
Le rôle des milieux associatifs dans l'intervention à domicile auprès des aînés. Une mise en perspective France-Québec.

Christian JETTÉ,

École de service social,
Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS)
Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES)
Université de Montréal

Catherine LENZI,

Département recherche de l'IREIS Rhône-Alpes,
Laboratoire Printemps UMR 8085 UVSQ/CNRS

Lucie DUMAIS, Yves VAILLANCOURT,

École de travail social
Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS)
Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES)
Université du Québec à Montréal (UQAM)

Résumé :

Cet article rend compte d'une recherche menée entre 2012 et 2015 visant à mettre en perspective la configuration des services entre le Québec et la France dans le domaine du soutien à domicile pour les aînés et dans un contexte général de désinstitutionnalisation et d'application des principes managériaux de la nouvelle gestion publique (NGP). L'enquête montre qu'au-delà des arrangements institutionnels différenciés qui caractérisent la France et le Québec, et qui entraînent forcément certaines distinctions, notamment dans le rôle joué par les secteurs public et associatif, des convergences ont été observées entre les deux territoires concernant les régulations tutélaires de l'État et la non reconnaissance de la dimensions relationnelle des services. À cet égard, nous identifions et analysons les stratégies et les processus mis en œuvre dans la construction des logiques de professionnalité par les différents producteurs de services, notamment pour les catégories d'emploi dont le travail et l'exécution des tâches font appel à des dimensions relationnelle et émotionnelle importantes et à des compétences liées à un savoir à la fois technique et expérientiel.

Mots clés : Association, aide à domicile, professionnalisation, organisation de service

Abstract

In this article, we provide an account of a three year research on home care services to the elderly in Québec and in France in a background of de-institutionalization of public services and the onset of new public management practices. In spite of institutional differences bringing forth specific configurations of home care services in both territories, particularly in terms of public versus non-profit provision of services, our investigation shows certain similarities with regards to power relationships between third sector (non-profit) providers and the State, on the one hand, and a lack of recognition of the dimension of care (as opposed to 'cure') in the delivery of home care assistance, on the other hand. In this respect, our study sheds light on how professional skills are being built and what kind of strategies and dynamics are elaborated by providers and workers' groups in order to be fully recognized, more especially so in jobs bearing a high level of emotional labor and where both experience and technical know-how coalesce.

Keywords : Nonprofit organizations, home care assistance, professional development, service delivery

Introduction

Le contenu de cet article provient d'une recherche internationale France-Québec sur les pratiques d'intervention à domicile et en milieu ouvert dans les champs de la vieillesse, du handicap et de la protection de l'enfance et sur la contribution du secteur non marchand à l'offre de services¹. Cette recherche porte un regard croisé sur les réalités françaises et québécoises afin de mettre en perspective les réponses plurielles apportées par l'État et les milieux associatifs aux défis de l'intervention « hors les murs » dans un contexte général de désinstitutionalisation et d'application des principes managériaux de la nouvelle gestion publique (NGP). Notre texte rend compte plus spécifiquement de la mise en perspective de certains arrangements institutionnels entre le Québec et la France dans le domaine des services à domicile dans le champ de la vieillesse : mode de régulation, type de financement, responsabilités des divers producteurs de services, cadrage des politiques publiques. Elle inclut de manière prépondérante l'analyse du rôle joué par les organismes associatifs et les entreprises d'économie sociale et solidaire (ÉSS) dans la production et la distribution de ces services. Nous identifions également et analysons les stratégies et les processus mis en œuvre dans la construction des logiques de professionnalité par les différents producteurs de services, notamment pour les catégories d'emploi dont le travail et l'exécution des tâches font appel à des dimensions relationnelle et émotionnelle importantes et à des compétences liées à un savoir à la fois technique et expérientiel. Cet article vise à présenter notre démarche scientifique et les premières pistes d'analyse qui s'en dégagent.

¹ Le programme de recherche est financé depuis 2011 par la Direction des coopérations internationales du Conseil Régional Rhône-Alpes. Il est porté par le Laboratoire Scientifique et Praticien en Action Sociale et en Santé (ESPASS) de l'Institut Régional et Européen des métiers de l'Intervention Sociale (IREIS Rhône-Alpes) et mobilise dans sa réalisation des partenaires québécois - le Laboratoire de Recherche sur les Pratiques et les Politiques Sociales (LAREPPS) et le Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et de l'Université de Montréal ainsi que le Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire (CJM-IU). Au total 16 chercheurs (11 chercheurs français et six chercheurs québécois) participent activement à la mise en œuvre de cette recherche.

1. Méthodologie

La recherche ayant alimenté nos analyses repose sur un dispositif de recherche partenariale incluant, outre les chercheurs signataires de ce texte, des membres de l'équipe pédagogique de l'IREIS² (formateurs et directeurs), ainsi que la participation de partenaires provenant des milieux associatifs. La mise en perspective des situations française et québécoise concernant les services de soutien à domicile auprès des aînés a été rendue possible grâce à l'organisation de quatre missions de recherche. Les deux premières furent organisées au printemps et à l'automne 2013 d'une part, en France³ dans le département de l'Ain de la région Rhône-Alpes et, d'autre part, au Québec sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montagne à Montréal (quartiers de Parc-Extension, du Montréal-Métro et de Côte-des-Neiges). Les troisième et quatrième missions se déroulèrent quant à elles dans le département de la Savoie en France, et toujours sur le territoire du CSSS de la Montagne au Québec. Le choix de ces terrains d'enquête découle des défis posés par l'étude d'une prestation de services largement décentralisés qui nous a amenés à circonscrire notre étude à des territoires délimités caractérisés à la fois par des politiques publiques générales et universelles s'appliquant à l'ensemble du territoire national, mais aussi par des cadres de pratiques découlant d'arrangements locaux et régionaux définis par certaines institutions publiques telles les conseils généraux et les agences régionales de santé en France ainsi que les agences de santé et de services sociaux au Québec.

Sur le plan méthodologique, nous avons organisé des binômes de chercheurs français et québécois qui ont réalisé conjointement au total soixante-neuf entrevues et quatre focus groups en France et au Québec auprès d'intervenants et de responsables de services à domicile des secteurs public et associatif ainsi qu'auprès de personnes âgées et handicapées. Nous avons également rencontré une dizaine de personnes ayant des incapacités physiques ou cognitives et leurs proches aidants dans le cadre d'une approche par cas qui a permis de tracer le portrait des services qu'ils reçoivent et de mettre en tension leurs points de vue par rapport à celui des producteurs de services. Ces entrevues ont été enregistrées, retranscrites, puis

² Parmi les membres de l'équipe pédagogique de l'IREIS ayant collaboré à la cueillette et à l'analyse des données sur le champ de la vieillesse, soulignons les contributions de Stéphane Edme, Geneviève Remilleux, Chantal Seguin et David Grand.

³ Notre terrain d'investigation en France a porté sur deux associations locales du département de l'Ain, dites « associations prestataires », appartenant à un réseau d'associations plus large (départemental, régional et national).

analysées sur la base de mots clés et d'indicateurs liés à nos questions de recherche. À partir d'une démarche inductive et dans une perspective de théorisation ancrée (*grounded theory*), nous avons également procédé à des temps d'observation *in situ* des réunions d'équipe et des pratiques de relation d'aide au domicile des personnes. Enfin, nous avons procédé à une revue de la littérature scientifique sur le sujet et consulté de nombreuses pièces de littérature grise en France et au Québec (schéma départemental de services, rapports annuels de CSSS, rapports d'activités des associations...). Dernière remarque sur la dimension méthodologique de notre travail : l'écart existant entre les territoires étudiés au Québec et en France sur les plans social, géographique et démographique ne permet pas d'affirmer que nous avons réalisé une recherche comparative au sens strict. Notre méthodologie nous a toutefois permis de procéder à une mise en perspective des politiques, des services et des pratiques professionnelles au Québec et en France en identifiant et en analysant notamment les convergences et les points d'achoppement qui se dégagent du matériel recueilli. C'est ce que nous présentons dans cet article.

2. Problématique

Après le champ de la santé mentale qui a connu un mouvement important de désinstitutionnalisation, l'objectif de remplacer dans une certaine mesure l'offre institutionnelle et publique par des services de proximité produits par des associations, des organismes communautaires et des entreprises d'ÉSS (tiers secteur) s'étend à de nouveaux publics, aussi bien en France qu'au Québec, notamment à travers le développement des services à domicile pour les aînés. Ceci coïncide avec un déplacement important des pratiques d'intervention sociale de la sphère publique vers la sphère privée observée dans ces deux pays, dans un contexte de transformation de l'État social et de promotion de l'individu (Bellot, Bresson et Jetté, 2013). La transition vers des soins et services de proximité se traduit par la mise en œuvre de « dispositifs » via des coopérations entre tous les acteurs du territoire afin d'organiser et accompagner un parcours global et personnalisé des publics au sein de leur milieu de vie.

Sur le plan analytique, ces évolutions renvoient à des phénomènes institutionnels et organisationnels étroitement liés. Sur le plan institutionnel, elles se traduisent par la mise en

application plus poussée d'un *welfare mix*, c'est-à-dire la constitution d'un dispositif de protection sociale faisant appel à une mixité d'acteurs provenant des secteurs public, marchand et non marchand (Jetté et al., 2000; Evers et Laville, 2004). Ce *welfare mix*, lorsqu'il fait appel aux acteurs des trois secteurs socioéconomiques (public, marchand et tiers secteur) rend compte d'une véritable économie plurielle dont nous proposons de montrer qu'elle dépasse la simple privatisation ou communautarisation des services (accroissement des services dispensés par le secteur associatif) pour engendrer un processus d'hybridation qui affecte autant les ressources humaines et financières des organisations que leurs modes de régulation et de gouvernance. Au final, les configurations prises par ces nouveaux arrangements institutionnels hybrides varient en fonction de la prépondérance de chacun des secteurs dans la construction des politiques publiques et dans la production des services (avec un rôle déterminant de l'État qui demeure un acteur central), et de la diversité des contextes nationaux et infranationaux (Evers et Guillemard, 2013).

Ces reconfigurations institutionnelles et organisationnelles bousculent les cadrages professionnels traditionnels. À ce stade, le champ de la pratique à domicile et en milieu ouvert englobe deux réalités : d'une part l'intervention et la réadaptation à domicile; d'autre part, des pratiques de collaboration autour des besoins de la famille entre intervenants d'un même établissement et avec les ressources du territoire (France) ou de la communauté (Québec). En France, les pratiques professionnelles qui émergent dans ce champ ne sont pas toujours issues de métiers codifiés qui renvoient à une formation et une qualification particulières telles que circonscrit dans le champ canonique du travail social et s'inscrivent dans un contexte général de professionnalisation du champ associatif où le rapport bénévoles et professionnels construit de nouveaux cadres de travail. Au Québec, les transformations dans les services à domicile entraînent une révision de la division des responsabilités entre le secteur public, le secteur privé, le tiers secteur et les proches aidants, tout en mettant en jeu (à l'instar de la France) la question de la dimension relationnelle des services pour certaines catégories de travailleuses cantonnées jusque-là aux aspects civiques et techniques des services à domicile (entretien ménager, repas, lessive, accompagnement). Il en résulte que ces nouveaux intervenants sociaux peuvent être fragilisés dans leur mission et dans leurs statuts (en particulier, dans le champ de la vieillesse), ce qui renvoie au paradoxe d'intervenants qui sont amenés à gérer des situations de précarité tout en étant eux-mêmes victimes de processus de précarisation. Notons également que l'organisation des services est fortement tributaire dans

les deux territoires du courant dominant de la Nouvelle gestion publique (NGP), ce qui a pour effet de soumettre les services à une forte poussée de rationalisation sur les plans budgétaires et organisationnels.

3. Éléments d'analyse sur le plan des arrangements organisationnels et institutionnels

Comparativement au Québec, les domaines de la santé et de l'action sociale opèrent de manière parallèle dans la région de l'Ain en France (et dans le reste de la France également) avec des institutions, des règles, des territoires et des financements qui leur sont propres. Cette division entraîne pour les acteurs du soutien à domicile un effort supplémentaire de coordination des divers services et d'articulation des besoins des personnes requérantes avec l'offre de services de ces deux secteurs. Cette situation n'est peut-être pas étrangère au rôle joué par les associations « prestataires »⁴ dont il est question ici, et qui semblent assumer un leadership plus affirmé quant à la coordination des services sur le plan national que sur les plans régional et départemental. Par contre, il ne faudrait pas pour autant idéaliser le système québécois. Malgré la fusion au sein du ministère des Affaires sociales (aujourd'hui ministère de la Santé et des Services sociaux) des ministères de la Santé avec celui de la Famille et du Bien-être social en 1970, les problèmes de coordination entre les différents établissements et les divers producteurs de services persistent et ont été à l'origine de plusieurs réformes au cours des années 1990 et 2000. De plus, l'insertion au sein d'un même ministère des missions sociale et sanitaire s'est soldée par une démarche hiérarchique, qui a eu pour effet de prioriser le volet des services de santé au détriment des services sociaux.

Outre la double responsabilité des services à domicile sur le territoire de l'Ain partagée entre l'Agence régionale de santé (ARS) (volet santé) et le Conseil général (volet social), notamment pour le financement des associations, les services à domicile sont livrés par une multitude de producteurs de services associés majoritairement au secteur associatif et à l'ÉSS ainsi qu'à certaines professions libérales (médecins et infirmières notamment). Les associations dites « prestataires » jouent toutefois un rôle central dans la livraison des services à domicile.

⁴ Les associations prestataires sont des organisations qui disposent de leur propre personnel salarié et qui sont responsables. Elles se distinguent des associations mandataires où les personnes utilisatrices des services assument le rôle d'employeur, alors que l'organisation intervient uniquement dans le recrutement du personnel et les tâches administratives liées à l'emploi.

Certains ont par ailleurs souligné l'écart qui pouvait exister dans la pratique des associations pour le même type de services. Cette situation tranche encore une fois avec celle du Québec où les maître-d'œuvre des services de maintien à domicile sont les centres locaux de services communautaires (CLSC), des établissements publics qui ont été intégrés depuis 2003 au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) suite à une fusion administrative de trois types d'établissement sur les territoires locaux : centres hospitaliers (CH), centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et Centres locaux de services communautaires (CLSC)⁵. La plupart des CSSS ont une équipe de services à domicile comprenant des services professionnels (soins infirmiers, travail social, ergothérapie, physiothérapie, diététiste), des services liés aux activités de vie quotidienne (AVQ) (hygiène, mobilisation, transfert) et, jusqu'en 1996, des services liés aux activités de vie domestique (AVQ) (entretien ménager, courses, repas sans diète, repassage). Depuis 1997, les services d'AVQ ont été transférés en bonne partie aux entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) qui sont financées à partir du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD). Des services de répit et de soutien sont également offerts aux proches aidants. Les CSSS, dans le cadre de leur mission CLSC, constituent donc un acteur central de la production et de la distribution des services à domicile au Québec. Mais ils n'ont jamais été seuls pour assumer ces services. En plus des EESAD, d'autres producteurs de services sont mis à contribution avec une intensité variable selon les régions : les organismes communautaires (par exemple, les popotes roulantes), les travailleurs autonomes à travers le chèque emploi-service (surtout pour les personnes handicapées) et certaines agences privées marchandes. Malgré les revendications de certains groupes de pression qui réclament un élargissement de l'offre de services publics dans les services à domicile, le ministère de la Santé et des Services sociaux a eu plutôt tendance au cours des dernières années à favoriser la sous-traitance avec les producteurs de services du tiers secteur (EESAD et organismes communautaires) et du secteur marchand pour compléter l'offre de services des CSSS. Bref, un certain éclatement des services dans les deux sociétés, mais qui semble beaucoup plus prononcé en France qu'au Québec.

L'ampleur et les modes de financement des services semblent problématiques tant en France

⁵ Le Gouvernement du Québec a procédé en 2015 à une autre réforme majeure des structures du réseau de la santé et de services sociaux (projet de loi 10) en abolissant les agences de la santé et des services sociaux et en fusionnant tout un ensemble d'établissements publics au sein de nouvelles entités administratives nommées Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS).

qu'au Québec. En France, les témoignages recueillis montrent que les associations doivent composer avec des ressources financières limitées compte tenu des besoins exprimés par les populations qu'elles desservent. L'exigüité des locaux de certaines associations que nous avons visitées, le recours important aux bénévoles dans la gestion des organismes, l'absence de ressources pour la mise en place de lieux d'échanges entre les intervenants ou l'organisation d'activités à caractère fédératif rendent compte de cette insuffisance des ressources à laquelle sont confrontées les associations. De plus, les sources de financement et les conditions de ce financement varient selon les missions et les services à l'intérieur même du panier de services à domicile. Cette situation découle, d'une part, du découpage différencié des territoires administratifs entre le social et le sanitaire en France et, d'autre part, des orientations et des priorités qui peuvent varier selon les départements et les régions (par exemple, le département de l'Ain est le seul à disposer encore d'un Centre local d'information et de coordination gériatrique (CLIC) dans la région Rhône-Alpes). Certaines fonctions au sein des associations trouvent aussi peu d'écho chez les bailleurs de fonds qui priorisent le financement des services directs à la population, sans toujours tenir compte des besoins de gestion, de direction et de coordination à l'intérieur des associations. Ce type de financement se retrouve également au Québec dans le cas des EESAD et des organismes communautaires et s'avère problématique à plusieurs égards puisqu'il tend à réduire les producteurs de services à de simples sous-traitants à rabais et à circonscrire la prestation de services à sa dimension technique, tout en ignorant sa dimension relationnelle.

4. La coordination des services

De manière assez singulière, les bénévoles des associations examinées en France sont impliquées de manière intensive dans la gestion de l'organisme. Cette situation tranche avec celle en vigueur au Québec où la direction des associations est assurée par des salariés, les bénévoles étant impliqués sur les conseils d'administration, les comités de travail et dans la prestation de services non professionnels. Étant donné les responsabilités et la charge de travail qu'exige une telle responsabilité, certains acteurs en entrevue ont dit s'interroger sur ce modèle de gestion développé par leur association, sa capacité de rétention des bénévoles et les rapports ambigus qui peuvent naître de ce type d'implication bénévole face aux salariés de l'organisme. Certes, l'histoire de l'organisme explique en bonne partie la dévolution

importante de responsabilités aux bénévoles⁶. L'association visée ici se distingue ainsi des autres organismes évoluant dans le même créneau d'activités. Néanmoins, la complexité des responsabilités liées à la direction, la lourdeur des tâches de coordination des ressources humaines, et l'augmentation constante du volume de services questionnent aujourd'hui la pertinence et l'efficacité de ce modèle sur les plans organisationnel (enjeux internes à l'organisme) et institutionnel (enjeux avec les autres producteurs de services et les bailleurs de fonds).

La multiplicité des organisations et des intervenants œuvrant en maintien à domicile soulève évidemment des questionnements importants quant à son impact sur la qualité des services. Une association comme celle de la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)⁷ travaille d'ailleurs spécifiquement sur cette question de la coordination des ressources intervenant auprès des personnes vulnérables en perte d'autonomie. Selon les témoignages recueillis, il n'existe pas sur le territoire de l'Ain de culture de concertation entre les producteurs de services. En conséquence, peu de liens sont établis entre les différents professionnels qui travaillent au domicile des personnes. Si le travail réalisé par la MAIA apporte une contribution importante à cet égard, il n'en demeure pas moins que les défis restent énormes, malgré les promesses faites par les instances politiques françaises (Peroz, 2013). Dès lors, le degré d'implication d'une telle ressource dans la coordination des services reste dépendant du bon vouloir des prestataires de services concernés. Selon les acteurs interrogés, les défis importants doivent être relevés concernant le partenariat entre les secteurs sanitaire et social, le développement d'outils de communication, le partage d'information ainsi que la conciliation des cultures organisationnelles de chacune des ressources impliquées dans la prestation de services à domicile.

Cette coordination devient d'autant plus cruciale que le champ des services à domicile en France a connu des transformations majeures au cours des 15 dernières années, notamment avec l'implantation en 2002 de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui a soutenu une croissance importante des milieux associatifs dans le domaine des services à domicile, ainsi

⁶ Cette dévolution des fonctions administratives aux bénévoles rend compte du projet initial des fondateurs du réseau d'associations qui voulait aussi s'assurer de déployer une action de proximité auprès des populations locales et de maintenir « une action solidaire à travers de petites équipes de bénévoles issus de la population locale développant une action collective créatrice de lien social entre toutes les composantes de la population (réf. texte fondateur du réseau d'associations concerné).

⁷ Ces maisons peuvent appartenir selon les régions aux secteurs public ou associatif.

que la mise en place en 2005 du plan Borloo (avec le chèque emploi-service) qui s'est traduit par une mise en concurrence des producteurs de services associatifs et privés avec l'objectif affirmé de créer des milliers d'emplois dans le domaine de l'assistance aux personnes en perte d'autonomie (Jany-Catrice et Lefebvre, 2012). On ne peut s'empêcher ici de faire des parallèles avec l'évolution des services de soutien à domicile au Québec qui ont fait l'objet de nouvelles politiques de soutien à domicile à la même époque (*Chez soi, le premier choix* en 2003 et *Précisions sur la politique* en 2004). Ces politiques entraînaient, elles aussi, un rôle accru de certains producteurs de service privés et associatifs et leur mise en concurrence avec le secteur public dans l'objectif avoué de diminuer les coûts de production des services (MSSS, 2003 et 2004).

Cette question de la continuité des services ne peut d'ailleurs être dissociée d'un autre enjeu primordial pour la qualité des services : la continuité du lien. Celle-ci a trait à la dimension relationnelle du service qui peut être définie par le sentiment de confiance et de proximité qui se développe entre un intervenant et la personne à domicile. Cette confiance et cette proximité entraînent l'établissement d'un contexte propice aux échanges et à la discussion qui, à leur tour, favorisent l'expression de besoins et la divulgation de situations problématiques. Comme nous l'avons souligné précédemment, cet aspect du service est souvent occulté par les bailleurs de fonds, mais aussi parfois par les directions d'organisme qui peuvent y voir soit une perte de temps par rapport aux services techniques qui doivent être rendus, soit un hiatus professionnel par rapport aux tâches prescrites et aux compétences du personnel mobilisé (Vaillancourt, Aubry et Jetté, 2003 ; Vaillancourt et Jetté, 2009). Or, dans plusieurs cas, cette dimension relationnelle apparaît fondamentale pour les publics visés qui vivent des situations d'isolement social et familial importantes. Toutefois, cette dimension relationnelle semble le plus souvent traitée de manière plus ou moins formelle par les organismes qui comptent sur l'expérience et le savoir-être des intervenants pour gérer individuellement ces situations. Pourtant, de nombreuses questions se posent : quelle place accorder à cette relation ? Comment la gérer ? Quelle reconnaissance lui donner ? Jusqu'où aller dans le lien ? Comment poser des limites ? À partir de quels critères ? En outre, une fois admise l'hypothèse du bien-fondé d'un maintien du lien de proximité entre l'intervenant et la personne requérante, il reste encore à concilier le maintien de cette interaction avec le

principe de continuité des services qui fait davantage appel à une coordination technique des services (la bonne personne au bon moment), sans engagement par rapport au maintien du lien.

À cet égard, les entrevues réalisées ont montré que l'aménagement de lieux et de moments d'échanges entre les intervenants à domicile pourrait s'avérer un moyen de les soutenir dans la gestion de cette dimension relationnelle du service. Or, ces lieux et ces moments semblent être peu présents au sein des organismes associatifs et de l'ÉSS que nous avons visités, tant au Québec qu'en France. Cette lacune a pour effet de refouler la prise en charge de cette problématique dans le cadre d'une responsabilité individuelle axée sur le savoir expérientiel et le parcours biographique des intervenants (pour la plupart des femmes). De plus, à la lumière des informations obtenues lors des entrevues en France, il semble que les aides à domicile plus que les auxiliaires de vie sociale souffrent de cette situation puisque ces dernières auraient davantage d'opportunités de mise en commun de leurs expériences. Cette absence de lieux d'échanges et de coordination n'est pas étrangère à la rareté des ressources financières des organismes qui préfèrent utiliser les argents consentis pour ces rencontres par le Conseil général (62 heures par salarié/année) pour bonifier leur offre de service à domicile aux personnes. On observe une situation similaire au Québec où les préposées en aide domestique des EESAD ne sont pas invitées aux discussions de cas menées par les équipes de service à domicile des CSSS.

Certes, des initiatives ont déjà été mises en place dans certains lieux pour résoudre ces défaillances de coordination, mais le problème perdure. D'autant plus que le peu de ressources disponibles obligent les organismes à faire beaucoup avec souvent peu de moyens et à agir au quotidien dans un contexte d'urgence. Ce type de situation leur laisse peu de temps pour mener une réflexion politique et développer l'action revendicatrice auprès de leurs partenaires du secteur public et de l'État français ou québécois. Or, si certaines de ces associations sont devenues des acteurs importants en terme de services et de soutien à domicile aux personnes vieillissantes, notamment en France, certains n'hésitent pas à les décrire comme des « nains » sur le plan politique puisque la dimension organisationnelle de leurs activités semble leur laisser peu de disponibilité pour la mise en avant d'une action politique revendicatrice visant à accroître leurs ressources et leur capacité à s'inscrire dans une dynamique de co-construction des politiques publiques qui touchent les populations avec lesquelles elles travaillent. Des

travaux antérieurs ont mené à des conclusions semblables au Québec (mais pas nécessairement pour les mêmes raisons) pour les entreprises d'économie sociale en aide domestique (Jetté et Vaillancourt, 2011 ; Vaillancourt et Jetté, 2009).

5. Travail de la relation, émotions au travail et invisibilité du travail de care⁸

Au cœur de l'espace intime du domicile des personnes âgées, la dimension affective et émotionnelle occupe une place centrale et particulière dans la construction des pratiques professionnelles. En effet, on peut penser qu'en raison du contexte dans lequel elles se placent (l'espace intime de personnes âgées vulnérables, pour certaines en détresse sociale et humaine, pour d'autres en prise avec des pensées morbides), ces pratiques prennent appui sur des modèles personnels jalonnés par le relationnel et l'émotionnel. L'intervention au sein de l'espace intime d'autrui viendrait exacerber cette dimension.

Les interventions des aides à domicile dans le champ de la vieillesse posent de manière particulière la question des « émotions » et de la « professionnalisation de l'intime ». Il est clair pour nous que le public concerné oriente, selon son degré de vulnérabilité, la mobilisation de ressources personnelles de l'aide à domicile et l'activation chez elle de ressorts d'action informels et expérientiels mobilisés en vue d'une résolution de problème. Un de ces ressorts identifié renvoie au concept de « travail émotionnel » tel que défini par Arlie Hochschild (2003), qui détecte dans les métiers de la relation, dont ceux du travail social, un travail des émotions qui consiste à gérer ses propres émotions et à ne rien laisser paraître de ses ressentis, tout en gérant les émotions de l'autre afin de l'apaiser.

Pour autant, il apparaît clairement, et certains *focus group* menés au Québec auprès des préposées en aide domestique en témoignent, un paradoxe majeur sur le fait que le travail, certes relationnel, mais plus encore émotionnel, exercé par les aides à domicile au cours de leur mission, procure autant de gratifications symboliques que d'expressions d'un mal être

⁸ Nous considérons que ces deux réalités du travail des aides et des préposées à domicile, c'est-à-dire créer du lien dans le cadre d'un travail relationnel, et contenir les émotions de l'autre et les siennes dans l'exercice du soutien à domicile — ce que nous pourrions désigner, à la suite d'Avril (2014), comme un travail émotionnel — appartiennent à la dimension des "ressources personnelles" sur lesquelles se construit une partie du travail des aides à domicile. Cette dimension est celle qui permet le travail de *care* (prendre soin de l'autre).

professionnel important, source d'épuisement mental. Ce constat est à mettre en lien avec l'invisibilité et la non-valorisation des ressources personnelles sur lesquelles s'appuie l'aide à domicile pour soutenir tant bien que mal la personne âgée à son domicile (Ennuyer, 2003).

Cette double dimension relationnelle et émotionnelle du service n'est pas étrangère au travail de « *care* » mis en l'avant par certains théoriciens. Joan Tronto définit le travail de *care* comme « tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde” de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ». Pour B. Ravon, « cette attention portée à la personne et à ses entours suppose de la présence, de la disponibilité, le sens du concret, le “sens de la situation” : toutes ces qualités peuvent être ramassées sous la notion de *care* (souci d'autrui, sollicitude, attention, prendre soin) » (Ravon, 2014).

Or, bien que les caractéristiques du travail effectué par les aides à domicile et les préposées en aide domestique en lien avec les dimensions relationnelle et émotionnelle, au Québec comme en France, relèvent du travail de *care* dans la veille et le soutien apportés aux personnes les plus vulnérables, notre collecte de données ne permet pas d'établir que cette dimension est objectivement prise en compte, tant par le champ professionnel qui emploie les aides à domicile, que par les politiques publiques qui impulsent les dispositifs de soutien à domicile. De la même façon, les compétences que développent les intervenantes à domicile dans la façon de concilier l'efficacité technique et l'interactivité avec les personnes âgées (Messaoudi, 2012) ne semblent pas de prime abord être prises en compte dans l'évaluation de la qualité du service rendu.

Il transparait assez clairement des entretiens menés que la faible visibilité du travail de *care* chez les aides à domicile correspond à une forme de négation, qu'elle soit intentionnelle ou non, de la part des représentants associatifs, des cadres de direction et des financeurs, d'une compétence chez les intervenant-e-s à domicile à créer de la relation, à prendre soin et à gérer la détresse et les émotions de l'autre, tout en étant dans une capacité de « discernement des besoins » afin de proposer les « réponses les plus appropriées aux personnes concernées (Paperman 2005, in Messaoudi, 2012). De fait, toute la « part sensible » (Ravon, 2014) du travail que les aides à domicile mettent en scène, presque sur mesure, est passée sous silence, comme s'il était problématique d'en faire une compétence fondamentale des interventions de soutien à domicile pour les personnes âgées. En outre, lorsque ces facultés sont repérées, elles

sont systématiquement imputées à des dispositions et à des qualités naturelles, intrinsèques à la personne et non pas à des caractéristiques objectives inscrites dans un référentiel de métier, qui correspondent à une qualification (expérience, formation, diplôme) et justifient un niveau de salaire. Alors que ces dites qualités sont recherchées majoritairement chez les recruteurs lors des entretiens d'embauche, peu de place existe par la suite, dans le cadre général et la prescription du travail réel, pour les reconnaître, les gratifier, les étayer et les monnayer. De cette façon, le travail de care apparaît comme un objet invisible dont il s'agit de saisir l'analyse pour mettre au jour les compétences cachées des intervenantes à domicile (Benneli et Modak, 2010).

6. La standardisation des pratiques et l'ajustement du cadre prescrit

A côté de cette invisibilité du travail de *care*, il est frappant de constater à quel point les normes de travail modulées par la NGP, au Québec mais également en France, sont ultra standardisées, alors même qu'on entend partout que chaque personne est unique et nécessite une prise en charge particulière. En effet, d'importants efforts sont réalisés de la part des directions d'organisme pour quantifier, normaliser, contrôler et uniformiser l'ensemble des pratiques, ce qui laisse peu de place à l'innovation et aux marges de créativité des aides à domicile (par exemple, la démarche qualité de l'association qui a supprimé le carnet de liaison et obligé les aides à domicile de cocher des cases identifiant les actions formelles réalisées).

Cette tendance massive à la standardisation des pratiques dans le champ de l'aide à domicile (démarche qualité, normalisation de l'action) entre en contradiction avec l'injonction politique forte issue des nouveaux cadres législatifs en France dans le champ médico-social et de la vieillesse (lois 2002 et 2005) et au Québec (MSSS, 2003 ; 2004) qui préconisent une prise en charge personnalisée de l'utilisateur. Ce paradoxe peut générer auprès des aides à domicile des troubles dans la professionnalité (Ravon, 2014). Pour autant, nous avons pu déceler, au Québec, comme en France, des formes de « ruse » (Vidal-Nacquet, 2012) de la part des intervenants afin de contourner le cadre prescrit et standardisé de leur périmètre d'intervention pour laisser place aux activités invisibles qui ont trait aux dimensions relationnelles et émotionnelles de l'intervention à domicile.

Cela revient à dire que le travail de *care* opère aux marges du cadre prescrit de l'intervention et se trouve appuyé par les seules ressources personnelles de l'intervenant afin de proposer un soutien adapté aux besoins de la personne. Dans ce contexte, ces professionnels de la relation, aux prises avec des injonctions paradoxales, sont amenés à recomposer le cadre de l'action pour en personnaliser les effets et rendre plus efficient l'accompagnement au domicile des personnes. Ce constat rejoint encore une fois les analyses de Bertrand Ravon à propos de l'accompagnement des personnes vulnérables, quand il précise que « les réponses des professionnels ne sont pas seulement l'application de principes 'top down' : elles s'inventent sur les lieux de l'exercice du métier, en prise avec des situations les plus singulières » (Ravon, 2014 : 4).

Par ce constat, il devient plus clair que les aides à domicile remplissent une mission plus élargie que le mandat pour lequel elles sont recrutées et qui consiste à effectuer des tâches ménagères auprès des personnes âgées. De fait, on comprend pourquoi le mouvement de professionnalisation du secteur et la reconnaissance sociale de ces femmes dispensatrices de *care* est encore loin d'être acquise (Alvarez, 2010).

7. Une absence récurrente de collectif de travail et d'une culture de travail institutionnelle et interdisciplinaire

L'analyse des premiers résultats de notre recherche en France, établissait déjà le constat d'une absence d'espaces de régulation collective au sein des associations qui recrutent les aides à domicile, de type analyse de la pratique, supervision ou encore travail en équipe. Les seules réunions auxquelles nous avons pu assister en France, sont des réunions de planning, mais ne constituent pas un lieu de suivi des situations (coordination et continuité du lien). N'ayant pas été prévues à l'origine pour procéder à l'analyse de la pratique avec des superviseurs extérieurs à l'institution, ces instances où l'on peut toutefois parler des « problèmes » peuvent vite (ainsi que les personnes qui les animent) être débordées par les plaintes exprimées par les salariés sur leurs conditions de travail. En outre, le fait que ces instances, en tout cas en France, soient animées par des bénévoles (président et vice-président dans la plupart des cas), peut renforcer le caractère paternaliste des modes de management propres à ce contexte d'action.

De cette manière, les *focus group* que nous avons animés, au Québec comme en France, ont révélé un besoin accru de la part des aides à domicile de parler de leur travail et de rendre lisibles les multiples ressorts d'action sur lesquels elles s'appuient et les dysfonctionnements institutionnels auxquels elles sont confrontées. Sur la question des formations, même si celles-ci sont plus qu'avant proposées aux salariées (résultat des démarches qualité), elles portent essentiellement sur les dimensions techniques du métier (faire une toilette, le ménage...). Très peu de formations proposent une sensibilisation à l'écoute, un apprentissage à la gestion des émotions et un repérage des situations de souffrance au travail. Au Québec, une norme professionnelle avec apprentissage en milieu de travail visant le métier de préposée d'aide à domicile a été adoptée en 2009 (CSMO-ÉSAC, 2011) et mise en pratique à partir de 2012. Cette formation donne droit à une certification à partir de l'atteinte d'objectifs touchant six compétences. Néanmoins, la question de la dimension relationnelle du service demeure marginale dans ce programme de certification, certains acteurs associés à l'élaboration de cette norme voyant dans l'ouverture d'une telle dimension du service un danger de substitution d'emploi avec les travailleurs du secteur public, notamment avec les auxiliaires familiales de CLSC.

Par ailleurs, au moment où se multiplient les injonctions du travail ensemble dans le cadre d'une personnalisation de plus en plus grande de l'accompagnement des publics, la nécessité d'un travail en réseau dans le secteur de l'aide domestique échappe aux cadres d'action des aides à domicile. Cette absence de coordination et de travail avec les autres rend plus prégnante encore l'invisibilité et le processus de dévalorisation du travail de *care* exercé par les aides à domicile.

Plus encore que le sur-engagement de soi décrit par l'ensemble des aides à domicile, de façon très significative lors des *focus group*, la non-reconnaissance du travail de *care* et la non-validité par les associations et les personnels encadrants des ajustements opérés pour soutenir au mieux les personnes vulnérables, peuvent être la cause d'un épuisement professionnel et psychologique, générer du *turn-over* et des dysfonctionnements institutionnels et avoir des incidences délétères sur les situations de prise en charge.

Bien que fortement isolées d'un point de vue institutionnel, les aides à domicile semblent toutefois construire des espaces informels et clandestins de régulation. Les aides à domicile

font preuve en effet de beaucoup d'ingéniosité dans le bricolage et l'adaptation du cadre prescrit et semblent instaurer des modes de coopération au-delà de ce qui est balisé et permis par l'institution. Par exemple, les aides domestiques recourent à des *post-it* pour diffuser l'information qu'elles ne peuvent plus transmettre par le carnet de liaison. Nous pourrions aussi signaler le détournement du « bureau » comme instance de régulation institutionnelle dans la mesure où certaines pratiques des aides à domicile ne peuvent s'y afficher ouvertement.

Comme « travail prescrit » ne se traduit pas *stricto sensu*, loin s'en faut, par « travail réel », il est donc possible d'entrevoir dans cet écart et dans les ajustements et marges d'adaptation, un espace des possibles et de recomposition des pratiques et des identités professionnelles qui pourraient, à certaines conditions, susciter l'émergence d'innovations sociales. Les théories de l'innovation, particulièrement celle de Norbert Alter (2000), ont permis de démontrer que « le succès de l'innovation résulte de la capacité des acteurs à ne pas respecter totalement les règles de l'organisation mais inversement, à en transgresser certaines pour se placer de cette manière et au moins partiellement, en porte à faux avec l'ordre établi » (Boussard, 2002 : 246). Mais les acteurs porteurs d'innovation doivent prendre des risques pour contourner le cadre et déployer une énergie importante qui engage des coûts (notamment humains) parfois supérieurs aux gains permis (Akrich, Callon et Latour, 1998). Or, dans un cadre de plus en plus contraint sur les plans financier et politique et en l'absence de logiques organisationnelles qui favorisent la formation de collectifs de travail, on peut s'interroger sur la capacité des personnels d'encadrement à gérer ce potentiel d'innovation.

Conclusion

Les analyses présentées dans ce texte restent à approfondir. Mais nous pouvons d'ores et déjà avancer un certain nombre de constats quant aux recoupements à faire entre les situations française et québécoise dans le domaine des services à domicile. D'abord, tant au Québec qu'en France, — et malgré des structures de services assez différentes — les pratiques de management issues de la Nouvelle gestion publique semblent avoir orienté l'évolution des arrangements institutionnels au cours des dernières années. L'adoption de dispositifs de mise en concurrence et de *bench marking* des deux côtés de l'Atlantique témoigne de cette

commune vision du développement des services par l'État.

Des éléments de convergence ont aussi été relevés concernant certains aspects de la professionnalité, notamment la faible prise en compte des dimensions relationnelle et émotionnelle des services et la persistance de conditions de travail plutôt difficiles pour les aides à domicile. Cette situation n'est pas sans rapport avec le faible poids politique des milieux associatifs et de l'ÉSS qui peinent à faire reconnaître la légitimité de leurs revendications face à des pouvoirs publics obnubilés par les questions budgétaires. La dynamique de concurrence semble ainsi avoir pris le pas sur celui de la co-construction et du partenariat, et engendré un *welfare mix* misant principalement sur les principes du monde marchand. Certes, cet état de fait n'est pas une fatalité et les acteurs du tiers secteur tentent de s'organiser tant bien que mal pour ne pas être complètement instrumentalisés et retrouver une certaine autonomie face aux diktats d'un État aux penchants résolument tutélaires. Mais il faut tenir compte que cette évolution des services à domicile s'inscrit dans une lutte plus large où s'affronte sur la scène sociétale, d'une part, les principes d'optimisation, de calculabilité et de performance et, d'autre part, ceux de proximité, de réciprocité et de participation sociale. Nul doute que dans cet affrontement où se joue rien de moins que le maintien d'une certaine humanisation et démocratisation des services, tant au Québec qu'en France, la capacité de mobilisation des milieux associatifs et de l'ÉSS ainsi que la recherche d'alliances avec d'autres acteurs concernés — et au premier chef les personnes utilisatrices des services elles-mêmes — vont s'avérer cruciales au cours des prochaines années.

Bibliographie

Alter N., 2000, *L'Innovation ordinaire*, Paris, PUF.

Alvarez S., 2010, « Le secteur de l'aide à domicile en France : entre l'imaginaire domestique et l'invisibilité du travail de 'care' professionnel », communication Laboratoire PACTE, Université de Grenoble 2.

Akrich M., Callon M. et B. Latour, 1988, « À quoi sert le succès des innovations ? », *Gérer et Comprendre, Annales des Mines*, n°11-12, pp. 4-17 et pp. 14-29.

Avril C., 2014, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute.

Bellot, C., Brisson, M. et C. Jetté (sous la direction de), 2013, *Le travail social et la nouvelle gestion publique : enjeux et défis*, Québec, PUQ.

Benneli, N. et M. Modak, 2010, « Analyser un objet invisible : le travail de care », *Revue française de sociologie*, vol. 51, pp.39-60.

- Boussard V., 2002, *Le socio-manager. Sociologies pour une pratique managériale*, Paris, Dunod.
- Comité sectoriel de main-d'œuvre en économie sociale et action communautaire (CSMO-ÉSAC), 2011, *Bilan final. Norme professionnelle et programme d'apprentissage en milieu de travail (PAMT). Métier de préposée d'aide à domicile*, Montréal.
- Ennuyer B., 2003, « Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale », *Gérontologie et société*, n° 104.
- Evers, A. et A.-M. Guillemard (sous la direction de), 2013, *Social Policy and Citizenship. The Changing Landscape*, New York, Oxford University Press.
- Evers A. et J.-L. Laville, 2004, « Social Services by social enterprises ; on the possible contributions of hybrid organizations and a civil society », dans Evers, A. et J.-L. Laville (sous la direction de), *The Third Sector in Europe*, Royaume-Uni et É.-U., Éd. Edward Elgar, pp.237-255.
- Hennion A., et Vidal-Nacquet P., 2012, « Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie », rapport de recherche pour la MiRe.
- Hochschild Arlie R., 2003, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, n° 9, pp.19-49.
- Jany-Catrice, F. et M. Lefebvre, 2012, « Stratégies associatives face aux risques de banalisation dans les services à la personnes » dans Petrella, F. (sous la direction de), *Aide à domicile et services à la personne. Les associations dans la tourmente*, Rennes, PUR, 45-60.
- Jetté, C. et Y. Vaillancourt, 2011, « Social Economy and Home Care Services in Quebec : coproduction or coconstruction », *Voluntas : International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 22, pp.48-69.
- Jetté, C., Lévesque, B., Mager, L. et Y. Vaillancourt, 2000, *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être : une recension des écrits (1990-2000)*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Messaoudi, D., 2012, « L'adaptation de la qualité aux attentes des personnes âgées : quelle innovation du modèle associatif ? », in Petrella, F., *Aide à domicile et services à la personne. Les associations dans la tourmente*, Rennes, PUR, pp. 83-100.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2004, *Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2003, *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Peroz, J.-D., 2013, *Les politiques sociales en France*, Paris, Dunod.
- Ravon B., 2013 et 2014, « L'accompagnement des personnes vulnérables : troubles dans la professionnalité », (texte inédit qui reprend la plupart des éléments exposés dans différentes conférences prononcées en 2013 et 2014).
- Tronto J., 1993, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.
- Vaillancourt, Y. et C. Jetté, avec la collaboration de P. Leclerc, 2009, *Les arrangements institutionnels entre l'État québécois et les entreprises d'économie sociale en aide domestique. Une analyse sociopolitique de l'économie sociale dans les services de soutien à domicile*, Montréal, Éditions Vie Économique [EVE].
- Vaillancourt, Y., Aubry, F. et C. Jetté (sous la direction de), 2003, *L'économie sociale dans les services à domicile*, Québec, Presses de l'Université du Québec.