aide à domicile est complexe de par ses caractéristiques intrinsèques : multiplicité des

intervenants professionnels, nature technique et/ou relationnelle des interventions, inscription dans le temps des interactions avec les différents intervenants, exercice professionnel au domicile de la personne aidée, intervention profane (les aidants familiaux) aux côtés des professionnels. Tous ces éléments renvoient tout à la fois à l'unicité du service produit lors de chaque relation d'aide et à la diversité de la production des services d'aide à domicile rendant problématique la question de la mesure de la qualité tant du côté des offreurs que des demandeurs.

Le modèle théorique sous-jacent de la mesure de la qualité repose sur la capacité des producteurs à satisfaire les attentes des usagers. Or, les attributs du service valorisés par les uns ne correspondent pas forcément aux mêmes attributs que les autres valorisent (Fermon, 2004) : alors que les intervenants professionnels valorisent les caractéristiques techniques et organisationnelles du service, les bénéficiaires s'intéressent aux caractéristiques relationnelles du service. Bien plus, ce que les premiers peuvent considérer comme des dysfonctionnements (comme la présence simultanée au domicile de la personne de plusieurs intervenants professionnels), les seconds considèrent cette situation comme tout à fait satisfaisante. Si l'on peut admettre les résultats de cette étude, ils présupposent néanmoins que les individus sont en mesure de définir les attributs des services et qu'ils sont capables de mettre en lien la réalisation de ces attributs et la satisfaction qu'ils en retirent. Or plusieurs auteurs font valoir le fait que l'évaluation par les bénéficiaires des services est fondé sur des éléments autres que les attributs du service ou même leurs attentes vis-à-vis de ce service (Aspinal et al, 2003). De plus, la littérature montre que la fragilité du public, notamment pour les personnes âgées en situation de perte sévère d'autonomie, influence l'expression de leur satisfaction face au service rendu (Owens et Batchelor, 1996). Dans ce contexte, la mesure de la qualité ne peut faire l'économie de la

construction préalable d'un modèle conceptuel sur la manière dont les usagers évaluent les services dont ils bénéficient : qu'est-ce que les bénéficiaires du service attendent du service qu'ils reçoivent ? Dans quelle mesure ces attentes sont-elles l'expression des besoins de la personne aidée ? Dans quelle mesure la réponse à ces attentes renvoie à la satisfaction du bénéficiaire ? Quels sont les liens entre satisfaction et insatisfaction ?

Du côté des offreurs, les questions sous-jacentes à la mesure de la qualité se posent avec la même acuité, en particulier parce que la réalisation du service n'est rendue possible que grâce à l'intervention conjointe de plusieurs catégories de professionnels, largement complétée par l'intervention des aidants familiaux (ce que l'on nomme l'aide informelle). Cette pluralité d'intervenants favorise la pluralité des grilles d'évaluation de la qualité, non seulement parce que l'analyse des besoins que chaque catégorie de professionnels fait peut être différente, mais également parce que la conception que chacun a du rôle de l'autre dans la production du service peut ne pas correspondre. On peut ainsi mettre en évidence des situations paradoxales selon lesquelles les aides-soignantes envisagent leur rôle dans la relation de service comme un rôle de formation des aidants familiaux plutôt que comme un rôle technique, reléguant d'ailleurs ce dernier rôle aux aidants (Lavoie et al, 2003). Là aussi, la mesure de la qualité nécessite une compréhension fine de l'activité de chaque intervenant, de ses articulations avec les autres catégories de professionnels, des représentations que chaque profession a des autres en termes de rôle dans la production du service. Au-delà de ce jeu des acteurs, la structuration de l'offre de service favorisant une plus ou moins grande proximité avec des structures du secteur sanitaire impacte également la conception et donc la mesure de la qualité (Fermon, Salles, Bourgeois, 2007). On peut s'attendre à ce que, du côté des financeurs et des tutelles de régulation du secteur, la problématique de la qualité soit abordée

sous des angles encore différents dans la mesure où ces parties prenantes du service intègrent de manière prépondérante dans leur représentation de la qualité la contrainte des ressources et la régulation du secteur. La mesure de la qualité renvoie ainsi à une série de questions sur les objectifs de la mesure, l'objet de la mesure préalable aux questions techniques de définition de l'instrument de mesure, de son mode d'administration, de ses qualités métrologiques et de son implantation en routine dans l'organisation : avant de se pencher sur le « comment mesure-t-on », il convient de préciser ce que l'on mesure et pourquoi on le mesure. L'ordre de ces étapes est d'autant plus important à respecter que l'objet de la mesure est multidimensionnel, complexe et que la mesure renvoie à des conceptions différentes de l'objet mesuré (Minvielle, 2003). En outre, l'effort de conceptualisation préalable à la mesure s'avère indispensable pour assurer la rigueur scientifique de l'instrument de mesure et des résultats produits (Cohen-Mansfield et al, 2000).

b - Les objectifs initiaux

L'objectif général de ce projet de recherche était de problématiser la relation d'aide à domicile pour en comprendre les enjeux pour chacune des parties prenantes et ainsi rendre compte des problématiques à considérer pour élaborer des instruments de mesure de la qualité. Il s'agissait de faire travailler tous les acteurs de l'aide à domicile – à savoir en premier lieu les personnes fragiles elles-mêmes, les aidants familiaux (nommés parfois aidants informels), les auxiliaires de vie qui les accompagnent et les gestionnaires (secteur marchand, non marchand, d'accompagnement social, de soins) comme les différents représentants institutionnels (politiques, associatifs du champ professionnel comme du champ de la militance bénévole, laïques, confessionnels) qui participent à l'aide à domicile – suivant un dispositif participatif qui se donnait pour objectif de comprendre, dans le cadre d'une approche principalement qualitative, ce que

qualité veut dire pour les uns et les autres. Il s'agissait donc d'identifier les attentes et les besoins des personnes fragiles et d'analyser ce qui est mis en place, et dans les formations, et dans la prescription et l'organisation de l'aide à domicile, de même qu'il s'agissait de saisir les points de divergence et de convergence afin d'en tirer des préconisations en matière de mesure de la qualité. Cet objectif se déclinait en plusieurs sous-objectifs particuliers qui supposaient au préalable l'identification des populations dites fragiles.

Comprendre l'accès à l'aide à domicile et en amont de l'aide à domicile, les raisons d'une certaine absence de demande, la difficulté à faire une demande, les dispositifs d'information et de communication de l'aide à domicile du point de vue des personnes potentiellement demandeuses d'une prise en charge, du point de vue de celles prises en charge, des aidants, des gestionnaires et des institutionnels. Il convenait aussi de faire le point sur les expériences étrangères en matière de satisfaction de l'aide à domicile du point de vue des usagers et du point de vue des pouvoirs publics.

Analyser le processus d'intervention (de la demande à l'intervention proprement dite) et la coordination de l'intervention de l'aide à domicile (notamment entre les interventions sociales et les interventions de soins).

Renseigner les notions de qualité perçue et attendue dans le cadre de la prise en charge d'aide à domicile du point de vue de la personne fragile, des aidants, des professionnels, les gestionnaires notamment.

Analyser, dans une perspective compréhensive et critique, la qualité du point de vue de la pertinence et de l'efficacité des standards et normes (standards de mesure des besoins, d'appréciation de l'accompagnement, d'évaluation des interventions) du point de vue de la personne fragile, des aidants, des professionnels, des gestionnaires, des institutionnels et éventuellement des experts.

c - Les hypothèses initiales

Les hypothèses retenues initialement renvoyaient d'une part aux questions de recherche sous-jacentes et d'autre part à la méthodologie proposée. Au niveau des questions de recherche, plusieurs hypothèses avaient été formulées. Ces hypothèses concernaient le fait que la mesure de la qualité ne peut faire l'économie d'un cadre conceptuel préalable et global visant à rendre compte de la complexité du service rendu car le point de vue sur la qualité est potentiellement orienté par la place que l'individu occupe dans l'organisation et la place que l'organisation occupe dans son champ d'activité. La mesure de la qualité renverrait donc à deux types d'analyses conjointes :

une analyse de type vertical où la qualité dépend de la structure et la structuration du champ de l'aide à domicile : à titre d'illustration, on peut faire l'hypothèse qu'un service d'aide à domicile généraliste n'aura pas la même représentation et gestion de la qualité qu'un service d'aide associé à une structure d'offre de soins.

une analyse de type horizontal où ce ne serait pas seulement la nature de l'activité réalisée par le professionnel mais aussi les logiques individuelles, le jeu des acteurs qui, dans une logique de différenciation, sous-tendraient leur représentation de la qualité.

Nous estimions que cette entrée par différents points de vue devait permettre non seulement de renseigner le caractère multidimensionnel de la qualité, d'affiner les caractéristiques de la qualité selon les publics ou les activités concernées, mais également d'assurer la légitimité de la mesure de la qualité auprès des professionnels. De ce fait, le transfert pur et simple des instruments de mesure de la qualité de l'aide à domicile – essentiellement développés aujourd'hui aux Etats-Unis, en Australie ou au Canada – ne semblait pas pertinent pour l'objectif principal de cette recherche même s'il devait permettre de faire un état des lieux initial nécessaire pour éclairer

l'analyse des instruments actuellement utilisés dans le secteur.

Au niveau méthodologique, nous faisons l'hypothèse que les échecs des démarches qualité tenaient à l'aspect trop formel de l'instrument de mesure : impliquer les différentes parties prenantes du service d'aide à domicile dans un processus compréhensif des enjeux de la mesure de la qualité pouvait donc leur permettre de développer des compétences utiles pour assurer la qualité des services. De plus, leur participation à la production des guides d'entretien devait limiter les biais de compréhension liés à la terminologie employée, notamment lorsqu'on s'adresse à un public et que le guide est conçu par des professionnels ou experts (Firbank, 2003).

B - LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La méthodologie que nous avons retenue dans le cadre de cette recherche est une méthodologie qualitative dite participative²⁶⁷. Ainsi qu'il l'était stipulé dans le projet de recherche, l'idée était de faire travailler tous les acteurs de l'aide à domicile suivant un dispositif participatif qui se donnait pour objectif de comprendre, dans le cadre d'une approche principalement qualitative, ce que qualité veut dire pour les uns et les autres. Il s'agissait donc d'identifier les attentes, et les besoins des personnes fragiles et d'analyser ce qui est mis en place aussi bien pour accompagner et faire vivre la prescription, organiser le travail à domicile, former et aider le personnel. Il s'agissait aussi de saisir les points de divergence et de convergence afin d'en tirer des préconisations en matière de formation des professionnels et de mise en place d'interventions mieux adaptées au domicile des personnes fragiles.

a - L'architecture initiale du dispositif de recherche

On rappellera, pour introduire l'architecture du dispositif, que notre approche s'inspire de la recherche-action. Celle-ci pose comme hypothèse,

²⁶⁷ Frédéric BLONDEL, « L'approche clinique dans les dispositifs de recherche action », in de GAULEJAC Vincent, *La sociologie clinique, enjeux théoriques et méthodologique*, Editions Eres, 2007.

d'une part, que les méthodologies utilisées conditionnent la nature et les contenus de la connaissance produite et, d'autre part, que le croisement de certaines d'entre-elles permet d'élaborer un savoir de type objectif sur l'objet étudié et, pour partie, un savoir de type subjectif sur les pratiques singulières des participants de la recherche-action. Le type de savoir objectif vaut au-delà des participants à la recherche alors que le type de savoir subjectif vaut en priorité pour les participants en tant qu'il est éminemment finalisé à partir de leurs préoccupations et constitué à travers leur expérience de la recherche.

Une brève définition de ce qu'est la recherche-action s'impose pour donner à voir la posture méthodologique d'ensemble. Elle est considérée comme une pratique de recherche en milieu naturel mise en place en réponse à une demande émise par un commanditaire. Prenant acte de sa non-extériorité par rapport à son objet, c'est par l'analyse de ce qui se passe et se développe dans les relations entre les acteurs et le chercheur à l'occasion de la recherche, que les participants (acteurs et chercheur) peuvent accéder, en partie du moins, à la réalité (psychologique, sociale, groupale, institutionnelle) qu'ils se proposent de comprendre. L'objet de la recherche-action vise « à favoriser la participation et l'implication des acteurs-sujets dans l'analyse de leurs problèmes et la recherche d'issues possibles »²⁶⁸. La recherche-action procède d'une hypothèse selon laquelle les participants à la recherche sont des co-producteurs du savoir. Cette orientation induit généralement des données

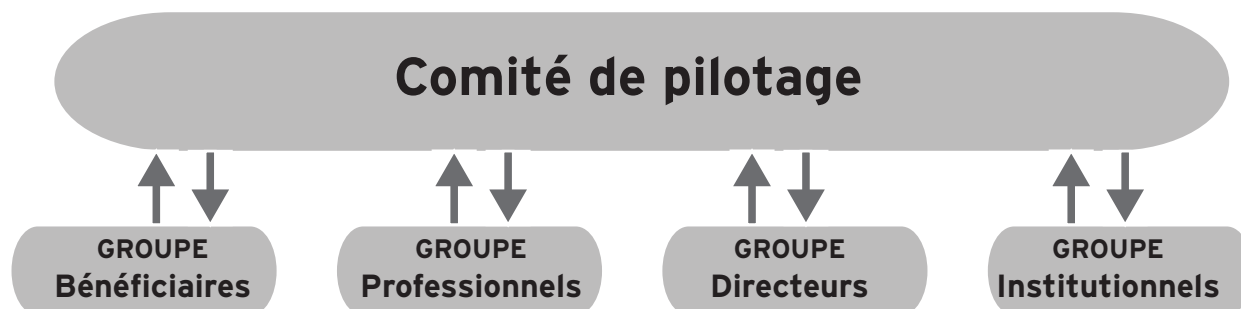
collectées à partir de leurs préoccupations. Cette co-construction suppose une démarche méthodologique spécifique, adaptée au contexte et au thème à traiter. Elle s'effectue à partir du rapprochement d'axes méthodologiques, certains orientés vers la collecte d'informations factuelles et descriptives concernant une réalité objective et relative aux pratiques professionnelles, d'autres tournés vers l'analyse qualitative et clinique des pratiques et des discours tenus sur les pratiques professionnelles, dimensions qui concernent la réalité subjectivement vécue de la pratique (par les professionnels et les bénéficiaires).

Pour ce qui concerne notre recherche, nous retrouvons les données objectives dans les certifications et dans les dispositifs et procédures mis en œuvre pour assurer la réalisation de la prestation à domicile conformément aux règles prescrites. Les dimensions subjectives sont traitées à partir de la dynamique qui s'instaure dans les groupes de travail et dans les entretiens conduits avec les bénéficiaires notamment.

Les groupes de travail sont constitués avec l'aide d'un comité de pilotage, garant des objectifs de la recherche, et de groupes de travail techniques qui définissent les meilleurs moyens de collecter des informations « pertinentes ». En règle générale, la recherche s'appuie sur le travail de ces groupes et sur un nombre d'entretiens, collectifs ou individuels selon les opportunités, qui viennent alimenter la réflexion des groupes.

Le croisement des points de vue s'effectue ainsi, entre données objectives et données subjectives et entre les points de vue des différents groupes et participants individuels à la recherche. Le dispositif privilégie, en règle générale, une configuration qui assemble comité de pilotage politique et groupes de travail constitués à partir de catégories et logiques d'acteurs.

268 Gilles AMADO, André LEVY, "Recherche-action", in Jacqueline BARUS-MICHEL, Eugène ENRIQUEZ, André LEVY, *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*, Erès, 2001.



Fonctions du comité de pilotage

- Il est le garant de la recherche et il en fixe les orientations
- Il remplit à la fois une fonction réflexive et critique
- Il valide les phases d'avancement des travaux, les rapports intermédiaire et final
- Il facilite l'accès au terrain

Fonctions des groupes de travail

- Ils précisent la problématique de la recherche, ainsi que ses objets et ses champs d'investigation
- Ils proposent l'échantillon (critères d'échantillonnage et taille de l'échantillon) le plus pertinent en fonction de la finalité de la recherche (recherche de résultats représentatifs ou significatifs)
- Ils proposent les méthodologies les plus adaptées en fonction de l'objet qu'ils ont à traiter
- Ils finalisent des hypothèses de travail qu'ils vérifient eux-mêmes ou dont ils sous-traitent la vérification

Cette architecture a été partiellement modifiée du fait que le « comité de pilotage » n'a pu être constitué comme nous l'avions espéré. En effet, nous avons convenu avec les commanditaires d'associer au pilotage de la recherche une forte représentation des acteurs institutionnels impliqués dans le champ du maintien à domicile de la personne fragile. Or, du fait des préoccupations des uns et des autres, et malgré de nombreuses relances de l'équipe de chercheurs soutenus, en cela, par les commanditaires, nous n'avons pu mobiliser les acteurs à la hauteur de ce qui était nécessaire pour organiser les groupes de travail selon les prétentions initiales de la recherche. L'objectif était de suivre la notion de qualité en partant des objectifs affichés et défendus par les institutions politiques départementales et d'étudier si l'on en retrouvait des traces dans ce que vivent les bénéficiaires par rapport aux prestations de maintien à domicile. Le travail consistait à essayer d'identifier s'il existait une différence entre départements ayant une politique volontariste en la matière et ceux qui s'en tenaient à l'expression de la loi. Face à cette impossibilité de mettre en place ce comité de pilotage politique qui devait

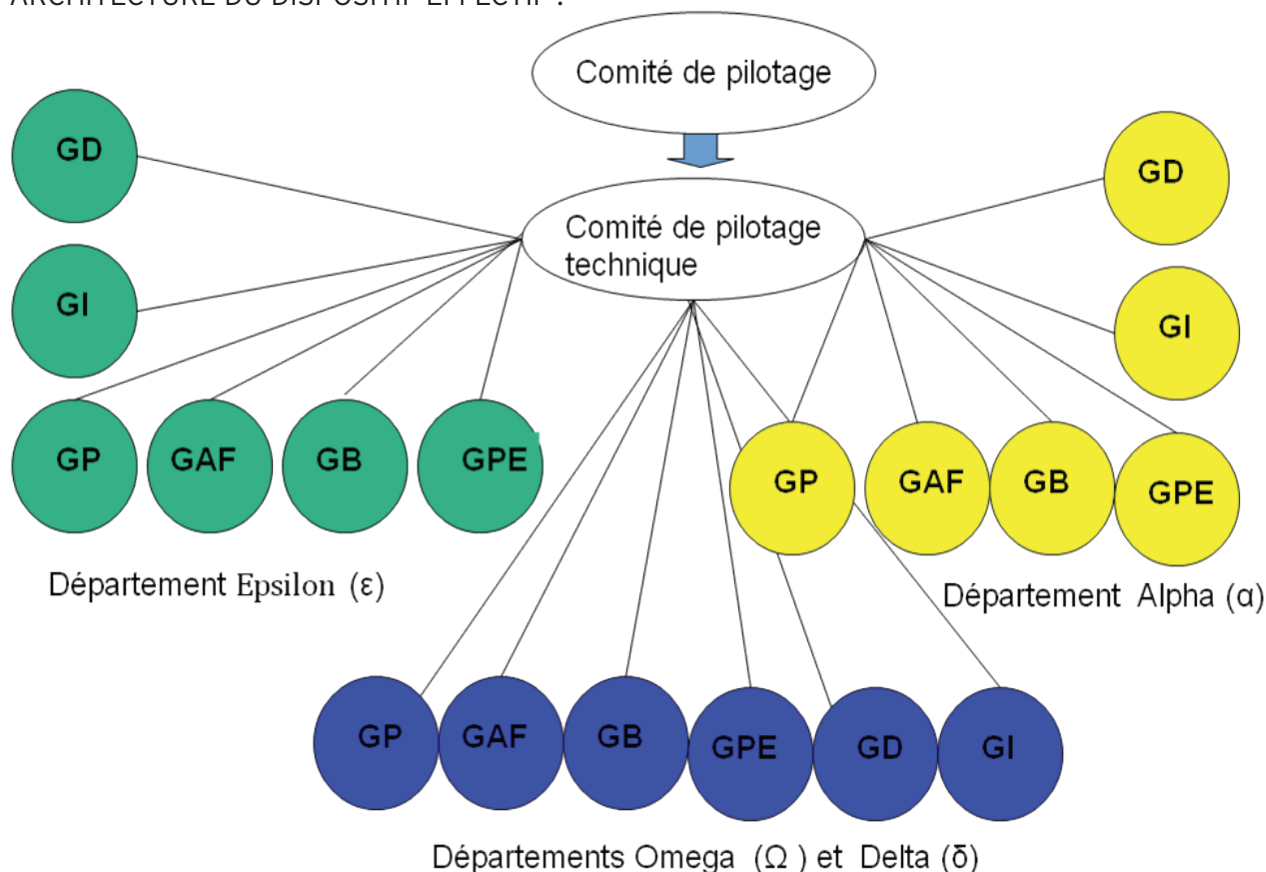
nous ouvrir les portes du terrain, et en accord avec les commanditaires, nous avons modifié le niveau d'approche du terrain. La démarche méthodologique générale est restée la même, nous avons pu garder l'approche participative et le croisement des points de vue, mais nous n'avons pu maintenir la prétention à une approche homogène et strictement comparable des données collectées sur les territoires. Par exemple, sur tel territoire nous avons pu nous entretenir avec l' élu chargé des questions du handicap mais nous n'avons pu être reçus par l' élu aux personnes âgées. Sur tel territoire, les données sont abondantes sur tel sujet, et inégales sur tel autre, nous interdisant la comparaison terme à terme. L'absence d'une véritable légitimité institutionnelle escomptée pour aborder les territoires a rejailli sur la constitution des échantillons avec lesquels l'équipe de recherche a travaillé. En effet, en l'absence d'introduction par le niveau politique des départements, l'équipe de recherche a été conduite, avec l'accord des commanditaires, à constituer un « comité de pilotage technique » dont la fonction a été d'aider l'équipe de recherche à accéder au terrain.

On trouvera ainsi, ci-dessous, la configuration

finale du dispositif méthodologique. Ce comité de pilotage technique, auquel l'équipe de recherche est redevable à maints égards, a été constitué sur la base du réseau de connaissances que les chercheurs ont accumulées au fur et à mesure des recherches qu'ils ont réalisées dans le champ de la personne en situation de multi handicap et dans le champ de la personne âgée dépendante. C'est dire que ce comité a été constitué à partir d'un réseau de connaissances et de personnes ayant une expertise dans le champ de la recherche. L'approche des terrains a été définie avec les membres de ce groupe de travail, et il convient de souligner ici le fait que nous avons bénéficié de soutiens importants de la part de certaines fédérations et associations, soutiens qui se répercutent, pour le meilleur et pour le pire, sur la composition des échantillons. Pour le pire, les échantillons sont constitués par la méthode de cooptation (échantillon dit "boule de neige") et sont donc « entachés » d'une sur-représentation de telle ou telle association, fédération, etc. Il se constitue sans doute un parti pris implicite qui traverse la recherche que condamneront certains acteurs qui n'ont pas participé à la recherche. On

pourrait sans doute lister à l'envi les limites de la méthode, souligner encore une fois le déséquilibre entre la faible implication du politique au regard de celle des directeurs, des professionnels et des bénéficiaires, souligner ici l'approfondissement des analyses, là leur impressionnisme, ainsi que l'inégalité des éléments collectés. Pour le meilleur, les participants à la recherche ont tous été volontaires et ce point est précieux car il a été le gage de la pérennité du dispositif méthodologique. Nombre des participants nous ont consacré un temps considérable et nous ont aidé à organiser des rendez-vous ici ou là. Nous avons trois départements à couvrir, et grâce à ce réseau, nous avons bénéficié, sur les terrains, de personnes ressources, toutes efficaces et disponibles pour coopter, organiser, participer aux groupes de travail et pour relayer nos demandes dans les diverses instances. Soulignons aussi, qu'en général, la participation volontaire garantit une relative sincérité des matériaux collectés. Ainsi, nous obtenons finalement un corpus d'une épaisseur et d'une richesse qualitative, qui, pensons-nous, n'a rien à envier aux matériaux que nous aurions collectés en réussissant à mettre en œuvre l'approche prévue.

ARCHITECTURE DU DISPOSITIF EFFECTIF :



GP = Groupe Professionnels
GB = Groupe Bénéficiaires
GAF = Groupe Aidants Familiaux
GPE = Groupe Professionnels chargés de l'évaluation (APA et PCH)
GD = Groupe Directeurs
GI = Groupe Institutionnels

Comme on peut le constater, le schéma présente l'organisation des groupes travail sur trois territoires principaux. Comme on peut, cependant, le constater, il est mentionné un quatrième département, celui de Delta, limitrophe du département Oméga. Nous avons là encore un effet du comité de pilotage technique. Les éléments qui ont pu manquer sur un territoire ont été accessibles sur un autre, c'est ainsi que le dispositif s'est plutôt déployé sur quatre territoires que trois. Pour tous les éléments techniques concernant l'objectif, la composition des groupes de travail, le lecteur pourra se reporter à l'annexe méthodologique consacrée à ce sujet.

b - Groupes de travail et co-production de connaissance : une géométrie variable

Comme nous l'avons esquissé plus haut, le comité de pilotage technique a participé de manière prépondérante dans la composition des groupes et dans le fonctionnement opérationnel de la recherche. Le schéma fait état de six groupes de travail pour chaque département. La réalité est plus nuancée mais quasiment impossible à restituer dans un schéma dont la fonction est de communiquer l'essentiel d'un contenu. L'essentiel y est donc, mais nous pouvons compléter le schéma par quelques commentaires. Ce qui est symbolisé par les groupes « institutionnels » a été réduit à des entretiens individuels avec les élus qui ont bien voulu nous accueillir. De même, nous n'avons pas fait figurer le travail fait avec les responsables nationaux de chaque enseigne de certification, ni la participation des chercheurs à des groupes de travail organisés par ces instances de certification. Par ailleurs, nous avons ici ou là pu constituer des groupes de responsables de secteurs, personnes attachées à la gestion des plannings et souvent à la gestion de la qualité au domicile. Les responsables de secteurs sont ceux qui sont amenés à intervenir au domicile pour ajuster les plans d'aides définis par l'APA ou la PCH, réaliser les enquêtes de satisfaction ou encore pour réguler

les rapports lorsque l'une des parties, professionnel ou bénéficiaire, fait part de son mécontentement. Le dernier aspect de la méthodologie qui permet d'éclairer le statut de la production de la connaissance de ce qui est donné à lire concerne la dynamique des groupes de travail. Une fois les orientations méthodologiques arrêtées, et notamment la décision de travailler par groupe et à partir de guides d'entretiens semi-directifs, quatre niveaux de travail doivent être pris en compte. Le premier niveau est celui de l'échange qui se crée à l'intérieur des groupes entre les participants et le ou les chercheur(s)²⁶⁹. L'espace collectif, dans la mesure où il permet la confrontation, est également un lieu privilégié (sans être le seul) de vigilance. Il permet, en effet, de progresser dans l'analyse en passant successivement par le regard posé sur le discours du participant, puis sur la relation entre le chercheur et le participant, enfin sur le chercheur lui-même. « *C'est une démarche qui consiste à capter la résonance entre l'intérieur et l'extérieur, l'écho qui focalisera l'attention* »²⁷⁰. Cette démarche consiste à se déplacer dans l'espace des points de vue pour envisager les multiples sens que peut prendre le matériel. Stabiliser un sens dans la durée passe par un intense travail de compréhension de la position d'autrui et de ce qu'elle évoque en nous. L'espace collectif permet d'être attentif, dans un certain registre, au sens que peut prendre un propos apparemment superficiel, anodin, voir mineur. Cet espace, dans la mesure où il facilite l'interpellation réciproque entre les participants, facilite le travail du chercheur sur ses propres présupposés. Il permet également de s'interroger sur la réception du sens et sur la fabrication d'un sens sur le sens construit par autrui. Ce travail réflexif sur sa propre subjectivité qui bien souvent vient recouvrir le sens du matériau, permet enfin de découvrir, dans l'espace d'une « *subjectivité disciplinée* »²⁷¹, le matériau pour ce qu'il veut exprimer. L'espace collectif facilite, sans être le seul, la prise de conscience sur le fait que des hypothèses construites apparemment en rapport avec l'objet peuvent ne pas réellement le

269 Certains groupes de travail ont été animés par deux chercheurs.

270 Eugène ENRIQUEZ, Gilles HOULE, Jacques RHEAUME, Robert SEVIGNY (sous la dir.), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Editions Saint Martin, 1993, p. 45.

271 Gregory BATESON, *Regard sur mes parents*, Le Seuil, 1989.

concerner. En tant qu'espace prévu à cet effet, il est utile pour différencier ce que l'on interprète de ce que nous dit « l'objet qui parle »²⁷², et favorise en cela une posture épistémologique permettant de préciser ce qui est du registre du soi de ce qui est du registre de l'autre.

Citons immédiatement la traduction de cette approche méthodologique théorique. Le premier élément de ce travail est le temps. Le temps est l'ami du sociologue qualitatif, car il en faut pour que le sociologue accepte de se faire déporter dans un sujet qui apparemment n'est pas l'objet de recherche, par un sujet qu'il ne peut voir car ses hypothèses le conduisent à n'accorder une dignité qu'aux thèmes qui entrent dans les préoccupations de la problématisation. Il en faut de la patience aux auxiliaires de vie, aux bénéficiaires pour répondre aux questions que se pose le chercheur, il leur en faut encore davantage pour établir cette confiance qui permettra au chercheur de se laisser entraîner sur l'autre chemin qu'empruntent les relations à domicile pour s'inventer une qualité de vie. Loin de la qualité de la prestation, les protagonistes entraînent le chercheur sur la qualité de l'attention, ils l'entraînent non sur le discours qu'il attend, mais sur ce qui serait qualité pour eux, par exemple accéder à une forme de sexualité dont sont privées certaines personnes handicapées. Voilà un non-sujet par excellence pour le chercheur qui se débrouille vraisemblablement de la sienne comme bon lui semble. Voilà des participants qui « résistent » à parler de la qualité du maintien à domicile. Sauf qu'ils ne parlent que de cela. Ce qui éclate dans le travail de groupe, pourvu qu'on y consacre du temps, c'est que le sujet de la qualité de la prestation apparaît à partir de ce qu'on cherchait à passer sous silence, ou de ce qu'on prenait jusqu'alors pour un « cas isolé ». Le soubassement du jugement sur la qualité de la prestation pourrait bien être en rapport avec cette attention dont on ne parle pas, mais qui structure le discours. Pourquoi être invité à s'exprimer sur la qualité d'une prestation en dehors des préoccupations essentielles à la qualité de vie ? Peut-on penser que l'obligation de renoncer à une sexualité devient le soubassement à partir duquel

la personne handicapée notamment envisage la qualité de son maintien à domicile ?

Ce travail d'échange est réalisé à un second niveau, dans la mesure où certains entretiens individuels, une fois retranscrits et rendus anonymes, peuvent faire l'objet d'un travail collectif, comme nous venons de l'exposer. Il s'agit d'explorer ce qu'évoque pour les participants (et non exclusivement pour le chercheur) le sens produit par la personne interviewée. Le troisième niveau consiste à mettre ce savoir à l'épreuve de la discussion entre chercheurs. Nous retrouvons ce que nous évoquions plus haut, à savoir que c'est le temps de la conversion, les chercheurs cherchent à expliquer ce qu'ils ont appris, à produire un savoir sociologique à partir des savoirs constitués par les participants. Le quatrième niveau consiste à mettre à l'épreuve du comité de pilotage les hypothèses issues de ce savoir. Ce vaste mouvement de travail terminé, nous conduit à évoquer la stratégie de restitution pour laquelle nous avons opté, en espérant qu'elle outille le lecteur pour nous suivre dans ce mouvement épistémologique qui avance d'une approche instrumentale de la qualité réifiée en des choses à une approche existentielle de la qualité vécue comme participant d'un rapport au monde.

c - Stratégies de restitution, de lecture, d'écriture

Un bénéficiaire, âgé de 75 ans environ, interviewé dans le cadre de la recherche, et à qui l'on demandait de juger de la qualité de la prestation au domicile nous a signifié, après un silence signalant l'incongruité de la question, son incompetence pour en juger. Il pouvait constater que le travail était fait ou pas, à la rigueur s'il était, de son point de vue, mal fait ou bien fait, mais de là à proposer une équivalence entre travail bien fait et qualité, c'était supposer détenir une définition de la qualité, comme un état en soi, à partir duquel on pourrait mesurer si un travail bien fait, par exemple, s'approchait ou méritait le qualificatif de travail de qualité. Voilà donc, une question que ce bénéficiaire ne s'était jamais posé, ou en tout cas ne s'était jamais formulé dans les termes proposés par la recherche. Cet entretien révèle l'abîme qui sépare spontanément les préoccupations du bénéficiaire en matière de qualité de celles des institutionnels. Le bénéficiaire ne pose pas le thème de la qualité – car nous verrons qu'il s'y intéresse – dans les mêmes termes que les

272 « C'est peut-être la malédiction des sciences de l'homme que d'avoir affaire à un objet qui parle », p.64, telle est la locution exacte des auteurs, Pierre BOURDIEU, Jean-Claude CHAMBOREDON, Jean-Claude PASSERON, *Le métier de sociologue*, Mouton Bordas, 1969.

institutionnels et les directeurs se la posent. On pourra penser qu'il n'a jamais été acculturé à ce langage qui, finalement, est assez moderne²⁷³, ou qu'il n'a pas appris, comme un directeur apprend à son personnel, à reconnaître un travail de qualité et à l'évaluer en se référant aux normes, procédures et postures prédéfinies dans et par différents documents, guides ou recommandations de bienveillance.

C'est la raison pour laquelle nous avons conservé, comme stratégie de restitution, un plan qu'on peut qualifier de « descendant ». Il part des préoccupations institutionnelles et réglementaires pour finalement accompagner le lecteur à une lecture du point de vue exprimé par les bénéficiaires maîtres de la Domus. Nous aurions pu présenter un plan inverse, mais c'eût été trahir une certaine réalité, à savoir que le thème de la qualité s'offre à la discussion à partir des conceptions et préoccupations normatives pensées par les systèmes institutionnels qui cherchent à les éprouver auprès des publics cibles plutôt qu'à partir des situations vécues par le public, même si l'on s'accorde sur le fait qu'une politique sociale aurait pour fondement un besoin. Ainsi, notre présentation des résultats nous semble conforme à la logique du projet de recherche qui consiste à comprendre et expliquer ce que les bénéficiaires font de ce que les politiques sociales de maintien à domicile tentent de faire d'eux à travers les dispositifs de maintien à domicile. Car il s'agit bien de restituer, même si le thème n'est pas au cœur du sujet, que la qualité, lorsqu'on en parle au domicile, révèle à quel point elle est l'objet de rapports de pouvoir, de domination, et aussi de négociation. Le pouvoir doit s'entendre dans sa dimension déterministe (les dispositifs d'action structurent les comportements), puis interactionniste (il est ce qui circule dans la relation) et systémique (l'action d'une composante du système rétroagit sur les autres). Ainsi serions-nous fondés à parler des registres de pouvoir que les uns et des autres mobilisent à leur profit. La recherche nous met en présence

273 Il est absolument évident que les propos des personnes âgées devraient être plus contextualisés que nous ne l'avons fait. Les personnes ayant aujourd'hui 80 ans, propos à nuancer selon les catégories sociales d'appartenances et les trajectoires individuelles, sont des citoyens qui n'ont pas comme normes de pensée, l'État Providence, pas plus qu'ils ont une relation au "droit d'avoir" comparable à celui des générations suivantes.

du pouvoir d'imposition des institutionnels et des directeurs d'une part, au sens où les dispositifs structurent puissamment une offre de services et les besoins qu'elles acceptent de prendre en charge, les modalités d'intervention auxquels les bénéficiaires doivent se plier, et du pouvoir de réaction (opportuniste, offensif ou défensif) des bénéficiaires d'autre part, au sens où ils tentent, à partir de « l'intrusion » qu'est l'entrée du « système » au domicile, d'établir une resymétrisation de la relation, resymétrisation qui peut passer par de la négociation « bien entendue » par les différentes parties. Il faut entendre la négociation comme un rapport d'influence qui se propose de trouver des solutions temporaires pouvant satisfaire les parties. Nous souhaitons, d'un point de vue méthodologique, respecter cette verticalité de la relation qui s'instaure entre le monde normatif du système social et le monde vécu des sujets, car elle donne à voir les rapports de domination qu'elle charrie en s'appliquant à répondre à l'aide²⁷⁴. Nous visons une démonstration qui va du prescrit au vécu.

Nous voudrions aborder maintenant la relation qui s'établit entre le lecteur et le texte qui est donné à lire. Nous avons fait état plus haut du fait que la recherche action conduisait à envisager différents niveaux d'analyse. Un niveau concerne l'analyse collective que les participants proposent des situations qu'ils vivent, puis nous avons évoqué un autre niveau, celui de l'analyse que les chercheurs produisent à partir des récits des participants. Méthodologiquement, nous avons dit que nous opérons une conversion qui va de la compréhension à l'explication en sociologie qualitative, et qui consiste à comprendre, dans un premier temps, les récits des participants comme explicatifs des situations qu'ils vivent (en tout cas c'est ainsi qu'ils se les expliquent pour eux-mêmes et c'est ce que le chercheur doit prendre pour vrai), puis, dans un second temps, à reprendre ces mêmes matériaux comme des matériaux à expliquer du point de vue de la sociologie. Dans un premier temps, le chercheur fait l'hypothèse que le point de vue du locuteur est motivé et donc il doit le prendre pour vrai (c'est le temps compréhensif selon M. Weber), puis dans un second temps, il fait l'hypothèse que la motivation du locuteur aussi rationnelle qu'elle

274 Jürgen HABERMAS, *Théorie de l'agir communicationnel*, 2 Tomes, Fayard, 1987.

soit, n'explique pas le tout de la situation. Celle-ci trouve un sens à un autre niveau si on se donne les moyens de reconstituer le contexte qui est la condition sociale objective à partir de laquelle s'élabore l'expression de sa motivation (c'est le temps explicatif selon M. Weber). On le voit, la véridicité scientifique n'est qu'une question de focale utilisée, et l'on doit dire du point de vue du locuteur, qu'il vaut pour ce qu'il est comme du point de vue du chercheur. Nous venons d'exposer le processus de recherche, qui va de la production d'un savoir exprimé par un locuteur, au savoir reçu par un autre interlocuteur. Le récepteur transforme et organise ce savoir en une nouvelle production de savoir²⁷⁵. Dans la recherche action, le lecteur est aussi un producteur de savoir dans la mesure où la réception du texte l'invite à fabriquer des hypothèses à partir des parties qui font échos en lui. Les échos peuvent être de différents ordres, en rapport avec des savoirs théoriques constitués et qui ne sont pas ceux mobilisés par les chercheurs (le lecteur se construit sa grille de lecture des résultats), en rapport avec son expérience personnelle, notamment s'il a été en situation d'accompagner une ou des personnes fragiles dans cadre d'un maintien à domicile. C'est la raison pour laquelle nous avons « anticipé » sur la lecture en proposant une stratégie d'écriture.

Nous proposons de suivre une ligne de démonstration, mais nous avons choisi de restituer un certain nombre de matériaux pour que le lecteur puisse aussi suivre sa propre route, opérer des croisements que l'équipe n'a pas opérés, de par les matériaux privilégiés comme variables pertinentes et de par le type de créativité intellectuelle de l'équipe et la formation des chercheurs. Pour que le lecteur soit un compagnon de route de recherche, nous lui donnons à voir une certaine richesse des matériaux sans pour autant le faire entrer dans les cuisines de la recherche. Pour la partie concernant les directeurs, nous exposons d'abord les matériaux, puis proposons une analyse. Le texte restitue les monographies retenues en gardant le contexte général, dans un esprit toutefois analytique, à partir duquel les directeurs discutent de la qualité et de ses outils. Le lecteur constatera que cette partie économise les verbatim, car nous avons jugé que les directeurs tenaient un discours

sur la qualité, largement envisagée comme un élément du management des organisations et de la prestation. Le discours est toujours tenu en distance au phénomène qualité, voire au vécu de la qualité. Leur fonction les conduit à être des acteurs instrumentalisant un processus et des techniques de la qualité, ils ne la vivent pas et ne la véhiculent pas auprès du bénéficiaire sur le mode de l'expérience vécue. C'est pourquoi la restitution des points de vue des professionnels et des bénéficiaires invite au changement d'écriture, à rester plus proche de l'expression des sujets. En effet, leurs points de vue ne s'expriment pas par une élaboration sur le vécu, mais bien par sa restitution brute, presque esthétique, parfois violente, souvent marquée par la pénibilité d'un travail, jamais neutre et indifférente. La posture clinique, définie comme étant la position adoptée par celui qui se rend au chevet de celui qui souffre et qui se met en capacité d'accueillir cette souffrance, nous a conduit, le lecteur en jugera, à saisir la qualité de l'intérieur, via le vécu que les professionnels et les bénéficiaires restituent au chercheur. Dans notre tentative de nous tenir à une posture clinique, nous avons choisi de donner la voix à la réalité que les gens racontent comme étant ce qu'ils vivent. Bien sûr, personne n'est dupe, raconter n'est pas vivre, cependant, lorsque maints récits témoignent des mêmes épreuves, nous sommes fondés à penser que le roc du réel s'est profondément logé dans l'expérience des individus. Comme le lecteur le verra, les parties traitant du point de vue des professionnels et des bénéficiaires font une large place aux verbatim. Ceux-ci, même s'ils parlent d'eux-mêmes, sont commentés, analysés, loin de l'esprit de l'hyper empirisme qui veut que tout soit dit par l'indigène. Le verbatim est à chaque fois plus ou moins explicitement resitué dans le contexte qui lui donne jour et sens. Ainsi, les verbatim, loin de concéder à une démarche ethno méthodologique, révèlent en quoi, la subjectivité des sujets exprime l'objectivité de leurs conditions d'existence et l'énergie qu'ils déploient pour la « domestiquer ». Il faut, pour conclure, avertir le lecteur que le chemin de la lecture peut le conduire à des rencontres inattendues et fortes, à croiser des personnages dont les propos sont exemplaires de la banalité du vécu. Il faut se préparer donc à aller à la rencontre de certains verbatim, car à traiter du thème de la qualité du maintien à domicile, on s'expose à rencontrer ceux à qui le minimum reste refusé ou hors de portée.

275 Jean-Philippe BOUILLAUD, *Sociologie et société*, PUF, 1997.

ANNEXE N°2

Rappel de la démarche méthodologique proposée initialement

Nous proposons la mise en place d'une recherche réalisée sous forme de recherche action selon une méthodologie participative²⁷⁶ :

Il s'agit, ainsi que nous l'avons souligné précédemment de faire travailler tous les acteurs de l'aide à domicile suivant un dispositif participatif qui se donne pour objectif de comprendre, dans le cadre d'une approche principalement qualitative, ce que qualité veut dire pour les uns et les autres. Il s'agit donc d'identifier les attentes, et les besoins des personnes fragiles et d'analyser ce qui est mis en place, et dans les formations, et dans la prescription et l'organisation de l'aide à domicile, et de saisir les points de divergence et de convergence afin d'en tirer des préconisations en matière de formation des professionnels et de mise en place d'interventions mieux adaptées au domicile des personnes fragiles.

Nous envisageons le traitement des deux axes, qui supposent préalablement l'identification des populations dites fragiles et du niveau à partir duquel on peut parler de prise de parole collective des usagers, selon le redéploiement suivant :

L'accès à l'aide à domicile : en amont de l'aide à domicile, les raisons d'une certaine absence de demande, la difficulté à faire une demande, les dispositifs d'information et de communication de l'aide à domicile du point de vue des personnes potentiellement demandeuses d'une prise en charge, du point de vue de celles prises en charge, des aidants, des gestionnaires et des institutionnels. Le point sur les expériences étrangères et matière de satisfaction de l'aide à domicile du point de vue des usagers et du point de vue des pouvoirs publics.

La qualité perçue et attendue dans le cadre de la prise en charge d'aide à domicile du point de vue de la personne fragile, les aidants, les professionnels, les gestionnaires notamment.

L'analyse de la qualité du point de vue de la pertinence et de l'efficacité des standards et normes

(standards de mesure des besoins, d'appréciation de l'accompagnement, d'évaluation des interventions) du point de vue de la personne fragile, les aidants, les professionnels, les gestionnaires, des institutionnels et d'experts notamment. Analyse compréhensive et critique. Analyse de la coordination de l'intervention de l'aide à domicile (notamment entre les interventions sociales et les interventions de soins). Analyse du processus d'intervention (de la demande à l'intervention proprement dite).

L'analyse de la prise de parole individuelle et collective du point de vue de la personne fragile, les aidants, les professionnels, les gestionnaires, des institutionnels (groupes de pression et pouvoirs publics) notamment.

La proposition méthodologique ci-dessous est transversale aux deux axes. Les groupes de travail peuvent être amenés à traiter, à la hauteur de leur rapport avec la problématique envisagée, de la mesure de la qualité de l'aide à domicile et du thème de la « prise de parole », expression collective et individuelle des usagers.

Nous proposons un dispositif méthodologique comportant deux niveaux : l'un institué par le comité de pilotage, l'autre par des groupes de travail.

Le comité de pilotage :

Sa fonction : il est le garant des objectifs assignés à la recherche. Il constitue un organe politique qui décide des orientations et qui valide les principales phases d'avancement des travaux. Il a aussi pour fonction de valider les rapports intermédiaires ainsi que le rapport final. Il facilite autant que faire se peut le travail des groupes opérationnels de recherche.

Sa composition : Elle pourra être déterminée avec les commanditaires de la recherche. Le comité de pilotage arrête la fonction des participants et coopte les personnes nécessaires, ou encore il facilite l'accès au terrain dans la mesure du possible. Le groupe devra se demander si, en dehors du commanditaire, il faut solliciter des représentants politiques des organisations, des représentants du personnel (cadres et/ou personnel), des représentants des familles, des personnalités ad hoc sur le thème ? Y a-t-il un intérêt à avoir une représentation en termes de taille d'institution, de catégories de population accueillie, en termes de territoire (rural/urbain) etc. ? Il peut être composé de 12 personnes maximum.

Les groupes de travail :

²⁷⁶ Blondel, F. 2007 « L'approche clinique dans les dispositifs de recherche action », in de Gaulejac, *La sociologie clinique, enjeux théoriques et méthodologiques*. Eres

Leur fonction : ceux-ci pourront être constitués par le comité de pilotage, et par l'équipe de recherche responsable de la recherche sachant que la recherche va porter sur les dimensions suivantes : Un travail bibliographique et de cadrage historique pour contextualiser le phénomène de l'aide à domicile auprès de la population fragile.

Un travail empirique d'identification des standards « qualité » et leurs instrumentalizations.

Un travail de réalisation de monographie d'organisation afin de reconstituer de manière fine des projets d'intervention et des justifications de l'approche qualité et des pratiques de la qualité.

Un travail centré sur les modalités opérationnelles de prise en charge et sur les interprétations que les différents protagonistes proposent de la qualité.

Un travail centré sur les modalités d'accès et les motifs d'absence d'accès.

Un travail centré sur la coopération entre différentes structures ou dispositifs : familles, intervenants de l'aide à domicile, intervenants de soins, soutien médicalisé, hébergement....

Leur composition : elle sera déterminée ultérieurement, possiblement avec le comité de pilotage. On peut, cependant, préciser quelques uns des points dont il devra être débattu :

La taille des groupes.

La fréquence des réunions de travail.

Les critères de composition des groupes : faut-il une représentation nationale ? Locale ? Faut-il les constituer en fonction des différents types de prise en charge ? En fonction des profils etc. ?

Le secrétariat des travaux des groupes (pour les comptes rendus, la diffusion, les convocations aux réunions, la circulation de l'information entre les groupes de travail etc.).

La nature des relations à instaurer entre le comité de pilotage et les groupes de travail.

La progression à envisager pour fixer un échéancier réaliste.

Les temps de rencontre entre les groupes de travail afin qu'ils puissent échanger sur la progression de leurs travaux respectifs.

Il semble que l'on puisse envisager de traiter ces différentes thématiques en constituant huit groupes de travail (ceci nous paraissant être une configuration optimum) :

Un groupe composé de membres se situant au niveau politique des institutions : serait traité avec les membres de ce groupe le niveau politique et stratégique. Quelle est la reconnaissance poli-

tique de l'aide à domicile des populations fragiles et quelle est la conception que se fait le champ politique en matière de qualité ? Comment se traduit-elle de manière législative ? Enjeux passés, présents et futurs ?

Nombre de séances : 5 séances (4 heures). Les débats auxquels donneront lieu ces séances seront enregistrés et les enregistrements feront l'objet d'une retranscription intégrale.

Un groupe composé de membres faisant partie de l'encadrement des institutions : serait traité avec les membres de ce groupe le niveau stratégique et gestionnaire. Quelle est la stratégie des organisations en matière de gestion des publics fragiles ? Quelle est leur conception en matière de qualité ? Tant d'un point de vue des normes de qualité que d'un point de vue plus empirique ? Est-ce que les standards « qualité » ont été un levier de recomposition des projets institutionnels, de restructuration dans l'organisation du travail (administratif etc.) ? Qu'apporte la prise en charge, lorsque celle-ci s'inscrit dans un processus qualité, de prestation pour la famille et de travail pour le personnel ? Qu'apporte-t-elle en termes de gestion ? Qu'en est-il de la qualité selon que les organisations ressortent du secteur marchand, non marchand, laïque, confessionnel, militant ? Comment s'emparent-elles des évolutions des lois à ce sujet et qu'en font-elles sur le terrain ? Comment, qualitativement, les organisations font-elles face aux prises en charge complexes ? Telles sont les principales questions auxquelles le groupe pourrait s'attacher à répondre.

Nombre de séances : 10 séances (4 heures). Les débats auxquels donneront lieu ces séances seront enregistrés et les enregistrements feront l'objet d'une retranscription intégrale.

Un groupe composé de membres organisés en groupe de parole ou de pression : ce groupe pourrait se centrer sur l'analyse des conditions sociales à partir desquelles les usagers et les aidants prennent ou ne prennent pas la parole. Exploration du rapport à l'information et la communication dans le domaine de la prise en charge à domicile.

Nombre de séances : 10 séances (4 heures). Les débats auxquels donneront lieu ces séances seront enregistrés et les enregistrements feront l'objet d'une retranscription intégrale.

Un groupe composé de membres potentiellement concernés par l'aide à domicile : A quoi sont

confrontées les personnes fragiles et les aidants informels lorsqu'ils souhaitent accéder à la prise en charge d'aide au domicile. Analyse aussi des motifs de refus ou d'abandon de prise en charge. Nombre de séances : 5 séances (4 heures). Les débats auxquels donneront lieu ces séances seront enregistrés et les enregistrements feront l'objet d'une retranscription intégrale.

Un groupe « bénéficiaires directs » : ce groupe sera constitué, sur la base du volontariat, de « personnes » dites « fragiles », cette catégorie comprenant aussi bien des personnes en situation de handicap que des personnes vieillissantes. La taille n'excèdera pas 10 personnes. Plutôt que de constituer un groupe homogène, nous proposons de constituer d'emblée un groupe hétérogène, le critère déterminant étant celui du niveau de dépendance (étant entendu que les personnes déficientes mentales ne sauraient être représentées dans ce groupe). Un tel groupe est, en effet, susceptible de nous éclairer sur la pertinence de cet indicateur « niveau dépendance » qui ne tient pas compte des variables telles que la pathologie ou l'âge jugées secondaires. Se pose la question de savoir si les demandes, les besoins, les attentes et les désirs vis-à-vis de la qualité de l'accompagnement sont de même nature pour une personne atteinte de Lock'in Syndrome, pour une personne âgée très dépendante dont le handicap est survenu tardivement et pour une personne âgée très dépendante mais dont le handicap est présent depuis la naissance. S'il y a des invariants, quels sont-ils ? Et au contraire, si différences il y a, quelles sont-elles ?

Nombre de séances : 10 séances (4 heures). Les débats auxquels donneront lieu ces séances seront enregistrés et les enregistrements feront l'objet d'une retranscription intégrale. Cette retranscription est très importante dans la mesure où elle permet de croiser les analyses thématiques formulées par le groupe avec celles auxquelles donnent lieu les entretiens.

Un groupe d'« aidants familiaux » et d'« aidants informels » : ce groupe sera constitué, sur la base du volontariat, d'aidants dits « familiaux » dont le profil sera corrélé avec celui des bénéficiaires directs et d'aidants dits « informels », c'est-à-dire des aidants qui peuvent être des amis, des voisins etc. et dont l'aide n'est pas reconnue institutionnellement. La taille n'excèdera pas 10 personnes. Il s'agira donc là aussi d'un groupe hétérogène dont

les travaux réflexifs devraient nous éclairer sur le décalage éventuel entre les demandes, besoins, attentes et désirs des familles (qu'il s'agisse des parents, des conjoints, de la fratrie ou des enfants) et autres aidants et ceux exprimés par les bénéficiaires directs.

Nombre de séances : 5 séances (4 heures). Là aussi les débats auxquels donneront lieu ces séances seront enregistrés et les enregistrements feront l'objet d'une retranscription intégrale.

Dans le cadre de ces séances réparties sur 2 ans, les groupes de travail auront essentiellement pour mission :

de dégager, à partir de leurs préoccupations empiriques, une problématique relative à l'accompagnement à domicile et à la « mesure » de la qualité de cet accompagnement, de procéder à une analyse critique empirique des outils de mesure de la dépendance tels que GEVA et AGIR, d'élaborer un guide d'entretiens de type qualitatif afin de croiser les points de vue du groupe avec celui exprimé par des personnes ressources, de constituer un échantillon significatif auquel sera administré ce guide d'entretien, de procéder à une analyse collective des entretiens réalisés une fois la phase d'entretiens réalisée, de valider les hypothèses dégagées dans le cadre des séances de travail, de formuler, à partir des résultats de la recherche, des préconisations.

Un groupe de « Professionnels Auxiliaires de vie » : ce groupe se composera, sur la base du volontariat, de professionnels auxiliaires de vie et sera constitué de manière homogène de sorte à faciliter l'expression verbale des participants. La taille n'excèdera pas 10 personnes. Ces professionnels seront missionnés par leur employeur et défrayés pour le temps des séances. Les travaux réflexifs de ce groupe auront pour fonction de nous éclairer sur le rapport que les professionnels nouent à l'accompagnement à domicile et à ce qu'ils considèrent, eux-mêmes, comme étant une prise en charge de qualité. Ils devraient également jeter une lumière intéressante sur les demandes, besoins, attentes et désirs exprimés par les bénéficiaires directs et leur famille. Il conviendra également d'examiner avec eux si le critère « niveau de dépendance » est aussi considéré par les professionnels comme pertinent pour définir les orientations de l'accompagnement ou bien s'il existe des différences

significatives d'accompagnement suivant aussi la pathologie et l'âge des personnes accompagnées. Nombre de séances : 10 séances (6 heures). Comme pour les autres groupes, les débats auxquels donneront lieu ces séances seront enregistrés et les enregistrements feront l'objet d'une retranscription intégrale.

Un groupe de « Professionnels Ressources » : ce groupe sera constitué, sur la base du volontariat et de manière hétérogène, de professionnels intervenant au domicile de manière plus sporadique. La taille n'excèdera pas 10 personnes. Ces professionnels seront missionnés par leur employeur et défrayés pour le temps des séances. Il pourra s'agir d'ergothérapeutes, d'assistants sociaux, de médecin ou encore de kinésithérapeutes. Les travaux réflexifs de ce groupe devraient éclairer le caractère pluriel et multidimensionnel des demandes, besoins, attentes et désirs des bénéficiaires directs et de leur famille, ces derniers pouvant varier selon les professionnels auprès desquels ils s'expriment. De même, ils devraient jeter un éclairage sur la diversité des enjeux qui sous-tendent les relations avec les bénéficiaires directs et leur famille. A l'instar du groupe Professionnels auxiliaires de vie, et dans une perspective comparative, ce groupe devra apporter des éclairages sur le rapport que ces professionnels nouent à l'accompagnement à domicile et sur ce qu'ils considèrent comme étant une prise en charge de qualité. Il conviendra, de la même façon qu'évoqué précédemment, d'examiner avec eux si le critère « niveau de dépendance » est aussi jugé pertinent pour définir les orientations de l'accompagnement ou bien s'il existe des différences significatives d'accompagnement suivant aussi la pathologie et l'âge des personnes accompagnées. Nombre de séances : 5 séances (6 heures). Comme pour les autres groupes, les débats auxquels donneront lieu ces séances seront enregistrés et les enregistrements feront l'objet d'une retranscription intégrale.

Dans le cadre de ces séances réparties sur 2 ans, et de manière concomitante, ces groupes de travail auront aussi pour mission :

de dégager, à partir de leurs préoccupations empiriques, une problématique relative à l'accompagnement à domicile et à la « mesure » de la qualité de cet accompagnement, de procéder à une analyse critique empirique des outils de mesure de la dépendance tels que GEVA et AGIR,

d'élaborer un guide d'entretiens de type qualitatif afin de croiser les points de vue du groupe avec celui exprimé par des personnes ressources, de constituer un échantillon significatif auquel sera administré ce guide d'entretien, de procéder à une analyse collective des entretiens réalisés une fois la phase d'entretiens réalisée, de valider les hypothèses dégagées dans le cadre des séances de travail, de formuler, à partir des résultats de la recherche, des préconisations.

Parmi les séances prévues, au moins une sera dédiée au croisement des travaux des différents groupes, cette séance faisant aussi l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription intégrale. L'objectif de ces groupes de travail est de concevoir et de mettre en œuvre, sous la responsabilité de l'équipe de recherche, la méthodologie la plus appropriée pour traiter les différents aspects de la problématique qui leur sera confiée. Ils devront collecter des données, les analyser et proposer une contribution écrite afin de nourrir le débat d'ensemble.

Pour atteindre leurs objectifs, les groupes pourront, en fonction des thématiques, solliciter des personnes ressources, réaliser des enquêtes ou des entretiens auprès d'un échantillon du public accueilli ou encore proposer des séances d'analyse de pratiques. Ils pourront croiser différentes méthodes. C'est l'équipe de recherche qui assume la responsabilité des choix méthodologiques et qui est la garante de la rigueur avec laquelle les méthodes seront mises en œuvre.

ANNEXE N°3

Rappel des difficultés rencontrées sur le terrain²⁷⁷ et présentation des guides d'entretien

Il était initialement prévu de constituer et de rencontrer les groupes de travail à Paris, plusieurs départements devant être représentés conformément aux critères évoqués lors du comité de pilotage du 15 avril 2010. Compte tenu, cependant, des difficultés rencontrées dans la constitution des groupes de travail, le parti a été pris de concentrer dans un premier temps les efforts sur la constitution de 5 groupes :

Le groupe Institutionnels

Le groupe Directeurs

Le groupe Professionnels (auxiliaires de vie)

Le groupe Aidants familiaux

Le groupe Bénéficiaires directs

On peut rappeler tout d'abord, et pour mémoire, que seuls l'APF et l'UNA étaient présentes, en tant qu'acteurs institutionnels susceptibles de nous introduire sur des terrains, au dernier comité de pilotage du 15 avril et sans doute que c'est une des raisons pour lesquelles elles sont les plus présentes et actives dans la constitution des groupes de travail. Pour ce qui est de l'UNAPEI, nous avons pris contact avec le Président mais, pour des raisons d'anniversaire de son organisation, il a souhaité différer sa participation au mois de septembre. Lors de notre reprise de contact à cette date, le Président n'était plus le même et nous avons donc été invités à prendre contact avec le directeur général. Après avoir présenté, à nouveau, l'intérêt de la recherche, la direction de l'UNAPEI nous a informés que le dossier devait passer au bureau de l'association pour étude. Après six mois de démarches réitérées, les contacts avec l'UNAPEI sont donc, au niveau national, toujours infructueux. Des contacts ont été parallèlement pris au niveau départemental, l'APF ayant accepté de servir d'intermédiaire. À ce jour, l'ADAPEI EPSILON, a donné son accord de principe à la participation. Pour ce qui est de l'ADAPEI ALPHA, les documents concernant la recherche et la constitution des groupes ont été remis, mais nous ne disposons pas de réponse formelle à ce jour.

²⁷⁷ Ces informations figuraient dans le rapport intermédiaire communiqué à mi-parcours.

En ce qui concerne l'avancement du travail avec la FEPEM, nous avons obtenu, après plusieurs reports, un entretien avec la responsable de l'observatoire et une chargée de développement impliquée dans un groupe de travail qui s'attache à concevoir une certification pour le secteur particuliers/employeurs. Suite à cet entretien, la FEPEM qui n'opérationnalise, actuellement, aucun dispositif qualité mais qui précise, cependant, qu'elle est très impliquée dans la constitution d'un outil labélisant une démarche qualité que les mandataires pourraient mettre en œuvre auprès des particuliers/employeurs (outil qui pourrait être rendu public fin janvier), a proposé de contribuer à la recherche en :

nous orientant vers un institutionnel de la FEPEM pour réaliser un entretien approfondi sur l'enjeu de la qualité pour la FEPEM.

nous orientant vers une structure mandataire pour réaliser une monographie approfondie.

essayant de réfléchir à la manière dont ils pourraient constituer un groupe de travail particuliers/employeurs dans le cadre du thème « prise de parole des usagers ».

Par ailleurs, l'entretien réalisé confirme l'absence d'intérêt que présente l'entrée par les politiques départementales en matière de qualité. L'entretien corrobore ce qui a déjà été relevé par les membres de l'UNA et l'APF que nous avons rencontrés, à savoir que l'entrée pertinente semble bien être le découpage rural/urbain au regard de la densité démographique du département.

S'agissant de la participation des conseils généraux, nous n'avons pas eu de nouvelle. Force aussi est de constater que le travail de constitution des groupes de travail Institutionnels et Directeurs est loin d'être concluant, les seules avancées significatives concernant la mise en place des groupes Professionnels, Aidants familiaux et Bénéficiaires directs.

Cela étant, même si les avancées semblent prometteuses pour les derniers groupes de travail cités, il nous a paru pertinent de réajuster notre travail à différents endroits. Il conviendrait donc : de renoncer à l'entrée par la qualité ou l'absence de qualité affichée par les politiques départementales et continuer à travailler à la constitution de groupes en respectant, autant que faire se peut, ce qui a déjà été retenu par le partenariat tissé avec l'UNA et l'APF, c'est-à-dire, les départements OMEGA, DELTA, ALPHA et EPSILON.

d'aborder différemment la problématique de

l'identification du dynamisme des politiques départementales en matière de développement et soutien de la qualité de l'intervention à domicile. En effet, il apparaît opportun de ne pas entrer par cette problématique, mais de la déduire de notre travail. Ainsi, plutôt que de l'induire par le choix de territoires ciblés (et on peut se demander, à cet égard, quels seraient les territoires qui feraient part d'une absence d'intérêt pour la question), il s'agirait de déduire la perception qu'ont les professionnels et usagers de la politique territoriale. Cette entrée nous semble d'autant plus fondée que lors de la dernière réunion de restitution d'avancement des travaux sur ce thème qui s'est déroulée à la DGCS le 28 septembre, l'équipe de chercheurs de Toulouse a bien mis en évidence que la notion de qualité de prise en charge - au niveau politique - était définie par les acteurs en fonction de la connaissance qu'ils avaient de ce qui se pratique dans le même champ dans les autres départements.

de renoncer à l'illusion de pouvoir synchroniser les agendas des institutionnels et de constituer un groupe de travail avec des présidents. Il conviendrait aussi de renoncer, étant donné l'état d'avancement dans le temps de la recherche, à perdre plus de temps dans l'ambition de réunir des directeurs généraux de structures en concurrence autour de la même table autour d'un sujet qui, pour eux, semble totalement brûlant en même temps que très relatif, lorsqu'ils le regardent à la lunette des problèmes urgents qu'ils disent avoir à traiter. Il s'agirait de donc de s'orienter vers la constitution de questionnaires qu'on pourrait soumettre à des petits groupes de travail éphémères et homogènes, ainsi qu'à des personnes.

de constituer un comité de pilotage technique (ou opérationnel) réactif susceptible de nous aider à rendre effectif, dans les meilleurs délais, le plan de travail que nous étions fixés et dans l'échéancier dont nous avons convenu. Nous faisons donc la proposition d'un comité de pilotage technique composé de membres pressentis par l'équipe de recherche sur la base de leur implication sur le thème, de leur connaissance du terrain (acteurs du maintien à domicile, leur capacité à nous introduire sur le terrain dans les meilleurs délais). La contribution de ce comité portera essentiellement sur la mise en place du questionnaire en direction des directeurs, de celui (déjà commencé pour partie) concernant les monographies, du questionnaire en direction des institutionnels et des usagers

(groupes de pression). Ce comité serait composé : de la directrice générale d'un service aide à domicile dans le département DELTA, d'un directeur général d'un service aide à domicile dans le département OMEGA, d'une responsable d'une association nationale exerçant dans le champ de l'aide à domicile, d'un délégué national d'une plateforme des services à domicile pour personnes handicapées, d'un directeur d'un centre de ressources pour les publics multi handicapés, d'une directrice adjointe d'une organisation gérant les services d'aide au maintien à domicile sur le département ALPHA, d'un responsable qualité de l'UNA (désigné par le représentant au comité de pilotage), d'un correspondant APF du département EPSILON (désigné par le représentant au comité de pilotage), d'une représentante de l'association des directeurs de MDPH de France, et des trois chercheurs.

Il est prévu, étant donné les délais de réunir ces personnes les 2 et 8 novembre, sachant qu'une partie des personnes invitées pourra être là le 2 et l'autre le 8. Les deux séances seront centrées sur l'identification des acteurs potentiellement concernés par le thème et l'élaboration d'une grille de questions pour les directeurs et institutionnels. Ces grilles et échantillons pourront faire l'objet d'un travail de validation au comité de pilotage qui doit se tenir le 17 novembre au matin.

Il est enfin, à noter que nous avons commencé à travailler sur la monographie de la mise en place d'un processus de certification dans un service autorisé de maintien à domicile pour personnes handicapées sur le département OMEGA. Par ailleurs, il sera procédé, auprès des usagers de ce service, à l'étude du thème de la « prise de parole des publics » du fait que le CVS de ce service ne semble pas fonctionner à la hauteur des attentes des responsables.

A - GUIDE D'ENTRETIEN À DESTINATION DES DIRECTEURS

S'agissant du groupe Directeurs, le questionnaire exposé ci-dessous a été préparé en vue de le soumettre, les 2 et 8 novembre, aux membres du comité de pilotage technique, notamment la partie encadrée portant directement sur la qualité.

Nom de la personne interviewée, statut :

Nom de l'enquêteur :

Date, lieu, et heure de l'entretien :

7. Pouvez-vous vous présenter ? Pouvez-vous nous parler de votre parcours professionnel ?
8. Pouvez-vous nous présenter votre structure ou service, ses missions, son cadre d'intervention ?
9. Quel est le statut juridique de votre organisation (service) ?
10. À quel type de convention collective adhère votre organisation (Il peut y avoir plusieurs types de conventions selon les métiers) ?
11. Pouvez-vous nous dire quels types de professionnels assurent le fonctionnement de votre structure (Métiers et leur proportion les uns par rapport aux autres, statut, type de contrat, grille de rémunération) ?
12. Etes-vous adhérent à une fédération ? Si oui, quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients ? Et si non, pour quelles raisons ?
13. Disposez-vous d'une plaquette de présentation ? Pouvez-vous nous en remettre un exemplaire ?
14. Est-ce que votre structure utilise les outils de la loi de 2002 ? Et si oui, pouvez-vous dire lesquels ?
15. Comment présentez-vous votre offre de services aux demandeurs ? (supports, démarches...)
16. Pouvez-vous nous parler des modalités actuelles d'accès à l'aide ou au maintien à domicile ? (Modalités réglementaires (législatives), financières et en terme de communication). Comment les jugeriez-vous ?
17. Pouvez-vous nous dire quels sont les services et partenaires qui interviennent au domicile en dehors de votre intervention ?
18. Pouvez-vous nous dire avec lesquels des partenaires que vous avez cités à la réponse précédente, il vous semble que vous travaillez en réseau ?
19. Pouvez-vous nous dire en fonction de quels critères (critères de situation, critères de projet, critères d'organisation interne...) se constitue votre réseau de partenaires ?
20. Pouvez-vous nous développer et décrire en quoi consiste précisément le travail en réseau ? Quels sont les outils de ce partenariat (modalités de coordinations et d'actions) ?
21. Est-ce que vous travaillez aussi avec des « réseaux de santé » ? Pouvez-vous nous en parler ? Et si non, pouvez-vous nous dire pourquoi ?
22. Selon vous, que signifie et que recouvre le terme « offre de service globale » ?
23. Pouvez-vous nous décrire le cycle d'une intervention à domicile (de la demande jusqu'à la conclusion de l'intervention) ?
24. Pouvez-vous nous parler du profil du personnel qui intervient à domicile ? (Y-a-t-il différents profils selon les séquences et les motifs de l'intervention ?).
25. Pouvez-vous nous parler du dispositif de suivi des interventions réalisées par votre service ?
26. Pouvez-vous nous parler du type de coordination entre les structures qui est mis en place dans le cadre de l'intervention à domicile ?
27. Pouvez-vous nous décrire les modalités d'animation, de restitution, de régulation du travail fait par les intervenants que votre organisation met en oeuvre ?
28. Quelles sont, selon vous, les diverses fonctions que remplissent ces différentes modalités (d'animation, de restitution, de régulation) ?
29. Pouvez-vous nous parler de vos relations avec le personnel qui intervient au domicile ?
30. Pouvez-vous nous dire sur quoi (thème et/ou aspect) portent ces problèmes en général ?
31. Est-ce que le personnel vous raconte la manière dont il s'y prend pour gérer ses difficultés ? Et si oui, pouvez-vous nous dire comment il s'y prend selon les problèmes qu'il rencontre ?
32. Pouvez-vous nous parler des difficultés que vous rencontrez avec ces professionnels ?
33. Pouvez-vous nous parler de l'organisation du travail dans votre structure ?
34. Pouvez-vous nous parler des objectifs et des contenus des projets que vous mettez en place avec les personnes demandeuses ?
35. Pouvez-vous nous parler de vos relations avec les aidants ? Vous fait-on part d'une demande d'aide de la part des aidants ? Si oui, de quelle demande d'aide s'agit-il ? Pouvez-vous la prendre en charge ?
36. Quels sont les thèmes récurrents que les intervenants à domicile développent auprès de vous (les exigences des usagers) ?
37. À votre avis, y a-t-il des structures qui proposent des modalités d'intervention qui définissent le cadre (les possibles et les limites) de la relation entre usagers et professionnels ?

Thématique de la qualité

38. Pouvez-vous me dire ce que signifie pour vous le terme de « qualité » ?
39. Selon vous, de quoi dépend la qualité ?
40. Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous un accompagnement dit de « qualité » ?
41. Selon vous, quels sont les indicateurs de cette qualité ?
42. Pouvez-vous me donner des exemples concrets ?
43. Selon vous, quelle conception votre personnel

intervenant au domicile se fait-il de la qualité de son travail ? Quels seraient, selon vous, les indicateurs de qualité du point de vue de l'auxiliaire de vie ?

44. Selon vous, quelle est la conception de la qualité que les clients développent à l'égard des prestations dont ils sont destinataires ?

45. Votre service utilise-t-il des outils référencés dans le champ de la qualité (norme, certification, etc.) ?

46. Si non, pourquoi ?

47. Si oui, quels sont-ils ? Pouvez-vous nous remettre un de ces documents vierges ?

48. Selon vous, qu'apporte l'utilisation de ces outils (à votre service, aux professionnels, aux clients, aux financeurs..) ?

49. Selon vous, quelles sont les limites de ces outils ?

50. Utilisez-vous des outils de mesure de la qualité formels ou informels propres à votre service ?

51. Si oui, quels sont-ils ? Et pour les outils formels pouvez-vous nous en communiquer un exemplaire vierge ?

52. Avez-vous un processus qui vous permet de suivre la qualité ?

53. Si oui, en quoi consiste-il ? Quelles sont les fréquences et le rythme de l'actualisation du suivi de la qualité ?

54. Quelles seraient vos attentes complémentaires en matière de qualité ?

55. Qu'est-ce qui pourrait donner à voir la qualité de l'accompagnement à domicile ?

56. Qu'est-ce qui pourrait garantir la qualité de l'accompagnement du maintien à domicile ?

57. Selon vous, en quoi la qualité de votre intervention dépend de paramètres qui seraient extérieurs à votre action ?

58. Y a-t-il un thème qui n'a pas été abordé et que vous souhaiteriez traiter maintenant ?

Ce questionnaire pourrait aussi servir de base pour la constitution du guide d'entretien relatif à la monographie.

Pour ce qui concerne les groupes Professionnels, Aidants familiaux et Bénéficiaires directs, il a été décidé d'organiser les réunions dans les territoires retenus soit :

Le département OMEGA

Le département EPSILON

Le département DELTA et ALPHA

Le principal critère de choix des départements a été la situation démographique, la variable urbain/rural paraissant aux acteurs de terrain la plus pertinente, le développement des politiques de qualité impul-

sées par les départements ne constituant pas une variable suffisante pour opérer ce choix. Le choix d'organiser les réunions dans les territoires et de constituer, de ce fait, des groupes homogènes du point de vue de la variable territoire, a été établi sur la base du critère d'accessibilité pour les personnes en situation de « fragilité », les difficultés que posait, pour elles, le déplacement sur le département OMEGA rendant la faisabilité du projet participatif incertaine. Dans le cas du département EPSILON et du département ALPHA, l'Association des Paralysés de France (APF) a mis à disposition des chercheurs deux lieux de rencontre :

Dans les deux territoires, trois dates ont été retenues :

Pour le département EPSILON, ont été retenus :

Le 22 novembre 2010 : réunion le matin du groupe Aidants familiaux et réunion l'après-midi des Bénéficiaires directs.

Le 23 novembre 2010 : réunion du groupe Professionnels (matin et après-midi).

Le 24 novembre 2010 : réunion du groupe Professionnels (matin et après-midi).

Pour le département ALPHA ont été retenus :

Le 29 octobre 2010 : réunion le matin du groupe Aidants familiaux et réunion l'après-midi des Bénéficiaires directs.

Le 9 novembre 2010 : réunion du groupe Professionnels (matin et après-midi).

Le 12 novembre 2010 : réunion du groupe Professionnels (matin et après-midi).

Dans les deux départements, les structures contactées sont l'APF, l'UNA, l'ADAPEI, la FEPEM. Les critères de constitution des groupes communiqués aux responsables départementaux de l'UNA sont les suivants :

Groupe Professionnels : des auxiliaires de vie (AV) prestataires, des AV mandataires et en emploi direct d'une part, des AV ayant travaillé avec des personnes âgées, des personnes handicapées et des publics dits fragiles (familles bénéficiant d'une mesure AEMO par exemple) d'autre part. Il a aussi été jugé intéressant de solliciter des personnes qui ont travaillé en secteur urbain et en secteur rural. Il a été précisé que les personnes envoyées par les associations seront rémunérées pour leur temps de présence. Nombre de séances prévues : 2 séances d'une journée (8 heures).

Groupe Aidants familiaux : les critères retenus sont les mêmes que pour les professionnels (AF de personnes âgées, handicapées et fragiles, sec-

teur urbain et rural). Il a aussi été jugé intéressant que des aidants informels se joignent au groupe. Nombre de séances prévues : 2 séances d'une demi-journée.

Groupe Bénéficiaires directs : ce sont aussi les mêmes critères qui ont été retenus. Nombre de séances prévues : 2 séances d'une demi-journée. Sur les deux départements, une seule séance est programmée à ce jour, la programmation de la deuxième séance étant prévue pour le mois de janvier

Parmi les associations sollicitées, il a aussi été estimé intéressant pour la recherche de solliciter des personnes issues d'associations certifiées qualité et d'associations non certifiées de sorte à pouvoir réaliser des comparaisons.

Pour ce qui concerne le département DELTA, la constitution des groupes et l'organisation des réunions auront lieu au mois de janvier, un affinage des critères pouvant être réalisé sur la base des données recueillies dans les groupes réunis dans les départements EPSILON, ALPHA et OMEGA.

Nous avons par ailleurs envisagé de soumettre, via un séminaire animé à l'université sur la méthodologie qualitative, à des bénéficiaires directs une grille d'entretien semi-directif. Une cinquantaine d'entretiens ont été enregistrés et réalisés par les étudiants. Sur cet ensemble, une bonne trentaine semble correspondre aux critères relatifs à un entretien de recherche fécond. Nous sommes en train de procéder actuellement aux dernières retranscriptions, avant de passer à l'analyse.

Nous reproduisons ci-dessous, dans la mesure où ils éclairent et le processus de recherche et les hypothèses, le protocole, la fiche administrative, ainsi que le guide d'entretien semi-directif.

a - Protocole Recherche « maintien à domicile » - L2 sociologie (2009-2010).

« Bonjour, je suis X, étudiant(e) en 2^{ème} année de licence de sociologie à l'Université Paris 7 (Paris Diderot). Dans le cadre de notre cursus, nous participons à une recherche sur le thème du maintien à domicile des personnes en situation de fragilité. Le terme de fragilité peut désigner les personnes en situation de handicap ou/et les personnes âgées qui ont plus ou moins besoin d'être aidées au domicile. L'objectif de la recherche est d'écouter les personnes qui vivent cette situation de maintien à domicile et qui bénéficient d'une allocation pour les aider à se maintenir à domicile. Madame ou monsieur Y, que vous connaissez je

crois, m'a dit que vous étiez susceptible d'être dans la situation que je viens de vous présenter. Est-ce que votre situation correspond à la présentation que je viens de vous faire ?

Cette recherche a pour but de comprendre ce que vivent les personnes dans votre situation et je serais heureux(se) si vous acceptiez de participer à cette recherche, car je pense que votre avis est important et qu'il peut contribuer à une meilleure compréhension de la situation que les gens dans votre situation peuvent vivre. (Si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas participer à la recherche, est-ce que vous connaissez une personne qui bénéficie d'une allocation pour l'aider dans le maintien à domicile et qui serait susceptible de participer à ce travail de recherche ? Voulez-vous bien lui en parler pour étudier avec elle son désir de participer, puis je me permettrais de vous recontacter pour que vous me disiez ce qu'il en est de sa position. Si elle en est d'accord, elle pourra (ou vous pourrez) me communiquer ses coordonnées afin que je me présente et prenne rendez-vous avec elle, merci). Si vous en êtes d'accord, je souhaiterais, pour faciliter notre discussion et la retranscription de l'entretien, que notre entretien soit enregistré. Notre entretien sera confidentiel et anonyme, votre nom n'apparaîtra dans aucun document. Je viendrai le jour de l'entretien avec un enregistreur. Je pourrais, si vous le souhaitez, vous remettre un exemplaire de notre entretien dès que celui-ci aura été retranscrit.

Etes-vous toujours d'accord avec ma proposition de travail ? Si vous avez besoin de réfléchir ou si vous souhaitez en parler avant avec d'autres personnes, je peux vous rappeler à votre convenance. Pouvons-nous convenir d'un rendez-vous sachant que l'entretien dure, en règle générale, entre 1h30 et 3heures. Où pensez-vous que nous serions le plus à l'aise pour réaliser l'entretien (à votre domicile, à votre travail, ou dans un autre lieu à votre convenance²⁷⁸)?

278 La manière d'introduire le thème de la proposition du lieu dépend de la connaissance que vous avez préalablement construite sur la situation de la personne. Inversement, cela dépend si vous avez déjà été introduit auprès de la personne par un tiers qui lui a déjà parlé de vous. On peut penser que d'avoir été introduit par un tiers favorise une confiance spontanée. Cependant, vous resterez prudent pour cette demande concernant le lieu de rendez-vous surtout si la personne ne vous connaît pas car vous ne savez le niveau d'information dont elle dispose sur vous. Par exemple, il est possible qu'elle dispose de peu d'information

Je vous remercie de votre accueil, et je vous dis à..... Je me permets de vous laisser mes coordonnées au cas où vous auriez un quelconque problème d'ici notre prochaine rencontre.

(Bien vérifier l'adresse, le code porte s'il y a lieu etc...). Et pensez à tester votre matériel avant l'entretien

(Si par hasard votre interlocuteur vous en demande plus sur la recherche et si cela peut vous aider pour la rencontre. « Si vous souhaitez plus d'informations sur le travail de recherche, sachez que celui-ci est sous la responsabilité de monsieur B, professeur de sociologie à l'université de Denis Diderot, et chercheur au Laboratoire du Changement Social. Il se tient à votre disposition au xxx pour tout renseignement complémentaire.)

b - La fiche d'identification

Recherche maintien à domicile :

Date de l'entretien :

Lieu du déroulement de l'entretien :

Nom de l'enquêteur (de l'étudiant) :

Etat civil de la personne interviewée (à administrer en fin d'entretien)

Nom et prénom :

Nom codé de la personne :

Date de naissance ou âge au moment de l'entretien :

Domiciliation (le quartier et la ville suffisent) :

• situation familiale ? (célibataire, vie maritale, veuf, séparé, autre) :

• Si conjoint, quel est son statut (en emploi, si oui quel métier ; retraité, demandeur d'emploi) ? Si séparé : avez-vous l'occasion de le voir ?

• Avez-vous des enfants ?

• Si oui, combien ?

• Où habitent-ils ?

• Que font-ils dans la vie ?

• Votre statut? Retraité (si oui, quel a été votre (vos) emploi(s)), en activité professionnelle (si oui, quel est votre emploi), dispensé de travail pour cause de handicap ?

• Si oui, quel est le montant mensuel de votre

retraite ? - de 1000€/ 1000 à 1500€/ de 1500 à 2000€/ de 2000€ à 2500€/ et plus. Entourer la fourchette qui convient.

• Quel est le type d'allocation dont vous êtes bénéficiaire (AAH, APA, PCH, etc...) Pouvez-vous nous dire le montant de l'allocation ?

• Voyez-vous vos enfants régulièrement ?

• Disposez-vous d'une alarme en cas d'urgence ?

• Quelle est votre nationalité ?

• Quel a été votre parcours scolaire ? Niveau de diplôme ?

• Statut de l'habitat ? Locataire/propriétaire/hébergé chez un tiers

• Type d'habitat : pavillon, immeuble, autre...

• Décrivez votre logement. Diriez-vous qu'il est adapté à votre situation ?

• Pouvez-vous y recevoir des personnes ? Hébergez-vous parfois des gens ? Pour quelles raisons ?

• Y a-t-il une autre personne handicapée/ dépendante dans votre famille / entourage ?

• Si oui, vous arrive-t-il de partager des activités ensembles ?

• Utilisez-vous internet ? Si oui pour quelles raisons en général ?

• Avez-vous la possibilité de faire des courses à proximité ?

• Avez-vous un animal de compagnie ?

B - GUIDE D'ENTRETIEN À DESTINATION DES PERSONNES « FRAGILES » PERCEVANT UNE ALLOCATION DANS LE CADRE DU MAINTIEN À DOMICILE.

(Remarque : Ne jamais montrer le questionnaire à la personne interviewée, sinon elle risque de préparer ses réponses, ce qui en invalide la sincérité)

Entre parenthèses, comme convenu en cours, les questions de relance, si nécessaire.

Note informative pour l'étudiant. L'entretien se déroule en deux temps : un premier temps non directif, les questions 1 et 2, puis, dans un deuxième temps, semi-directif, administration d'une série de questions. Certaines d'entre elles auront peut-être été abordées dans la première partie de l'entretien. Ce sera l'occasion de faire compléter les propos tenus par la personne sur le sujet.

sur votre « moralité ». Ce n'est jamais évident d'ouvrir la porte de son domicile à une personne qu'on ne connaît pas, d'autant plus si la personne se perçoit dans une situation de dépendance, et donc de peu de maîtrise sur le cours des choses s'il se passait quelque chose. C'est à vous, dans ce cas de « produire » la confiance par votre manière d'être au téléphone (voix douce, répondre sans montrer de l'agacement etc.)

Thème 1 : Présentation de la personne.

1. Est-ce que vous pouvez vous présenter et me parler de votre situation actuelle ?

1. Qu'est-ce que vous auriez envie de dire par rapport à l'aide à domicile ?

Thème 2 : Les circonstances de la demande

2. Pouvez-vous me parler des circonstances qui vous ont amené à bénéficier d'une aide à domicile ? (Est-ce que vous pouvez me préciser les raisons de la demande ? De qui elle émanait ? et pourquoi ? Quel organisme a instruit le dossier ? depuis combien de temps vous avez besoin d'une assistance à domicile ?)

3. Est-ce que votre demande d'aide à domicile a évolué depuis votre première demande, ou est-ce la même demande ?

4. Pouvez-vous me parler de l'organisme dont dépend l'aide à votre domicile ou dont dépend votre auxiliaire de vie ?

5. Pouvez-vous me parler du financement de votre aide à domicile ?

Thème 3 : l'activité de la personne

6. Pouvez-vous me parler de vos activités ? (Quels types d'activités faites-vous ? Les pratiquez-vous avec un organisme ou association ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ?)

7. Pouvez-vous me parler de vos activités avec l'auxiliaire de vie ?

8. Est-ce que l'aide dont vous bénéficiez a changé quelque chose dans votre vie (en général ou au quotidien) ?

Thème 4 : les dimensions techniques de l'aide

9. Qu'est-ce que vous pouvez me dire de l'accompagnement dont vous bénéficiez ? (Pouvez-vous me donner des exemples concrets ?)

10. Pouvez-vous me parler du matériel dont dispose l'auxiliaire de vie ?

11. Qu'en pensez-vous ?

Thème 5 : l'organisation du travail de l'aide ou des aides à domicile

12. Pouvez-vous me parler de l'organisation du travail de l'aide à domicile ?

13. Pouvez-vous me décrire une journée type d'accompagnement ? ou une semaine si celle-ci est différente de la journée ?

14. Qu'est-ce que vous souhaiteriez souligner par rapport à cet accompagnement ?

15. Quelle serait pour vous l'organisation idéale ?

Thème 6 : les dimensions relationnelles

16. Pouvez-vous me parler de votre auxiliaire de

vie et de vos relations avec lui, elle ? Avec l'association dont elle, il, dépend ?

17. S'il y a des remplacements, pouvez-vous me dire comment ça se passe ?

18. Pouvez-vous me parler de vos relations avec les remplaçants ?

19. Pouvez-vous me parler de vos relations avec les autres professionnels qui interviennent à domicile, si c'est le cas ?

20. Pouvez-vous me parler de vos relations avec vos proches ? avec votre voisinage ?

21. Pouvez-vous me parler, s'il y a lieu, de vos relations avec des personnes se trouvant dans la même situation que vous ?

22. Quelles seraient, pour vous, les relations idéales : avec vos proches ; avec votre auxiliaire de vie ; avec le voisinage ?

Thème 7 : la qualité de l'intervention à domicile

23. Pouvez-vous me dire ce que signifie pour vous le terme de « qualité » ?

24. Pouvez-vous me dire ce qu'est pour vous un accompagnement dit de « qualité » ?

25. Selon vous, quels seraient les indicateurs de cette qualité ?

26. Pouvez-vous me donner des exemples concrets ?

27. Selon vous, quelle conception votre auxiliaire de vie se fait-il (elle) de la qualité ? Quels seraient, selon vous, les indicateurs de qualité du point de vue de votre auxiliaire de vie ?

28. S'il vous est arrivé de répondre à des enquêtes de satisfactions, pouvez-vous m'en parler ? Me dire ce que vous en pensez ?

29. Quelles seraient vos attentes en matière de qualité ?

30. Qu'est-ce qui pourrait donner à voir la qualité de l'accompagnement à domicile ?

31. Qu'est-ce qui pourrait garantir la qualité de l'accompagnement du maintien à domicile ?

32. Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

Nous allons maintenant passer aux dernières questions et qui concernent votre état civil (voir page suivante)

Je vous remercie de votre participation. Accepteriez-vous que je vous recontacte si éventuellement j'avais besoin de compléments sur un thème ? Je vous remercie d'avance.

Et comme convenu, je vous envoie un exemplaire de notre entretien dès qu'il aura été retranscrit.

Dans la mesure où ce travail a été probant, pour les étudiants comme cas d'application de méthodes qualitatives et pour la recherche, nous tenterons de réitérer l'expérience au cours du second semestre 2010-2011 (soit de janvier à avril 2011) auprès des professionnels exerçant directement auprès des usagers et des chargés d'évaluation ou de la satisfaction des clients dans les organisations qui en seraient dotées.

C - MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

Dans le cadre des séances de travail réalisées par les groupes, la réflexion est axée en priorité sur la problématisation de la recherche et sur l'identification des thématiques jugées importantes par chaque profil d'acteurs. En début de séance, chaque participant se présente et expose sa situation de sorte que l'hétérogénéité des profils et leur spécificité puissent être précisées et mises en perspective. Les axes de réflexion soumis aux participants par le chercheur responsable de l'animation des groupes sont ceux afférents aux thèmes, un faisceau de questions ouvertes non-directives et semi-directives pouvant servir de support à l'animation du travail. Exemple : Comment définiriez-vous, de votre point de vue de professionnels, la qualité ? Qu'est-ce qui vous

paraîtrait important de souligner par rapport à cette thématique ? Pourriez-vous décrire une journée d'accompagnement au domicile ? etc. Les séances de travail sont, avec l'accord des groupes auxquels une clause de confidentialité est garantie, enregistrées et retranscrites (chaque nom étant rendu anonyme), les données recueillies lors de ces séances devant servir de support à l'élaboration d'un guide d'entretien administré auprès d'un échantillon dont la taille et la composition sont définies collectivement par les chercheurs, les groupes concernés et le comité de pilotage.

D - PROBLÉMATISATION

33. La problématisation de la recherche repose sur le croisement des analyses issues de la littérature sur le sujet, des analyses issues des travaux réalisés par les différents groupes et des analyses issues des entretiens réalisés. Dans l'état actuel de la recherche, et compte tenu du fait que la phase d'opérationnalisation des travaux de groupes débute tout juste, cette problématisation se fonde en première instance sur l'analyse documentaire en cours de réalisation et sur le dépouillage et l'analyse de 50 entretiens réalisés par des étudiants en sociologie dans le cadre de travaux de méthodologie.