

## Rapport final de recherche

### **Stratégies Innovantes sur la Régulation du champ de la perte d'autonomie et les Conditions d'Emploi des salariés - SIRCE**

Appel à projets 2019 « Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en perte d'autonomie et personnes handicapées »

Laura Nirello (coordinatrice), Adèle Burie, François-Xavier Devetter, Annie Dussuet, Oriane Lanseman.

4 mars 2024

Soutenu par : IReSP, CNSA

## TABLE DES MATIERES

NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS .....	3
I. PARTIE SCIENTIFIQUE.....	7
Résumé.....	8
Abstract .....	10
Synthèse longue .....	11
Rapport scientifique complet.....	28
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE .....	181

## NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Le rapport final vise à **présenter les résultats de recherche** soutenue au titre d'un appel à projets de l'IReSP. Complété par **l'annexe budgétaire finale**, ce dossier permet de rendre compte de l'ensemble du travail mené par les personnes impliquées dans ce projet.

Il est demandé au **coordonnateur scientifique du projet**, en incluant les éléments des éventuelles équipes partenaires, d'établir un rapport sur le modèle décrit ci-après et de le communiquer à l'IReSP à la **date indiquée par la convention**.

⚠ Pour les **réseaux et communautés mixtes de recherche**, un modèle de rapport final est en cours de construction. Dans l'attente de sa mise en ligne, vous êtes invités à utiliser ce modèle, en l'adaptant selon les spécificités de ces modalités.

### 1. Le contenu du rapport

Le dossier de rapport final de recherche comprend **deux parties** : une partie scientifique et une partie sur la valorisation.

#### 1.1. Une partie scientifique

Cette partie permettra d'apprécier le travail scientifique réalisé par les équipes durant toute la durée de la recherche et de prendre connaissance de ses résultats. Elle pourra faire l'objet d'une relecture par un expert extérieur (qui devra signer un engagement de confidentialité).

Elle se décline en **trois sous-sections distinctes qui visent des objectifs et des lecteurs différents et qui ont vocation à être consultées indépendamment les unes des autres** : un résumé en français et en anglais, une synthèse longue en français et le rapport scientifique complet (**uniquement pour les projets financés dans le cadre du programme Autonomie soutenu par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA**, et rédigé en français).

#### ▪ Un résumé en français et en anglais

Dans ce résumé, vous communiquerez **les principaux éléments de la recherche**. Il doit être formulé de manière **simple et claire**, de sorte à **être compréhensible par un public initié mais non spécialiste du sujet**.

Le résumé sera **publié en l'état sur le site de l'IReSP** et sur tout autre support de diffusion de l'IReSP et du ou des financeur(s) afin de donner de la visibilité au projet et ses résultats.

Il doit présenter :

- le **contexte** et les **objectifs** du projet ;
- la **méthodologie** utilisée (très brièvement) ;
- les **principaux résultats** obtenus ;
- les **apports ou impacts potentiels** de ces résultats.

Deux versions doivent être rédigées, l'une en **français** et l'autre **anglais**.

Le format de chaque résumé est de **1 page en format A4**.

#### ▪ Une synthèse longue en français

Cette synthèse permet de rendre compte des résultats de projet au(x) financeur(s) et autres membres du GIS-IReSP. Un effort particulier est attendu concernant la rédaction de ce document car c'est celui qui sera mobilisé de manière privilégiée au sein des institutions publiques afin d'éclairer leurs décisions. Il doit **présenter la méthodologie employée et les résultats obtenus afin de mettre en évidence leurs apports pour la communauté de la recherche et/ou pour la décision publique.**

La synthèse pourra être publiée **sur le site de l'IReSP et/ou sur les sites internet des financeurs** et sur tout autre support de diffusion de l'IReSP et du.es financeur.s.

Cette synthèse longue doit comporter entre **10 et 15 pages**.

Elle présente :

- **les messages clés du projet** dans un encart (ses résultats principaux, l'originalité du projet, ou encore ses apports pour la santé publique et/ou les politiques de l'autonomie) ;
- le **contexte** et les **objectifs** du projet ;
- la **méthodologie** utilisée (deux pages maximum) ;
- les principaux **Résultats** obtenus ;
- les **apports** potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche ;
- la manière dont ces résultats peuvent éventuellement **alimenter les réflexions et actions de décideurs, acteurs nationaux ou locaux**, ainsi que des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social, social ou autres acteur, le cas échéant ;
- Dans le cadre d'une **recherche interventionnelle** : les **conditions de transférabilité** ou de mise à l'échelle et les points de vigilance (⚠ si applicable) ;
- les **perspectives de recherches** ;
- les **15 principales références bibliographiques citées** en mettant en évidence, en caractères gras, les publications issues du projet (les autres publications issues du projet feront l'objet d'un recensement exhaustif dans la partie « Valorisation des résultats de la recherche »).

Si besoin, il est possible de réorganiser ce plan.

⚠ Pour les **projets d'amorçage, projets pilote, contrats de définition et pour la mise en place de projets européens**, préciser : 1. les **conditions de faisabilité** du projet de recherche que vous envisagez de mener à partir de ce premier travail et 2. les principaux points sur lesquels il convient d'être **vigilant** concernant l'étude à venir, la **méthodologie**, les **partenariats**, les **coûts** ou encore le **calendrier**.

#### ▪ Rapport scientifique complet en français

⚠ La rédaction du rapport scientifique complet n'est **requise que pour les projets financés par la CNSA (hors projets d'amorçage, contrat de définition, communautés**

**mixtes des recherches** et les soutiens accordés pour la **mise en place de projets européens**).

Le rapport scientifique complet doit permettre de présenter de manière approfondie la **démarche scientifique** du projet et ses **résultats**. Il pourra lui aussi faire l'objet d'une relecture par un expert extérieur (qui devra là-encore signer un engagement de confidentialité).

Ce document sera mis en ligne sur le site institutionnel de la CNSA. Il pourra aussi être consulté par tout membre du GIS-IReSP.

Ces rapports permettent à la CNSA de **prendre connaissance** du projet et de ses **résultats de manière approfondie**, ce qui est indispensable pour qu'elle **appuie et oriente ses actions** sur ces connaissances. Ces rapports sont, par ailleurs, régulièrement mobilisés par la CNSA, en réponse à des sollicitations provenant d'autres institutions (ex : Inspection Générale des Affaires Sociales, Cour des comptes, ...).

Le rapport scientifique complet doit présenter :

- le **contexte** et les **objectifs** de la recherche (si pertinent, les modifications des objectifs par rapport au projet initial) ;
- les **méthodologies** utilisées ;
- les **résultats** détaillés ;
- la **bibliographie** ;
- les **annexes**.

La **longueur** du rapport scientifique complet est à adapter selon l'envergure et la complexité du projet et doit satisfaire aux exigences attendues pour un rapport scientifique final de recherche. Des publications scientifiques issues du projet peuvent constituer des parties du rapport si elles s'y prêtent. Elles doivent être intégrées en totalité dans le rapport. Si elles sont en anglais, au moins le résumé traduit en français doit être intégré dans le rapport et l'article mis en annexe.

Les **supports visuels** (graphiques, tableaux etc.) permettant une meilleure compréhension du sujet sont appréciés.

Les **livrables** (brochures de présentation, capsules vidéo, thèses ou mémoires, articles soumis à des revues, articles publiés ou en cours de soumission, diaporamas en support d'une présentation orale, posters, etc...) réalisés au cours du projet doivent être transmis à l'IReSP à titre d'annexe(s).

Toute information confidentielle présentée dans ce rapport scientifique final et qui ne peut pas faire l'objet d'une divulgation aux destinataires mentionnés ou qui est sous embargo, doit être portée à la connaissance de l'IReSP.

Une date de fin d'embargo doit être communiquée pour une mise en ligne du rapport scientifique final sur le site de la CNSA.

## 1.2. Une partie sur la valorisation du travail et des résultats de la recherche

Cette section est destinée à répertorier l'ensemble des productions issues du projet, destinées à un public relevant du milieu académique ou non.

Elle sera transmise au(x) financeur(s) et pourra être consultée par tout membre du GIS-IReSP. Les liens renseignés pourront être relayés sur le site internet de l'IReSP.

## 2. La forme, le format et l'accessibilité du rapport

Sur la **forme**, il est demandé :

- que le document soit rédigé en police **Calibri 12** et **interligne simple** ;
- que les graphiques, tableaux, photographies etc. soient **légendés** ;
- **que les sauts de pages** intégrés dans ce document entre chaque section soit conservés afin de permettre une lecture facilitée du document et la consultation des différentes sections indépendamment les unes des autres ;
- **de conserver les mises en forme** proposées dans un soucis d'harmonisation des visuels.

Le rapport final de recherche devra être transmis en **format Word** à cette adresse [suiviprojets.iresp@inserm.fr](mailto:suiviprojets.iresp@inserm.fr)

Sur l'accessibilité du contenu du rapport final de recherche aux personnes en situation de handicap.

La mise en forme du rapport final accessible pour le public en situation de handicap est requise. Afin de rendre les contenus compréhensibles et utilisables par toutes personnes en situation de handicap, les rédacteurs sont invités à **consulter les recommandations nationales sur l'accessibilité numérique**. Les rédacteurs peuvent consulter, entre autres documentations, le « [Kit d'accessibilité PDF, livret pédagogique](#) »<sup>1</sup> développé par le programme de recherche Fractures. Ci-dessous sont listés quelques conseils.

- Le texte ne devra pas être « justifié » (mais aligné à gauche)
- Conserver les accents sur les majuscules (ex : À, É, etc.)
- Expliciter les abréviations et acronymes
- Déclarer tout changement de langue
- Insérer une description des images, graphiques utilisés dans le rapport
- Détails les données des graphiques
- Utiliser des couleurs de texte contrastées
- Utiliser les niveaux de titres automatiques et générer, si besoin, une table des matières automatique

---

<sup>1</sup> [https://www.fracturesnumeriques.fr/kit-accessibilite-pdf/livrets/livret\\_googledocs.pdf](https://www.fracturesnumeriques.fr/kit-accessibilite-pdf/livrets/livret_googledocs.pdf)

## I. PARTIE SCIENTIFIQUE

---

## Résumé

# Stratégies Innovantes sur la Régulation du champ de la perte d'autonomie et les Conditions d'Emploi des salariés

Laura Nirello, Adèle Burie, François-Xavier Devetter, Annie Dussuet, Oriane Lanseman.

### CONTEXTE

La question de l'attractivité des métiers dans le secteur du vieillissement et de la perte d'autonomie se fait de plus en plus pressante. Ce champ qui emploie plus d'un million de salariés dans les établissements et service d'aides à domicile demeure marqué par des conditions de travail et d'emploi de mauvaise qualité. Les questions liées au sens du travail et au sentiment de manque de reconnaissance pèsent également sur l'attractivité du secteur. Ces difficultés en matière de qualité de l'emploi se répercutent sur la qualité des services rendus aux usagers.

### OBJECTIFS

L'objectif de ce projet est d'étudier de manière approfondie trois éléments clés jouant un rôle déterminant sur la qualité des emplois : les modalités de financement, la délimitation des frontières du secteur (établissement/domicile) et des professions (soin/accompagnement), et les modalités d'organisation du travail. Parallèlement, un quatrième axe plus transversal de ce projet a interrogé les modalités de mobilisation de la main d'œuvre en mettant l'accent sur des populations spécifiques à l'image des « mères seules », particulièrement nombreuses dans le secteur de l'aide à domicile. Dans ce cadre, le projet a permis le financement d'une thèse sur cette question.

### MÉTHODOLOGIE

La méthodologie mobilisée est plurielle. Pour chacun des axes retenus, nous souhaitions, après une première phase de cadrage statistique, effectuer une analyse qualitative sur la base d'entretiens semi-directifs et/ou de focus groupes. Ces échanges avec les acteurs et les observations effectuées ont permis en retour de faire émerger de nouvelles hypothèses que nous avons cherché à tester à partir de nos données d'enquête. Tout au long du projet nous avons donc cherché à maintenir cette articulation entre approches statistiques et qualitatives.

### PRINCIPAUX RÉSULTATS

Quatre principaux résultats peuvent être rappelés :

- L'identification d'un scénario de développement d'un secteur public de la perte d'autonomie favorable à la qualité des emplois et à la réduction des disparités territoriales ;
- La mise en avant des transformations de l'identité professionnelle des salariées et l'importance de questionner les frontières existantes entre soin et accompagnement ainsi qu'entre domicile et établissement ;
- Le rôle majeur des collectifs de travail dans la qualité de l'emploi et l'impact que peut avoir le déploiement d'organisations managériales centrées sur le fonctionnement en équipe ;
- La surreprésentation des mères en situation monoparentale dans l'aide à domicile et les enjeux qui en découlent en matière de gestion des ressources humaines.

### APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

Outre les résultats identifiés et les publications académiques qui en ont découlé, ce programme aura permis de développer des réseaux de recherche associant chercheurs et acteurs des métiers de la perte d'autonomie (Employeurs, organisations syndicales, associations d'usagers, pouvoirs publics locaux). Il a également servi de base à la participation à d'autres programmes de recherches (notamment dans le cadre du PPR Autonomie).

## Abstract

# Innovative Strategies on the Regulation of the field of loss of autonomy and the Conditions of Employment

Laura Nirello, Adèle Burie, François-Xavier Devetter, Annie Dussuet, Oriane Lanseman.

## CONTEXT

The issue of the attractiveness of jobs in the ageing and loss of autonomy sector is becoming increasingly pressing. This field, which employs more than a million people in home help establishments and services, is still marked by poor working conditions. Issues relating to the meaning of work and the feeling of a lack of recognition also affect the attractiveness of the sector. These difficulties in terms of job quality have repercussions on the quality of services provided to users.

## OBJECTIVES

The aim of this project is to take an in-depth look at three key factors that play a decisive role in job quality: funding arrangements, the demarcation of sector boundaries (residential/domiciliary) and professions (care/support), and work organisation arrangements. At the same time, a fourth, more cross-functional area of the project looked at ways of mobilising the workforce, focusing on specific populations such as 'single mothers', who are particularly numerous in the home help sector

## METHODS

The methodology used is multi-faceted. For each of the areas selected, after an initial statistical framing phase, we wanted to carry out a qualitative analysis based on semi-directive interviews and/or focus groups. These exchanges with the stakeholders and the observations made helped to bring out new hypotheses that we sought to test on the basis of our survey data. Throughout the project, we therefore maintained this link between statistical and qualitative approaches.

## MAIN RESULTS

There were four main results:

- The identification of a scenario for the development of a public sector for loss of autonomy that is favourable to job quality and the reduction of territorial disparities,
- The transformation of employees' professional identities and the importance of questioning the existing boundaries between care and support, and between home and institution,
- The major role played by work collectives in job quality, and the impact that the deployment of managerial organisations centred on teamwork can have.
- The over-representation of single mothers in home help and the resulting challenges in terms of human resources management.

## OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

In addition to the results identified and the academic publications resulting from them, this programme will have enabled the development of research networks bringing together researchers and players in the loss-of-autonomy professions (employers, trade unions, user associations, local public authorities). It has also served as a basis for participation in other research programmes.

## Synthèse longue

Stratégies Innovantes sur la Régulation du champ de la perte d'autonomie et les Conditions d'Emploi des salariés

Laura Nirello, CLERSE

Appel à projets 2019 « handicap et perte d'autonomie : établissements, services et transformation de l'offre médico-sociale »

Adèle Burie, CLERSE

François-Xavier Devetter, CLERSE

Annie Dussuet, CENS

Oriane Lanseman, CLERSE

[Modalité du projet](#) [Projet de recherche complet](#) [Modalité du projet](#)

### Messages clés du projet

- Le champ de la perte d'autonomie demeure marqué par des emplois peu rémunérés et exposés à des contraintes multiples. Cette situation se traduit par un manque d'attractivité et nourrit un cercle vicieux défavorable à la qualité des emplois et des services. Inverser cette logique demande d'accroître le consentement à payer pour les services. Or celui-ci repose sur des financements publics (en nette croissance puis 25 ans). Dans ce contexte, la mise en avant d'un service public de la perte d'autonomie apparaît comme une nécessité. Sa mise en œuvre peut alors justifier le développement d'une organisation des services via le déploiement d'un secteur public susceptible d'améliorer les conditions d'emplois et de réduire les disparités territoriales.
- L'identité professionnelle des salariées de la perte d'autonomie et notamment les aides à domicile a fortement évolué depuis 25 ans, s'éloignant d'une logique domestique pour s'affirmer autour de la notion du « prendre soin ». Cette dynamique demeure inachevée mais peut être renforcée par la diffusion des dispositifs réduisant les frontières entre soin et accompagnement (à l'image des SPASAD mais aussi de certaines formations) et entre domicile et établissement. En ce sens les habitats inclusifs pourraient constituer une opportunité d'amélioration des conditions de travail et d'emploi. La remise en cause de ces frontières demeure soumise à des règles de financements qui laissent encore les salariées face à la fragilité de leurs contrats de travail.
- Au-delà des enjeux de financement, la dimension collective du travail semble nécessaire à la fois pour « faire un bon travail » et pour « tenir au travail » dans le champ social et médico-social. Les structures engagées dans une logique de transformation des modèles organisationnels partagent le souhait de développer et soutenir les collectifs de travail. Elles font également apparaître des besoins massifs en termes de ressources informatiques, matérielles et managériales nécessaires à la vie d'une communauté de travail efficiente. Les modes de financements jouent

également en défaveur de l'émergence d'organisations assumant le coût que constitue le soutien à des collectifs de travail.

- Le champ de la perte d'autonomie, et notamment l'aide à domicile, est exposé à des difficultés d'attractivité et s'appuie depuis longtemps sur des circuits de recrutements qui ciblent les femmes de milieux populaires. Les mères en situation monoparentale sont ainsi très présentes et la spécificité de leurs contraintes familiales peuvent constituer un défi pour les politiques de gestion des ressources humaines. Sur ce plan également, les innovations centrées sur la constitution d'équipes peuvent jouer un rôle positif.

## Contexte de la recherche et objectifs du projet

La question de l'attractivité des métiers dans le secteur du vieillissement et de la perte d'autonomie se fait de plus en plus pressante. Ce domaine occupe désormais un pan essentiel de la main d'œuvre en France avec plus de 1,1 millions emplois. Pourtant au-delà de la dimension quantitative, ce secteur rencontre, tant dans sa composante « domicile » que dans sa partie « établissements », des difficultés nombreuses en termes de qualité de l'emploi et d'attractivité. Les mauvaises conditions de travail et d'emploi se traduisent ainsi directement sur l'attractivité des métiers. Les difficultés de recrutement sont régulièrement rappelées, le taux de rotation du personnel est important et les structures peinent à fidéliser les salariées<sup>2</sup>. Non seulement les employeurs peinent à recruter et à conserver les salariées mais ces dernières vieillissent prématûrement au travail et leur maintien en emploi est parfois rendu difficile par la rareté des opportunités de reclassements. Cette situation défavorable des salariées complique la gestion des ressources humaines pour les employeurs et se répercute sur la qualité des services rendus aux personnes âgées. Ainsi la situation actuelle des métiers de la perte d'autonomie s'inscrit, d'un point de vue général, dans une logique caractérisée par un cercle vicieux où mauvaises conditions de travail et difficultés à améliorer la qualité des services se renforcent mutuellement (Bailly et al. 2013). Ces constats sont aujourd'hui assez largement partagés ; les acteurs du secteur ne se satisfont pas de la situation et les appels à une rénovation des pratiques sont fréquents. L'objectif de ce projet de recherche était donc de s'interroger sur les marges de manœuvre qui existent pour (ré)organiser le travail dans une dynamique de professionnalisation. Le but était de mettre en évidence la possibilité de stratégies qui associent meilleure qualité d'emploi, stabilisation des salariées et montée en qualification accompagnant l'amélioration de la qualité du service. Il s'agissait non seulement d'identifier les blocages que ces stratégies peuvent rencontrer (Devetter, Dussuet et Puissant, 2023) mais surtout de nourrir la réflexion et les pratiques des acteurs engagés dans ce type de démarche.

Pour aborder la question globale de l'attractivité des métiers et de la qualité des emplois, nous avons cherché à traiter de manière plus spécifique trois leviers complémentaires inscrits dans chacune des dimensions présentées précédemment (modalités de financement, délimitation des frontières du secteur et pratiques RH) en partant d'expérimentations ou de

<sup>2</sup> Compte tenu de la composition sexuée du secteur, nous utiliserons la plupart du temps le féminin.

situations affichant des résultats encourageants. Plus précisément, nous nous sommes attachés à questionner trois éléments clés jouant un rôle déterminant sur la qualité des emplois (et à en montrer les interdépendances) :

- Les modalités de financement et de régulation et notamment le rôle du secteur public.
- La délimitation des frontières qui traversent le secteur : entre soin et accompagnement d'une part et entre domicile et établissement de l'autre.
- Les modalités d'organisation du travail et de gestion des ressources humaines

Un quatrième axe de ce projet, plus transversal, a visé à réinterroger, à travers ces transformations, les modalités de mobilisation de la main d'œuvre (politiques de recrutement et de formation notamment) en mettant l'accent sur des populations spécifiques à l'image des mères de familles monoparentales, nombreuses dans les métiers du vieillissement. Ce quatrième axe renvoie à la thèse d'Oriane Lanseman, doctorante en économie, financée dans le cadre de ce projet.

## Méthodologie

La méthodologie mobilisée est plurielle. Pour chacun des axes retenus, nous souhaitions, après une première phase de cadrage statistique, effectuer des travaux qualitatifs sur la base d'entretiens semi-directifs et/ou de focus groupes. En retour, les apports des échanges avec les acteurs et des observations ont permis de faire émerger de nouvelles hypothèses que nous avons cherché à tester à partir des données qu'enquêtes. Tout au long du projet nous avons cherché à maintenir cette articulation entre approches statistiques et approches qualitatives. Nous rappelons d'abord brièvement les principales enquêtes mobilisées avant de décrire plus précisément les terrains retenus et les grilles d'analyses utilisées.

### Cadrage statistique

L'objectif des travaux quantitatifs était d'appréhender les enjeux liés aux conditions d'emploi et de travail dans le secteur de la perte d'autonomie. Dans ce but nous nous sommes concentrés sur les apports des enquêtes Emploi (Insee) et surtout Conditions de travail (Dares). En effet ce dispositif d'enquête permet d'analyser de manière assez approfondie les conditions de travail et d'emploi des salariées et notamment des aides à domicile (563B). Si les effectifs sont encore assez réduits lors des éditions 1991 et 1998 (et les aides à domicile parfois confondues avec les assistantes maternelles), les enquêtes postérieures (2005 et surtout 2013, 2016 et 2019) permettent de disposer d'un échantillon renforcé et donc d'effectuer des traitements spécifiques sur les professions du secteur social et médico-social. Ces travaux statistiques et économétriques ont permis de dresser un portrait actualisé des salariées et de leurs conditions de travail mais aussi de tester de nombreuses hypothèses comme l'impact du statut de l'employeur sur la qualité de l'emploi (Axe 1), le rôle de l'identité professionnelle (à travers la déclaration de la fonction principale, cf. axe 2, partie 1) ou encore les interactions entre autonomie, collectif de travail et bien-être (axes 3 et 4). Nos recherches montrent également l'importance des différences territoriales ainsi que des éléments plus précis sur les effectifs salariés (et les rémunérations) dans chacune des professions du Grand âge. Pour documenter ces éléments, nous avons dû recourir aux

données des DADS obtenues via le CASD. Celles-ci ont essentiellement nourri l'axe 1 du présent rapport.

### Analyse monographique d'expérimentations innovantes

Une quinzaine d'entretiens exploratoires ont été réalisés auprès de fédérations et de directions de structures afin de repérer les terrains les plus pertinents pour notre recherche. Nous avons ainsi établi une liste de sept cas que nous avons traités de manière plus détaillée et qui, pour la plupart, nous ont permis d'aborder les différents axes de la recherche. Pour chaque terrain étudié, nous avons d'abord rencontré les directeurs ou directrices (souvent à distance pendant la période du premier confinement), puis nous nous sommes rendus dans l'ensemble des structures pour réaliser une à plusieurs journées d'entretiens en face à face avec des intervenantes (auxiliaire de vie, aides-soignantes, ASH) et des membres de l'encadrement. Au total, une centaine de personnes ont été rencontrées, et nous avons réalisé 92 entretiens (voir annexe 2). Nous avons à chaque fois pu réaliser deux vagues d'entretiens sur deux années consécutives. Ce qui nous a permis de mesurer l'évolution des expérimentations. Le travail de terrain a été réalisé par une équipe pluridisciplinaire associant économistes et sociologues, spécialistes des services à domicile et des EHPAD.

## Principaux résultats

### Axe 1

Le premier axe de nos travaux a porté sur les modalités de financement et de régulation des services d'aide à domicile. Deux types de questions ont été plus directement analysées. La première a porté sur l'analyse des coûts d'une heure d'aide à domicile : Quels en sont les principales composantes ? Sur quelles conventions (au sens de critères de qualité partagés) reposent les estimations de ce coût et en quoi sont-elles (ou non) compatibles avec les financements actuels ? Les travaux réalisés dans ce cadre ont permis d'analyser la structure des coûts des services d'aide et d'accompagnement à domicile et de déconstruire un « coût horaire » reposant sur de nombreuses conventions sociales touchant tant à la qualité attendue des services qu'à la qualité des emplois. Ils conduisent notamment à questionner les effets de la tarification horaire. Cette démarche s'est poursuivie par des échanges avec des structures associatives du secteur (notamment en lien avec l'URIOPSS des Hauts de France) et avec des associations d'usagers (Oldup et collectifs retraités CGT) afin de mettre en relation les attentes des acteurs (en termes de formation des salariées, de temps dévolus aux prestations, de perceptions sociales de ce que devraient être les conditions de travail, etc.) et le coût que ces dernières impliquent, dans une logique proche de celle suivie par les coopératives agricoles cherchant à trouver le « juste prix » des produits (au sens où ils permettent de rémunérer correctement les producteurs tout en garantissant des modes de production favorables à une amélioration de la qualité).

La seconde interrogation renvoie à la place des acteurs publics non pas uniquement en tant que financeurs, mais aussi qu'employeurs. Le poids des employeurs publics peut-être très

variable d'un département à l'autre. Quelles en sont les conséquences pour les salariées ?

Quelles en sont également les conséquences en termes de coûts pour les finances publiques ?

En effet les services de prise en charge de la perte d'autonomie sont de plus en plus reconnus comme devant faire l'objet d'un « service public » au sens où ces services renvoient à des besoins sociaux considérés comme légitimes. La notion de Service Public de la perte d'autonomie a ainsi été mobilisée par le rapport Libault (2022). Pourtant, l'organisation actuelle ces services demeure déléguée à une pluralité d'opérateurs privés (de plus en plus souvent à but lucratif, produisant des niveaux de qualité de l'emploi très inégaux.

Nos travaux ont, dans un premier temps, comparé les niveaux de rémunérations et, plus largement, de qualité de l'emploi, entre les différents types d'employeurs afin de faire apparaître les spécificités du secteur public (Devetter, Pucci et Valentin, 2024). Les analyses des données DADS de l'Insee et des enquêtes Emploi (Insee) et Conditions de travail (Dares) indiquent que les salariées du secteur public perçoivent des rémunérations sensiblement supérieures à leurs collègues du secteur privé (de l'ordre de 25% en moyenne annuelle) en raison essentiellement de temps de travail rémunérés plus longs. Elles bénéficient de conditions d'emploi plus favorables (un collectif de travail plus présent, des formations plus importantes et une identité professionnelle mieux valorisée) en dépit de conditions de travail parfois plus éprouvantes (essentiellement du fait d'interventions plus complexes auprès de personnes à l'état de santé plus dégradé). Ces analyses ont été complétées par des entretiens semi-directifs au sein du département s'étant le plus engagé dans une logique de service public (le département des Landes). Cette monographie vient éclairer certains facteurs favorisant l'amélioration de la qualité de l'emploi : des financements accrus aux fonctions supports et au travail hors intervention, des liens renforcés entre EHPAD et SAAD, des mutualisations de ressources notamment en termes de formation, etc. L'ensemble de ces éléments encouragent un allongement des temps de travail rémunérés et donc améliorent les salaires.

Dans un second temps nous avons cherché à mesurer l'impact d'une logique de secteur public en matière d'équité territoriale concernant les services adressés aux personnes en perte d'autonomie (domicile et hébergement). À partir d'une comparaison avec les services éducatifs, de santé et de prise en charge de la petite enfance, nous montrons que les écarts de taux de service (nombre de professionnelles par rapport au nombre de bénéficiaires potentiels) sont sensiblement plus faibles lorsque le secteur public est dominant (dans le domaine de l'éducation et dans une moindre mesure, la santé) que lorsque le service public demeure délégué à des opérateurs en concurrence (dans la petite enfance et la perte d'autonomie).

La troisième étape tente alors de fournir une estimation du nombre d'emplois nécessaires pour réduire les inégalités de taux de service entre départements. Cette estimation s'appuie sur l'hypothèse d'un alignement des taux de service sur celui du 10ème département métropolitain. Dans ce cadre, ce sont près de 100 000 emplois supplémentaires qui apparaissent nécessaires.

Cette partie s'achève par une analyse des implications financières pour les acteurs publics de la création d'un « secteur public de la perte d'autonomie » en calculant le coût à la fois des créations d'emplois nécessaires et de la transformation des emplois privés actuels en emplois publics. Cet exercice implique de tenir compte des multiples flux financiers touchant les comptes publics : les hausses de dépenses en tant qu'employeur sont ainsi en grande partie compensées par une réduction des subventions directes aux usagers, des prestations sociales aux salariées et des exonérations de cotisations accordées aux employeurs. Le bilan net s'établirait ainsi à environ 3,4 milliards d'euros.

Cette partie permet ainsi de rappeler que dès lors que les services concernés sont considérés socialement comme nécessaires, le mode de production est relativement neutre financièrement, tant pour les usagers que pour les pouvoirs publics. Au total, le seul levier expliquant un coût plus faible du secteur privé par rapport au secteur public relève de la qualité des emplois. L'arbitrage principal porte ainsi sur les conditions de rémunération des salariées. Éviter la perte d'attractivité de ces métiers, ou que les travailleuses concernées demeurent sous le seuil de pauvreté tout en travaillant, implique que des financements publics viennent partiellement compenser les économies obtenues par l'abaissement de la qualité de l'emploi. Autrement dit, la stratégie de maintenir la délégation au secteur concurrentiel du service public du care ne constitue pas une réduction des dépenses publiques (celle-ci ne pouvant être obtenue que par une réduction du taux de prise en charge collective des besoins ou par une diminution des rémunérations des travailleuses chargées de les satisfaire) mais induit une complexification des circuits de financement. Loin d'être anecdotique, cette complexification joue un triple rôle sur le plan symbolique.

Premièrement, le choix de subventionner les usagers plutôt que directement l'offre (logique *cash for care*) renforce le conflit potentiel entre les bénéficiaires du service (qui prennent le statut de « clients ») et les salariées qui le produisent. Deuxièmement, le choix de solvabiliser l'accès aux services par la baisse de son coût apparent de production (via des exonérations de cotisations abaissant artificiellement le coût du travail) génère des trappes à bas salaires et exacerbe les tensions autour du salaire entre employeurs et salariés. Enfin, le choix de lutter contre le manque d'attractivité des métiers, en compensant la faiblesse des salaires par des prestations sociales, nourrit une image déqualifiée et dégradée du travail en question et alimente un cercle vicieux d'un faible consentement à payer de la part des bénéficiaires et d'une limitation de la qualité du service rendu.

## Axe 2

À quoi correspondent les « métiers du Grand âge » ? En les limitant aux intervenantes les plus directement confrontées aux personnes âgées elles-mêmes et aux niveaux de qualification considérés comme faibles, au moins quatre professions sont concernées : aides à domicile, aides-soignantes, agentes de service hospitalier, aides médico psychologiques. Deux « mondes » se côtoient : celui du domicile et celui des établissements d'hébergement. Au sein de chacun de ces mondes, plusieurs types de services (SSIAD, SAAD, SPASAD, etc. d'un côté, et EHPAD, résidence autonomie, résidence service senior, etc. de l'autre) et plusieurs conventions collectives se partagent un territoire des plus morcelés. Si cette

hétérogénéité participe de la fragilisation des salariées, elle nourrit également un éclatement des identités professionnelles (Ribault, 2008) et complique la régulation publique.

Dans le cadre de ce projet, nous avons souhaité interroger de manière plus spécifique deux articulations complexes : la première concerne les relations entre soin et accompagnement social, la seconde entre domicile et établissement.

#### Partie 1. La frontière entre le soin et l'entretien des logements

L'activité des aides à domicile et des agentes de service du secteur médico-social comporte une partie liée à l'entretien et au nettoyage. Mais quelle place ces tâches occupent-elles dans la définition de ces métiers ? La question demeure conflictuelle, y compris pour les salariées concernées. La réponse apportée est d'autant plus importante qu'elle se répercute sur la qualité des emplois, la valeur perçue du service et les modes de régulation des services et des établissements en charge d'accompagner les personnes en perte d'autonomie.

À partir de données quantitatives issues des enquêtes Conditions de travail et de travaux plus qualitatifs (entretiens auprès de professionnelles du secteur), nous faisons apparaître trois résultats complémentaires. Le premier rappelle l'ambivalence des déclarations des salariées elles-mêmes tout en présentant une tendance de plus en plus forte en faveur d'une identité professionnelle adossée au « prendre soin ». Le deuxième explicite les facteurs associés à cette inscription dans une logique de soin : la formation, l'existence d'un collectif de travail, ainsi que le fait de travailler dans une structure publique. Enfin, un troisième résultat mis en évidence souligne une corrélation positive entre positionnement dans le « prendre soin » et qualité de l'emploi, aussi bien objective (rémunération), que perception subjective de l'emploi, par exemple (Devetter, 2023).

Ces analyses sont complétées par une monographie réalisée au sein d'une association disposant d'un SPASAD. Les observations et les entretiens réalisés viennent confirmer les travaux statistiques en illustrant la possibilité de rapprocher les différents services à domicile mais également les différents métiers intervenant à domicile. Ces résultats invitent à prolonger la réflexion notamment dans le contexte des réformes en cours en faveur des Services Autonomie à Domicile qui impliquent le rapprochement entre les services d'accompagnement et les services de soin.

Au total, il semble que deux postures demeurent en conflit au sein du secteur de l'aide à domicile. La première se réfère au monde sanitaire tandis que la seconde renvoie toujours au monde issu des emplois domestiques, laissant le champ médico-social dans un entre-deux souvent inconfortable et cherchant sa propre identité professionnelle (Dussuet, 2016). La façon dont la fonction principale des salariées s'occupant des personnes âgées et de leur cadre de vie est définie est un des points de conflit entre ces deux approches et illustre les tensions autour de la reconnaissance du travail à domicile. L'observation concrète des missions réalisées (les tâches et leurs finalités) montre combien le prendre soin et le nettoyage sont inextricablement liés. C'est en ce sens que la réponse relève de la convention sociale. Le choix de celle-ci est cependant loin d'être anodin : elle détermine non seulement la place sociale qu'occupent les professionnelles mais également la valeur et la dimension

marchande ou non de leur activité. Les enjeux économiques sont ainsi également majeurs tant sur les niveaux de salaires considérés comme légitimes que sur le maintien des aides accordées à des employeurs qui ne peuvent que difficilement s'inscrire dans une logique de service médico-social (particuliers employeurs et opérateurs marchands).

## Partie 2. Quelle place pour les salariées dans les nouvelles formes d'habitat inclusif pour les personnes âgées ?

Le dépassement des frontières entre soin et accompagnement ne concerne pas que les services à domicile, il touche également la façon dont sont perçues les structures d'hébergement. La médicalisation des EHPAD crée en effet un « vide » entre le domicile classique et des structures d'hébergement pensées pour une population très dépendante. Ainsi le questionnement de la frontière soin/accompagnement recoupe celle entre domicile et établissement. Or si les enjeux sont essentiels pour les personnes âgées, ils sont également majeurs pour les salariées concernées.

C'est dans ce contexte que des formes nouvelles d'habitat, dit « inclusif », sont envisagées. Portés par les évolutions des politiques publiques (loi ELAN, ou « aide à la vie partagée », plus récemment), leur mise en œuvre est d'abord pensée pour répondre à des besoins spécifiques des personnes dépendantes, mais leur développement pose également des questions importantes pour les intervenantes professionnelles. Nous nous sommes ainsi posé deux questions : Quelle place occupent les salariées dans ces dispositifs innovants ? Peut-on espérer une forme de « double bénéfice » à la diffusion de ces expérimentations *via* une amélioration non seulement de la qualité du service, mais également de la qualité des emplois ?

À partir de l'étude de deux habitats inclusifs, nous avons montré qu'ils peuvent constituer une opportunité d'amélioration des conditions de travail et d'emploi. Nos travaux, bien qu'exploratoires, mettent en avant notamment trois éléments marquants : l'amélioration de l'organisation des temps de travail et l'allongement des durées rémunérées ; le renforcement de la dimension collective du travail et la possibilité de développer les ressources support ; et enfin un enrichissement possible des tâches effectuées. Pour autant, ces expérimentations se heurtent également à des difficultés certaines qui nécessitent pour les contourner des ressources non négligeables. Des choix différents ont alors été faits entre les deux habitats inclusifs enquêtés. En effet, comme dans de nombreuses expérimentations, des bricolages ont été mis en place pour surmonter les nombreux points de blocage, notamment en lien avec la pérennité des financements et des dispositifs. La question du porteur de projet est également essentielle et dans les deux cas, le bricolage a dû se poursuivre pour parvenir à développer les projets.

Ainsi, ces réussites ne sont possibles qu'au prix de la mobilisation de ressources importantes et laissent encore les salariées face à la fragilité de leurs contrats de travail. Plus encore ce modèle semble adapté à des populations bénéficiaires bien spécifiques et ne peut donc constituer un modèle unique. Il apparaît néanmoins comme une opportunité pour compléter l'offre d'accompagnement des personnes âgées tout en apportant des pistes d'amélioration des conditions de travail. Typiquement, l'articulation entre ce type d'habitat

et des structures plus classiques d'aide à domicile pourraient permettre de diversifier les postes et créer des passerelles entre domicile et hébergement. De même, ce modèle souligne la porosité des frontières entre le soin, l'accompagnement et le travail ménager et invite à repenser la configuration des métiers.

### Axe 3 Les modalités d'organisation du travail et de gestion des ressources humaines

Au-delà des modalités de financement (niveau régulation publique) et des questions d'identité professionnelle (niveau essentiellement sectoriel), le troisième enjeu que nous avons souhaité interroger est celui de l'évolution de la gestion des ressources humaines au niveau interne des structures elles-mêmes. En effet, si la dimension financière est cruciale, elle n'est pas seule en cause et la question des modalités d'organisation du travail est également au cœur des préoccupations de nombreux acteurs.

En effet, deux dimensions ressortent comme particulièrement préjudiciables à la qualité de l'emploi des aides à domicile et qui peuvent, au moins au premier abord, apparaître contradictoires : d'un côté, les salariées semblent privées de nombreuses ressources leur permettant de tenir et de « bien faire » leur travail, de l'autre elles peuvent subir le poids d'injonctions et de contraintes fortes sur la façon de réaliser leur travail. En d'autres termes, l'aide à domicile est exposée à la fois à un risque d'isolement *et* à un risque d'hétéronomie du travail.

Ce troisième axe du projet de recherche s'est ainsi concentré sur le rôle de l'organisation du travail.

#### Partie 1 : Les collectifs de travail fragiles, fragilisés mais indispensables.

L'enquête RPS ainsi que nos travaux qualitatifs (Devetter *et al.*, 2022) ont mis en évidence l'existence d'un sentiment d'isolement de la part des salariées, qui pèse sur la qualité des emplois. L'absence d'un collectif de travail est ainsi un facteur de risques psycho-sociaux et une source de pénibilité pour de très nombreux salariés. Plus encore, les difficultés provoquées par le sentiment d'isolement sont particulièrement importantes dans des métiers confrontés à d'autres pénibilités physiques ou psychologiques et notamment le fait de s'occuper de personnes en situation de détresse.

Nous avons constaté la grande fragilité des collectifs de travail dans le champ social et médico-social : non seulement les communautés de travail sont marquées par des formes d'isolement et un important taux de rotation de la main d'œuvre, mais elles sont également traversées par des tensions et conflits internes nombreux. Pourtant, il s'agit d'un secteur où la dimension collective du travail semble nécessaire à la fois pour « faire un bon travail » et pour « tenir au travail ».

Dans ce contexte, les SAAD, comme les EHPAD tâtonnent souvent en cherchant à faire évoluer leur organisation. Deux grandes logiques, souvent plus opposées dans les discours que dans les pratiques, semblent alors émerger. D'un côté, le choix est fait de préciser les fonctions dans une logique de segmentation des tâches qui conduit à une division accrue du travail. De l'autre l'accent est mis sur l'autonomie professionnelle des intervenantes et sur leur capacité à réorganiser et adapter le travail de manière collégiale.

**Tableau 1. Deux voies de transformation de l'organisation du travail médico-social**

	<b>Segmentation</b>	<b>Equipes autonomes</b>
<b>Accent mis sur la ...</b>	Dimension technique	Dimension relationnelle
<b>Rôle de l'encadrement</b>	Appariement	Animation
<b>Type de collectif</b>	« Organigramme fonctionnel »	Collégialité
<b>Risques</b>	Déqualification / délégation du sale boulot sur les groupes les plus fragiles	Suppression des fonctions supports et encadrement intermédiaire avec report de charge sur les intervenants

Si ces deux orientations diffèrent sensiblement, elles partagent le souhait de développer et soutenir les collectifs de travail. Elles font également, l'une et l'autre, apparaître des besoins massifs en termes de ressources informatiques, matérielles et managériales nécessaires à la vie d'une communauté de travail efficiente : construire et alimenter le collectif de travail est... un travail.

Si celui-ci a été effectué dans de nombreux secteurs plus anciens de l'industrie ou des services, il semble que les métiers liés au vieillissement n'en soient encore qu'au début du processus. Comme nous l'avions rappelé plus haut, ce sont des métiers jeunes : la moitié des postes en EHPAD et les deux-tiers de ceux dans l'aide à domicile ont été créés depuis moins de 15 ans. En 2003, la moitié des aides à domicile relevaient encore du système traditionnel de l'emploi direct, contre moins d'un quart aujourd'hui. Il est donc assez logique que les modèles organisationnels soient encore peu stabilisés. Les modes de financements (très largement publics et soumis à des logiques d'économies budgétaires) jouent également en défaveur de l'émergence d'organisations assumant le coût que constitue le soutien à des collectifs de travail.

Pourtant leur importance semble de plus en plus reconnue et plusieurs rapports publics (par exemple El Khomi, 2019) ont souligné le rôle fondamental des dimensions collectives du travail des salariées s'occupant des personnes en perte d'autonomie. De même, de plus en plus d'employeurs engagent des réorganisations importantes en ce sens qui pourraient, à termes, sortir ces métiers de la trappe dans laquelle ils apparaissent bloqués.

#### Partie 2 : Quelle organisation du travail dans l'aide à domicile ?

Face à ces difficultés liées à l'organisation du travail et notamment à la fragilité des collectifs mais aussi au manque d'autonomie parfois perçu par les salariées ou les dirigeants, des expérimentations assez diverses tendent à se développer et reçoivent l'appui des pouvoirs publics. Ces expérimentations ont fait l'objet de programmes d'évaluation et une littérature émerge sur ces questions (voir notamment Monnier, 2023).

Dans ce contexte particulièrement dynamique, nous avons pu mener également des observations au sein de cinq structures (2 entreprises et 3 associations) s'inscrivant dans une logique de transformation de leur modèle organisationnel mais également mener des entretiens avec d'autres acteurs plus critiques.

En dépit de différences de taille, de statut ou encore de type de territoires, les cinq structures analysées s'inscrivent initialement dans des démarches partageant de nombreux points communs qui touchent à la fois au contexte de départ, à la méthode suivie ou encore

au modèle organisationnel visé. En effet, le contexte dans lequel s'inscrit la volonté de « transformer » l'organisation est systématiquement marqué par le sentiment de devoir dépasser « une crise » à la fois financière et organisationnelle. Le second point commun à ces expérimentations repose sur la volonté de s'appuyer sur une démarche collective : l'adhésion des salariées et le volontariat est ainsi à la base, bien qu'avec quelques nuances, de l'ensemble des expérimentations. Un troisième élément partagé renvoie à une mise en œuvre appuyée sur un triptyque : accompagnement extérieur – formation du personnel – évaluation interne. L'ensemble des structures étudiées se sont appuyées sur des ressources externes afin d'accompagner la transformation ; elles ont également mis l'accent sur la formation des personnels, le plus souvent d'abord l'encadrement intermédiaire puis des intervenantes volontaires ; enfin, toutes les structures ont développé des outils de pilotage et affirment une volonté d'évaluer l'expérimentation au fur et à mesure de son déploiement. Enfin les différentes expérimentations peuvent être rapprochées en raison d'une trame organisationnelle commune. Il s'agit à chaque fois de constituer des équipes de taille relativement réduite et souple (entre 6 et 10 aides à domicile) et de s'appuyer sur quatre piliers :

- Un encadrement moins hiérarchique qui amène à transformer les « responsables de secteurs » en « animateurs », « coachs », etc.
- Des temps et des espaces collectifs qui demeurent cependant assez variables (allant de 2 heures par mois à 2 heures par semaine).
- Un recours renforcé aux technologies numériques : smartphones, messageries, logiciels de planification, etc. (Dussuet, Nirello, Puissant, 2022)
- Un accroissement des responsabilités confiées aux intervenantes à domicile. Celles-ci touchent à la fois le travail proprement organisationnel (planning, coordination au sein de l'équipe) mais peuvent aussi, dans certaines structures, concerter les relations aux usagers.

Pour autant derrière cette trame commune, les différentes expérimentations se distinguent nettement tant en termes de discours développés que d'organisation concrète. Cinq éléments nous semblent illustrer ces divergences : la plus ou moins grande progressivité de la transformation ; la primauté ou non accordée à une sectorisation territoriale précise ; la revendication d'une polyvalence ou bien au contraire d'une spécialisation accrue pour les intervenantes à domicile ; la place confiée à l'encadrement intermédiaire ; et enfin l'importance donnée aux temps collectifs. Nos observations convergent largement avec les évaluations effectuées dans d'autres contextes (Ferraton et Michun, 2023, par exemple) et nous nous contentons, à ce stade, de pointer les points les plus marquants en nous limitant aux effets sur la qualité des emplois

**Tableau 2. Effets perçus des innovations managériales.**

Domaine	Effets positifs	Risques perçus
<b>Temps de travail et rémunération</b>	Croissance des temps de travail rémunérés (via des temps hors interventions) et donc des rémunérations.	Présence de travail non rémunéré et / ou croissance des coûts via l'augmentation des heures non facturées.
<b>Compétence et mobilité professionnelle</b>	Visibilisation / croissance des compétences et opportunités de mobilité professionnelle.	Croissance de la charge de travail (notamment psychologique) mais également demande accrue en termes de maîtrise des outils technologiques qui peuvent mettre en difficulté certaines intervenantes.
<b>Conditions de travail</b>	Des conditions de travail améliorées grâce à des formes nouvelles d'entraide.	Des conflits entre et au sein des équipes Des difficultés de coordination avec l'encadrement.
<b>Identité professionnelle</b>	Renforcement du sentiment d'appartenance à la structure et de la reconnaissance sociale perçue.	Risque de « dilution » de l'identité professionnelle en raison d'une multiplication des tâches « annexes ».

Pour autant, derrière un apparent consensus, des trajectoires différentes se manifestent. Chaque structure étudiée constitue un cas singulier mais leur analyse comparée permet de faire ressortir des enjeux structurants comme le rapport à la tarification et au calcul des coûts, ou encore celui à la polyvalence ou à la technicité médicale. De fait les évolutions engagées reproduisent en partie les tensions traditionnelles qui traversent la prise en charge des personnes en perte d'autonomie entre une approche très médicalisée et une approche centrée sur un accompagnement plus social ou global. Ces deux visions font également référence à des formes plus anciennes de fonctionnement « en équipe » dans les services à domicile. En effet, un des éléments marquants issus des entretiens est la référence fréquente au fait que « ce n'est pas si nouveau » alors même que les organisations connaissent des bouleversements majeurs. Les deux modèles plus anciens de fonctionnement en équipe sont d'un côté les équipes réunissant des techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) ou des aides à domicile notamment dans le cadre des services aux familles et de l'autre les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dont le fonctionnement implique des temps collectifs réguliers. De fait si l'ensemble des structures mettent l'accent sur la dimension collective, la place et le sens accordé à l'autonomie des intervenantes est bien plus variables. Certaines structures en font un point d'entrée tandis que d'autres estiment que l'autonomie ne peut être que limitée à des aspects organisationnels.

Enfin nos travaux font apparaître quatre points de tensions possibles entre les politiques publiques et la diffusion éventuelle des équipes autonomes : l'éventuel accroissement des coûts de production, des tensions autour de la notion de « modèle à suivre », la reconnaissance institutionnelle des qualifications et la question de la participation d'autres acteurs au processus d'évaluation ou de discussion.

## Axe 4 Les mères seules dans les métiers du vieillissement : une analyse des stratégies innovantes dans l'aide à domicile

Dans le dernier axe, nous présentons une partie des résultats du travail de thèse d'Oriane Lanseman<sup>3</sup> financé dans le cadre de ce projet, qui nous a conduit à questionner la situation spécifique des mères seules d'enfants mineurs, salariées dans les métiers du secteur du vieillissement. Le choix de se concentrer exclusivement sur les femmes en situation de monoparentalité repose sur deux considérations. D'une part, plus de 80% des familles monoparentales sont composées d'une mère et de son ou ses enfant(s). D'autre part, les métiers étudiés sont largement féminins, avec une présence marginale d'hommes en situation de monoparentalité.

L'inadéquation des emplois des secteurs des services aux contraintes des mères seules crée des défis majeurs en termes d'articulation entre vie familiale et vie professionnelle pour ces femmes. Ces contraintes liées à leur disponibilité limitée, conjuguée aux horaires variables et atypiques et à la nécessité de travailler le week-end, peuvent entraîner des difficultés pour trouver ou conserver un emploi. Les contraintes familiales des mères seules et leur difficile conciliation pose aussi un défi de gestion pour les employeurs, en particulier dans le secteur de l'aide à domicile. Pourtant, les mères seules sont surreprésentées par rapport aux autres femmes dans les métiers considérés. Dans cet axe 4, nous nous sommes interrogés sur le vécu des mères seules dans les dispositifs innovants tels que les équipes autonomes et l'habitat inclusif et sur les effets de ceux-ci sur les situations spécifiques de ces salariées. Nous observons que les mères seules sont surreprésentées dans les métiers du *care* (« prendre soin ») et du soin par rapport aux autres femmes, et notamment dans les métiers du vieillissement comme le secteur de l'aide à domicile. Les mères seules d'enfants mineurs représentent 64 000 salariées dans l'aide à domicile, 27 000 ASH, 63 000 aides-soignantes et aides médico psychologiques ou encore 36 000 assistantes maternelles.

Nous avons questionné le rôle de la politique de l'emploi dans l'orientation des mères seules vers les métiers du vieillissement, et en particulier le rôle des stratégies d'activation des dépenses sociales mises en place en France depuis les années 1980-1990 (Eydoux, 2022). La logique de l'activation vise à responsabiliser les individus et à les inciter à (re)prendre un emploi en conditionnant la perception des indemnités chômage et des minima sociaux à la recherche « active » d'un emploi. Dans ce contexte d'activation et face aux contraintes familiales fortes auxquelles elles font face, à leur niveau de diplôme plus faible que les autres mères et à leurs situations financières souvent précaires après une rupture conjugale, les mères seules s'orientent et sont orientées vers des emplois considérés comme facilement accessibles, et *en apparence* flexibles, qui pourraient faciliter l'articulation entre leurs charges familiales et l'exercice d'une activité professionnelle. Leur accompagnement à l'emploi, quand il existe, pousse en effet les mères seules vers les secteurs « en tension » comme les services à la personne, accessibles pour des mères car sollicitant des compétences considérées comme traditionnellement « féminines » (pour pallier le manque de diplôme et d'expérience) et offrant des emplois à temps partiel (pour répondre aux

---

<sup>3</sup> Titre provisoire de la thèse : Les mères seules, travailleuses pauvres : rapport au travail et politiques publiques. La thèse est présentée dans l'annexe 1 du rapport.

contraintes liées à la garde des enfants et à la disponibilité). Cependant, ces femmes font face à des conditions de travail défavorables et à une situation socioéconomique plus précaire dans ces métiers, qui vont conduire notamment à un temps partiel plus subi et à une moins bonne santé mentale et physique (Devetter et Lanseman, 2023). De surcroît, le travail à temps partiel dans le secteur des services à la personne rend difficile l'atteinte de revenus décents pour que les salariées puissent subvenir à leurs besoins et ceux de leur(s) enfant(s) et, par conséquent, qu'elles puissent sortir de la pauvreté.

Les mères seules ne sont pas mieux traitées dans ces métiers alors même qu'elles ont des contraintes familiales plus fortes (avec très souvent une absence de relai pour garder leur(s) enfant(s)). Cela va contribuer à rendre leur conciliation entre vie familiale et vie professionnelle particulièrement complexe. Nos entretiens auprès d'employeurs et responsables des ressources humaines dans les métiers du vieillissement ont mis en évidence le fait que cette difficile conciliation des mères seules pouvait poser des problèmes de gestion et de recrutement pour les structures à travers l'absentéisme et l'organisation du temps de travail et des plannings.

Pour faire face aux défis actuels liés aux recrutements dans leur secteur d'activité, et bien que les mères seules ne soient pas initialement considérées comme une catégorie cible des politiques d'emploi, certains employeurs, dans le secteur de l'aide à domicile, ont choisi d'adapter leurs pratiques (critères de recrutement, flexibilité des plannings etc.) pour prendre en compte les situations particulières de leurs salariées en situation de monoparentalité. En ce sens, même si les dispositifs d'équipes autonomes et d'habitats inclusifs étudiés dans ce rapport n'ont pas été pensés à l'origine pour répondre aux problématiques spécifiques des salariées en situation de monoparentalité, l'auto-organisation a permis, d'après les employeurs, de limiter l'absentéisme dû à des problématiques de garde d'enfants à travers la possibilité de communiquer directement avec les bénéficiaires d'une part et une forme de solidarité entre collègues d'autre part. Du côté des salariées concernées, appartenir à ces équipes de travail paraît offrir une plus grande autonomie dans la gestion de leur planning et cette dynamique facilite la conciliation entre leur emploi du temps professionnel et leurs responsabilités familiales, offrant une meilleure flexibilité. Cependant, il convient de souligner, que ce n'est pas tant la nature « novatrice » de ces dispositifs qui favorise une meilleure conciliation, c'est surtout le positionnement général des structures étudiées, axé sur l'autonomie et la souplesse des plannings et des horaires qui le permet, et en particulier la compréhension et la prise en compte des problématiques familiales par les employeurs mais aussi par les autres salariées qui acceptent les indisponibilités plus fréquentes de leurs collègues.

Les nouvelles formes d'organisation mises en avant par les structures étudiées dans cette recherche ont permis d'améliorer la conciliation travail/famille des salariées, qu'elles soient mères en situation de monoparentalité ou non. Néanmoins, la situation des mères seules dans ces métiers reste précaire. Le résultat des politiques d'activation envers les mères seules est un échec. Orientées vers ces emplois pour répondre à l'urgence de leur situation financière, elles ne voient pas leur situation vis-à-vis de la pauvreté s'améliorer. Parmi les mères seules en emploi, 21% sont pauvres et 28% font face à des privations matérielles et sociales selon l'enquête SRVC de 2020 (difficultés financières pour se chauffer, s'habiller,

avoir des loisirs, se nourrir etc.). Il est alors impératif de revaloriser significativement les salaires, en particulier le salaire minimum (SMIC), afin de garantir une amélioration tangible des conditions de vie et de travail de toutes les salariées, et par conséquent des mères seules employées dans les métiers du vieillissement. Il est crucial de reconnaître que leur situation les place comme les seules pourvoyeuses de revenus pour leur foyer, ce qui rend leur salaire actuel insuffisant pour subvenir aux besoins de leur famille et dépendant des transferts publics.

## Les apports de la recherche

Les thématiques abordées dans ce rapport sont multiples et sur chacune nous avons tenté de faire apparaître quelques résultats principaux.

L'analyse du financement de l'aide à domicile a ainsi permis de mettre en évidence le rôle potentiel (et réel dans certains départements) du secteur public. Celui-ci non seulement permet d'améliorer l'équité territoriale et la qualité des emplois mais son coût pour les finances publiques n'apparaît pas excessif dès lors que l'ensemble des circuits de financement public dans l'organisation actuelle sont pris en compte. Nous poursuivons ces analyses notamment dans le cadre d'une décomposition du coût horaire de l'aide à domicile. L'étude des « frontières » symboliques qui traversent les métiers du Grand âge nous a permis de mettre en exergue l'importance des références au « prendre soin ». Cette référence constitue une réelle ressource pour les acteurs mais nécessite de défendre la spécificité du médico-social par rapport à la logique sanitaire, aussi bien que par rapport à la logique « domestique » de l'entretien. Au-delà des enjeux en termes de reconnaissance sociale et de qualité des emplois, cette question ouvre des pistes de réflexions sur le rôle et les modalités de formation. Parallèlement, cet axe nous a permis de pointer la porosité possible entre le monde des « établissements » et celui du « domicile ». L'atténuation des frontières entre ces deux espaces est souvent analysée du point de vue des usagers mais les observations effectuées dans des formes innovantes d'habitats inclusifs nous semblent montrer les apports potentiels également pour les travailleurs et travailleuses du secteur. Au sein de ces « nouveaux types d'établissement » comme au sein des services d'aide et d'accompagnement à domicile, nous avons également pu souligner la nécessité de transformations managériales. L'importance quantitative prise aujourd'hui par le secteur implique des modalités de gestion des ressources humaines renouvelées. Celles-ci peuvent notamment passer par le développement du travail en équipes permettant à la fois d'accroître le soutien d'un collectif de travail et de développer des formes d'autonomie professionnelle qui se distinguent de l'isolement induit par des organisations proches d'une forme de travail indépendant.

Enfin, les travaux liés à la thèse d'Oriane Lanseman ont pointé le poids considérable des salariées en situation de monoparentalité dans les métiers du Grand âge (souvent plus du quart de la main d'œuvre se trouve dans cette configuration familiale). La compréhension des mécanismes expliquant cette forte présence mais également son l'impact sur les organisations permet ainsi d'éclairer de manière nouvelle les enjeux de gestion des ressources humaines.

Au-delà de leur diversité, ces thématiques, et les enjeux qu'elles interrogent, sont fortement interconnectées. Une approche systémique est ainsi essentielle.

## Perspectives de recherche

Les travaux réalisés dans le cadre de cet appel à projet ont permis de tisser de nombreux liens avec d'autres programmes de recherche, parmi lesquels : le projet « la crise du Covid dans les EHPAD » (COVEHP- coordonné par Florence Jany-Catrice, financé par l'ANR- AAP résilience Hauts de France), le projet « Intégration d'outils numériques et qualité du travail dans le champ de l'autonomie » (INTEGRA-NUM, coordonné par Francesca Petrella, financé par la DREES) ou encore le projet Kappa « KAPPA – (Conditions d'accès aux aides et politiques publiques de l'autonomie » dans le cadre du PPR Autonomie). Des coopérations ont également concerné d'autres types d'acteurs : dirigeants associatifs ou d'entreprises, réseaux de consultants ou de structures supports, acteurs syndicaux, etc. Une partie des questions de recherche a relevé d'une démarche de co-construction entre chercheurs et acteurs du secteur (employeurs, associations de personnes âgées, organisations syndicales).

Ce programme de recherche nous a permis de mener d'importants travaux empiriques qui ont nourri des publications académiques et des échanges avec une grande diversité d'acteurs sociaux. Pour autant, les analyses restent à approfondir et ouvrent sur des pistes de prolongements nombreuses, notamment sur les conditions de déploiement d'un service public de la perte d'autonomie, la compréhension du « consentement à payer » - public et privé – pour un service d'aide à domicile, les liens entre la formation et identité professionnelle, l'impact de la réforme des services autonomie sur les frontières entre soin et accompagnement ou encore les modèles économiques des nouvelles formes d'accompagnement (habitats inclusifs et équipes autonomes).

## Principales références bibliographiques citées

- Bailly, F., Devetter, F. X., et Horn, F. (2013), « Can working and employment conditions in the personal services sector be improved? *Cambridge Journal of Economics*, 37(2), p.299-321.
- Devetter F-X, et Lanseman O. (2023) ; « Le travail et l'emploi des familles monoparentales : des dispositifs d'activation à la pauvreté laborieuse », in Le Pape Marie-Clémence et Helfter Clémence (dir.), *Les familles monoparentales. Conditions de vie, vécu et action publique*, Paris, La Documentation française.**
- Devetter FX, Dussuet A. et Puissant E. (2023), *Aide à domicile. Un Métier en Souffrance*.  
Edition de l'Atelier, Paris
- Devetter FX, Dussuet A., Nirello L., et Puissant E. (2022) « Les collectifs de travail dans les métiers auprès des personnes âgées : fragiles, fragilisés mais indispensables », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 9, p.250-274**
- Devetter, F-X. (2023). « Quelle place pour le « ménage » dans le travail d'accompagnement des personnes âgées ? », *Gérontologie et société*, 45(172), p.149-156.**
- Devetter FX, Pucci M. et Valentin J. (2024) « Vers un secteur public du care : réduction des inégalités et coûts pour les finances publiques », *Revue de l'Ires*, à paraître.**

- Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2022), « Des outils numériques au service de... ou contre le travail et la relation d'aide ? L'ambivalence liée à l'introduction d'outils numériques dans l'aide aux personnes âgées », *Relations industrielles*, 77(3).**
- Dussuet, A. (2016), « Genre, frontières du travail domestique et marges du salariat. Le cas des aides à domicile », *Revue Française de Socio-Économie*, 17, p.123-141
- El Khomri, M. (2019). *Grand âge et autonomie: plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024*. Ministère des solidarités et de la santé.
- Eydoux A. (2022), « Les mères seules précaires, catégorie (é)mouvante des politiques sociales », in Lechevalier Arnaud, Mercat-Brunn Marie et Ricciardi Ferruccio (dir.), *Les catégories dans leur genre : genèses, enjeux, productions*, Teseo Press. p. 355-378.
- Ferraton, C. et Michun F. (2023), « Aide à domicile : concilier l'autonomie et l'engagement dans un collectif », *Céreq Bref*, n° 445.
- Libault D. (2022) *Vers un service public territorial de la perte d'autonomie, mars, rapport\_libault\_spta\_vdef.pdf*
- Monnier X. (2023), « L'« humanisation » comme tentative de requalification de l'aide à domicile: Enquête sur une « start-up sociale », *Terrains & travaux*, 42, 73-97
- Ribault, T. (2008), « Aide à domicile : de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des专业 », *RFSE*, (2), p. 99.

S'il s'agit d'un **projet d'amorçage, projet pilote, contrat de définition** ou de soutien à la **mise en place de projets européens** :

Ce projet a-t-il permis de construire un projet de recherche complet ?

Oui Non

Si non, précisez les raisons :

Si oui, précisez bien dans la synthèse les perspectives : projet envisagé, conditions de faisabilité, principaux points d'attention et perspectives de financement.

## Rapport scientifique complet

**Rappel : Ce document n'est requis que pour les projets soutenus par la CNSA**

Stratégies Innovantes sur la Régulation du champ de la perte d'autonomie et les Conditions d'Emploi des salariés
Laura Nirello, CLERSE
Appel à projets 2019 « handicap et perte d'autonomie : établissements, services et transformation de l'offre médico-sociale »
Adèle Burie, CLERSE François-Xavier Devetter, CLERSE Annie Dussuet, CENS Oriane Lanseman, CLERSE
<a href="#">◀ Modalité du projet</a> <a href="#">▶ Projet de recherche complet</a> <a href="#">Modalité du projet ▶</a>

## Table des matières

<b>Rapport scientifique complet</b> .....	28
Introduction.....	32
Questions de recherche .....	33
Méthodologie .....	34
Cadrage statistique.....	35
Analyse d'expérimentations innovantes .....	35
Bibliographie de l'introduction .....	37
Axe 1 : Modalités de financement et qualité de l'emploi.....	39
Un service public de l'autonomie : enjeux en termes de qualité de l'emploi et de dépenses publiques .....	40
1. Le rôle du secteur public comme réducteur des disparités territoriales, les enseignements d'une comparaison éducation / perte d'autonomie .....	42
2. Les différences de qualité de l'emploi et de rémunérations selon le type d'employeur	45
2.1 Un secteur public où les rémunérations sont meilleures et les temps de travail plus longs..	45
2.2 Des ressources supplémentaires et une identité professionnelle mieux établie mais des conditions de travail parfois plus difficiles .....	48

3. Combien d'emploi pour aligner le taux de service sur les départements les mieux dotés ? .....	50
4. Ce que coûterait un service public de la perte d'autonomie .....	52
5. L'exemple du département des Landes : quelles conséquences pour les salariées de la mise en œuvre d'un service public ? .....	59
5.1 Une qualité de l'emploi sensiblement meilleure .....	59
5.2 Des fonctions supports particulièrement développées et intégrées .....	60
5.3 Une vision originale de la professionnalisation .....	62
Conclusion .....	64
Bibliographie de l'axe 1 .....	66
<b>Axe 2 : La délimitation des frontières du secteur et des professions .....</b>	<b>69</b>
<b>Partie 1. La frontière entre le soin et l'entretien des logements.....</b>	<b>70</b>
1. La place conflictuelle du ménage dans la définition de l'activité des professionnelles .....	71
2. Quels facteurs associés au fait de déclarer le soin comme fonction principale ? .....	74
2.1 Caractéristiques des salariées et inscription dans le « prendre soin » .....	74
2.2 Peut-on repérer un lien entre la qualité perçue des emplois et la déclaration d'une fonction « soin » plutôt qu'une autre fonction ? .....	78
3. Le rôle de l'organisation : l'exemple des Spasad ? .....	81
<b>Partie 2. Quelle place pour les salariées dans les nouvelles formes d'habitat inclusif pour les personnes âgées ? .....</b>	<b>83</b>
1. Présentation des deux habitats inclusifs .....	84
1.1 L'habitat inclusif 1 (ASSO 4) .....	84
1.2 L'habitat inclusif 2 (Asso 1) .....	85
2. Un modèle qui évite les écueils de l'aide à domicile et de l'EHPAD ? .....	86
2.1. Une organisation du travail moins contraignante qu'à domicile .....	87
2.2. De nombreuses ressources collectives .....	88
2.3. Autonomie et polyvalence .....	90
3. Entre bricolage juridique et mobilisation de ressources externes : la difficile mise en place des habitats inclusifs .....	93
3.1 Qui est l'employeur ? .....	93
3.2 L'enjeu de la reconnaissance du travail effectué par les aides à domicile .....	95
3.3 Quel équilibre financier pour les structures ? .....	96
Conclusion .....	97
Bibliographie de l'axe 2 .....	98
<b>Axe 3 : Les modalités d'organisation du travail et de gestion des ressources humaines.....</b>	<b>100</b>
<b>Partie 1 : Les collectifs de travail dans les métiers auprès des personnes âgées : fragiles, fragilisés mais indispensables .....</b>	<b>101</b>

1. Un collectif de travail fragile .....	103
1.1 Isolement.....	103
1.2. Un manque fréquent de personnels .....	105
1.3. ... renforcée par un taux de rotation du personnel élevé et un recours fréquent à des salariées extérieures.....	106
1.4. Les collectifs de travail traversé par des conflits et tensions .....	108
2. Pourtant un collectif de travail indispensable.....	110
2.1. Le travail demandé est trop lourd pour une travailleuse isolée .....	110
2.2. La complexité croissante des tâches demande des compétences multiples et l'apport de qualifications précises .....	112
3. Deux visions du collectif de travail.....	113
3.1. Segmentation et division du travail.....	113
3.2. Vers des équipes de professionnelles ?.....	115
3.3. Quelles ressources pour permettre l'existence d'un collectif ? .....	117
Conclusion .....	119
Bibliographie de la partie 1 de l'axe 3 .....	120
Partie 2 : Quelle organisation du travail dans l'aide à domicile ?.....	122
1. Collectif de travail, autonomie et bien-être.....	124
2. Synthèse des principaux enseignements issues des monographies réalisées.....	127
2.1 Points communs et divergences entre les expérimentations observées.....	127
2.3 Un bilan (très) provisoire.....	132
3. Des expériences qui prolongent des oppositions anciennes et interrogent les politiques publiques .....	138
3.1 Approche technique ou relationnelle du métier d'aide à domicile ?.....	138
3.2 Quels enseignements pour les politiques publiques ? .....	141
Bibliographie de la partie 2 de l'axe 3 .....	143
Axe 4 Les mères seules dans les métiers du vieillissement : une analyse des stratégies innovantes dans l'aide à domicile .....	146
1. Introduction.....	146
2. La surreprésentation des mères seules dans les métiers du <i>care</i> et du soin .....	148
3. L'orientation des mères seules par les politiques d'activation.....	150
4. Des stratégies innovantes pour améliorer les conditions de travail et d'emploi des mères seules ? .....	156
4.1 Quelles conditions de travail pour les mères seules ? .....	157
4.2 La monoparentalité vue par les employeur(e)s : recrutées faute de mieux.....	161
4.3 L'analyse des nouvelles formes d'organisation du travail dans l'aide à domicile.....	165
5. Conclusion : les mères seules, des travailleuses pauvres .....	169

Bibliographie de l'axe 4 .....	170
Conclusion générale .....	172
Annexes .....	175
Annexe 1 : Thèse d'Oriane Lanseman : « Les mères seules, travailleuses pauvres : rapport au travail et politiques publiques » (Axe 4 du projet).....	175
Annexe 2 : Liste des entretiens réalisés .....	178
<b>II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>181</b>

## Introduction

La question de l'attractivité des métiers dans le secteur du vieillissement et de la perte d'autonomie se fait de plus en plus pressante. Ce champ occupe désormais un pan essentiel de la main d'œuvre en France avec plus de 1,1 millions d'emplois (650 000 environ dans l'aide à domicile selon l'enquête emploi et 500 050 dans les établissements pour personnes âgées dont 433 250 pour les seuls EHPAD (Muller, 2017)). Pourtant au-delà de la dimension quantitative, ce secteur rencontre, tant dans sa composante « domicile » que dans sa partie « établissements », des difficultés nombreuses en termes de qualité de l'emploi et d'attractivité des métiers. Les difficultés de recrutement sont régulièrement rappelées, le taux de rotation du personnel est important et les structures peinent à fidéliser les salariées<sup>4</sup>. D'après l'enquête EHPA de la DREES, 15 % des salariés ont moins d'un an d'ancienneté dans les EHPAD, et 44 % des établissements déclarent des difficultés de recrutement (Bazin et Muller, 2018). Les difficultés sont encore plus grandes dans les services à domicile, puisque 56% des structures sont confrontées à des problèmes de recrutement (DARES, 2018).

Les conditions de travail et d'emploi sont désormais assez bien documentées et semblent en grande partie à l'origine de ces difficultés. La faiblesse des rémunérations horaires et plus encore mensuelles (en raison de la fréquence du temps partiel) est connue (Barrois et Devetter, 2011) et débouche sur un taux de près de 30% de travailleuses pauvres parmi les aides à domicile par exemple. Les conditions de travail sur le plan physique et temporel sont également largement étudiées (Doniol-Shaw et Lada, 2011 ; Barrois et Devetter, 2011) : port de charges lourdes, déplacements, horaires atypiques, expositions à des risques chimiques et bactériologiques se conjuguent pour déboucher sur des taux d'absences, d'accidents du travail ou encore de licenciement pour incapacité, particulièrement élevés (Spielmann, 2016). Enfin, ces métiers sont également confrontés à des risques psycho-sociaux conséquents : isolement des travailleuses à domicile, relations parfois complexes avec les usagers et leurs familles (Trabut et Weber, 2014), proximité avec la maladie, la dépendance et la mort (Castra, 2004), manque de moyens et sentiment de mal faire son travail entraînant une perte de sens régulièrement pointée que ce soit dans le domicile ou dans les EHPAD (Marquier et al., 2016).

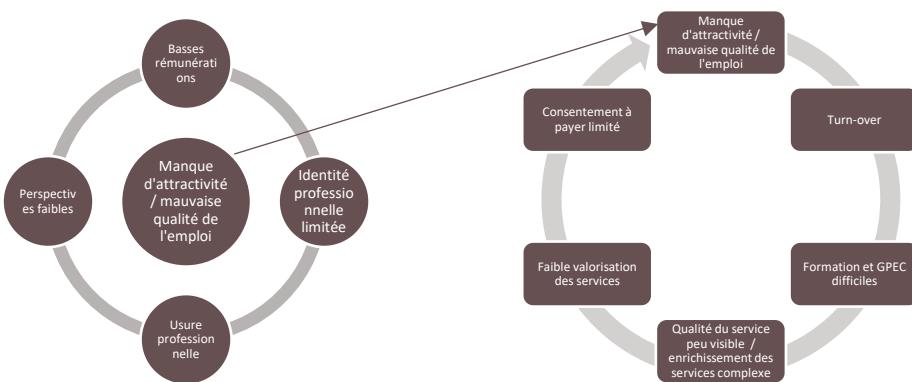
Ces mauvaises conditions de travail et d'emploi se traduisent ainsi directement sur l'attractivité des métiers et les difficultés à stabiliser la main-d'œuvre car non seulement les employeurs peinent à recruter et à conserver les salariées mais ces derniers vieillissent prématûrément au travail et leur maintien en emploi est parfois rendu difficile par la rareté des opportunités de reclassements (Anact, 2018). Cette situation défavorable des salariées

---

<sup>4</sup> Compte tenu de la composition sexuée du secteur, nous utiliserons la plupart du temps le féminin.

complique la gestion des ressources humaines pour les employeurs et se répercute sur la qualité des services rendus aux personnes âgées. Ainsi la situation actuelle des métiers de la perte d'autonomie s'inscrit, d'un point de vue général, dans un cercle vicieux où mauvaises conditions de travail et difficultés à améliorer la qualité des services se renforcent mutuellement (Bailly et al. 2013).

**Figure 1. Un cercle vicieux entre qualité de l'emploi et qualité du service**



Ces constats sont aujourd'hui assez largement partagés ; les acteurs du secteur ne se satisfont pas de la situation et les appels à une rénovation des pratiques sont fréquents (Jany-Catrice, F., & Puissant, E., 2012). Ils soulignent notamment l'interdépendance entre trois dimensions déterminantes pour les conditions d'emploi des salariées : les modalités de financements des services, la structuration de l'offre et notamment la délimitation des frontières du secteur (entre établissements et domicile ou entre accompagnement, aide à la vie quotidienne et soin) et enfin les politiques de gestion des ressources humaines.

Plus précisément, l'objectif de ce projet de recherche était de repérer et d'étudier des expériences originales qui ont permis d'éviter ou cherché à sortir d'un cercle vicieux où les mauvaises conditions d'emplois nourrissent un fort turn-over et un faible investissement dans la formation, qui pénalisent à leur tour la qualité du service et la stabilisation économique du secteur. Le but était de mettre en évidence la possibilité de stratégies qui associent meilleure qualité d'emploi, stabilisation des salariées et montée en qualification accompagnant l'amélioration de la qualité du service. Il s'agissait donc non seulement d'identifier les blocages que ces stratégies peuvent rencontrer (Devetter, Dussuet et Puissant, 2023) mais surtout de nourrir la réflexion et les pratiques des acteurs engagés dans ce type de démarche.

### Questions de recherche

Ainsi ce projet avait pour objectif de s'interroger sur les marges de manœuvre qui existent pour (ré)organiser le travail dans une dynamique de professionnalisation.

Pour aborder la question globale de l'attractivité des métiers et de la qualité des emplois, nous avons cherché à traiter de manière plus spécifique trois leviers complémentaires inscrits dans chacune des dimensions présentées précédemment (modalités de financements, délimitation des frontières du secteur et pratiques RH) en partant d'expérimentations ou de situations affichant des résultats encourageants. Plus précisément, nous nous sommes attachés à questionner trois éléments clés jouant un rôle déterminant sur la qualité des emplois (et à en montrer les interdépendances) :

- Les modalités de financement : des financements publics accrus et dépassant la logique de la tarification horaire et/ou du cloisonnement des budgets permettent-ils d'initier un cercle vertueux améliorant la qualité des emplois et des services ? Si oui, peut-on en évaluer l'impact budgétaire ?
- La délimitation des frontières du secteur. Quels sont les modes de financement des expérimentations ayant pour objectif de créer davantage de passerelles entre établissements et domicile ? Ces expérimentations ont-elles des impacts positifs sur les emplois proposés ? La délimitation des frontières concerne également les professions : quelle frontière entre le soin et l'entretien des logements à domicile ?
- Les modalités d'organisation du travail et de gestion des ressources humaines : l'hypothèse principale ici est que l'organisation traditionnelle des services demeure très spécialisée et que les salariées concernées perdent ainsi en autonomie. Nous souhaitons, à partir d'expérimentations en cours, analyser l'impact de formes d'organisation du travail accordant une plus grande autonomie aux salariées. Celles-ci jouent-elles un rôle positif tant pour la qualité des emplois ? Nous nous interrogerons également sur le rôle des collectifs de travail.
- Parallèlement, un quatrième axe de ce projet plus transversal a visé à réinterroger, à travers ces transformations, les modalités de mobilisation de la main d'œuvre (politiques de recrutement et de formation notamment) en mettant l'accent sur des populations spécifiques à l'image des mères de familles monoparentales, particulièrement nombreuses dans le secteur de l'aide à domicile. Dans ce cadre, le projet a permis le financement d'une thèse sur cette question (annexe 1).

Ces 4 points constitueront les 4 axes de notre rapport.

## Méthodologie

La méthodologie mobilisée est plurielle. Pour chacun des axes retenus, nous souhaitions, après une première phase de cadrage statistique, effectuer des travaux qualitatifs sur la base d'entretiens semi-directifs et/ou de focus groupes. En retour, les apports des échanges avec les acteurs et des observations ont permis de faire émerger de nouvelles hypothèses que nous avons cherché à tester à partir des données qu'enquêtes. Tout au long du projet nous avons tâché de maintenir cette articulation entre approches statistiques et approches qualitatives. Nous rappelons d'abord brièvement les principales enquêtes mobilisées avant de décrire plus précisément les terrains retenus et les grilles d'analyses utilisées.

## Cadrage statistique

L'objectif des travaux quantitatifs était d'appréhender les enjeux liés aux conditions d'emploi et de travail dans le secteur de la perte d'autonomie. Dans ce but nous nous sommes concentrés sur les apports des enquêtes Emploi (Insee) et surtout Conditions de travail (Dares). En effet ce dispositif d'enquête permet d'analyser de manière assez approfondie les conditions de travail et d'emplois des salariées et notamment des aides à domicile (563B). Si les effectifs sont encore assez réduits lors des éditions 1991 et 1998 (et les salariées parfois confondues avec les assistantes maternelles), les enquêtes postérieures (2005 et surtout 2013, 2016 et 2019) permettent de disposer d'un échantillon renforcé et donc d'effectuer des traitements spécifiques sur les professions du secteur social et médico-social. Ces travaux statistiques et économétriques ont permis de dresser un portrait actualisé des salariées et de leurs conditions de travail mais aussi de tester de nombreuses hypothèses comme l'impact du statut de l'employeur sur la qualité de l'emploi (partie 1), le rôle de l'identité professionnelle (à travers la déclaration de la fonction principale, cf. axe 2, partie 1) ou encore les interactions entre autonomie, collectif de travail et bien-être (parties 3 et 4). Au cours de nos recherches nous avons également voulu évaluer l'importance des différences territoriales mais aussi apporter des éléments plus précis sur les effectifs salariés (et les rémunérations) dans chacune des professions du Grand âge. Pour documenter ces éléments, nous avons dû recourir aux données des DADS obtenues via le CASD. Celles-ci ont essentiellement nourries l'axe 1 du présent rapport.

## Analyse d'expérimentations innovantes

Une quinzaine d'entretiens exploratoires ont été réalisé auprès de fédérations et de directions de structures afin de repérer les terrains les plus pertinents pour notre recherche. Nous avons ainsi établi une liste de sept cas que nous avons traités de manière plus détaillée et qui, pour la plupart, nous ont permis d'aborder les différents axes de la recherche. Le tableau 1 les présente de manière synthétique. Par rapport au projet de départ, nous avons écarté plusieurs terrains trop proches d'autres expérimentations déjà retenues. La crise du COVID a eu un impact important sur la situation des EHPAD et les expérimentations (type EHPAD hors les murs), ont pour beaucoup été suspendues. Ainsi par rapport au projet initial, nous avons surtout travaillé sur les SAAD.

Pour chaque cas, nous avons d'abord rencontré les directeurs (souvent à distance pendant la période du premier confinement), puis nous nous sommes rendus dans l'ensemble des structures pour réaliser une à plusieurs journées d'entretiens en face à face avec des intervenantes (auxiliaire de vie, aides-soignantes, ASH) et des membres de l'encadrement. Au total, une centaine de personnes ont été rencontrées, et nous avons réalisé 92 entretiens (voir annexe 2). Nous avons à chaque fois pu réaliser deux vagues d'entretiens sur deux années consécutives. Ce qui nous a permis de voir l'évolution des expérimentations. Le travail de terrain a été réalisé par une équipe pluridisciplinaire associant économistes et sociologues, spécialistes des services à domicile et des EHPAD. En plus des entretiens, nous avons également fait des observations de réunions d'équipes notamment. Beaucoup d'entretiens ont été réalisés de façon collective, notamment en ce qui concerne les salariées.

Ci-dessous, les thématiques abordées dans les grilles d'entretien :

- Direction/ cadres : présentation de la personne, présentation de la structure, genèse des expérimentations (acteurs concernés, rôle des salariées, objectifs initiaux, type de financement), description des expérimentations (profil des salariées, outils mis en place, changements concrets), premiers résultats (impacts sur les conditions de travail de l'encadrement, des salariées, viabilité économique du projet), bilan et pérennité possible des expérimentations
- Intervenantes : parcours de la personne, description métier et conditions de travail avant l'expérimentation, description de l'expérimentation et implication de la salariée, impacts sur les conditions de travail, perspectives futures.

Nous avons déjà dans un précédent document envoyé au conseil scientifique donné un détail des différents terrains d'études rappelant les éléments suivants :

- Motivations des expérimentations mises en œuvre (réponse à des difficultés RH, remise en cause du modèle économique, projet « individuel » du directeur, influence ou non d'un « modèle externe », ...)
- Contexte économique et social de ces expérimentations (Statut juridique de la structure, niveau de prix, équilibre économique, qualité du dialogue social, structure hiérarchique, ...)
- Identités et caractéristiques des acteurs à l'origine de l'expérimentation (profil et trajectoire des directions, implication des salariées et l'encadrement intermédiaire, ...)
- Description des éléments clés de l'expérimentation (nombre de salariées concernées, ressources mobilisées, logique territoriale ou par type de public, etc.)

Nous ne les reprenons pas ici par souci d'anonymat. Nous rentrerons dans le détail des différentes expérimentations au sein des axes. Le tableau suivant décrit les différents terrains du projet. L'annexe 2 présente la liste des entretiens réalisés.

**Tableau 1 : liste des terrains retenus**

<b>Nom de la structure</b>	<b>Statut juridique</b>	<b>Nombre de salariées de la structure (au moment de l'enquête)</b>	<b>Axes du projet et expérimentations étudiées</b>	<b>Nombre d'entretiens réalisés</b>
Asso1	Associatif	480	2 (habitat inclusif) 3 (équipes autonomes)	18
Asso2	Associatif	200	3 (équipes autonomes)	15
Asso3	Associatif	360	2 (SPASAD) 3 (équipes autonomes)	26
Asso4	Associatif	400	2 (habitat inclusif)	6
Entreprise1	Entreprise	80	3 (équipes autonomes)	7
Entreprise2	Entreprise	160	3 (équipes autonomes)	9
Département des Landes	Public		1 (financement)	11

### Bibliographie de l'introduction

Anact (2018). Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2016

Bailly, F., Devetter, F. X., & Horn, F. (2013). Can working and employment conditions in the personal services sector be improved? *Cambridge Journal of Economics*, 37(2), 299-321.

- Bazin, M., Muller, M. (2018). Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad, *Études et Résultats*, n°1067, Drees, juin.
- Barrois, A. et Devetter FX (2011). Analyse des emplois du temps des Intervenants à domicile auprès des personnes fragilisées. Enquête IAD-Drees 2008.
- Castra, M. (2004). Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Travail et emploi*, n°97, p.53-64
- DARES (2018). Les salariés des services à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ?, *DARES Analyses* n°038
- Devetter FX, A. Dussuet et E. Puissant (2023) *Aide à domicile. Un Métier en Souffrance*.  
Edition de l'Atelier, Paris.
- Doniol-Shaw, G., & Lada, E. (2011). Work schedules of home care workers for the elderly in France: fragmented work, deteriorating quality of care, detrimental health impact. *Work, 40* (Supplement 1), 31-46.
- Jany-Catrice, F., & Puissant, E. (2012). Les services à la personne, un secteur sinistré. *Le Monde*, 17.
- Marquier R., et al (2016). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. *Les Dossiers de la DREES*, n°5, DREES, septembre.
- Muller, M. (2018), L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. *Les Dossiers de la Drees*, n° 20, Drees, septembre
- Spielmann, L. (2016). « *On ne va pas se mettre en arrêt pour ça.* » : les arrêts maladie, pratiques, discours et représentations dans les secteurs des musiques actuelles et de l'aide à domicile (Thèse de Doctorat, Université Panthéon-Sorbonne-Paris I).
- Trabut, L., Weber, F. (2014) Nouvelle donne dans l'emploi d'aide à domicile. *Le salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui. Paris*, Éditions Rue d'Ulm, 47-74.

## Axe 1 : Modalités de financement et qualité de l'emploi

Les constats des difficultés de financements de l'aide à domicile sont relativement unanimes, qu'ils émanent des travaux académiques (Ennuyer, 2007 ; Gramain et Xing, 2012 ; Gallois, 2013 ; Dussuet et al, 2017) ou de rapports publics (Iborra-Fiat, 2018 ; Bruant-Bisson et Reboul, 2010 ; Poletti, 2012 ; Libault, 2019). Or ces difficultés se répercutent directement sur la qualité de l'emploi. Dans les services à domicile, la faiblesse globale des financements et l'existence de « tarifs » (essentiellement liés à l'APA) inférieurs au coût de revient, ainsi que le principe de la tarification horaire impliquant la chasse aux heures « improductives » mais bien souvent nécessaires (Puissant, 2012), contraignent fortement les marges de manœuvre possibles en matière de gestion des ressources humaines. Dans les EHPAD, la séparation encore souvent rigide entre les dépenses liées aux soins, à la dépendance et à l'hébergement ; ainsi que les processus récents de convergence tarifaire et la mise en place d'équations tarifaires complexes créant des forfaits soins et dépendance ont également comme conséquence une réduction forte des marges de manœuvre des organisations, plus particulièrement celles du secteur public et du secteur non-lucratif (Delouette et Nirello, 2016). Dans ce contexte, la masse salariale reste tirée vers le bas tandis que les possibilités de montée en qualification sont freinées par les coûts qu'elles sont susceptibles d'entraîner sans que leur apport ne soit valorisé.

Dans le premier axe de notre projet, nous avons souhaité approfondir ces enjeux en étudiant des situations qui parviennent ou tentent de dépasser ce cadre budgétaire extrêmement contraint pour déboucher sur des modèles organisationnels au sein desquels la qualité de l'emploi pourrait être meilleure. Deux types de questions ont été plus analysées.

La première a porté sur l'analyse des coûts d'une heure d'aide à domicile : quels en sont les principales composantes ? sur quelles conventions (au sens de critères de qualité partagés) reposent les estimations de ce coût et en quoi sont-elles (ou non) compatibles avec les financements actuels ? Les travaux réalisés dans ce cadre ont permis d'analyser la structure des coûts des services d'aide et d'accompagnement à domicile et de déconstruire un « coût horaire » reposant sur de nombreuses conventions sociales touchant tant à la qualité attendue des services qu'à la qualité des emplois. Ils conduisent notamment à questionner les effets de la tarification horaire. Cette démarche s'est poursuivie par des échanges avec des structures associatives du secteur (notamment en lien avec l'URIOPSS des Hauts de France) et avec associations d'usagers (Oldup et collectifs retraites CGT) afin de mettre en relation les attentes des acteurs (en termes de formation des salariés, de temps dévolus aux prestations, de perceptions sociales de ce que devraient être les conditions de travail, etc.) et le coût que ces dernières impliquent dans une logique proche de celle suivie par les coopératives agricoles cherchant à trouver le « juste prix » des produits (au sens où ils permettent de rémunérer correctement les producteurs tout en garantissant des modes de production favorables à une amélioration de la qualité). Ce travail a cependant été fortement perturbé par la crise sanitaire et si un certain nombre d'analyses ont pu être produites (notamment sur les effets de la tarification horaire sur les temps de travail, voir

Devetter et al, 2021) et discutées avec les acteurs, nous avons choisi de privilégier la présentation des recherches plus abouties dans ce rapport.

En effet, la seconde interrogation dans cet axe renvoie à la place des acteurs publics non pas uniquement en termes de financeurs mais en termes d'employeurs. Le poids des employeurs publics peut-être très variable d'un département à l'autre. Quelles en sont les conséquences en termes d'inégalités territoriales pour les salariées ? Quelles en sont également les conséquences en termes de coûts pour les finances publiques ? Les éléments présentés ci-dessous font l'objet d'un article co-écrit par FX Devetter, Muriel Pucci et Julie Valentin et soumis à la Revue de l'Ires en décembre 2023.

### Un service public de l'autonomie : enjeux en termes de qualité de l'emploi et de dépenses publiques

Les services relevant de ce que l'on nomme le *care* ou les métiers du lien et du soin sont de plus en plus considérés comme socialement nécessaires (Bonnell et Ruffin, 2020). L'aide à domicile occupe une place centrale dans cet ensemble, notamment dans le cadre d'une politique qui assume de privilégier un « virage domiciliaire ». Mais si la prise en charge des personnes en perte d'autonomie apparaît désormais comme une demande sociale légitime, elle peine encore à pleinement répondre aux demandes exprimées. La réponse à ces besoins sociaux, tant en matière d'organisation que de régulation publique, tranche ainsi avec celle apportée à d'autres services relevant de l'éducation et du soin, reconnus depuis plus longtemps comme l'objet de « services publics », même si leur organisation peut sembler de plus en plus remise en cause (Juven et al, 2019 ; Gervais et al. 2021).

La construction d'un service public de l'éducation a, en effet, été engagée dès les années 1830 et s'est progressivement institutionnalisée sous la forme d'une prise en charge large par le secteur public dans le cadre d'une politique nationale (Vial, 2019 ; Léon et Roche 2018 ; Chapoulie, 2010). De même une politique de santé publique s'est progressivement structurée autour de services en grande partie produits via un secteur public hospitalier (Gay 2019). De fait ces deux grandes missions sont à l'origine d'une part conséquente des effectifs de la fonction publique (environ 40% en 2020, Siasp)<sup>5</sup>. Le passage de la reconnaissance de besoins sociaux à l'établissement d'une fonction publique en mesure d'y répondre n'a cependant pas été évidente : dans les cas de la santé et de l'éducation primaire, plus de 50 ans<sup>6</sup> ont été nécessaires.

Ce n'est que récemment que les fonctions permettant de prendre soin des personnes âgées en perte d'autonomie ont également été reconnues comme relevant d'une logique de service public (Libault, 2022 ; CNSA, 2022) confiée à l'acteur départemental. L'affirmation de l'intérêt d'un « service public » du grand âge peut cependant cacher des interprétations très différentes. Une version minimale consiste à utiliser ce vocabulaire pour souligner la

<sup>5</sup> Chiffres clés 2022 de la fonction publique (Section 4.).

<sup>6</sup> En considérant la durée séparant la reconnaissance de l'importance de l'éducation primaire via la création d'un ministère (1828) et l'affirmation du droit à une éducation gratuite et obligatoire (1882) ou entre l'intervention publique dans la prise en charge de l'épidémie de choléra (1832) ou la création du ministère de la santé (1920) et la généralisation de la sécurité sociale en 1945.

reconnaissance sociale et politique de l'importance de l'accès de tous à ces services : le « service public » est alors l'affirmation d'un objectif de réduction des disparités sociales et territoriales. Cette approche peut être appuyée juridiquement par un « droit opposable » donnant une plus grande force opérationnelle à la revendication du « service public » (Donier, 2012).

Le champ de la perte d'autonomie présente deux caractéristiques importantes : sa régulation est décentralisée (essentiellement auprès des acteurs départementaux) et la fourniture des services demeure soumise à une logique de libre-choix du prestataire. Ainsi – et contrairement à ce qu'il en est pour l'enseignement primaire<sup>7</sup> par exemple - la réponse à un même besoin (prendre soin d'une personne en perte d'autonomie) peut relever d'une pluralité d'acteurs : des services publics locaux via les CCAS, des associations à but non lucratif, des entreprises privées ou encore le recours à l'emploi direct auprès de particuliers. L'existence de cette diversité entraîne des conséquences notables sur les conditions d'emplois des salariés mais également sur la couverture des besoins. Ces deux éléments se combinent pour se répercuter sur les écarts de salaires selon les départements.

### **Encadré Méthodologique**

Les résultats présentés dans cette contribution s'appuient à la fois sur des matériaux quantitatifs et qualitatifs.

Nous mobilisons des données des enquêtes statistiques nationales afin d'estimer les niveaux d'emplois et les salaires (Déclarations annuelles de données sociales - DADS, Insee, 2021 – données mises à disposition via le CASD), de décrire les conditions de travail (enquête Conditions de Travail, Dares, 2019) et les caractéristiques sociodémographiques des salariées (Enquête Emploi, Insee, 2019 et 2021). Les données caractérisant les départements sont complétées par des informations issues du Recensement (Insee) ou des statistiques mises à disposition par la Drees en open data.

Les estimations des dépenses socio fiscales ainsi celles concernant les prestations reçues par les salariées selon leur configuration familiale ont été établies à partir de la maquette de micro-simulation Sofi, développée par Muriel Pucci.

Enfin, nous nous sommes appuyés sur les visites réalisées dans le département des Landes et notamment les entretiens semi-directifs effectués avec sept salariés d'Ehpad et de Saad, six directeurs de centres communaux d'action sociale (CCAS) ou centres intercommunaux d'action sociale (CIAS), trois responsables des services départementaux et cinq personnes représentants l'ARS et les services supports présents dans le territoire (Agence landaise pour l'informatique, Alpi ; CDG40 ; CNFPT).

Dans un premier temps nous montrons les effets positifs du secteur public à la fois en termes d'équité territoriale (section 1) et en termes de conditions d'emplois (section 2). Nous cherchons ensuite à estimer le nombre d'emplois nécessaires pour réduire les

<sup>7</sup> Certes l'enseignement primaire fait également coexister un secteur public et un secteur privé mais, y compris dans ce second cas, l'essentiel de la masse salariale des établissements privés sous contrats est pris en charge par l'Etat et selon les grilles de rémunération du secteur public (pour une analyse détaillée des différences de rémunération des enseignants voir Defresne, 2016).

inégalités territoriales actuelles (section 3). La quatrième section vise à construire une estimation des coûts de la construction d'un service public de l'autonomie pour les finances publiques. Enfin nous présentons les spécificités observées dans le département français ayant le plus recours au secteur public pour ces services, à savoir le département des Landes (section 5).

## 1. Le rôle du secteur public comme réducteur des disparités territoriales, les enseignements d'une comparaison éducation / perte d'autonomie

Les principes qui régissent le secteur public sont sensés garantir une égalité d'accès y compris au niveau territorial mais l'organisation actuelle des services de la perte d'autonomie reposent sur des logiques déléguées et décentralisées et se distinguent ainsi de la situation de l'éducation par exemple. Ainsi afin de mettre en évidence ce rôle de réduction des inégalités nous mettons en parallèle la couverture des besoins aux personnes âgées avec celle des besoins scolaires et des emplois auprès des jeunes enfants (moins de 3 ans).

La réponse aux besoins de prise en charge des personnes en perte d'autonomie peut passer soit par la création de places d'accueil collectif au sein d'établissement (EHPAD essentiellement) soit par le développement de modalités d'accompagnement au domicile des bénéficiaires (aide à domicile) c'est pourquoi, dans cette section nous élargissons l'analyse à l'ensemble des métiers du grand âge. En effet, pour estimer les modalités de mise en œuvre de ces services, nous avons dû définir plus précisément les emplois à prendre en considération dans chacun des domaines. Pour comptabiliser leurs effectifs, nous retenons en totalité les deux principaux métiers spécifiquement en charge de l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie, que ce soit en raison de l'âge ou du handicap : les aides à domicile d'une part et les aides médico-psychologiques de l'autre. Nous y ajoutons 45 % des aides-soignants et 50 % des agents de service hospitalier conformément à la part de ces métiers relevant du secteur de l'hébergement social et médico-social (correspondant très majoritairement aux EHPAD). Le volume d'emplois liés au vieillissement est ainsi évalué à près de 540 000 salariées<sup>8</sup> (voir tableau 1).

À côté d'un secteur public relevant le plus souvent des collectivités locales pour l'aide à domicile, mais aussi du secteur hospitalier pour les EHPAD (Balavoine, 2022) cohabitent des structures associatives, des entreprises privées à but lucratif (EBL) et des particuliers-employeurs. Les professionnelles de la perte d'autonomie sont ainsi fortement divisées, à la fois entre professions et entre employeurs, et ne peuvent que difficilement se penser comme relevant d'un champ unique. Cette situation affaiblit les revendications des salariées (Devetter et Puissant, 2018) ce qui implique une disparité importante des conditions d'emploi selon les employeurs. Mais au-delà des salariées, ce mode d'organisation

---

<sup>8</sup> Nous employons le féminin pour les salariées qui représentent, selon les professions entre 92% pour les Agentes de services hospitaliers et 98% pour les aides à domicile. L'amélioration des conditions d'emplois constitue en ce sens un enjeu important pour l'égalité entre femmes et hommes (Silvera et al. 2024).

fractionné complique les choix des bénéficiaires du service et plus encore la capacité des pouvoirs publics à réguler l'offre de service (Hugentobler et Dallera, 2017).

**Tableau 1. Effectifs par professions et type d'employeur**

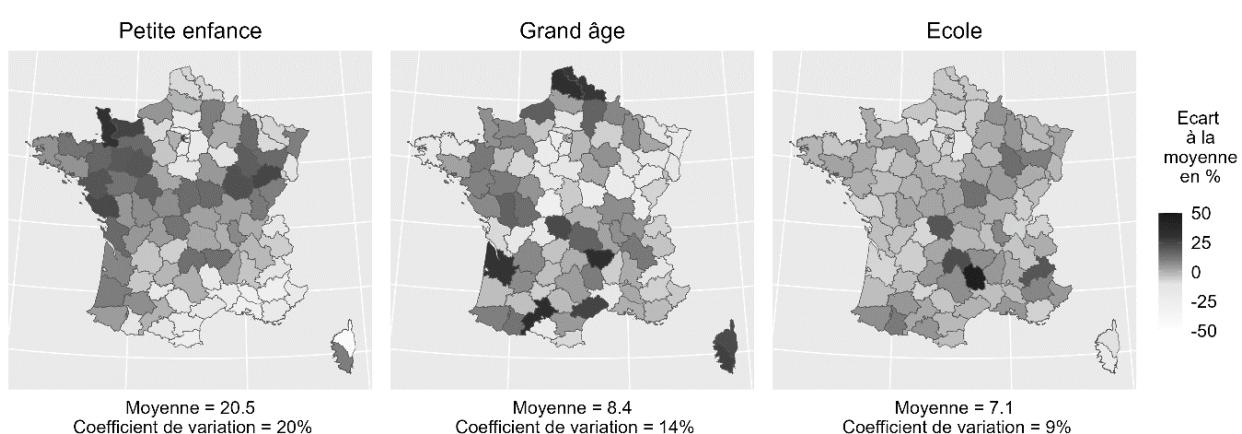
Profession	Public	Associatif	EBL	Particulier	Ensemble
Perte d'autonomie	121 074	209 684	152 811	52 229	535 798
dont Aides à domicile	58 916	154 656	93 334	52 229	359 135
dont autres (ASH, AMP et aides-soignantes)	62 158	55 028	59 477		176 663

Source : DADS, Insee, 2019. Les chiffres entre crochets indiquent le pourcentage de la profession rattaché au domaine d'emploi. Sont exclues du champs les salariées travaillant moins de 120 jours dans l'année ainsi que les 1% des salaires les plus bas et les plus élevés afin d'écartier les valeurs aberrantes.

Les disparités territoriales sont analysées au niveau départemental. Ce niveau est pertinent pour le champ du grand âge où le département est le principal échelon de la régulation (attribution de l'APA, régulation de l'offre, tarification, ...). Le taux de service désigne le nombre de professionnels du champ concerné pour 100 bénéficiaires potentiels du service. Ils sont calculés en rapportant les effectifs de professionnelles à la population âgée de 75 ans et plus pour le champ du grand-âge, à la population des moins de 3 ans pour la petite enfance et à la population des 3-10 ans pour l'école primaire. Ce critère demeure sommaire. Dans le domaine du grand-âge par exemple, il ne prend pas en compte l'hétérogénéité des niveaux d'autonomie entre départements (Brunel et Carrère, 2019).

Le contraste entre le taux de service dans le cadre d'un secteur public national (carte de droite) et ceux délégués à diverses organisations en concurrence et décentralisées, comme c'est le cas pour le grand âge et la petite enfance, apparaît nettement dans les cartes ci-dessous : les gradients de gris sont bien moindres pour le champ scolaire que pour les deux autres, ce que confirme la comparaison à partir des coefficients de variation.

**Graphique 1 : Taux de service dans les champs du grand-âge, de la petite enfance et de l'école primaire.**



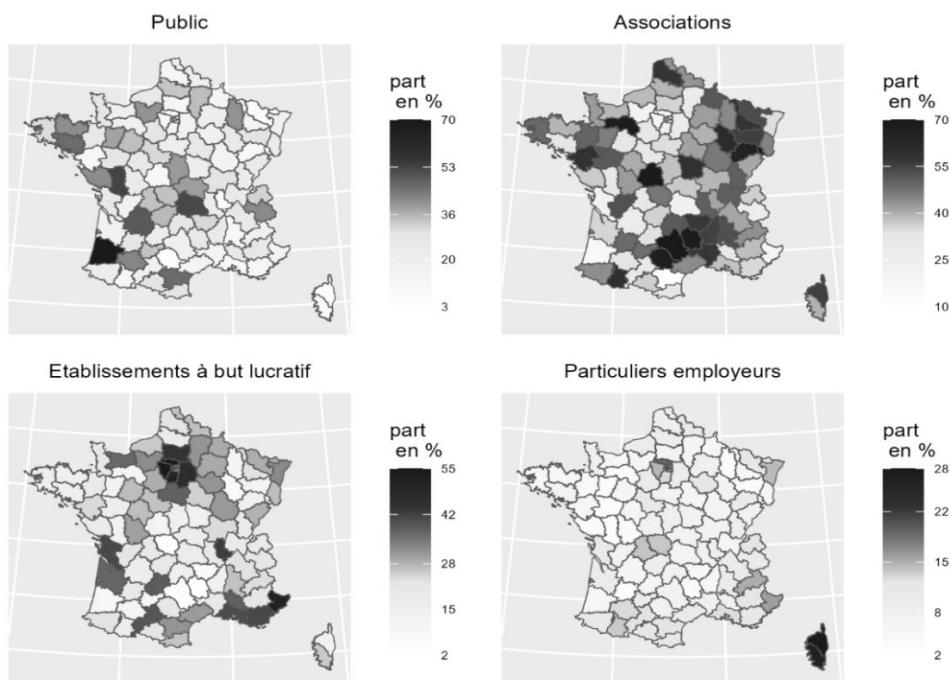
Source : DADS 2021, Recensement 2021.

Note : le taux de service est le nombre d'emplois du champ pour 100 bénéficiaires potentiels, les bénéficiaires potentiels étant, les personnes âgées de 75 ans et plus pour le grand-âge, les enfants âgés de moins de 3 ans pour la petite enfance, et les enfants âgés de 3 à 10 ans pour l'école primaire.

Pour le grand âge, les *taux de service* vont ainsi de 6 emplois pour 100 personnes âgées de plus de 75 ans dans l'Indre et la Nièvre à 11 dans la Haute Garonne et la Haute Loire. Mais alors que le taux de service, relativement élevé dans un département comme le Pas-de-Calais, est largement justifié par un état de santé moyen des personnes âgées plus dégradé dans les anciens territoires industriels, la Haute-Garonne ne se démarque pas par un taux de limitations physiques ou cognitives particulièrement élevé. Les résultats nationaux auxquels nous parvenons nous semblent donc estimer le déficit global de postes, plutôt que les besoins par département. Le coefficient de variation des taux de service est de 14%, ce qui indique que les taux de service de la plupart des départements sont dans un intervalle de plus ou moins 14% autour de la moyenne. Les disparités entre départements sont de la même ampleur dans les services auprès des jeunes enfants, qui relèvent également d'une politique décentralisée et sont également marqués par une mise en concurrence entre différents types d'employeurs. Ces constats sont cohérents avec ceux de l'ONAPE (2022, page 11) ou les travaux récents de l'IPP (Carrère et al, 2023 ; Carrère, 2023). En revanche on peut remarquer que les disparités sont beaucoup plus faibles dans le champ de l'école primaire, où le coefficient de variation des taux de service est de 9%. Si l'on compare les écarts à la moyenne vers le haut et vers le bas, on constate que la distribution des taux de service est relativement symétrique : la moitié des départements ont un taux de service supérieur à 8,3 emplois pour 100 personnes âgées, ce qui est très proche de la moyenne (8,4 emplois) et le taux de service est inférieur à 7,7 emplois/100 seniors dans un quart des départements et supérieur à 9,1 emplois dans le quart le mieux loti.

Aux disparités quantitatives en termes de taux de service, s'ajoutent des écarts plus qualitatifs en termes de répartition des places offertes selon le statut des offreurs. Cette hétérogénéité est particulièrement visible dans le champ de la perte d'autonomie comme cela apparaît sur le graphique 2 : selon les territoires, la présence des acteurs privés peut être très importante (par exemple dans les départements franciliens, le Rhône ou les Alpes-Maritimes) ou très faible (dans des départements plus ruraux comme dans le Massif Central ou les Landes). Ces différences reflètent la politique départementale qui peut favoriser certaines modalités de prestation par rapport à d'autres par la création d'un EAJE, d'un Ehpad ou d'un SAAD public ou par des politiques diversifiées de soutien aux différents acteurs.

**Graphique 2 : Répartition du service entre types d'employeurs dans le champ du grand-âge.**



Source : DADS 2021, Recensement 2021.

## 2. Les différences de qualité de l'emploi et de rémunérations selon le type d'employeur

La comparaison de la situation des salariées selon le type d'employeur dans le champ de la perte d'autonomie souligne un effet significatif et positif sur les rémunérations (section 2.1) mais également sur de nombreux éléments des conditions de travail (section 2.2).

**2.1 Un secteur public où les rémunérations sont meilleures et les temps de travail plus longs.**  
 Les conditions d'emplois de chacune de ces professions sont de mieux en mieux documentées. Le manque d'attractivité (notamment à la suite de la crise sanitaire du Covid 19) a favorisé une prise de conscience quant à la mauvaise qualité, en moyenne, des emplois dans les métiers du soin et du lien (Libault, 2019 ; El Khomri, 2020 ; Devetter et al, 2023). Les travaux de la DARES ont également souligné le lien très net entre mauvaise qualité des emplois et difficultés de recrutement dans ces métiers (e.g. Chartiel et al, 2023).

Les conditions de travail et d'emploi dans ces métiers apparaissent globalement mauvaises. Mais elles sont très hétérogènes selon deux facteurs explicatifs centraux : le lieu d'exercice (domiciles ou établissements) et le modèle organisationnel, très dépendant du statut de l'employeur. Ainsi les emplois bénéficiant d'un cadre collectif plus développé réduisent l'isolement au travail et permettent des temps de travail plus longs et donc de meilleures rémunérations mensuelles (Devetter et al, 2023). De même le statut de l'employeur (public, privé associatif, privé lucratif ou particulier employeur) apparaît déterminant pour le niveau des rémunérations et les conditions d'emploi. En effet, tant les modèles organisationnels

que les règles juridiques (statut de la fonction publique ou conventions collectives) qui encadrent ces emplois diffèrent souvent sensiblement d'un employeur à l'autre. Ces différences peuvent concerter les durées du travail, les diverses compensations associées aux heures complémentaires ou supplémentaires, le traitement des différents types de congés, les primes, les compensations en cas d'absence, etc. Si la comparaison sur certaines dimensions est complexe, celle portant sur les éléments les plus quantitatifs, comme les rémunérations, fait ressortir une hiérarchie nette : les régimes indemnitaire du public offrent des avantages sensibles par rapport aux principales conventions collectives du champ des métiers du lien et du soin (y compris en comparaison avec le secteur associatif ; Hély, 2008 ; Cottin-Marx, 2021). Les données issues des DADS (Insee) permettent de l'illustrer à partir des différences de rémunérations annuelles (tableau 2) : selon les professions, le secteur public rémunère entre 7% (ASH) et 29% (aides à domicile) au-dessus de la moyenne tous statuts confondus (tableau 2).

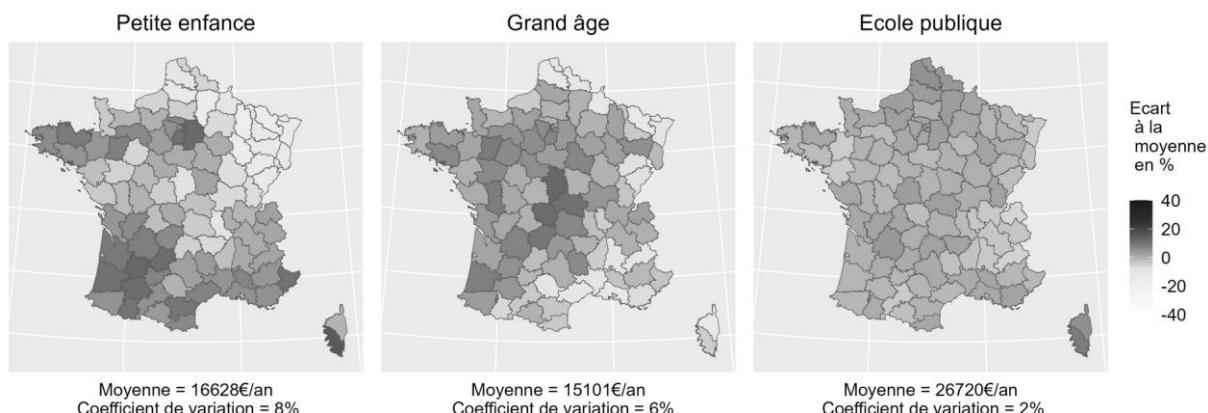
**Tableau 2. Rémunérations annuelles nettes par professions et type d'employeur**

Profession	Public	Associatif	EBL	Particulier	Ensemble
Perte d'autonomie (moyennes)	15 212 €	13 930 €	13 856 €	12 657 €	14 075 €
Aides à domicile	16 345 €	12 512 €	11 255 €	12 657 €	12 835 €
ASH	14 137 €	17 916 €	17 937 €		16 594 €
AMP	21 653 €	15 949 €	11 880 €		17 265 €
Aides-soignantes	22 422 €	17 511 €	9 427 €		16 121 €

Source : DADS, Insee, 2021.

Les écarts de rémunérations entre professions et employeurs, et la présence différenciée de chaque type d'opérateur se cumulent pour déboucher sur d'importantes inégalités territoriales en matière de rémunération (Devetter et al, 2017). A nouveau, la mise en parallèle des situations marquées par le « libre-choix » (petite enfance et perte d'autonomie) avec celle où le secteur public national prévaut (éducation primaire) permet d'illustrer le rôle uniformisateur du secteur public. Alors que dans le champ de l'école primaire, les salaires moyens départementaux sont dans un intervalle de +/- 2% autour de la moyenne, les coefficients de variation sont de 6% dans le champ du grand-âge et de 8% dans celui de la petite enfance.

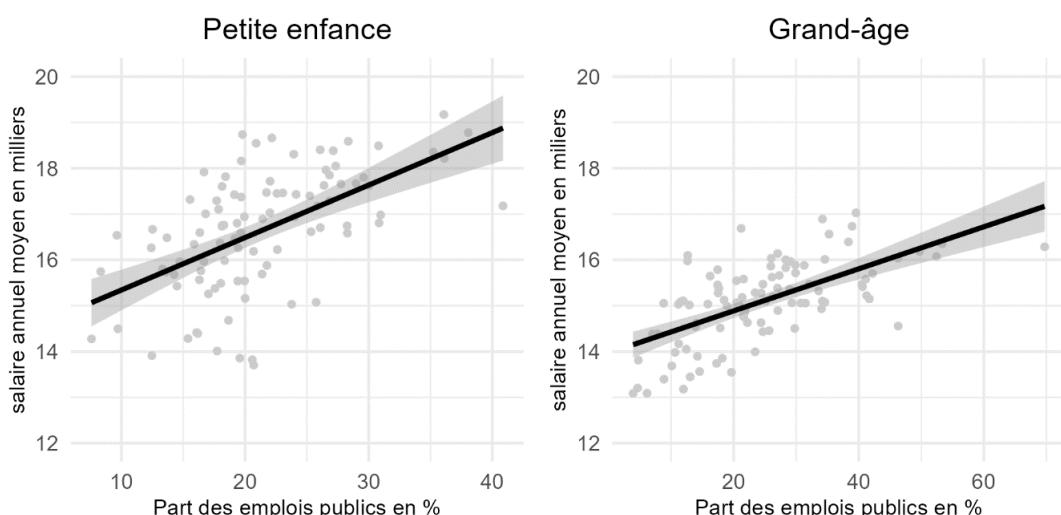
### Graphique 3 : Les salaires moyens selon le champ.



Source : DADS 2021, Recensement 2021.

L'influence de la part du secteur public apparaît également nettement lorsqu'on met en lien les salaires moyens départementaux et la part du secteur public, et cela pour les deux champs.

### Graphique 4 : Salaires moyens et part des emplois publics dans les champs du grand-âge et de la petite enfance.



Source : DADS 2021, Recensement 2021.

Pour s'assurer que ce résultat n'est pas lié à des spécificités des départements qui masqueraient la part du secteur public, nous menons, pour les deux champs, une régression linéaire par moindre carré ordinaire du salaire annuel en fonction de la part du secteur public. Les variables de contrôle sont :

- la part de la population de plus de 75 ans dans la population départementale (en points de pourcentage),
- le taux de service (nombre d'emplois dans le champ pour 100 personnes concernées),

- la part des heures réalisées par les aides à domicile (par rapport aux heures réalisées en établissements)
- le taux de chômage départemental (en points de pourcentage),
- le niveau de vie départemental (en euros par an par UC).

Le tableau 4 montre que la part du secteur public est significativement associée à des salaires annuels plus élevés tant dans le champ de la petite enfance que dans celui du grand âge. Dans les deux cas, la part des populations concernées ne semble pas avoir d'effet tandis que les variables de taux de chômage (effet négatif) et de niveau de vie (effet positif) ont les impacts attendus. On peut enfin souligner que, dans le champ du grand-âge, le poids du domicile par rapport aux établissements a un effet négatif sur les rémunérations ce qui peut questionner les politiques privilégiant l'aide à domicile par rapport à l'accueil en établissements (politique dite du « virage domiciliaire »).

**Tableau 3 : Facteurs explicatifs des différences interdépartementales de salaire dans le secteur du grand -âge et de la petite enfance**

	Grand-âge	
	Coefficient estimé	Significativité
Constante	14 750,0	***
Part des emplois publics dans le secteur*	38,7	***
Part de la population concernée	31,8	
Taux de service	- 43,8	
Part des heures de service réalisées par des aides à domicile / par des assistantes maternelles	-44,4	***
Taux de chômage départemental	-96,7	**
Niveau de vie médian du département	0,1	***
R <sup>2</sup> ajusté		0,72

Sources : DADS 2019, recensement 2019, enquête Emploi 2019.

Champ : France métropolitaine

\* Le taux de service, les parts et le taux de chômage sont exprimés en points de pourcentage.

## 2.2 Des ressources supplémentaires et une identité professionnelle mieux établie mais des conditions de travail parfois plus difficiles

Au-delà des rémunérations, les enquêtes conditions de travail de la Dares (2019) donnent des indices complémentaires d'une meilleure qualité de l'emploi dans le secteur public : c'est notamment le cas des moyens mis à disposition des salariées pour effectuer un travail correct, à l'image des niveaux de formation. D'autres dimensions peuvent en revanche être ambiguës comme l'ont montré les travaux relatifs aux emplois publics qui identifient des contraintes spécifiques qui pèsent sur les fonctionnaires, du fait de la continuité des services publics et ses répercussions en termes de conditions de travail et de temps de travail<sup>9</sup> (Juhle et Honta, 2014 ; Guillemot, 2011 ; Holzman, 2007).

<sup>9</sup> Même si les travaux relatifs à la qualité de l'emploi dans le secteur public demeurent peu nombreux en dépit d'un constat ancien de cette faiblesse (Freyssinet, 2005).

Dans le cas de l'aide à domicile, l'enquête condition de travail permet, même si les effectifs invitent à la prudence, de documenter les différences sur de nombreux domaines de la qualité de l'emploi. Le champ est théoriquement très proche de celui retenu précédemment, mais abouti à un décompte des effectifs par type d'employeur sensiblement différents. Les salariés du particulier employeur sont notamment bien plus nombreuse ce qui souligne les zones de flous qui entourent cette modalité d'emploi. Les variables de l'enquête ne nous permettent pas de distinguer les entreprises des associations.

**Tableau 4. Conditions de travail selon le type d'employeur**

	Particulier employeur	Secteur privé	Secteur public
N	143	224	110
Effectifs pondérés	158 162	387 411	65 330
L'exécution de votre travail vous impose-t-elle ...			
...de rester longtemps debout ?	82	93	66
...de rester longtemps dans une autre posture pénible ou fatigante à la longue ?	52	72	42
... d'effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents	27	42	23
... de porter ou déplacer des charges lourdes ?	52	74	52
... d'effectuer des mouvements douloureux ou fatigants ?	62	81	53
Pour faire votre travail, avez-vous la possibilité de faire varier les délais fixés ? (=Oui)	26	33	14
Votre travail vous permet-il d'apprendre des choses nouvelles ? (=Oui)	45	64	77
Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes aidé par les autres personnes avec qui vous travaillez habituellement ? (=oui)	7	41	48
Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre service, des questions d'organisation ou de fonctionnement de votre unité de travail ? (= Oui)	10	68	78
Ces échanges se déroulent-ils dans le cadre de réunions Organisées ? (=Oui)	36	72	79
Vivez-vous des situations de tension ...			
a) ... dans vos rapports avec le public (usagers, patients, élèves, voyageurs, clients, etc...) ?	26	41	62
b) ... dans vos rapports avec vos supérieurs hiérarchiques	6	21	30
c) ... dans vos rapports avec vos collègues ?	0	14	23
Votre position professionnelle actuelle correspond-elle bien à votre formation ? (=oui)	42	65	60
Pouvez-vous intervenir sur la quantité de travail qui vous est attribuée ? (=jamais)	26	42	47
Devez-vous suivre des procédures de qualité strictes (certification, accréditation, ...) ? (= oui)	1	21	25
Occupez-vous différents postes ? (oui par rotation régulière)	2	6	15
Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général ...			
... un temps suffisant ?	84	66	68
... des informations claires et suffisantes ?	91	71	73
... la possibilité de coopérer ?	41	67	79
... des collègues en nombre suffisant ?	6	41	41
... des logiciels et des programmes informatiques bien adaptés ?	2	17	27
... un matériel suffisant et adapté ?	78	66	53
... une formation continue suffisante et adaptée ?	12	41	46

Source : Conditions de travail, Dares, 2019.

Sur la plupart des dimensions observées, la situation du secteur public semble meilleure, notamment en matière de conditions physiques de travail, de temps collectifs ou de ressources pour effectuer le travail. En revanche, sur certains risques psychosociaux comme l'existence de tensions avec les usagers, les collègues ou les supérieurs, les salariés du secteur public sont sensiblement plus exposés.

Au total, ces analyses soulignent le double effet positif du développement d'un secteur public de la perte d'autonomie : l'amélioration des conditions d'emplois et la réduction des inégalités territoriales d'accès au service. Ces effets ne sont pas totalement inattendus et la littérature, y compris internationale, a déjà pointé l'impact favorable du secteur public sur la qualité de l'emploi (Hermann, et Flecker, 2013 ; De Ruyter et al, 2008) ou l'équité territoriale (Cookson et al, 2016 ; Accardo et al ; 2021). L'argument le plus souvent avancé à l'encontre du déploiement d'un tel modèle découle cependant d'une autre logique : celle du coût que le secteur public implique. C'est à cette question que les parties suivantes tentent d'apporter des éléments de réponses d'abord en estimant le nombre d'emplois nécessaires puis en évaluant le coût pour les finances publiques.

### 3. Combien d'emploi pour aligner le taux de service sur les départements les mieux dotés ?

L'exercice proposé dans cette section consiste à dénombrer les emplois qui seraient nécessaires pour homogénéiser la réponse aux besoins de soin pour la petite enfance et les personnes âgées, au niveau territorial. Après avoir présenté la méthode retenue, nous l'appliquons au champ de la perte d'autonomie.

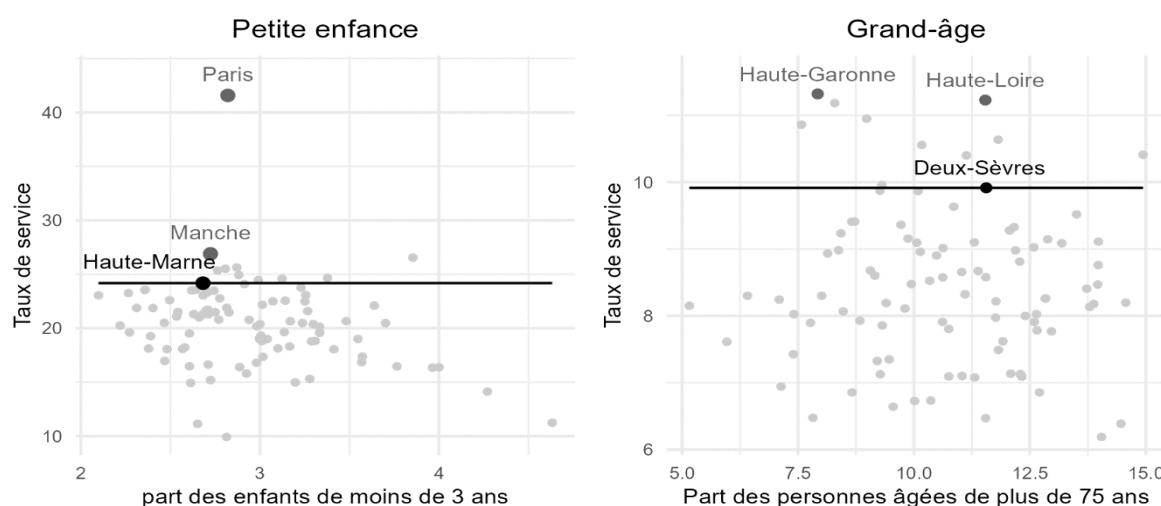
Établir le nombre d'emplois nécessaires pour répondre aux besoins sociaux dépend largement des attentes portées par les acteurs : combien doit-il y avoir de places dans les Ehpad, et avec quel taux d'encadrement ? Quel volume d'accompagnement doit être accordé aux personnes âgées à domicile ? Ces questions renvoient à des choix sociaux majeurs, rarement mis en discussion de manière formelle, en dépit de la mobilisation croissante de mouvements associatifs (e.g. Oldup, 2023 pour les personnes âgées) ou syndicaux. Le CNR « Bien vieillir » et la mission Libault alimentent également la réflexion sur la définition des critères de qualité d'un service de la perte d'autonomie. Pour autant ces critères demeurent multiples et s'inscrivent dans des conventions de qualité plurielles (Eymard-Duvernay, 1989 ; Gomez, 1994 ; Messaoudi, 2012). L'objectif ici n'est pas d'étudier ces conventions et les rapports qui évaluent le nombre d'emplois nécessaires dans les secteurs du *care* n'explicitent d'ailleurs que très peu leurs choix. Ainsi les conventions de qualité des services sociaux et médico-sociaux peuvent s'appuyer sur des principes de légitimité divers. Dans le cas de la perte d'autonomie, les réflexions sur les besoins d'emplois, se fondent plutôt sur la dynamique démographique, tout en visant une réduction des inégalités entre départements. Comme on le voit, dans les deux cas, des hypothèses doivent être formulées pour quantifier à la fois la demande considérée comme légitime (proportion de familles ayant des besoins de garde par exemple) et pour déterminer la qualité de service visée.

Le choix retenu ici est de prendre appui sur la situation observée aujourd'hui sur les différents territoires. Pour le dire autrement, la convention que nous retenons est celle qui

permet de réduire les disparités territoriales en considérant que le taux de service effectif dans les départements les mieux dotés correspond à un objectif à la fois souhaitable pour réduire les disparités et réaliste dans la mesure où il apparaît à la portée de certains départements. En considérant que les départements ayant les taux de service les plus élevés sont probablement dans des situations spécifiques, nous quantifions le nombre d'emplois nécessaires pour aligner la situation de l'ensemble du territoire français non pas sur celle du département qui a le taux de service le plus élevé mais sur celle du 10<sup>ème</sup> mieux disant qui constitue la norme à atteindre.

Concrètement, pour chacun des deux champs, nous calculons le nombre d'emplois à créer dans chacun des 85 départements dans lesquels le taux de service est inférieur à la norme. Nous supposons ensuite que les emplois créés sont répartis entre les professions conformément à la répartition observée au sein de chaque champ en 2021. Le graphique 5 permet de faire ressortir la diversité des efforts à consentir selon leur écart à la norme retenue ici et également la spécificité des départements les mieux dotés.

#### Graphique 5 : Taux de service et besoin : ampleur des besoins à couvrir



Source : DADS 2021, Recensement 2021.

Note : la ligne horizontale indique le niveau du taux de service à atteindre pour s'aligner sur le 10<sup>ème</sup> département.

Plusieurs départements ont un taux de service d'environ 10 emplois pour 100 personnes âgées, niveau du 10<sup>ème</sup> département le mieux doté (Les Deux-Sèvres) qui constitue la norme à atteindre dans nos évaluations.

Permettre à chaque département d'atteindre cette norme implique la création de plus de 90 000 emplois. Ces estimations peuvent être considérées comme relativement restrictives au sens où elles ne tiennent pas compte de la dynamique des besoins, notamment ceux dus au vieillissement de la population. Or le rapport sur les services de soin à domicile de la Cour des comptes de 2021 estime que « répondre au choc démographique » requerra une hausse de 82 000 emplois en équivalent temps plein d'ici 2030, ceci à taux d'encadrement inchangé, loin des évaluations de la Dares et France Stratégie qui estiment que les métiers d'aide à domicile (+ 98 000) ou d'aide-soignant (+ 110 000) seront parmi les principaux créateurs de postes à l'horizon 2030 (Dares et France Stratégie, 2022). La possibilité de trouver des personnes souhaitant exercer ces métiers peut être appréhendée à partir du nombre de ces

professionnelles inscrites à Pole emploi : 283 050 personnes dont 117 450 personnes correspondant à notre champ sont inscrites en catégorie A<sup>10</sup>. Pour le dire autrement, si les difficultés de recrutements existent et que des besoins de formations sont réels, la possibilité de pourvoir ces postes restent tout à fait envisageable... à condition d'améliorer les conditions d'emplois et l'attractivité des postes proposés.

**Tableau 5. Créations d'emplois dans le champ du grand âge**

Principaux métiers concernés		Effectifs France	Population de référence	Départements les mieux pourvus	Départements les moins bien pourvus	Création d'emplois
Intitulé profession	Code PCS					
Infirmier(e)s en soins généraux salariés(e)s [20%]	431F					
Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales	563B					
Agents de service hospitaliers [50%]	525D					
Aides-soignants [45%]	526A					
Aides médico-psychologiques	526D					
		535 798	Personnes âgées de 75 ans et plus.	Haute-Garonne ; Haute-Loire ; Gironde ;	Indre, Nièvre Jura	90 735 soit + 17%

Sources : DADS 2019, recensement 2019, enquête Emploi 2019.

Champ : France métropolitaine. Sont exclues du champs les salariées travaillant moins de 120 jours dans l'année ainsi que les 1% des salaires les plus bas et les plus élevés afin d'écartier les valeurs aberrantes.

#### 4. Ce que coûterait un service public de la perte d'autonomie

L'évaluation du coût de ces créations d'emplois ne se limite pas à la simple application d'un coût employeur à chacun des nouveaux emplois. Les financements des services concernés (contributions des usagers et mécanismes de solvabilisation) comme les multiples subventions accordées au travail, ou encore les effets induits de la création d'emploi, viennent complexifier les circuits des dépenses publiques. Après avoir présenté la logique d'ensemble de l'évaluation des coûts associés aux changements proposés, nous détaillons successivement les deux principales étapes : le coût de la transformation des emplois privés en emplois publics puis celui de la création d'emplois publics pour atteindre la norme de taux de service sur l'ensemble du territoire.

Passer de l'organisation actuelle, avec des services produits sous de multiples statuts, mais globalement délégués au secteur privé, à un secteur public national, nécessite deux étapes distinctes : d'une part la transformation des emplois du fait de leur intégration dans le secteur public et d'autre part la création d'emplois permettant de réduire les inégalités territoriales. Ces deux étapes impliquent des dépenses publiques supplémentaires : dépenses de création d'emplois directement dans le secteur public (A dans le schéma ci-dessous) et dépenses de revalorisation des emplois (B dans le schéma ci-dessous).

<sup>10</sup> Le champ du grand âge est reconstruit à partir des codes ROM comme suit : aide-soignant, accompagnement médico-social, assistance auprès d'adultes et services domestiques.

**Schéma 1. Deux composantes à l'accroissement des coûts**

Coût de transformation des emplois privés [A]	Coût de création de nouveaux emplois publics [B]
Coût public des emplois existants	Coût de création de nouveaux emplois publics [B]

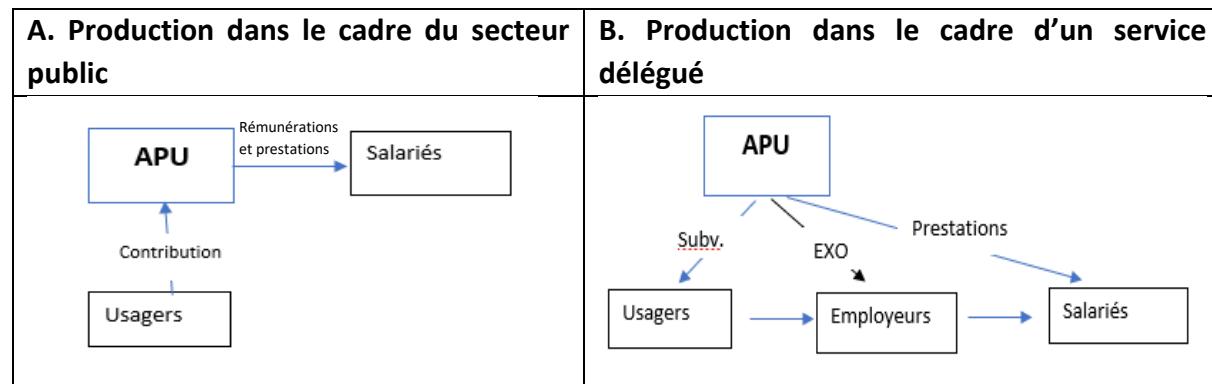
Bien que d'autres charges existent (matériels, frais de déplacements pour les emplois à domicile, frais liés aux locaux pour les Ehpad, encadrement, charges de structures, etc.), nous ne retenons ici que les coûts liés au travail. En effet deux cas de figures peuvent être distingués. Le premier renvoie à la situation où ces coûts sont plus importants mais restent modérés (comme dans l'aide à domicile où ils se situent aux alentours de 25% du coût total). Ces coûts n'ont aucune raison de différer d'une modalité d'emploi à une autre. Leur prise en charge bénéficie par ailleurs des mêmes subventions que le coût du travail (voir infra). Le second cas concerne les structures d'hébergement comme les Ehpad où les autres charges peuvent atteindre plus de 40% des couts totaux mais pour lesquelles la partie 'hébergement' ne relève pas directement de financement public et reste donc à la charge des personnes âgées quel que soit le statut juridique de la structure.

Du seul point de vue des dépenses de travail, l'estimation des dépenses publiques que la mise en place d'un secteur public du *care* implique est complexe en raison de deux circuits de financements publics préexistants : celui qui concerne les usagers et celui qui soutient l'emploi privé (et les bas salaires).

Le premier effet de la transformation des emplois de structures privées en emplois publics concerne la contribution des usagers :

- La logique du secteur public correspond en effet à un coût public dont on déduit une éventuelle contribution des usagers (schéma 2A ci-dessous).
- Le service délégué (schéma 2B) renvoie, quant à lui, à un coût privé atténué par une subvention publique. L'essentiel du champ de la perte d'autonomie est dans cette situation : une personne âgée reçoit l'APA et verse ensuite le prix du service à l'opérateur qu'il a choisi.

**Schéma 2.**



Ces deux types de circuit de financement peuvent concrètement entraîner des écarts sur le pourcentage de prise en charge par les finances publiques et générer, de ce fait, plus ou moins de non-recours. Pour autant, les effets globaux en termes de coûts ne sont pas censés être fondamentalement différents. Maintenir constant le reste à charge des usagers quel que soit le mode de garde est un critère de fixation des montants de subvention octroyés et renvoie à l'objectif de neutralité du mode de production pour les usagers. Ce constat rappelle combien il est nécessaire de tenir compte des contributions des usagers et/ou des subventions qui leurs sont versées pour estimer le coût des revalorisations et des créations d'emploi nécessaires.

Mais la transformation d'un emploi privé en emploi public implique également une modification du financement direct et indirect des emplois. Côté employeurs, le service délégué donne lieu à des exonérations de cotisations sociales à la charge de l'État. Du côté des salariés, le service délégué étant moins bien rémunéré (cf. section 1.1), il entraîne davantage de dépenses publiques en termes de prestations sociales nettes d'impôt. Passer d'un modèle concurrentiel à la constitution d'un secteur public est alors susceptible de générer des économies pour deux types de dépenses publiques :

- les dépenses de soutien à l'emploi à travers les exonérations de cotisations sociales (EXO, schéma 2B) qui sont directement liées au statut de l'emploi et très dépendantes des niveaux de rémunération.
- Les dépenses de prestations sociales et de soutien aux bas salaires (Prime d'activité et allocations logement notamment).

Pour être en mesure de comparer les coûts publics d'un emploi public et d'un emploi privé correspondant à une même profession, il faut donc tenir compte d'une part des contributions des usagers aux services publics et d'autre part des coûts induits des emplois privés en termes d'exonérations de cotisations et de transferts socio-fiscaux.

Ainsi, il s'agit maintenant de calculer les dépenses publiques associées à l'emploi public puis les dépenses publiques associées à l'emploi privé afin d'estimer, par différence, le coût net de transformation des emplois privés en emplois publics. Une fois les dépenses liées à la transformation des emplois évaluées, il s'agira de calculer le coût public de la création

d'emplois en distinguant un coût brut d'un coût net une fois retranchés les gains associés à la réduction du chômage.

### **Le coût de transformation des emplois privés en emplois publics ([B] dans le schéma 1)**

Le coût public des emplois sous statut public est calculé en deux étapes. Le coût employeur est obtenu à partir des DADS. A ce coût employeur, nous ajoutons le coût des prestations, nettes d'impôt, versées aux salariés compte tenu du niveau de leur salaire et déduisons les contributions des usagers. Celles-ci diffèrent selon les services considérés : 17,5 % pour les services d'accueil de la petite enfance (Villaume, 2015), 21 % pour la prise en charge de la perte d'autonomie (DREES, 2020). Pour estimer le montant moyen des prestations nettes d'impôt des salariés concernés, nous mobilisons la maquette Sofi 2021<sup>11</sup> qui permet de calculer, sur barème, le montant des transferts sociaux fiscaux en fonction du revenu d'activité et de la configuration familiale. Afin d'assurer un niveau raisonnable de représentativité, les calculs sont menés pour 8 configurations familiales, les montants affichés correspondant à des moyennes pondérées pour chaque profession et chaque type d'employeur<sup>12</sup>. Le coût public d'un emploi public est de 26 538 € en moyenne dans le champ de la perte d'autonomie compte tenu des transferts socio-fiscaux nets des salariés et des contributions des usagers (tableau 6).

**Tableau 6. Coût public moyen d'un emploi public par champ et profession**

	Salaire net (A)	Cotisations salariées (B)	Cotisations employeurs (C)	Prestations sociales nettes (D)	Contributions des usagers (E)	Cout public des emplois publics (A+B+C+D-E)
Perte d'autonomie	18 573 €	5 303 €	8 292 €	1 126 €	6 755 €	26 538 €
Aides à domicile	16 345 €	4 667 €	5 119 €	1 757 €	5 488 €	22 401 €
ASH	17 608 €	5 027 €	9 620 €	1 265 €	6 774 €	26 747 €
AMP	23 447 €	6 694 €	12 810 €	-2 €	9 020 €	33 929 €
Aides-soignantes	23 591 €	6 736 €	12 889 €	-185 €	9 075 €	33 956 €

Sources : DADS 2019, recensement 2019, enquête Emploi 2019, maquette de micro simulation des transferts sociaux et fiscaux Sofi 2021.

Champ : France métropolitaine

Note : Les prestations sociales nettes sont négatives lorsque le montant de l'impôt sur le revenu moyen excède celui des prestations sociales.

Le coût public des emplois privés contient trois éléments : les exonérations accordées aux employeurs, les prestations sociales versées aux salariées (nettes des impôts sur le revenu) et enfin les subventions solvabilisant les besoins des usagers.

Pour chaque profession retenue dans le champ d'analyse, la maquette Sofi 2021 permet de calculer d'un côté le coût employeur et les exonérations de cotisations, et de l'autre côté les montants des prestations sociales et de l'impôt sur le revenu en fonction du salaire net, du

<sup>11</sup> Maquette de simulation des transferts sociaux et fiscaux réalisée par M. Pucci et disponible en open source : <https://github.com/murielpucci/SOFI>

<sup>12</sup> La répartition des salariés entre les 8 configurations ont été estimés à partir de l'Enquête Emploi 2021 alors que les effectifs, les salaires bruts moyens et durées mensuelles de travail sont issus des DADS. L'usage de deux sources n'est pas idéal. Mais si certains écarts par métiers peuvent apparaître importants entre les deux sources (par exemple on observe plus d'AMP dans l'Enquête emploi mais moins d'aides-soignantes ou d'ASH), les différences au niveau des fonctions sociales identifiées sont faibles, avec écart global de 3,5% entre les effectifs des deux sources.

type d'employeur et de la configuration familiale. Nous pouvons ainsi estimer le montant global de transfert public en faveur des emplois relevant d'un employeur privé. Enfin, nous estimons le montant moyen des subventions accordées aux usagers à l'image de l'APA pour la perte d'autonomie. Sur la base des données de la Drees, on estime à 79 % la part du coût du service dans celui de la perte d'autonomie (Drees, 2020).

Le coût public d'un emploi privé est estimé à 20 209 € en moyenne dans le champ de la perte d'autonomie compte tenu des exonérations de cotisation, des transferts socio-fiscaux nets des salariés et des subventions aux employeurs (tableau 7).

**Tableau 7 : Coût public moyen d'un emploi privé par champ et profession**

	Coût employeur (Pour information)	Exonérations (A)	Prestations sociales nettes (B)	Subventions aux usagers (C)	Cout public des emplois privés (A+B-C)
Perte d'autonomie	21 547 €	3 627 €	1 559 €	17 022 €	22 209 €
Aides à domicile	18 276 €	3 975 €	1 762 €	14 438 €	20 175 €
ASH	27 563 €	2 985 €	1 284 €	21 774 €	26 044 €
AMP	32 760 €	2 679 €	878 €	25 880 €	29 437 €
Aides-soignantes	33 112 €	2 338 €	698 €	26 159 €	29 195 €

Sources : DADS 2019, recensement 2019, enquête Emploi 2019, maquette de micro simulation des transferts sociaux et fiscaux Sofi 2021. Champ : France métropolitaine

Le tableau 7 permet de souligner que le financement des emplois, même lorsqu'ils sont sous statut privé, relève majoritairement de dépenses publiques. Prenons l'exemple d'un poste d'aide à domicile employée dans le secteur privé, le coût du travail représente 18 276€ en moyenne pour l'employeur<sup>13</sup>. Environ 80% de ce coût donnera lieu à une subvention aux clients de l'entreprise en question (soit 14 338€). Par ailleurs les finances publiques assumeront le coût des exonérations sociales (3 975€) et des prestations découlant de la faiblesse du salaire mensuel (1 762€). Sur l'ensemble des coûts liés au travail de l'aide à domicile (coût employeur + exonérations + prestations sociales, soit 24 013€), 84% (soit 20 175€) relèvent des dépenses publiques. Ce taux va de 81% pour les aides-soignantes à 84% pour les aides à domicile. La proportion des dépenses publiques passant par les subventions aux usagers étant, dans nos estimations, quasi fixe (79% pour la perte d'autonomie), les écarts entre professions s'expliquent par les différences dans les montants des exonérations et des prestations sociales. Ainsi plus un emploi dans la sphère privée est faiblement payé, plus le coût global de cet emploi pour les finances publique est élevé.

<sup>13</sup> Nous avons vu précédemment que d'autres dépenses peuvent être liées à la production (frais de déplacement, charges de structures, encadrement, etc.). Celles-ci peuvent être estimées à environ 1/3 de la masse salariale (soit 6 000€) ce qui amène le coût annuel d'une aide à domicile à un peu plus de 30 000€. Compte tenu du temps de travail d'intervention d'une salariée (environ 1000 heures par an), nos calculs aboutissent à une estimation du coût horaire aux alentours de 30€, comparable aux calculs effectués par les fédérations employeurs (UNA, 2023) et des subventions aux usagers proches de 24€ par heure soit le montant du tarif socle de l'APA en 2024.

**Tableau 8. Ecart du coût des emplois privés/publics**

	Cout public annuel moyen d'un emploi public (A)	Cout public annuel moyen d'un emploi privé (B)	Différence (C = A - B)	Effectifs concernés en milliers (D)	Surcoût total en millions (C × D)
Perte d'autonomie	26 538 €	22 209 €	4 330 €	415	1796
Aides à domicile	22 401 €	20 175 €	2 226 €	300	668
ASH	26 747 €	26 044 €	704 €	61	43
AMP	33 929 €	29 437 €	4 492 €	11	51
Aides-soignantes	33 956 €	29 195 €	4 762 €	42	201

Sources : DADS 2019, recensement 2019, enquête Emploi 2019, maquette de micro simulation des transferts sociaux et fiscaux Sofi 2021. Champ : France métropolitaine

Au total, connaissant le coût moyen d'un emploi privé et celui d'un emploi public pour chacune des professions, on peut évaluer le coût public additionnel induit par la transformation des emplois en appliquant le coût unitaire au volume d'emploi concerné. Sur l'ensemble des professions, le coût total peut être estimé à 1,8 milliards d'euros.

### Le coût de la création des emplois

La dernière étape consiste à évaluer le coût public des emplois à créer ([A] dans le schéma 1) pour atteindre le taux de service ciblé, soit le niveau d'encadrement correspondant au 10<sup>ème</sup> département. La première partie avait permis d'estimer, profession par profession, le nombre d'emplois additionnels nécessaires. Le tableau 7 indique, quant à lui, le coût public moyen que représente chaque emploi. On en déduit donc un coût brut global de 2,4 milliards, somme des coûts publics des créations d'emplois détaillé par profession (tableau 10, colonne C).

Pour établir le coût net, il faut tenir compte des montants de transferts socio-fiscaux économisés du fait des reprises d'emploi de celles et ceux qui vont les occuper : les allocations de retour à l'emploi si la personne qui prend l'emploi en bénéficiait et, dans le cas inverse, le RSA si la situation familiale et le revenu du conjoint le permettaient. Si on prend la perspective des comptes publics, toute création d'emploi public accroît potentiellement les montants de prime d'activité à verser, mais réduit dans le même temps les montants de RSA, d'allocation de retour à l'emploi (ARE) et éventuellement d'aides au logement reçus par les personnes ayant repris un emploi tout en augmentant les recettes fiscales.

Pour évaluer le bilan financier des créations d'emploi en termes de comptes publics, nous avons supposé que, pour chacune des professions, les nouveaux emplois seront pourvus par des chômeurs (indemnisés ou non) qui détiennent le niveau de diplôme requis pour l'exercer<sup>14</sup>. Nous nous sommes alors appuyés sur la part des chômeurs indemnisés et les montants d'ARE des chômeurs renseignés dans l'enquête Emploi selon le niveau de

<sup>14</sup> Il est évident que la détention d'un diplôme au niveau correspondant à ces emplois n'est pas suffisante pour être à même d'exercer les professions pour lesquelles les emplois sont créés. On peut supposer que les structures de formation existantes seront mobilisées mais il faudra néanmoins les financer pour les futur.e.s salariés.

diplôme<sup>15</sup>. Nous avons ensuite estimé le montant du RSA et des autres transferts sociaux et fiscaux avant et après la prise de poste selon la configuration familiale à l'aide du modèle Sofi 2021, en supposant que les revenus moyens des conjoints étaient similaires à ceux des conjoints des personnes déjà en poste. En considérant que la répartition en termes de configurations familiales et de répartition public/privé de ces nouveaux salarié(e)s est la même que pour les salariées déjà en poste, on peut alors, pour chaque profession, calculer les montants moyens d'ARE et de transferts nets économisés en tenant compte de la part des chômeurs indemnisés observée pour le niveau de diplôme requis et de la part de chaque configuration familiale. Le montant total d'économie par profession s'en déduit en multipliant par le nombre d'emplois créés envisagé. Il est de 1,6 milliard (somme de la colonne D).

**Tableau 9. Coût de la création d'emplois**

	Nombre d'emplois à créer (A)	Coût public moyen d'un emploi public (B)	Coût brut total des emplois publics créés (C = A × B)	Gains associés à la création d'emploi (D)	Coût net total des emplois publics créés (C-D)
Perte d'autonomie	90 735	26 538 €	2 408	825	1 583
Aides à domicile	60 818	22 401 €	1 362	531	832
ASH	15 423	26 747 €	413	136	276
AMP	2 461	33 929 €	83	22	61
Aides-soignantes	12 033	33 956 €	409	136	272

Sources : DADS 2019, recensement 2019, enquête Emploi 2019, maquette de micro simulation des transferts sociaux et fiscaux Sofi 2021. Champ : France métropolitaine

Au total, le coût de la création des 97000 emplois envisagés est de 1,6 milliards d'euros. Par comparaison à la simple multiplication du coût d'un emploi public par le nombre d'emplois à créer ou par le différentiel de salaire entre salaire du secteur public et les autres, trois sources de réduction du coût ont ainsi été prises en compte :

- La transformation du statut privé en statut public apporte des économies sur le montant des exonérations de cotisations sociales.
- La création d'emplois génère une baisse des dépenses publiques d'autant plus élevée que les nouvelles salariées appartiennent à des groupes affichant des taux de chômage indemnisé et des montants d'ARE moyens élevés. Plus les emplois créés sont diplômés et plus les économies en termes d'ARE sont importantes.
- La revalorisation des salaires liées à l'application des conditions d'emplois du service public au secteur privé induit une baisse des autres transferts socio-fiscaux (RSA, prime d'activité, allocations logement, etc.) et une augmentation des impôts dus d'autant plus importantes que les salaires offerts sont élevés.

Au total, la création d'un secteur public du grand âge implique la création de plus de 97 000 emplois (hors effet du vieillissement) dont le coût peut être estimé à 1,6 milliards et la

<sup>15</sup> Cinq niveaux de diplôme étant considérés pour les prérequis selon la profession (CAP-BEP, Bac technologique, licence, maîtrise et Master ou plus), les montants moyens d'ARE par professions ne peuvent prendre que cinq valeurs de 852 € à 1 256 € tandis que la part de chômeurs indemnisés varie de 45% à 54%.

transformation des emplois privés en emplois publics correspond à un coût de 1,8 milliards d'euros. Ce total de 3,4 milliards d'euros représente environ 10% des montants actuellement consacrés à la prise en charge de la perte d'autonomie (17Mds pour la sécurité sociale, 5Mds de la part des départements et 1,5Mds de l'Etat<sup>16</sup>).

## 5. L'exemple du département des Landes : quelles conséquences pour les salariées de la mise en œuvre d'un service public ?

L'analyse statistique de la situation des aides à domicile au niveau départemental fait apparaître la situation particulière du département des Landes. Les salaires annuels moyens y sont supérieurs de près de 20% à la moyenne nationale (tableau 10). Cette situation très atypique s'explique par un engagement majeur de la collectivité locale tant départementale que municipale via des CIAS qui emploient près des deux-tiers des aides à domicile (et plus des ¾ des heures prestées).

Ce modèle organisationnel s'appuie sur une politique publique assumée qui a pu être étudiée sous l'angle de ses répercussions positives pour les personnes âgées (Martin, 2019). L'importance des préoccupations accordées à la perte d'autonomie débouche sur des pratiques volontaristes favorisant l'intégration et la mutualisation des ressources ainsi que des capacités d'innovations, illustrées par exemple par l'expérience du Village Landais Alzheimer. Cette politique ne se caractérise en revanche pas par des taux de service (tels que calculés ci-dessus) particulièrement élevés (0.09 professionnelles par personnes âgées contre une moyenne nationale de 0.08, un minimum à 0.06 et un maximum de 0.11)<sup>17</sup> et les travaux relatifs aux inégalités territoriales d'accès aux services et établissements à destination des personnes âgées ne font pas ressortir de spécificités landaises majeures. En revanche, comme nous l'avons signalé plus haut, la situation des salariées semble particulièrement atypique. Or cet enjeu n'a, à notre connaissance, pas été directement étudié. A partir d'analyses quantitatives et qualitatives (voir encadré sur les sources et méthodes), nous avons cherché à mieux comprendre les effets de la mise en œuvre d'un service public de la perte d'autonomie au niveau du département. Trois éléments complémentaires ressortent de ces analyses (qui doivent cependant encore être poursuivies) : la qualité de l'emploi apparaît sensiblement meilleure, la mobilisation des fonctions supports constitue un atout important pour les services et enfin une vision originale de la professionnalisation y est défendue.

### 5.1 Une qualité de l'emploi sensiblement meilleure

Les données statistiques issues des DADS permettent de confirmer que la spécificité en matière de rémunération observable dans le département est réelle mais exclusivement imputable à un effet de structure de l'emploi en termes de type d'employeur. Les salaires

<sup>16</sup> <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/autonomie/1-2-depenses-publiques-liees-au-.html>

<sup>17</sup> On peut en revanche noter que la structuration des SAAD et surtout des EHPAD autour du secteur public débouche sur un faible niveau du prix de journée dans le cadre de l'habilitation totale à l'aide sociale (tous les EHPAD étant concernés) et donc une meilleure accessibilité pour les bénéficiaires.

horaires au sein des SAAD publics ne sont pas supérieurs à ceux observables dans le reste du territoire française : 10,24€ de salaire net contre 10,90€ mais l'avantage salarial propre au secteur public se répercute sur la moyenne départementale en raison de l'existence d'un secteur public employant 67% des aides à domicile (contre 15% en moyenne nationale). Mais bien plus que par le salaire horaire, c'est via le temps de travail annuel que le secteur public (et donc les Landes) se distingue. Le volume horaire annuel moyen d'une aide à domicile atteint 1452 heures soit un temps partiel à 90%, alors que les aides à domicile travaillent en moyenne 75% d'un temps plein au niveau national, tout type d'employeur confondus. Ce temps de travail décompté plus long résulte à la fois d'un nombre de jours (et donc d'une stabilité de l'emploi – le nombre de jours travaillés étant d'abord dépendant de la part des contrats courts dans l'emploi) plus long (304 dans les SAAD publics landais contre 287 en moyenne nationale tout employeur). Il provient ensuite de durée hebdomadaire plus élevée (31h contre 25h). Cette observation est concordante avec les déclarations faites durant les entretiens tant auprès des employeurs que des salariées : les contrats sont le plus souvent fixés à 28h par semaine mais s'accompagnent d'heures complémentaires régulières. Ces durées de travail ne correspondant cependant pas forcément à une activité directe d'intervention auprès des bénéficiaires plus longue car il semble qu'ils incluent surtout certains temps souvent « oubliés » ou moins décomptés lorsque les salariées relèvent d'autres conventions collectives. C'est le cas des temps de déplacements qui sont systématiquement « rémunérés comme du temps de travail » mais également de temps de réunions collectives plus réguliers qui peuvent parfois être financés directement par le département. Les salariées ont également évoqué des temps de supervision trimestriels et des rencontres régulières avec un psychologue.

**Tableau 10. Comparaison des niveaux de rémunérations dans l'aide à domicile**

	Landes		Autres Départements	
	Ensemble	dont secteur public	Ensemble	Dont secteur public
Part du secteur public	67%		15%	
Durée annuelle moyenne en jours	295	304	287	301
Nombre d'heures annuelles (y compris autres employeurs)	1367	1452	1195	1412
Salaire net annuel (y compris autres emplois)	14 057€	15 204€	11 840€	15 220€
Salaire horaire net	10.24€	10.44€	9.98€	10.9€

Source : DADS, Insee, 2021

La description des conditions d'emploi lors des entretiens semble confirmer l'hypothèse ouverte par l'étude des données statistiques : si la situation demeure difficile sur bien des points, elle apparaît « moins pire » que dans la plupart des autres contextes départementaux.

## 5.2 Des fonctions supports particulièrement développées et intégrées

Les analyses monographiques sur l'organisation de la politique de la perte d'autonomie avaient déjà pointé « *une organisation des services quant à elle marquée par une forte intégration associée à une logique de mutualisation, de coordination et de transversalité des*

*actions et des personnels. La démarche repose sur l'existence d'une plateforme médico-sociale d'aide et d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées qui regroupe quatre services, rattachés à deux directions : le pôle des personnes âgées, et plus spécifiquement le service « prestations et accompagnement », et le pôle médical composé des médecins assurant les évaluations APA. La Maison landaise des personnes handicapées fonctionne en lien très étroit avec le Conseil Départemental » (Martin, 2019).*

Un atout majeur du territoire semble être la coordination entre l'ensemble des acteurs et l'importance des « services supports » qui constituent une originalité permise par la structuration en secteur public. En effet, le département bénéficie d'abord d'associations spécifiques dédiées à des missions précises (à l'image de l'ALPI<sup>18</sup> pour les questions liées à l'usage des ressources informatiques et numériques ou l'AGEIL<sup>19</sup> autours des enjeux d'innovation) mais qui permettent de regrouper des réseaux de différents métiers (directeurs, animateurs et bientôt infirmières coordinatrices) et de favoriser des partages d'expériences. La structuration autour des CCAS / CIAS facilite ensuite des mutualisations importantes que ce soit pour permettre des achats groupés ou pour répondre collectivement à des appels à projets afin d'obtenir les financements complémentaires. L'ensemble des CIAS rencontrés font partie de Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) qui apparaît selon une directrice d'établissement comme un « *outil performant.* » pour développer les coopérations et mutualisations. Toutes ces démarches sont explicitement présentées comme liée au fait qu' « *on n'est pas dans une démarche concurrentielle dans ce département.* » (Directeur CIAS, département des Landes).

Plus encore le poids du secteur public permet surtout au secteur de l'aide à domicile de s'appuyer sur les structures 'traditionnelles' de la fonction publique territoriale mais qui, ici, sont amenées à jouer un rôle original, à savoir le Centre de Gestion (pour l'accompagnement et le suivi en gestion des ressources humaines notamment) et le CNFPT (pour la politique de formation par exemple). Les importantes restructurations engagées depuis 10 ans (passage de 340 CCAS en 2006 à 18 CIAS en 2010) ont également permis d'uniformiser les pratiques (même si des écarts persistent). L'interconnaissance forte entre les différents acteurs facilite enfin la cohérence des questionnements tandis qu'un « effet taille » est repérable dans le cas des politiques menées par le CNFPT ou le Centre de Gestion. Ainsi 25% des 12 000 agents territoriaux relèvent des SAAD et EHPAD, ce qui a permis la création de postes spécifiques et d'un catalogue de formations adapté.

Sur les caractéristiques des politiques menées, les discussions ont enfin permis de souligner trois dimensions particulièrement fortes aux yeux des « services supports » :

- Un usage des nouvelles technologies de l'information développées tant à destination des usagers que dans le cadre de la gestion du travail des aides à domicile (télégestion notamment),

<sup>18</sup> Agence Landaise Pour l'Informatique

<sup>19</sup> Association Gérontologique pour l'Innovation dans les Landes

- Une offre de formation tournée vers le secteur médico-social (une formation de 12 jours lors des 3 premiers mois, un catalogue de 38 formations). Pour autant, des questions persistent : difficultés à maintenir le flux des formations entrantes (liées aux difficultés de recrutement mais peut-être également en raison d'une faible reconnaissance salariale des suivis de formation), des demandes importantes à gérer pour les formations d'aides-soignants, un nouveau diplôme, le DEAES moins adapté que le DEAVS. En outre, la discussion a fait également ressortir les ambiguïtés sur la perception des formations : fidélisation des salariés et gains en termes de professionnalisme et plus encore d'esprit d'équipe, mais aussi création d'opportunité de départ et difficulté de mesurer l'impact sur l'absentéisme.
- Et enfin une vision originale de l'organisation et de la professionnalisation des métiers du champ de l'aide à domicile.

### 5.3 Une vision originale de la professionnalisation

En effet, la réflexion sur la « professionnalisation » ou « qualification » des salariées est largement ouverte (et partagée par les salariées elles-mêmes). Elle s'appuie notamment sur la politique de formation mais également sur une meilleure intégration dans un secteur du vieillissement (avec des passerelles encore rares mais envisageables entre services à domicile et établissements). Cette réflexion bénéficie également de l'homogénéité des employeurs (pour rappel 80% des heures effectuées par des services publics) et de l'existence de services supports (même si des écarts, parfois sensibles, entre CIAS demeurent en termes de conditions de travail, d'accès aux formations, de formes organisationnelles, ...).

Une approche originale en matière d'organisation, appuyée sur la segmentation des tâches et des publics émerge. Les acteurs des services supports portent ainsi un discours très construit sur le rôle de la « polyvalence » qui, selon eux, doit relever des organisations mais pas forcément des salariées elles-mêmes. Au contraire des formes de spécialisation sont plutôt défendues. De même, les aspects négatifs de la promotion d'un modèle fondé sur des aides à domicile autonomes et polyvalentes sont soulignés : si ce modèle est envisageable pour une partie des aides à domicile (très) qualifiées, il n'est pas considéré comme adapté à la réalité de la main d'œuvre, potentiellement moins formée à l'avenir, ni à la réalité de la complexification des tâches observables (des niveaux de Gir Moyen Pondéré très élevés seraient observés à domicile s'ils étaient mesurés). Au contraire, une forme de « segmentation » des tâches et des publics est défendue, de manière à pouvoir faire face à la nécessité de développer des compétences multiples. Il s'agirait alors de construire deux référentiels – éventuellement adaptés à la situation de chaque CIAS – l'un relatif aux différentes activités à effectuer (essentiellement en fonction des publics et du degré de tâches relationnelles) et l'autre relatif aux compétences des salariées. Cette organisation est d'autant plus utile que les « cas complexes » sont en nombre croissant. Ainsi une double segmentation est proposée : une première repose sur une distinction en termes de complexité (« cas complexes » versus « aide-ménagère »), une seconde entre les « spécialités » permettant de gérer la diversité des cas complexes. Ce modèle nécessiterait de revaloriser les aides à domicile qui gèrent les cas complexes (pas forcément par la

rémunération horaire mais via un calcul différent du temps de travail et essentiellement un ratio plus favorable temps travaillé / heures facturées).

Un directeur de CIAS rencontré nous précise notamment comment il applique en partie cette segmentation en associant les bénéficiaires et les salariées :

*« C'est-à-dire que lorsqu'on se retrouve sur un degré complexe de prise en charge, on identifie au travers d'une grille de critères du bénéficiaire, sous différents angles, handicap, dépendance, environnement. Et après, avec les différents critères, on essaye de cocher un certain nombre de choses, on fait une sorte de scoring des bénéficiaires, et de la même façon, on fait un scoring de l'aide à domicile. » (Directeur CIAS, département des Landes)*

Le rôle des applications numériques semble être un élément fort pour engager ce type de réorganisation. De même, la logique de tarification, engagée depuis plusieurs années, distinguant deux niveaux pour les SAAD (selon que le plan d'aide nécessite l'intervention d'une auxiliaire de vie ou d'une aide-ménagère) s'articule également avec cette vision du travail d'aide et de soin.

Ainsi, le modèle promu s'écarte nettement d'autres politiques innovantes en matière d'organisation du travail qui cherchent au contraire à s'inscrire dans la démarche « Buurtzorg » marquée par une recherche d'autonomie et de polyvalence la plus grande possible (cf. axe 3 du présent rapport). Cette vision d'une évolution possible de l'aide à domicile n'est d'ailleurs pas isolée et nous avons également pu la discuter avec des directeurs de structures associatives de grande taille (plus de 500 salariés) dans d'autres territoires. Là aussi, les ressources importantes consacrées aux services supports permettaient d'équiper l'organisation et de favoriser une plus grande division du travail appuyée sur une segmentation des profils de salariées et des tâches effectuées. Cette démarche était alors présentée comme un moyen de répondre aux contraintes tarifaires mais également de faciliter certains recrutements en période de « pénurie de main d'œuvre qualifiée ». Pour autant, bien que marquées par des approches en apparence opposées, cette logique partage, avec celle axée sur les « équipes autonomes », l'ambition d'une réelle professionnalisation des salariées et ces deux approches pourraient ainsi s'avérer plus complémentaires que substituables. D'autant plus que la logique de polyvalence semble au contraire mise en avant dans les établissements où la volonté de réduction de la frontière entre aides-soignantes et agentes de services est plutôt affirmée. Il faut enfin sûrement insister sur le fait que le rôle du contexte territorial et l'importance de la politique départementale ouvre des pistes d'organisations inaccessibles ailleurs dans de nombreuses autres situations : la mise en œuvre d'une forme « industrielle » de la division du travail nécessitant par exemple des organisations de taille suffisamment importante et le développement d'outils de pilotage (et de services les mettant en œuvre) là aussi suffisamment étoffés (en nombre et en compétence). Nous reviendrons sur ces enjeux en présentant le troisième axe du programme de recherche.

## Conclusion

Aujourd’hui, de nombreux indices permettent de faire l’hypothèse que la prise en charge des personnes en perte d’autonomie est considérée comme un « service de base » auquel chacun devrait avoir accès. Cette reconnaissance progressive a pris cependant place dans une période, des années 80 à aujourd’hui, où l’action publique, notamment à travers l’État-providence, est en crise tant sur le plan financier qu’idéologique. Ce contexte tend à la fois à ralentir l’intervention publique et à en modifier les mécanismes. Dans le champ du grand âge le choix d’une production directe par une fonction publique dédiée n’a pas été retenu (comme cela avait été le cas, au moins en partie, pour la santé et l’éducation). Le service est organisé avec une pluralité de dispositifs visant à solvabiliser les demandes perçues comme les plus légitimes et à abaisser le coût de leur production.

Pourtant, dès lors que les services concernés sont considérés socialement comme nécessaires, le mode de production est relativement neutre financièrement, tant pour les usagers que pour les pouvoirs publics. Le coût du service est en effet partagé entre la collectivité et l’usager, qu’il s’agisse d’un service public auquel l’usager contribue, ou d’un service marchand que la collectivité subventionne. En revanche le coût global peut différer selon deux éléments : la productivité des services d’une part et la qualité des emplois d’autre part.

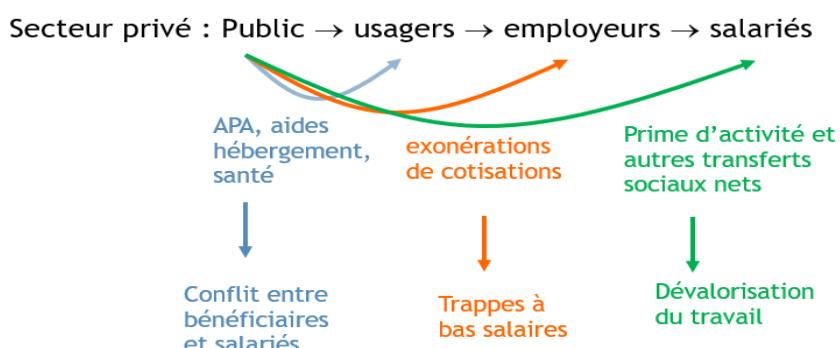
En effet, le recours au secteur privé pour produire des services d’utilité collective peut être défendu au nom des gains potentiels de productivité (voir par exemple Dewenter et Malatesta, 2001). Les mécanismes d’incitation propres à une organisation marchande seraient susceptibles, dans cette logique, d’améliorer la production et ainsi de réduire les coûts unitaires de production en accroissant l’efficacité. Or les spécificités des services étudiés rendent cet éventuel argument largement inopérant lorsque la production se définit par du temps passé auprès des bénéficiaires, comme cela est le cas dans les services d’accompagnement des jeunes enfants et des personnes âgées. Le volume de l’output est alors strictement identique à celui de l’input, ce qui rend les gains de productivité impossibles (Baumol, 1967). Seuls des taux d’encadrement plus faibles pourraient permettre des gains de productivité apparents, mais ceux-ci disparaissent dès lors que la qualité du service (elle-même définie par le taux d’encadrement) serait prise en compte<sup>20</sup>. Pour le dire autrement, dans un service d’accompagnement où l’on définit la qualité par le ratio nombre de professionnels/bénéficiaires et la production par une durée de présence auprès des bénéficiaires, la productivité est forcément constante.

Des effets qualités autres (liés par exemple au niveau de formation des professionnels) pourraient complexifier l’analyse mais cet élément tendrait alors à donner un avantage au secteur public au sein duquel les niveaux de qualification sont sensiblement plus élevés pour les métiers étudiés dans cette recherche. La monographie réalisée dans les Landes renforce

<sup>20</sup> Les travaux de Zuberi (2013) ont montré également le lien entre une réduction de la quantité de travail et la dégradation de la qualité du service dans le cas de l’entretien des locaux hospitaliers.

ce constat : le choix d'un service public soutenu par la politique départementale (et par les communes) permet de réelles mutualisations et des réflexions originales sur la façon dont les services peuvent être organisés. Plusieurs avantages découlent en effet du poids élevé du secteur public : la réduction de la concurrence facilite les recrutements et encourage l'homogénéisation de l'offre et l'amélioration de la coordination (coordination entre services de l'ARS et conseils départementaux ; coordination entre les CIAS ; coopération entre les communes ; etc.). Certes toutes les opportunités créées par cette logique ne sont pas pleinement exploitées à ce jour (à l'image de l'ouverture de passerelles plus nombreuses entre SAAD et EHPAD, voire d'autres services publics, pour faciliter la mobilité et les carrières des salariées) mais elles permettent d'ouvrir de nombreuses pistes de réflexion. Au total, le seul levier expliquant un coût plus faible du secteur privé par rapport au secteur public relève alors de la (basse) qualité des emplois. L'arbitrage principal porte ainsi sur les conditions de rémunération des salariés. Mais éviter la perte d'attractivité de ces métiers, ou que les travailleurs concernés demeurent sous le seuil de pauvreté tout en travaillant, implique que des financements publics viennent partiellement compenser les économies obtenues par l'abaissement de la qualité de l'emploi. Autrement dit, la stratégie de maintenir la délégation au secteur concurrentiel du service public du *care* ne constitue pas une réduction des dépenses publiques (celle-ci ne pouvant être obtenue que par une réduction du taux de prise en charge collective des besoins ou par une diminution des rémunérations des travailleuses en charge de les satisfaire) mais induit une complexification des circuits de financement. Loin d'être anecdotique, cette complexification joue un triple rôle sur le plan symbolique.

Le choix de subventionner les usagers plutôt que directement l'offre (logique cash for care) renforce le conflit potentiel entre les bénéficiaires du service (qui prennent le statut de « clients ») et les salariés qui le produisent. Le choix de solvabiliser l'accès aux services par la baisse de son coût apparent de production (via des exonérations de cotisations abaissant artificiellement le coût du travail) génère des trappes à bas salaires et exacerbe les tensions autour du salaire entre employeurs et salariés. Enfin, le choix de lutter contre le manque d'attractivité des métiers, en compensant la faiblesse des salaires par des prestations sociales, nourrit une image déqualifiée et dégradée du travail en question et alimente un cercle vicieux d'un faible consentement à payer de la part des bénéficiaires et d'une qualité limitée du service rendu.



Les estimations réalisées dans le cadre de cet article permettent de faire apparaître qu'un autre scénario est possible, celui du développement d'un service public du *care* porté par le secteur public, à l'image de ce que l'on connaît dans les domaines de l'éducation et de la santé. Le surcoût réel pour les finances publiques correspond aux dépenses nécessaires pour garantir des conditions d'emploi dignes aux salariées concernées et les faire passer de la catégorie des « métiers non qualifiés à bas salaires » à celle des métiers intermédiaires en termes de qualification et de niveau de rémunération. Cette évolution permettrait d'inverser la tendance à la polarisation du marché du travail français et de redonner au secteur public son rôle de stabilisateur (Davezies, 2023).

### Bibliographie de l'axe 1

- Balavoine, A. (2022). Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019. *Études et résultats, Drees*, (1237).
- BAUMOL W.J., (1967). Macroeconomics of Unbalanced Growth : the Anatomy of Urban Crisis, *The American Economic Review*, juin
- Bonnell, B. et Ruffin, F. (2020). *Les métiers du lien*. Rapport d'information de l'Assemblée nationale, n° 3126, 21 juin. Repéré à : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-eco/l15b3126\\_rapport-information#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-eco/l15b3126_rapport-information#)
- Brunel M., Carrère A. (2019), « La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. Quelles disparités entre départements ? », *Les dossiers de la Drees*, n° 34.
- Carrère, A. (2023). Perte d'autonomie des personnes âgées en France : pourquoi y a-t-il des différences territoriales ? *Revue économique*, 74(3), 345-372.
- Carrère, A., Roy, D., & Toulemon, L. (2023). *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives* (Doctoral dissertation, Institut des politiques publiques (IPP))
- Chapoulie, J. M. (2010). L'école d'État conquiert la France Croissance de la scolarisation et politique scolaire au XIXe et au XXe siècle.
- Chartier F., Ducatel V., Lainé F., Niang M. (2023), « Les tensions sur le marché du travail en 2022. En nette hausse avec la levée complète des contraintes sanitaires », *Dares résultats* n°59.
- Conseil de la famille du HCFEA (2023), *Vers un service public d'accueil de la petite enfance*, Rapport, mars 2023.
- Conseil économique social et environnemental (2022), *Vers un service public d'accueil de la petite enfance*, avis porté par M-A Blanc et P. Coton, 22 mars 2022.
- Conseil nationale de la solidarité pour l'autonomie (2023), *Vers un développement du service public territorial*, Rapport du 17 avril 2023
- Cookson, R., Propper, C., Asaria, M., & Raine, R. (2016). Socio-economic inequalities in health care in England. *Fiscal studies*, 37(3-4), 371-403.
- Cottin-Marx, S. (2021). *C'est pour la bonne cause ! Les désillusions du travail associatif*. Éditions de l'Atelier.
- Cour des comptes (2021), *Les services de soin à domicile : une offre à développer dans une stratégie territoriale de gradation des soins*, Communication à la commission des affaires sociales, décembre 2021.
- Dares et France Stratégie (2022), *Les métiers en 2030*, Rapport national.
- Davezies, L. (2023). Production de richesses et redistribution : les effets territorialisés de l'État-providence. *Informations sociales*, 209210(1), 23-30.

- De Ruyter, A., Kirkpatrick, I., Hoque, K., Lonsdale, C., & Malan, J. (2008). Agency working and the degradation of public service employment: The case of nurses and social workers. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(3), 432-445.
- Defresne M. (2016). Les enseignants du public sont-ils mieux payés que ceux du privé ? *Éducation & formations*, 2016, 92, pp.35-56.
- Delouette, I. & Nirello, L. (2016). Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 34, 387-408.
- Devetter, F. X., & Puissant, E. (2018). Mécanismes économiques expliquant les bas salaires dans les services à la personne. Une analyse centrée sur les aides à domicile. *Travail et emploi*, (155-156), 31-64.
- Dewenter, K. L., & Malatesta, P. H. (2001). State-Owned and Privately Owned Firms: An Empirical Analysis of Profitability, Leverage, and Labor Intensity. *The American Economic Review*, 91(1), 320–334. <http://www.jstor.org/stable/2677913>
- Direction générale de la fonction publique (2022), Fonction publique : chiffres clés, 2022. Edition 2022.
- Donier, V. (2012). Chapitre 1. Le droit au service public, reflet des obligations pesant sur les personnes publiques. *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, (1), 393-408.
- DREES (2020) *L'aide et l'action sociale en France, Fiche : l'allocation personnelle d'autonomie*.
- El Khomri, M. (2019). *Grand âge et autonomie : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024*. Ministère des Solidarités et de la Santé. Repéré à : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_el\\_khomri\\_-\\_plan\\_métiers\\_du\\_grand\\_age.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_métiers_du_grand_age.pdf)
- Eymard-Duvernay, F. (1989). Conventions de qualité et formes de coordination. *Revue économique*, 329-359.
- Folbre, N. (1994). Children as public goods. *The American Economic Review*, 84(2), 86-90.
- Freyssinet, J. (2005). Le travail dans la fonction publique, un continent peu exploré. *Le Mouvement social*, 212(3), 5-10.
- Gay, R. (2021). L'assurance maladie à l'assaut de l'hôpital public ? Des administrations en lutte pour le contrôle de la réforme hospitalière. *Revue d'histoire de la protection sociale*, 14, 94-119. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/rhps.014.0094>
- Gervais, J., Lemercier, C., & Pelletier, W. (2021). *La valeur du service public*. La Découverte.
- Gomez, P. Y. (1994). Qualité et théorie des conventions (No. hal-02297959).
- Guillemot, D. (2011). Travail dans le public et le privé: une intensification parallèle. *Travail et emploi*, (128), 23-40.
- Hély, M. (2008). À travail égal, salaire inégal : ce que travailler dans le secteur associatif veut dire. *Sociétés contemporaines*, 69(1), 125-147.
- Hermann, C., & Flecker, J. (Eds.). (2013). *Privatization of public services: Impacts for employment, working conditions, and service quality in Europe*. Routledge.
- Holzman, R. (2007). Secteur public, secteur privé: similarités et différences dans la gestion des ressources humaines. *Revue française d'administration publique*, (3), 409-421.
- Hugentobler, V. et Dallera, C. (2017). Tous égaux face à la relation d'aide et de soins à domicile ? Derrière la vitrine du libre-choix. Dans N. Burnay et C. Hummel (dir.), *Vieillissement et classes sociales* (pp. 193-220). Berne, Suisse : Peter Lang.

IGAS (2023) Qualité de l'accueil et prévention de la maltraitance dans les crèches, rapport, mars 2023.

Julhe, S., & Honta, M. (2014). ? Privé ou public: le «choix» du statut d'emploi au sein d'un même groupe professionnel?. *Formation emploi*, 128, 31-46.

Juven, P. A., Pierru, F., & Vincent, F. (2019). *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*. Raisons d'agir.

Léon, A. & Roche, P. (2018). *Histoire de l'enseignement en France*. Presses Universitaires de France

Libault, D. (2019). *Grand âge, le temps d'agir*. Paris, France : La Documentation française.  
Repéré à : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

Martin Ph.(2019), Les politiques locales en direction des personnes en perte d'autonomie : appropriation du cadre légal et diversité des pratiques dans le champ du médico-social, *in* Outin J.-L, Dauphin S. Politiques sociales locales- Programme de recherche de la DREES et de la CNAF. *Les dossiers de la DREES*, n°33, février, p.17-28

Messaoudi, D. (2012). La différenciation qualitative dans les services de l'aide à domicile : une lecture par les conventions de qualité. *Revue d'économie industrielle*, (138), 65-91.

[Observatoire national de la petite enfance \(2023\), L'accueil des jeunes enfants, édition 2023.](#)

Oldup (2023) Quel cadre de vie pour nos vieux jours ?

[https://www.oldup.fr/sites/files/oldup/fichiers/fichier\\_atelier/OLD-UP%20CADRE-DE-VIE.pdf](https://www.oldup.fr/sites/files/oldup/fichiers/fichier_atelier/OLD-UP%20CADRE-DE-VIE.pdf)

Reynaud F. (2020) Le taux d'encadrement dans les EHPAD Ses déterminants et ses alternatives, Dossiers de la Drees, Décembre, n°68. [Le taux d'encadrement dans les EHPAD \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

Thomas Frinault (2023) le département providence et la décentralisation, *Informations sociales* n°209-10, p. 31-39

UNA (2023) Analyse des coûts dans l'aide à domicile.

Ungerson, C., & Yeandle, S. (Eds.). (2007). *Cash for care in developed welfare states*. Basingstoke: Palgrave.

Vial, J. (2019). Chapitre VIII. L'éducation en France et à l'étranger de 1815 à 1945. Dans : Jean Vial éd., *Histoire de l'éducation* (pp. 64-87). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Villaume, S. (2015). Combien dépensent les familles pour la garde de leurs enfants de moins de 3 ans?. *Études et résultats*, (930), 8.

Zuberi, D. (2013). *Cleaning up: how hospital outsourcing is hurting workers and endangering patients*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

## Axe 2 : La délimitation des frontières du secteur et des professions

A quoi correspondent les « métiers du Grand âge » ? En se limitant aux intervenantes les plus directement confrontées aux personnes âgées elles-mêmes et aux niveaux de qualification considérés comme relativement faibles, au moins quatre professions sont concernées : aides à domicile, aides-soignantes, agentes de service hospitalier, aides médico psychologiques. Deux « mondes » se côtoient : celui du domicile et celui des établissements d'hébergement. Au sein de chacun de ces mondes, plusieurs types de services (SIAD, SAAD, SPASAD etc. d'un côté et Ehpad, résidence autonomie, résidence senior etc. de l'autre) et plusieurs conventions collectives se partagent un territoire des plus morcelés. Si cette hétérogénéité participe de la fragilisation des salariées, elle nourrit également un éclatement des identités professionnelles (Ribault, 2011) et complique la régulation publique.

Dans le cadre de ce projet, nous avons souhaité interroger de manière plus spécifique deux articulations complexes : la première concerne les relations entre soin et accompagnement social, la seconde entre domicile et établissement. Initialement différents types d'acteurs ont été pensés pour traiter de chaque situation séparément : les soins *infirmiers* à domicile relèvent des SSIAD tandis que *l'accompagnement* échoit aux SAAD, l'hébergement médicalisé s'effectue en Ehpad qui laissent l'accueil des personnes moins dépendantes à d'autres types de structures (voir tableau 1).

**Tableau 1. Les différents espaces de prise en charge des personnes âgées.**

	Domicile	Etablissement
Approche sanitaire	SSIAD	EHPAD
Accompagnement	SAAD	Résidence autonomie

Ce schéma établissant des frontières entre quatre espaces de prise en charge des personnes âgées demeure cependant très théorique et les zones de débordements sont nombreuses et alimentent, par exemple, des logiques de « glissements de tâches ». Des évolutions en faveur d'une remise en cause plus formelle de ces frontières sont également visibles : création des SPASAD ou, plus récemment, réforme des Services Autonomie adossant SAAD et SSIAD...

Ainsi l'aide à domicile est régulièrement rapprochée ou présentée comme partie intégrante du système de soin, notamment en raison du développement d'une offre alternative à l'hospitalisation. Elle demeure cependant, exclue des circuits de financements de l'assurance maladie et les salariées restent à l'écart des professions du soin au sens strict (Gallois, 2013), comme l'ont rappelé les nombreux débats autour de leur intégration ou non dans les bénéficiaires d'une « prime Covid » ou des effets du « Ségur ».

Parallèlement la seconde ligne de fracture qui traverse les métiers du vieillissement - en séparant les emplois du domicile de ceux des établissements – est également questionnée. En effet, les deux grandes modalités de prise en charge de personnes en perte d'autonomie (EHPAD et services d'aide à domicile) font face à des difficultés qui découlent, certes de la

faiblesse des financements qui leur sont consacrés, mais également des caractéristiques propres à leur modèle organisationnel : alors qu'en EHPAD, l'intensité du travail et la perte du sens liés à une forme d'industrialisation des processus (souvent renforcée lorsque les structures dépendent de groupes à but lucratif) sont au cœur des difficultés, les services à domicile se heurtent à la faiblesse des temps de travail (se répercutant sur les rémunérations mensuelles) et au sentiment d'isolement des intervenantes qui passent de domicile en domicile.

Actuellement, ce sont d'abord les structures d'hébergement qui font l'objet d'un rejet massif dans l'opinion publique, mais l'accent mis par les politiques publiques sur le domicile se heurte à la difficulté de prendre soin de personnes âgées atteintes par certaines pathologies particulièrement exigeantes en termes de présence humaine (Alzheimer par exemple). Les rapports publics s'intéressant aux questions de dépendance ont souligné la nécessité de dépasser cette dualité entre domicile et hébergement (rapport Libault en 2019, El Khomri en 2020). Dans ce contexte, des politiques publiques récentes ont en effet permis le développement de ces dispositifs qui existent depuis les années 1990. On peut notamment citer la loi ELAN de 2018 apportant une définition légale à l'habitat inclusif et la création du forfait habitat inclusif, ou plus récemment l'aide à la vie partagée, notamment porté par le rapport Piveteau et Wolfrom (2020).

Sur la base du constat que ces deux frontières sont de plus en plus questionnées, cet axe revient sur deux questions plus spécifiques. La première partie, à l'aide d'un cadrage statistique et de l'analyse d'un cas de SPASAD permettra d'interroger de manière plus large la question de la frontière entre le soin et l'entretien des logements, ainsi que le positionnement des salariées de l'aide à domicile. La seconde section portera sur le cas plus particulier des habitats inclusifs et sur la place des salariées dans ces dispositifs.

## Partie 1. La frontière entre le soin et l'entretien des logements<sup>21</sup>.

La première « frontière » que nous souhaitons interroger est celle qui touche à l'identité professionnelle des aides à domicile. En effet, celles-ci voient encore leur activité marquée par la proximité avec les tâches domestiques et d'entretien des logements. En d'autres termes, le secteur est traversé par la frontière entre soin et activités ménagères sans parvenir à faire valider socialement une identité propre adossée par exemple à la notion d'accompagnement. C'est cette frontière que nous interrogeons dans cette section en cherchant à étudier la place du « ménage » (relativement au « prendre soin ») dans la façon dont les salariées déclarent leur activité.

Autrement dit, que signifie l'activité de « ménage » dans le cas des salariées travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ? Définir la place de ces tâches dans le travail des professionnelles de l'aide à domicile comme dans les Ehpad demeure conflictuel (section 1). Le positionnement des salariées elles-mêmes sur cette question n'est d'ailleurs

<sup>21</sup> Cette section s'appuie en partie sur un article publiée dans la revue Gérontologies et Société : Devetter, FX. (2023). Quelle place pour le « ménage » dans le travail d'accompagnement des personnes âgées ? *Gérontologie et société*, 45(172), 149-156. <https://doi.org/10.3917/gs1.172.0149>

pas indépendant de l'organisation et de la régulation du travail. Il semble nourrir des liens complexes mais importants avec les conditions de travail. Ce conflit est ainsi d'autant moins anodin qu'il implique de nombreux enjeux tant pour la qualité des emplois que pour le type de régulation des services concernés (section 2). Enfin, les travaux qualitatifs sur certaines formes organisationnelles comme les SPASAD permettent de souligner le rôle de ce type d'organisation sur le positionnement des acteurs des SAAD (section 3).

### 1. La place conflictuelle du ménage dans la définition de l'activité des professionnelles

« On n'est pas des bonnes », ce type de remarque revient très vite dans les échanges avec les aides à domicile<sup>22</sup>. La plupart considèrent que leur travail se distingue de celui d'une employée de maison et qu'elles ne sont pas au service de personnes souhaitant déléguer les tâches qu'elles ne veulent pas ou plus effectuer, mais de personnes se trouvant, pour des raisons liées à leur état de santé, dans l'impossibilité de les effectuer elles-mêmes. Pourtant, l'intégration de l'aide à domicile au sein du champ des « services à la personne » au moment du plan Borloo a renvoyé les activités d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie dans l'univers domestique dont elles sortaient progressivement depuis les années 90 (et notamment lors de la loi de 2002 sur la Modernisation de l'action sociale). Si l'abandon, en 2002, du terme « aide-ménagère » pour privilégier celui d' « aide à domicile » avait été une étape symbolique dans la reconnaissance de la dimension médico-sociale du travail des intervenantes, le plan de développement des services à la personne en 2005 revenait à nouveau à une situation où toute prestation effectuée au domicile d'un « client » était comparable et méritait les mêmes exonérations socio-fiscales. Ainsi deux « histoires » parallèles continuent de se dérouler. Une première est poussée par les politiques de la vieillesse et se traduit par l'affirmation d'une profession du soin et du lien portée par la création de l'Allocation personnelle d'autonomie (APA), côté demande, et de diplômes (CAFAD puis DEAVS puis DEAES) côté offre. Une seconde est appuyée par les politiques d'emploi en faveur des emplois familiaux et l'externalisation des activités domestiques et reposa d'abord sur la faiblesse du coût des services (Bailly et al, 2015 ; Carbonnier et Morel, 2018). Dans la diversité des fonctions assurées par les aides à domicile, la place accordée au « ménage » demeure potentiellement conflictuelle. D'une part certaines professionnelles considèrent que leur qualification d' « auxiliaire de vie sociale » devrait les exempter de cette tâche ; d'autre part la perception des usagers, qu'il s'agisse des personnes âgées ou de leur entourage, tend encore souvent à réduire les interventions des aides à domicile à une prestation de nettoyage.

---

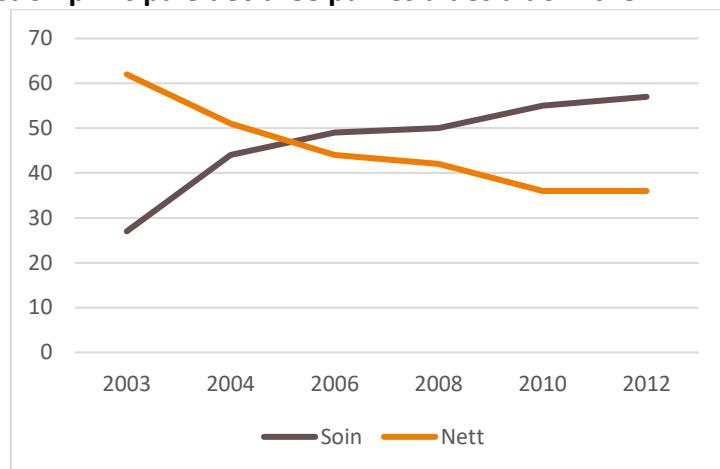
<sup>22</sup> Voir par exemple le billet de blog d'une salariée : [Je suis aide à domicile, celle qu'on appelle « la bonne » - je suis celle qu'on oublie | Le Club \(mediapart.fr\)](https://www.mediapart.fr/article/100318/je-suis-aide-a-domicile-celle-qu-on-appelle-la-bonne-je-suis-celle-qu-on-oublie)

Bien que le contexte soit différent, ce type d'ambiguïté se retrouve également dans les structures d'hébergement pour personnes âgées. Les différentes enveloppes de financements (soin, dépendance et hébergement) concourent à figer une division du travail entre celles qui soignent, celles qui accompagnent et celles qui nettoient. Les agentes de services sont ainsi bien souvent perçues comme du personnel assigné à l'entretien des locaux. Cette tendance est encore renforcée par les évolutions en faveur de l'externalisation des tâches de nettoyage auprès d'entreprises prestataires spécialisées rattachées à la branche de la propreté. Ainsi lors d'un échange avec une directrice d'Ehpad, cette dernière affirme dans un premier temps que pour un ASH (agent de service hospitalier) le temps de travail est intégralement dévolu à l'entretien des locaux avant de se raviser (à la suite d'un échange avec la gouvernante de l'établissement) et remarquer que les autres tâches (accompagnement, aide aux repas, travail relationnel, etc.) représentent au moins 30 à 40% du temps de travail. La porosité entre les missions d'accompagnement des personnes et d'entretien des locaux est permanente dès lors que les salariées interviennent en présence des bénéficiaires. Si cette situation se retrouve dans bien des contextes (notamment scolaire, Holley, 2014 ; Imbert 2020), elle est particulièrement centrale dans les activités auprès de personnes âgées dont les demandes en matière de relations sociales sont élevées (Edme, 2022).

L'ambiguïté dans la définition de la fonction principale des salariées se retrouve dans les données des grandes enquêtes statistiques relatives à l'emploi (Enquêtes Emploi, Insee) ou aux conditions de travail (Dares). En effet, dans ces enquêtes, une question porte sur la « fonction principale » et offre dix choix possibles parmi lesquels « entretien, ménage, gardiennage » et « éducation, soin aux autres ». De très nombreuses professions se rattachent à une seule fonction très majoritaire, ce qui est assez logique car la « fonction » est justement utilisée pour définir la PCS (profession et catégorie sociale). Ce n'est cependant le cas ni des aides à domicile ni des agentes de services hospitaliers travaillant en Ehpad, qui partagent leurs réponses entre 2 fonctions principales : « ménage » et « soin ». Les aides à domicile ont comme caractéristique de voir leur « fonction principale » se modifier assez substantiellement. En effet alors que les réponses sont très stables pour les employées de maison (96% de nettoyage en 2003 à 91% en 2012), les aides-soignantes (95% de soin en 2003 et 97% en 2012) et les ASH (50% de nettoyage et 33% de soin en 2004 à 47% de nettoyage et 33% de soin en 2012), les réponses des aides à domicile évoluent nettement : la proportion de réponse « soin » passe ainsi de 27% en 2003 à 57% en 2012<sup>23</sup> (graphique 1 et 2). Rien ne permet d'affirmer ici s'il s'agit d'un changement réel dans les tâches effectuées ou dans la perception sociale de ces dernières... mais l'essentiel, ici est que ces deux éléments renvoient à une question plus large : comment les salariées et la société conçoivent ces métiers ?

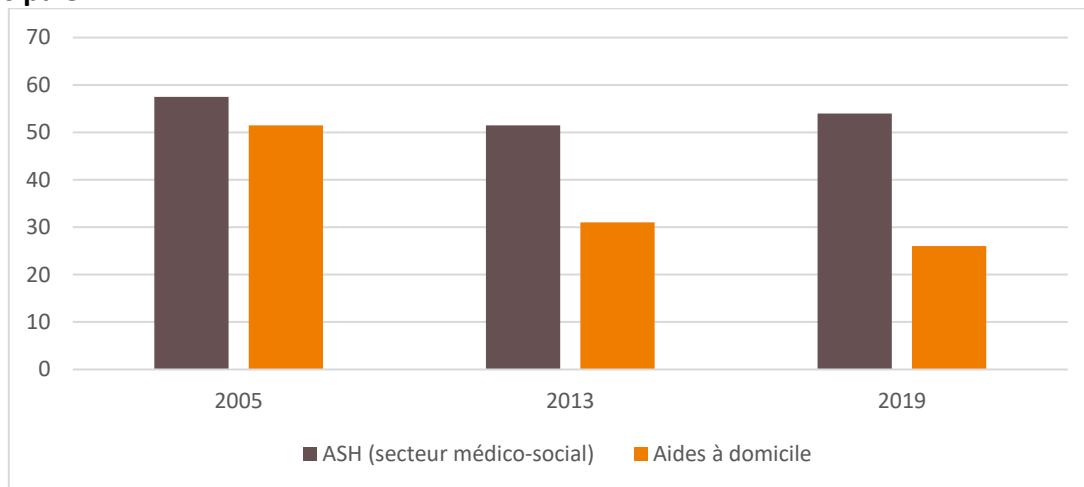
<sup>23</sup> On observe néanmoins une tendance similaire (et même encore plus marquée) pour les 525A – Agents de service des établissements primaires : la fonction « soin – éducation » passe de 21% à 59% entre 2003 et 2012. L'externalisation du nettoyage permettant de recentrer les missions des Atsem sur l'accompagnement, la croissance des postes d'auxiliaires de vie scolaire et les réformes relatives aux rythmes scolaires sont probablement les éléments moteurs de ces changements (voir Imbert, 2022 sur la profession d'Atsem).

**Graphique 1. Fonction principale déclarée par les aides à domicile**



Source : enquêtes Emploi, Insee, 2003-2012

**Graphique 2 : Part des ASH et aides à domicile déclarant le « nettoyage » comme fonction principale**



Source : enquêtes Conditions de travail, Dares, 2005, 2013 et 2019. Lecture : en 2005, 57,5% des ASH et 51,5% des aides à domicile du secteur médico-social déclaraient le nettoyage comme activité principale.

Le changement majeur entre 2003 et 2004 pourrait laisser penser à un biais lié à l'enquête mais cette rupture éventuelle ne s'observe pas pour les autres PCS étudiées (y compris les Agents de service des établissements scolaires primaires qui connaissent une évolution aussi forte sur les 10 ans mais sans « saut » marqué en 2003-2004). En revanche des changements substantiels dans la régulation de la profession des aides à domicile sont susceptibles d'avoir joué un rôle important. Ainsi on peut faire l'hypothèse d'un impact majeur de la loi 2002-2 et de l'accord de branche de 2003 qui diffusent le terme « d'auxiliaire de vie sociale », tandis que l'usage du terme « aide-ménagère » régresse au cours des années 90. Par la suite le changement est plus régulier et seules des hypothèses peuvent être faites quant aux facteurs liés à cette évolutions : augmentation de la formation ? effet du changement des bénéficiaires (augmentation du GIR moyen) ? rôle de l'accompagnement syndical ou de la

part des employeurs ? Chacun de ces facteurs est en effet associé à une affirmation du soin comme fonction principale plus importante (voir section 2).

L'évolution observée dans les statistiques est d'ailleurs, en partie, confortée par le regard porté par les « experts » et certaines politiques publiques : les diplômes liés à ces métiers se sont développés et se réfèrent explicitement au champ médico-social plusieurs rapports publics ont également défendu cet ancrage dans le soin (rapport Libault en 2019, El Khomri en 2020, Bonnel et Ruffin en 2020) et finalement la rénovation de la nomenclature des PCS en 2020 vient en partie valider cette reconnaissance dans l'aide à domicile en créant la catégorie 56D1 « Auxiliaire de vie sociale » distincte de la catégorie 56D2 « Autres aides à domicile ». Mais ces transformations demeurent très inabouties et restent conflictuelles (Divert, 2021) : si des diplômes existent, ils ne sont pas obligatoires pour exercer ces métiers et si la catégorisation professionnelle a – un peu – bougé pour une partie des aides à domicile, elle demeure inchangée pour les ASH. Symboliquement, pour la France, ces deux métiers demeurent rattachés à la catégorie des « agents d'entretien » dans les nomenclatures internationales qu'il s'agisse de la Classification Internationale Type des professions ou de l'ESeG (European Socioeconomic Group). Les enjeux en termes de gestion des ressources humaines sont également majeurs.

## 2. Quels facteurs associés au fait de déclarer le soin comme fonction principale ?

De fait, ce positionnement est loin d'être anodin. Pour en faire apparaître les enjeux nous cherchons à comprendre à quels facteurs il est associé : non seulement les caractéristiques socio-démographiques des salariées jouent un rôle essentiel et le cadre juridique et organisationnel dans lequel l'emploi est exercé semblent importants (section 2.1), mais les interactions avec la qualité des emplois et la valeur perçue du service produit sont également visibles (section 2.2).

### 2.1 Caractéristiques des salariées et inscription dans le « prendre soin »

Les comparaisons entre celles déclarant la fonction « soin » et celles déclarant la fonction « entretien » font apparaître plusieurs éléments importants qui convergent pour souligner une corrélation nette entre revendication du soin et engagement dans le métier. Ainsi l'âge et l'ancienneté sont fortement associés au type de fonction déclarée et ce tant en 2003 qu'en 2012. De même le temps de travail est significativement plus long lorsque les salariées s'inscrivent dans le « prendre soin » : la durée moyenne des salariées déclarant la fonction soin est sensiblement plus élevée que celle qui déclarent « nettoyer » : 26 versus 21 (en 2012) et 26,3 versus 23 (en 2003). Cette différence est en partie liée au type d'employeur mais s'observe néanmoins quel que soit le statut (tableau 1).

**Tableau 1 Durée moyenne de travail par fonction principale et type d'employeur**

	Durée moyenne qd fonction = soin	Durée moyenne qd fonction = entretien
Particulier employeur	21,9	17
Association	26,75	24,2
Entreprise	26,5	22,2
Secteur public	31	28,7
Ensemble	25,9	21,07

Source : Enquête emploi 2012, Insee

En effet le type d'employeur est clairement associé à la fréquence d'une inscription dans le « prendre soin ». Si le « nettoyage » a régressé pour toutes, il demeure important dans les déclarations des salariées en emploi direct et cela en dépit d'une communication régulière de la FEPREM sur l'importance des employeurs âgés<sup>24</sup>. L'évolution de la fonction principale déclarée est au contraire particulièrement nette dans le secteur associatif et le secteur public où respectivement 32% et 20% des aides à domicile déclarent encore le nettoyage et l'entretien comme fonction principale (tableau 2).

**Tableau 2 Fonction principale déclarée et statut de l'employeur**

En %	Particulier		Entreprise		Association		Secteur Public	
	2003	2012	2003	2012	2003	2012	2003	2012
<b>Autre</b>	10	5	ns	6	12	5	11	12
<b>Nettoyage</b>	64	44	ns	34	64	32	57	20
<b>Soin</b>	25	49	ns	59	24	63	28	68

Source : Enquête emploi 2003 et 2012, Insee. Lecture : 64% des aides à domicile en emploi direct (particulier employeur) déclaraient le nettoyage comme fonction principale en 2003.

Enfin, ces données confirment également le rôle majeur de la formation, initiale comme continue (Burie et al. 2021) : une formation avec spécialité « travail social » ou « santé » est associé à une déclaration plus fréquente de la fonction « soin » : 67% versus 55% pour les autres types de formation. Et inversement pour la fonction « nettoyage » : 23% versus 39%. De même le fait d'avoir suivi une formation même courte durant les trois mois précédents l'enquête est également nettement associé au fait de déclarer le fonction « soin » (variable FC5D) et cela quel que soit le type d'employeur (sauf dans le cas des entreprises ; cf. tableau 3)

<sup>24</sup> [Accompagner les particuliers employeurs en perte d'autonomie | Fédération des Particuliers Employeurs de France \(fepem.fr\)](http://fepem.fr)

**Tableau 3. Salariées déclarant la fonction « soin » selon le suivi ou non d'une formation dans les trois mois précédent l'enquête**

	% de salariés ayant suivi une formation durant les 3 derniers mois	% de salariées déclarant la fonction principale soin lorsqu'une formation a été suivie	% de salariées déclarant la fonction principale soin lorsqu'aucune formation n'a été suivie
Particulier employeur	1,5%	59%	43%
Association	9,5%	67,5%	60,5%
Entreprise	7%	52%	61%
Secteur public	14%	74%	69,5%
Ensemble	7%	67%	56,5%

Source : Enquête emploi 2012, Insee. Lecture : 1,5% des salariées en emploi direct ont suivi une formation au cours des 3 derniers mois.

Des analyses économétriques complémentaires ont permis de confirmer l'impact significatif de ces différents facteurs.

Parallèlement l'enquête Risques Psycho-sociaux (Dares, 2016), bien que sur un échantillon restreint, permet d'apporter quelques compléments. Le type de bénéficiaire est, logiquement, très important : s'occuper de personne en détresse est nettement associé à déclarer la fonction « soin » (59% de « soin » qd « détresse » versus 35%). De même les variables liées à la dimension collective de l'organisation semblent également jouer un rôle significatif : le fait d'être syndiqué ou sympathisant d'un syndicat, l'existence de discussion avec des représentants du personnels (cf. tableau 4)

**Tableau 4. Pourcentage de salariées déclarant la fonction « soin » parmi les aides à domicile**

		%
<b>Lien syndical</b>		
	Adhérent syndical	77
	Sympathisant	89
	Aucun lien	50
<b>Au cours des douze derniers mois, avez-vous participé à une discussion autour de problèmes liés à votre travail avec un représentant du personnel (délégué du personnel, délégué syndical, membre du CE ou du CHSCT ...) ?</b>		
	oui	79
	non	52
	sans objet	35
<b>Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre atelier ou de votre service, des questions d'organisation ou de fonctionnement de votre unité de travail ?</b>		
	Oui	
	Non	54
		50
<b>Avez-vous le sentiment de faire partie d'une équipe ?</b>		
	Toujours	60
	Souvent	53
	Parfois	54
	Jamais	41

Source : Enquête RPS, Dares, 2016. Lecture : 77% des aides à domicile adhérentes à un syndicat ont déclaré le soin comme fonction principale en 2016.

Ainsi, mettre en avant la dimension du soin aux autres implique également de porter un autre regard sur le cadre dans lequel s'exercent ces métiers et notamment sur la formation qu'ils requièrent et l'organisation du travail qu'ils nécessitent. Plus encore que d'autres activités, prendre soin nécessite des temps de prise de recul, de discussion collective sur le travail et la façon dont il est réalisé (Burie et al, 2021). Le calcul du temps de travail dans ce contexte ne peut se faire avec un chronomètre qui ne se déclenche que lors de la réalisation des tâches effectuées lors des interactions directes. Une illustration de cette question est particulièrement visible lorsque l'on compare le fonctionnement traditionnel des Services de soins Infirmiers à domicile (Ssiad) avec celui des services d'aides à domicile (Saad) : les premiers prévoient quasi systématiquement des temps de réunions hebdomadaires permettant d'échanger sur la situation des patients, les seconds doivent se battre pour réussir à, laborieusement, financer de maigres temps collectifs chaque mois... Au-delà de l'enjeu essentiel de la définition des temps et de ce qu'ils incluent, rappeler que les aides à domicile concourent au « prendre soin » implique de renforcer le rôle de la formation initiale et continue de souligner la nécessité d'un soutien apporté par un encadrement et des fonctions supports (ergothérapeute, psychologue, personnel médical, etc.). Plus globalement, c'est mettre l'accent sur les compétences mises en œuvre, la complexité du travail (Silvera et al, 2023) l'importance d'un collectif de travail pour bien faire son travail et tenir au travail. Or l'aide à domicile est encore aujourd'hui marquée par une pluralité de modalités d'emploi dont certaines apparaissent largement incompatibles avec la mise en place des ressources nécessaires, c'est typiquement le cas du système du particulier employeur qui instaure un face-à-face entre une personne dépendante et la salariée (Devetter et al, 2023). La relation personnelle peut être tout à fait bienveillante de part et d'autre... mais elle ne peut apporter le cadre collectif favorable au maintien d'une relation de « prendre soin » soutenable.

Dans les établissements d'hébergement c'est le recours à l'externalisation, *via* des entreprises prestataires spécialisées dans l'entretien des locaux qui pose question. Ce type d'organisation repose et conduit à renforcer une spécialisation des salariées. Une fois identifiés les agentes dédiées au « seul » nettoyage, elles sont de fait exclus de la communauté de travail en charge du soin et de l'accompagnement des personnes en considérant que le « nettoyage » n'est qu'une activité annexe, loin du cœur de métier de l'établissement. Les agentes d'entretien externalisées risquent alors de ne plus bénéficier de formations adéquates ni d'être intégrées dans l'organisation. Non seulement leurs conditions d'emploi sont dégradées mais la qualité du service est également plus que susceptible d'en pâtir : les processus d'externalisation et le renouvellement régulier des contrats conduisent généralement à une contraction des volumes de travail dédiés à l'entretien, à une baisse de la qualité technique de la prestation (qui peut se traduire par exemple par la hausse des maladies nosocomiales dans le cas des hôpitaux, Zuberi, 2013) et à un appauvrissement des tâches réalisées avec notamment la disparition des éléments relationnels (Devetter et Valentin, 2021).

Enfin, l'accent mis sur le travail de soin par rapport à celui correspondant à une « prestation de service » (notamment de nettoyage) interroge la place des organisations à but lucratif. En effet, traditionnellement, le soin est pris en charge par la sécurité sociale et s'inscrit dans une logique de solidarité tandis que l'achat de prestations de service relève d'une logique de consommation individuelle. Le champ du vieillissement est particulièrement marqué par la porosité de frontières : entre les prestations de confort et les actes de soins tant au domicile qu'en établissement la frontière demeure floue. Or cette situation s'appuie aussi sur le positionnement des professionnelles et la façon dont leurs tâches sont présentées qui dépendent eux-mêmes des stratégies des employeurs. Pour revendiquer la possibilité de faire du profit, les logiques de vente de service doivent prendre le pas sur celles d'accessibilité aux soins. La présence très inégale selon les territoires des services et des établissements privés ne peut être compatible avec l'égalité d'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie... mais reste parfaitement acceptable s'il s'agit de services marchands répondant à la demande de consommateur (Hugentobler et Dallera, 2017). Ainsi la convention sociale plaçant les aides à domicile du côté du soin ou du « nettoyage » n'est pas seulement déterminante pour les salariées elles-mêmes mais également sur la façon dont on peut envisager la régulation du secteur. Le refus de les intégrer dans le « prendre soin » apporte une justification à la libre concurrence et au maintien de l'ouverture de ce « marché » aux opérateurs à but lucratif.

## 2.2 Peut-on repérer un lien entre la qualité perçue des emplois et la déclaration d'une fonction « soin » plutôt qu'une autre fonction ?

Bien que le sens de la causalité ne soit pas évident à établir, le lien entre l'inscription dans le soin (plutôt que le nettoyage) et la qualité des emplois est très forte. Pour ces deux métiers, déclarer le « soin aux autres » comme fonction principale est associé à plus grande satisfaction au travail et un sentiment d'utilité plus important. Le « sens au travail » (Coutrot et Pérez, 2022) est nettement plus grand.

De même, un certain nombre de caractéristiques des emplois sont meilleures : rémunération, accès à la formation, coopération au travail, etc. En revanche, les conditions de travail physiques sont plus difficiles et l'exposition à certains risques psycho-sociaux plus importante. L'inscription dans le soin aux autres s'articule avec une identité professionnelle plus marquée et davantage valorisée. Elle pourrait ainsi jouer un rôle majeur dans la recherche d'une meilleure « attractivité » des métiers.

Le fait de déclarer la fonction « soin » modifie sensiblement la perception de l'emploi. Le sentiment d'autonomie est bien plus élevé : pouvoir mettre en œuvre ses propres idées, prendre des initiatives, apprendre de nouvelles choses concernent les salariées inscrites dans la fonction « prendre soin » 1,5 fois plus que celles déclarant « nettoyer » (tableau 5 ; voir également axe 3, partie 2).

**Tableau 5. Fonction déclarée et autonomie**

En %	Soin	Nettoyage
<i>Avez-vous la possibilité de mettre vos propres idées en pratique dans votre travail ? (toujours)</i>	41	28
<i>Votre travail nécessite-t-il que vous preniez des initiatives ? (toujours)</i>	53	37
<i>Votre travail vous permet-il d'apprendre des choses nouvelles ? (oui)</i>	75	50

Source : Enquête RPS, Dares, 2016. Lecture : 41% des aides à domiciles déclarant le soin comme fonction principale ont déclaré avoir toujours la possibilité de mettre en pratique leurs propres idées.

En revanche le travail effectué expose à plus de risques psychosociaux (devoir cacher ses émotions, penser à trop de choses à la fois, être émue, etc.) et au sentiment de « qualité empêchée » : la fierté du travail bien fait par exemple est légèrement moins fréquente (tableau 6 et 7).

**Tableau 6. Fonction déclarée et perception de la qualité du travail réalisée**

En %	Soin	Nettoyage
<i>Je ne peux pas faire du bon travail, je dois sacrifier la qualité (toujours ou souvent)</i>	11	13
<i>Il m'arrive de faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin (jamais)</i>	34	42
<i>Je dois faire des choses que je désapprouve (jamais)</i>	39	45
<i>J'éprouve la fierté du travail bien fait (toujours)</i>	36	42

Source : Enquête RPS, Dares, 2016. Lecture : 11% des aides à domiciles déclarant le soin comme fonction principale ont déclaré ne pas pouvoir faire du bon travail toujours ou souvent.

**Tableau 7. Fonction déclarée et charge émotionnelle**

En %	Soin	Nettoyage
<i>Je dois cacher mes émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur (jamais)</i>	18	30
<i>Je dois éviter de donner mon avis, mon opinion (jamais)</i>	27	40
<i>Je dois penser à trop de choses à la fois (jamais)</i>	17	36
<i>Dans votre travail, vous arrive-t-il d'être bouleversé(e), secoué(e), ému(e) ? (jamais)</i>	13	36
<i>Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé d'aller (de) travailler tout en pensant que vous auriez dû rester à la maison (n'auriez pas dû) parce que vous étiez malade ? (oui)</i>	60	42

Source : Enquête RPS, Dares, 2016. Lecture : 18% des aides à domiciles déclarant le soin comme fonction principale ont déclaré ne jamais devoir cacher leurs émotions.

Enfin le travail de soin est perçu comme – proportionnellement – moins reconnu, moins connu par les supérieurs et impliquant des attentes plus floues. D'un point de vue matériel il ne semble pas réellement mieux payé et entraîne ainsi un sentiment plus fort d'être mal payé (tableau 8). Le rapport entre les efforts supplémentaires fournis, la complexité et la pénibilité du travail accru et des rémunérations matérielles additionnelles très faibles semblent ainsi déséquilibré et ce constat statistique rejoint largement les résultats des entretiens qualitatifs. Ce décalage semble d'ailleurs renforcé par la crise sanitaire (Burie et al, 2021) ce que de nombreuses prises de positions syndicales ou via des collectifs multiples signalent également.

**Tableau 8 Fonction déclarée et sentiment de reconnaissance (en %)**

	Soin	Nettoyage
<i>Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que mérite mon travail. (Pas du tout d'accord, et Pas d'accord)</i>	21	13
<i>Les critères utilisés pour évaluer votre travail vous paraissent-ils pertinents ? (non)</i>	29	23
<i>Compte tenu du travail que vous réalisez, diriez-vous que vous êtes payées ? (plutôt mal et Très mal)</i>	58	47

Source : Enquête RPS, Dares, 2016.

Pour autant, le travail de soin semble jouer un rôle positif en termes de satisfaction et de bien-être au travail comme dans la vie en général. Ainsi les éléments positifs semblent l'emporter en dépit d'une reconnaissance matérielle limitée. Les éléments liés à une motivation intrinsèque et aux rémunérations symboliques (sentiments d'utilité par exemple) jouent un rôle déterminant mais l'intensité des revendications matérielles soulignent combien cet équilibre est précaire et pourrait être remis en cause. Plusieurs entretiens illustrent cette situation sous la forme d'un récurrent « je ne fais pas ce métier pour l'argent, mais... »<sup>25</sup>.

**Tableau. 9. Fonction déclarée et bien-être**

En %	Soin	Nettoyage
<i>J'ai la possibilité de faire des choses qui me plaisent (toujours ou souvent)</i>	54	46
<i>L'impression de faire quelque chose d'utile aux autres (toujours)</i>	65	50
<i>Seriez-vous ou auriez-vous été heureux que l'un de vos enfants s'engage dans la même activité professionnelle que vous ?</i>	26	11
Note sur 25 (bien-être OMS) ou sur 10 (score de satisfaction) ; moyennes		
<i>Score de bien-être de l'OMS</i>	15.6	17.5
<i>Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie privée ?</i>	6.7	6.6
<i>Pour l'essentiel, je suis satisfait(e) de ma vie professionnelle</i>	7.8	7.2

Source : Enquête RPS, Dares, 2016.

Au total, ces résultats issus de l'exploitation des enquêtes quantitatives relatives aux conditions de travail soulignent la possibilité d'un cercle vertueux associant un cadre d'emploi plus structuré – des formations plus importantes – une identité professionnelle davantage valorisée et enfin une qualité de l'emploi meilleure sur de nombreux points. Cette « voie haute » de l'évolution de l'aide à domicile s'oppose à la voie « *low cost* » favorisant les formes d'emplois les moins cadrées, l'absence de formation, une identité professionnelle dégradée et des emplois perçus comme pénibles et paupérisants. Le rôle de l'organisation du travail semble alors déterminant notamment quand celle-ci permet d'atténuer les

<sup>25</sup> Ces observations renvoient aux débats relatifs à l'importance relative des motivations intrinsèques et extrinsèques posés notamment par les articles de Heyes (2005) et Folbre et Nelson (2006).

frontières entre le « prendre soin » et l'accompagnement, à l'image des structures développant des Spasad.

### 3. Le rôle de l'organisation : l'exemple des Spasad ?

Ainsi, lors de notre enquête, nous nous sommes intéressés à des formes de mutualisation, d'organisation qui modifient le positionnement des aides à domicile (problématique que nous évoquerons à nouveau dans la partie 2 sur les salariées qui interviennent dans les habitats inclusifs). Sur cette question, les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) dont les services assurent à la fois les missions d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et celles d'un service d'aide à domicile, sont tout particulièrement intéressant. En effet, ces structures ont d'abord été pensées pour assurer une meilleure coordination des acteurs afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées (Schmid, 2017) mais les Spasad peuvent également être pensés comme un moyen de modifier les conditions de travail des salariées.

L'ASSO3 est tout particulièrement intéressante sur ce point. En effet, elle dispose de deux SPASAD. Dès 2013, le premier « Spasad intégré » est créé avec le SAAD et le SSIAD directement intégrés dans la structure. Puis un second a été développé avec une structure mutualiste. L'association porte enfin un projet d'EHPAD à domicile qui concerne pour le moment peu de bénéficiaires. Ainsi dans cette structure, la question du soin est particulièrement importante, comme en témoigne la place du « pôle soin » dans l'organigramme.

Les entretiens menés avec le directeur et la directrice de l'innovation de l'association nous ont tout d'abord permis de souligner le poids de la formation dans les différentes équipes tant côté SSIAD que côté SAAD. Ces formations communes permettent notamment de retravailler et rediscuter les frontières entre le soin et l'accompagnement :

« *Formation Spasad, réalisée en interne, avec tout un travail, plein de groupes de travail qui ont bossé sur plein de trucs, je passe les détails. Mais c'est vraiment « on n'est pas Spasad si on n'a pas passé deux jours à travailler sur nos pratiques ». Et on commence par faire de la déconstruction de l'image des métiers, c'est-à-dire « je suis soignant / je ne suis pas soignant », « je fais ceci / je fais cela », et on montre qu'il y a des conflits de légitimité entre les métiers, de diplômes, et des complexes d'infériorité et de supériorité qui sont inhérents à nos métiers qu'il faut déconstruire si on veut travailler ensemble.* (directeur, ASSO 3)

« *Pour illustrer justement cette... différence de culture entre aide et soin, à cette occasion et sur ces premiers temps de rencontre, c'est là que les aides-soignantes et les auxiliaires de vie découvrent qu'elles sont dans la même grille de rémunération de la convention collective. Elles n'en avaient pas conscience. A partir de ce moment-là « oui, mais nous on a fait plus d'études ». « Eh bien non, neuf mois et neuf mois », etc. Et donc, très concrètement, c'est une illustration de ces différences et de ces préjugés. Dans le module, on peut dire qu'il y a une partie sur le travail d'équipe, donc sur cette*

*déconstruction mais aussi sur la construction du travail d'équipe, sur la question aussi des transmissions à domicile, notamment. » (directrice de l'innovation, ASSO 3)*

Ainsi le travail en SPASAD est un moyen essentiel pour faire reconnaître ce que font les aides à domicile, ce que souligne la coordinatrice du SSIAD :

*« ... Comment dire ? Une espèce de concurrence, qui n'en est pas une, en fait, mais entre elles. Comme il y en a qui sont diplômées d'Etat, d'autres qui ne sont diplômées d'Etat, il y a une espèce de fantasme sur « elles travaillent moins bien, vous voyez bien que... ». Du coup, ça a permis de mettre à plat tout ça, et de se rendre compte qu'en fait, tout le monde travaillait bien. » (Coordinatrice SSIAD, asso 3)*

Pour les intervenantes à domicile, le fonctionnement en SPASAD permet une plus grande concertation et une meilleure connaissance des dossiers des bénéficiaires :

*« On a des réunions de concertation, une fois par mois, on essaie au maximum une fois par mois. Là, les AD et les AS viennent pour la réunion, et parlent des patients, donc... On mutualise des informations. Aux AD, ça leur permet d'avoir des fois un peu plus d'informations sur tout ce qui est pathologie du patient. » (Coordinatrice SSIAD, asso 3)*

*Oui parce qu'on a un cahier commun maintenant qu'on n'avait pas avant. Nous, on ne se permettait pas forcément d'aller voir dans le cahier des aides-soignantes et peut-être vice versa je n'en sais rien. Et on a des réunions de coordination une fois par mois à peu près avec le SSIAD, là c'est un peu compliqué en ce moment. Ce qui permet de mieux suivre les personnes qu'on a en commun même si moi je n'y vais pas pendant un certain temps je sais ce qui se passe quand même et je trouve ça bien*  
(intervenante SAAD, SPASAD, asso 3)

En ce sens le fonctionnement en SPASAD remet en cause les frontières entre soin et accompagnement non seulement dans le travail des unes et des autres mais également en termes d'identité professionnelle. Cette identité partagée se traduit notamment par des mobilités professionnelles qui semblent plus importantes qu'au sein des structures connaissant une organisation plus segmentée entre SSIAD et SAAD. Ainsi des passerelles se sont développées dans les deux sens : avec d'un côté des aides-soignantes qui travaillent dans le SAAD pour obtenir un temps plein et des intervenantes à domicile qui souhaitent passer un diplôme d'aide-soignante :

*« Disons... Oui, je crois que ça a donné des envies à certaines de repartir sur l'idée d'un diplôme AS. Et puis d'autres, pas. Ça permet de mieux connaître le métier. Déjà, effectivement, de voir les compétences en plus... voilà. Donc effectivement, ça peut permettre une montée un peu en diplôme. » (Coordinatrice SSIAD, asso 3)*

Au total, les observations et les entretiens réalisés autour du Spasad de cette association viennent confirmer les travaux statistiques en illustrant la possibilité de rapprocher les différents services à domicile mais également les différents métiers intervenants à domicile. Les réformes en cours en faveur des Services Autonomie à Domicile invitent également à un rapprochement entre les services d'accompagnement et les services de soin. Cette orientation prend la suite des expérimentations menées autour des Spasad et il nous a semblé utile d'interroger ce type d'organisation pour illustrer ce qu'elle peut produire sur les conditions d'emplois et la perception de l'identité professionnelle des aides à domicile. Cette

question centrale et la spécificité des évolutions engagées autour des Services Autonomie demandent cependant des travaux complémentaires qui ont été commencé notamment dans le cadre de la thèse d'Adèle Burie (en CIFRE au sein d'un cabinet accompagnant des entreprises et associations), sous la direction de François-Xavier Devetter. La réflexion sur les modèles organisationnels cherchant à dépasser les frontières traditionnelles traversant le champ des métiers de la perte d'autonomie a également pu s'appuyer sur l'analyse de plusieurs expériences d'habitats inclusifs.

## Partie 2. Quelle place pour les salariées dans les nouvelles formes d'habitat inclusif pour les personnes âgées ?

Le dépassement des frontières entre soin et accompagnement ne concerne pas que les services à domicile, il touche également la façon dont sont perçues les structures d'hébergement. La médicalisation des EHPAD crée en effet un « vide » entre le domicile classique et des structures d'hébergement pensées pour une population très dépendante. Ainsi le questionnement de la frontière soin/accompagnement est très interdépendant de celle entre domicile et établissement. Or si les enjeux sont essentiels pour les personnes âgées, ils sont également majeurs pour les salariées concernées.

Ainsi, c'est dans ce contexte que des formes nouvelles d'habitat inclusif sont envisagées. Portée par les évolutions des politiques publiques (loi ELAN, ou aide à la vie partagée plus récemment), leur mise en œuvre est d'abord pensée pour répondre à des besoins spécifiques des personnes dépendantes mais leur développement pose également des questions importantes pour les intervenantes professionnelles.

Quelle place occupent les salariées dans ces dispositifs innovants ? Peut-on espérer une forme de « double bénéfice » à la diffusion de ces expérimentations via une amélioration non seulement de la qualité du service, mais également de la qualité des emplois ?

La littérature scientifique existante sur les habitats inclusifs a permis de retracer un historique des dispositifs et de la manière dont ils ont été reconnus institutionnellement (Berthillot et Rapegno, 2019). Les travaux en sociologie ont porté sur l'impact sur les conditions de vie des personnes âgées (Rapegno et Rosenfelder ; 2023 ; Rosenfelder, 2017 ; Thalineau 2016 sur les habitats partagés en général). Ainsi à notre connaissance, il y a peu de travaux portant uniquement sur les conditions de travail des salariées intervenant dans ces dispositifs. Les hypothèses que nous formons sont encore fragiles et méritent assurément des travaux complémentaires, mais cette première étude exploratoire permet de pointer les opportunités qu'ouvrent ces nouvelles formes d'habitat pour les professionnelles ainsi que les difficultés auxquelles elles se heurtent.

Après avoir brièvement présenté les principaux traits des structures étudiées (1.), nous cherchons à souligner les avantages qu'elles offrent en matière de qualité de l'emploi (2.). Nous terminons en mettant en avant les risques potentiels et les ressources qui semblent nécessaires pour y faire face (3.).

## 1. Présentation des deux habitats inclusifs

Nous avons fait le choix de mobiliser les entretiens et observations réalisées dans deux habitats inclusifs distincts. Pour chacun des habitats, nous avons rencontré dans un premier temps la direction, puis l'ensemble des salariés qui y travaillent (voir la liste des entretiens en annexe 2). Nous avons également pu nous rendre sur place, et visiter les parties communes de l'habitation, ainsi qu'un logement. Les entretiens ont été complétés par des rencontres avec des directeurs d'autres habitats inclusifs ayant des fonctionnements assez similaires mais pour lesquels nous n'avons pas pour le moment rencontré les salariés. Les deux enquêtes ont été menées en 2021 et en 2022.

Les deux structures ont des fonctionnements assez différents que nous détaillons ci-dessous (tableau 11).

### 1.1 L'habitat inclusif 1 (ASSO 4)

La structure qui porte l'habitat inclusif est une association qui détient plusieurs EHPAD, deux résidences autonomie et un service mandataire d'aide à domicile (pour plus de détail, voir l'introduction de ce rapport). Deux maisons mitoyennes de 450m<sup>2</sup>, ont été construites en zone urbaine. La première maison a accueilli les habitants en octobre 2021, la deuxième ouvrira ses portes à la rentrée 2022. Nous avons donc réalisé notre enquête sur la première maison qui accueille 8 habitants. Ces maisons ont été pensées en s'appuyant sur l'approche Carpe Diem, du même nom que de la maisons Carpe Diem créée au Québec. L'objectif de ces maisons est d'accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou de maladies apparentées, mais à un stade peu avancé, en laissant de l'autonomie aux résidents pour ainsi tenter de ralentir la maladie. Concrètement, les personnes vivent collectivement dans une maison peu médicalisée, à la différence des EHPAD (pas d'ascenseur, pas de lits médicalisées, accès à la cuisine, ...), mais avec une présence 24h sur 24 d'intervenantes. Cela permet aux résident.es d'avoir leur propre rythme de vie (heures de réveil, de coucher, de repas) et de participer aux activités de leur choix (cuisiner, jardiner, sortir, ...).

En termes de financement, l'habitat inclusif bénéficie depuis 2021 du forfait habitat inclusif/animation. Une demande est en cours pour percevoir le financement d'aide à la vie partagée pour 2024. Et à cela se rajoutera un financement de coordination qui permettra de continuer à financer le poste de la directrice afin qu'il ne soit pas pris en charge par les habitants. La directrice de la maison gère la partie hébergement et le développement de la structure. Elle travaille en lien avec une chargée de projet, rattachée au service d'aide à domicile du groupe et qui s'occupe au sein de la maison d'un service mandataire de gestion des intervenantes au travers. Le choix a été fait d'opter pour un service d'aide à domicile mandataire, ce qui signifie que l'association gère les contrats de travail des intervenantes mais qu'elle n'est pas l'employeuse. Ce sont les huit habitants qui emploient les huit intervenantes à temps plein en CDI. Les intervenantes ont donc huit contrats de travail mais un seul virement pour le salaire car celui-ci est centralisé par l'association. Les personnes âgées peuvent bénéficier à un titre individuel de l'APA.

Les salariées sur place sont d'anciennes auxiliaires de vie à domicile ou d'anciennes salariées d'EHPAD. L'objectif pour la direction était d'avoir une mixité d'expérience professionnelle pour créer un espace entre l'EHPAD et le domicile.

*« On s'était dit aussi que nous, on serait aussi vigilante à ne pas embaucher que des personnes qui viennent d'un EHPAD parce que le but ce n'est pas de recréer un mini-EHPAD [dans la maison] donc même s'il y a la formation *Carpe Diem*, etc. Quelqu'un qui a travaillé pendant 20 ans en EHPAD, elle a forcément des automatismes. Si notre équipe, elle est composée à 100% de personnes qui viennent d'EHPAD, forcément au bout d'un moment on allait avoir des automatismes EHPAD qu'on ne voulait pas au sein [de la maison] donc voilà, on a eu de la chance de pouvoir créer un peu un mélange entre le domicile, l'établissement. Ce qui fait qu'on a une équipe qui se complète et qui viennent d'environnement complètement différent. »* (Chargée de projet, habitat inclusif 1, ASSO 4)

Le jour, six intervenantes se relayent afin qu'il y ait systématiquement deux intervenantes présentes en même temps au sein de la maison. La nuit deux intervenantes se relaient de manière à assurer la présence d'une d'entre elles chaque nuit. En plus de l'aide à la toilette et de l'entretien des logements, elles organisent les repas, surveillent les parties communes et sont en charge de l'animation (à l'intérieur et à l'extérieur de la maison).

### 1.2 L'habitat inclusif 2 (Asso 1).

Ici, c'est une association du secteur du handicap qui a porté le projet de l'habitat inclusif. Cette structure ne pouvant percevoir la PCH, elle a fait appel à un SAAD (ASSO1) pour intervenir au sein de la maison. L'habitat a été créé au sein d'un EHPAD déjà existant en centre-ville. Une aile du dernier étage de l'EHPAD est composée de 10 logements. Il y a 8 locataires qui sont des personnes handicapées vieillissantes, pour la plupart à la retraite. Elles sont pour le moment peu dépendantes. Les deux derniers logements sont pour des personnes (souvent étudiantes) qui en échange d'un loyer faible sont disponibles la nuit pour rassurer les résidents. Au sein de leurs logements, les habitants ont une salle de bain, un accès à une bouilloire et un micro-ondes, mais ils réalisent principalement leur repas dans la cuisine commune. L'habitat est en effet constitué d'une cuisine commune, d'une salle de convivialité et d'une lingerie. Les résidents préparent les repas avec les intervenantes le midi et mangent avec elles. Le soir ils se font livrer les repas de l'EHPAD. Le ménage n'est pas inclus et certains bénéficiaires le font eux-mêmes.

L'habitat inclusif existe depuis 2017. En termes de financement, il y a une PCH mutualisée pour financer environ 300h/par mois pour 6 intervenantes. C'est-à-dire qu'une partie de la PCH des habitants est directement versée à l'ASSO1. La PCH individuelle pour les plus dépendants leur permet de faire appel à une structure d'aide à domicile pour le ménage ou encore la toilette. Cette structure d'aide à domicile peut-être l'ASSO 1 ou une autre structure, les habitants ont la liberté de choix. La structure bénéficie également du forfait habitat inclusif qui devrait être transformé en forfait aide à la vie partagée, il a été obtenu pour 3 ans dans le cadre d'un AMI. Il permet de financer une personne pour l'animation embauchée par la structure du secteur du handicap.

Les salariées ici sont salariées de la structure d'aide à domicile (ASSO1). Elles ne travaillent pas à temps plein dans l'habitat inclusif mais consacrent 30 à 50% de leur temps travail (en général 2 créneaux de 4h). Les équipes ne s'occupent pas du ménage des logements, des toilettes des résidents, les habitants peuvent faire appel à d'autres structures (voir ci-dessus). Les IAD sont en charge de l'aide à la vie quotidienne : préparation des repas, réponses aux besoins individuels (prise de rendez-vous médicaux, accompagnement administratif), gestion des activités extérieures, etc.

**Tableau 11 : Synthèse des caractéristiques des deux habitats enquêtés**

	<b>Habitat inclusif 1</b>	<b>Habitat inclusif 2</b>
<b>Structure qui porte le projet</b>	Association qui gère plusieurs EHPAD, résidences autonomie et un service mandataire d'aide à domicile	Association du secteur du handicap qui a fait appel à une association d'aide à domicile
<b>Habitants</b>	8 personnes avec la maladie d'Alzheimer + 2 logements	8 personnes handicapées vieillissantes + 2 logements
<b>Financement</b>	Forfait habitat inclusif (puis AVP) APA individuelle	Forfait habitat inclusif (puis AVP) PCH mutualisée PCH individuelle
<b>Intervenantes</b>	8 salariées (6 de jour et 2 de nuit) des 8 personnes (via le service mandataire)	6 salariés de la structure d'aide à domicile (30 à 50% de leur temps de travail)
<b>Coordination</b>	-Directrice de la maison salariée de l'association -Chargée de projet rattaché au service mandataire d'aide à domicile	-Animateur rattaché à l'association du secteur du handicap -Cadre handicap et inclusion de l'association d'aide à domicile.

## 2. Un modèle qui évite les écueils de l'aide à domicile et de l'EHPAD ?

Ce type d'expérimentation est d'abord tourné vers les bénéficiaires : personnes âgées ou personnes en situation de handicap. Il s'agit de répondre à des attentes qui ne trouvent de réponses adéquates ni en EHPAD ni au domicile traditionnel. Pour autant, ces nouveaux modèles organisationnels ont des conséquences importantes pour les salariées et peuvent constituer une opportunité d'amélioration des conditions de travail et d'emploi. Nos travaux, exploratoires, mettent en avant notamment trois éléments marquants : l'amélioration de l'organisation des temps de travail et l'allongement des durées rémunérées (2.1), le renforcement de la dimension collective du travail et la possibilité de développer les ressources support (2.2) et enfin un enrichissement possible des tâches effectuées (2.3).

C'est d'ailleurs ce que souligne le directeur de l'ASSO 1 :

*« Et puis après l'habitat inclusif ça vient cocher deux cases : ça vient cocher des interventions de 4h au lieu de 4 fois 1h ; et ça vient cocher une deuxième case qui est la montée en compétences sur des missions beaucoup plus intéressantes. ».*

## 2.1. Une organisation du travail moins contraignante qu'à domicile

La première opportunité, par rapport à l'aide à domicile « classique », est de dépasser les contraintes liées à la multiplicité des lieux d'interventions et notamment le temps partiel (ou la rémunération partielle du temps de travail) qui en découle. Dans les deux structures, sont soulignés les avantages sur la réduction des déplacements, et les interventions sur des créneaux plus longs.

Dans le premier habitat inclusif, la mutualisation de l'emploi auprès de 6 à 8 particuliers ouvre la possibilité de construire des temps complets et d'aménager le temps de travail sur une base assez proche de celle que l'on observe en structures d'hébergements classiques. Un roulement est par exemple mis en place et permet de partager les contraintes temporelles : un planning prévoit la rotation des horaires sur six semaines sur la base de postes de travail du matin (7h – 14h30), de journée (7h-18h), d'après-midi (14h30 ou 16h – 22h) et enfin de nuit (21h30 – 7h30). De même les intervenantes travaillent un week-end sur deux. Les contraintes temporelles sont donc plus lourdes (en termes d'horaires atypiques) que dans l'aide à domicile mais elles permettent en revanche d'atteindre des temps pleins et les rémunérations correspondantes. Ainsi les salaires mensuels atteignent environ 1650€ nets soit sensiblement plus que la moyenne observable dans l'aide à domicile (environ 1000€). Ce fonctionnement permet également de réduire de manière importante les temps de trajet.

Dans le deuxième habitat inclusif, les salariés continuent à faire des interventions dans d'autres domicile et y réalisent seulement 30 à 50% de leur temps de travail. Les interventions sont de 10h à 14h ou de 16h30 à 20h30. Selon la direction, le critère de compétences est important, mais on voit que cela a permis aussi de proposer une activité à des salariés souffrant d'atteintes physiques à leur santé. Il est ici intéressant de voir que contrairement au premier habitat inclusif, il n'y a pas non plus une volonté de travailler totalement dans l'habitat : en effet, si les salariés citent l'aspect moins fatigant grâce à la limitation des déplacements ainsi qu'à des activités ne relevant pas seulement du ménage, elles soulignent par contre, les difficultés psychologiques liées ce travail. Il est par contre intéressant de voir que pour certaines des salariées, l'habitat inclusif peut constituer une « pause » dans leur semaine de travail :

*« C'est une pause parce que c'est un travail différent... voilà c'est... je prends par exemple moi je vais le lundi matin... mais par exemple l'après-midi, le vendredi après-midi, le matin j'ai fait ma journée de domicile donc je fais aide à la toilette, deux aides à la toilette et une pause ménage dans ces familles. Donc l'après-midi je vais pour plutôt de l'animation, de la gestion, de l'accompagnement personnalisé, de la balade, enfin voilà quoi ... dans la même structure j'veais tout avoir et puis on*

*voit... voilà ça va être différent. On va travailler différemment qu'à domicile et c'est une vraie pause oui c'est une pause parce que on est moins dans la course même si des fois ça peut être tendu mais on n'est pas du tout ... mais vraiment on est dans une autre atmosphère » (intervenant, habitat 2, ASSO1).*

Même si cela n'a pas forcément été pensé comme tel, on trouve aussi des salariées ayant eu des soucis de santé qui peuvent ainsi continuer leurs activités. Par ailleurs, parmi les six intervenantes du deuxième habitat inclusif, trois sont en situation de monoparentalité. L'habitat inclusif n'a pas été pensé non plus pour améliorer les conditions de travail des mères dans ces situations familiales particulières, néanmoins la moitié des intervenantes ayant choisi de travailler dans cet habitat (voir axe 4 du projet) sont des mères seules.

## 2.2. De nombreuses ressources collectives

La seconde dimension qui apparaît positive en comparaison avec les modèles organisationnels traditionnels de l'aide à domicile et des EHPAD correspond à l'existence de ressources collectives facilitant la réalisation des tâches et la coopération entre intervenantes. La mutualisation des moyens permet de recourir à des intervenants extérieurs réguliers : un binôme d'infirmières, une kinésithérapeute, une orthophoniste sont par exemple régulièrement mobilisées.

Dans le premier habitat inclusif, un encadrement de proximité est rendu possible avec la présence au quotidien de la directrice et d'une chargée de projet au sein de la maison. Il est donc relativement facile pour les intervenantes de les interpeller lorsqu'elles souhaitent faire part de quelque chose. De plus, une réunion d'équipe a lieu tous les deux mois où sont présentes trois intervenantes (les trois autres sont réunies le lendemain), une personne en service civique et les responsables de la maison. Un compte-rendu est rédigé par les responsables suite à ces réunions. Les intervenantes peuvent alors faire part de leurs souhaits ou des difficultés qu'elles rencontrent et parfois proposer de nouveaux modes d'organisations. Le fait de faire partie d'une expérimentation permet aussi de valoriser le travail fait notamment via la direction générale :

*« Comme je vois [le directeur du groupe] qui est mon patron depuis longtemps. C'est vrai qu'il vient aussi souvent ici. Après c'est ça la différence d'avoir une petite échelle. C'est ce que je disais, souvent je le dis "j'ai travaillé pendant 19 ans en EHPAD, il n'a jamais su comment je m'appelais par contre quand il vient aujourd'hui c'est "bonjour [prénom]". Ça aussi ça fait du bien pour sa satisfaction personnelle aussi d'être identifié en tant que personne parce que quand on est en EHPAD, on est tellement nombreuses qu'on va vous prendre pour l'infirmière, l'aide-soignante, on ne sait pas. Les personnes ne savent même pas à qui ils s'adressent. » (Intervenante, habitat 1, ASSO4)*

Au-delà, la dimension collective du travail permet des échanges entre professionnelles et les formes d'entraide semblent fréquentes, et cela d'autant plus que le travail est peu formalisé et laisse une grande place à l'autonomie des salariées dans l'organisation des tâches. La mise

en place de temps de pause est également un autre exemple d'avantages permis par l'existence d'un collectif de travail. Enfin, La dimension collective permet un partage d'informations et un transfert de compétences perçus comme importants par les intervenantes, même si, parfois, ces tâches de coordination ajoutent une charge de travail nouvelle. En effet, il est demandé aux intervenantes de réaliser des transmissions écrites entre intervenantes. Elles doivent tout d'abord rédiger des fiches détaillées de la vie de chaque résident (ex : heures de réveil/coucher, repas) destinées aux familles. Il y a également divers cahiers pour échanger entre les intervenantes : un cahier principal pour indiquer les difficultés du jour et des cahiers thématiques selon les missions (cahier de repas pour les menus, cahier de planification du ménage, ...). Un cahier est également dédié à la communication avec les responsables de la maison. Les intervenantes parviennent également à se croiser notamment lors des changements de poste jour/nuit, elles peuvent donc faire des transmissions orales à ce moment-là. Pour certaines intervenantes cela représente une charge de travail qu'elles n'avaient pas à gérer dans leur précédent métier :

*« C'est vrai que sur ça c'est une charge. Ce qu'on avait en EHPAD, les transmissions c'étaient beaucoup plus les soignantes ou les infirmières qui faisaient les transmissions, vers la fin on a pu intégrer cette transmission. Mais c'est vrai qu'ici c'est beaucoup de papiers à écrire, beaucoup de choses à écrire donc ça prend du temps<sup>26</sup>. » (Intervenante, habitat 1, ASSO4)*

Dans l'habitat inclusif 2, les salariés travaillent souvent en binôme et parlent d'une vraie équipe de travail. Comme pour le premier habitat inclusif, elles ont une relation de proximité avec l'encadrement à la fois de la cadre handicap et inclusion de l'ASSO 1 qui gère directement le recrutement des intervenantes et le suivi de leurs missions au quotidien. Elles ont également l'appui de la coordinatrice de l'association du secteur du handicap, qui est normalement chargée du recrutement de l'animateur et qui se rend régulièrement sur place pour vérifier la cohérence entre les valeurs et les pratiques au quotidien dans l'habitat inclusif.

Les salariées soulignent également que le collectif de travail a émergé via un groupe whatsapp :

*« Après pas seule non plus parce qu'avec nos smartphones on peut communiquer avec nos responsables ou collègues aussi, et j'ai la chance de croiser des collègues à l'habitat inclusif. On se croise hein, ça ne dure pas longtemps mais non on n'a pas l'impression d'être seule » (intervenante, habitat 2, ASSO1).*

Cela révèle alors un soutien entre collègues en cas de difficultés :

*« Non... ce n'est pas le cas mais justement on est un groupe vraiment soudé et celui qui arrive pas il délègue à une autre personne qui connaît mieux, et puis vice versa,*

---

<sup>26</sup> Il est intéressant de noter que ce temps est de fait inclus dans le temps de travail car réalisé au sein de la maison. Les temps équivalents au domicile classique sont bien souvent, totalement ou partiellement, non comptabilisés.

*moi des y a des choses où je vais être moins à l'aise et où ma collègue va être plus apte à faire donc on s'échange vraiment les missions et ça se passe très très bien comme ça » (intervenante, habitat 2, ASSO1).*

Nous ne développons pas ici de manière plus importante la question du collectif de travail qui est abordée dans la partie 3 de ce rapport.

### 2.3. Autonomie et polyvalence

Enfin, une dernière particularité du travail réalisé par les intervenantes dans le cadre de ces formes innovantes d'habitat inclusif mérite d'être souligné : l'organisation très horizontale des tâches et la taille réduite des collectifs permettent de développer une forte autonomie mais également une réelle polyvalence, notamment par rapport au travail parfois perçu comme très standardisé ou industrialisé en EHPAD.

Dans l'habitat inclusif 1, les professionnelles sont d'ailleurs qualifiées « d'intervenantes polyvalentes ». Concrètement, la polyvalence s'appuie d'abord sur de nouvelles missions : gestion complète des repas (planification, courses, préparation, budget...) pour l'ensemble des personnes vivant dans la maison (soit régulièrement 12 personnes), accompagnement et réalisation des toilettes pour quelques résidents, mise en place d'activités dans la maison et en dehors avec la gestion d'un budget commun, travail ménager, etc. L'ensemble de ces tâches correspond certes à celles demandées soit aux aides à domiciles soit aux salariées des EHPAD mais, ici, la spécialisation découlant de la division du travail est bien moindre et ces missions peuvent être planifiées et réalisées de manière autonome et collaborative.

Pour chaque créneau de travail, les intervenantes ont listé les missions qui leur semblaient importantes. Elles ont ainsi eu une autonomie dans le choix de tâches et au quotidien elles sont également amenées à sortir de leur rôle et à s'entraider afin de s'adapter aux besoins des habitants. L'enrichissement des tâches est également permis par la création de fonctions de « référente » pour des missions bien spécifiques : « course et caisse » pour la gestion du budget quotidien, « diététique et nutrition » pour donner des idées de menus et contrôler leur équilibre, « protection » pour contrôler les stocks et l'accès aux produits, ... A nouveau, ce modèle organisationnel permet de donner plus d'autonomie et de diversifier les tâches effectuées.

Il arrive que les intervenantes ne soient pas d'accord entre elles sur des potentielles modifications d'organisation, ce qui leur demande de réfléchir et débattre collectivement :

*« Alors il y a des personnes pour qui le planning ne dérangeait pas en tant que tel donc qui ne voyait pas l'intérêt de changer. [...] Donc il y en avait quatre qui n'était pas d'accord et deux qui voulaient faire ça parce que ça les arrangeait. Au final en réfléchissant ensemble à une situation, elles ont trouvé la possibilité de conserver leur weekend de trois jours et de décaler le 7h-18h à un autre moment pour rendre la charge de travail moins difficile. Donc elles se sont mises d'accord entre elles donc sur ce point-de-vue-là, je trouve qu'en travaillant et en réfléchissant avec elles, je trouve que c'est beaucoup plus intéressant parce que moi je ne peux pas dire "si vous allez faire ça" alors que moi je n'accompagne pas*

*et que je ne suis pas en mesure de dire "oui c'est difficile, non ce n'est pas difficile", je ne le fais pas. » (Chargée de projet, habitat 1, ASSO4)*

Elles reconnaissent d'ailleurs toute une flexibilité horaire dû à cette polyvalence. En lien avec la polyvalence, les intervenantes ne sont plus cadrées par un planning strict comme il en existe en EHPAD et dans l'aide à domicile (ex : toilette de 30 minutes). Elles peuvent s'adapter aux besoins et envies des résidents qui sont eux aussi libres en termes d'horaires, que ce soit pour les heures de lever/coucher ou pour les repas. C'est un point très apprécié par les intervenantes :

*« Enfin il n'y avait pas de maltraitant en soi, mais de la maltraitance dans le fait de ne pas répondre à une personne. Donc moi c'est vrai que même vis-à-vis de mes collègues en EHPAD, elles me disent "oui mais tu en fais trop, tu es fatiguée". J'en fais trop mais c'est parce que c'est dans ma nature, je ne peux pas, si quelqu'un me parle, lui dire "non je ne te parle pas parce que je fais ça". Qu'ici c'est ça qui est bien, on a toujours ce temps-là. » (Intervenante, habitat 1, ASSO4)*

La gestion de la polyvalence a pu par contre être difficile pour certaines salariées. En effet, pouvoir gérer cette polyvalence est une compétence importante pour travailler au sein de ces maisons et les intervenantes qu'elles aient travaillé en EHPAD ou à domicile en ont rarement eu l'expérience. L'enjeu est donc pour la direction de leur présenter la réalité professionnelle à laquelle elles seront confrontées.

Les intervenantes venant de l'EHPAD peuvent rencontrer des difficultés pour s'organiser seule sans hiérarchie et effectuer toutes les missions qui étaient auparavant partagées entre les différentes professions :

*« C'est vrai qu'au début c'était quand même beaucoup de choses, la polyvalence était énorme. Au départ, on pouvait être un peu surmené parce qu'on a l'impression que c'est beaucoup de choses qu'il faut assimiler, parce que voilà dans un EHPAD tout est cadré : les infirmières, les aides-soignantes, ... Là on fait toutes les fonctions : on donne les médicaments, on fait à manger, on les accompagne à la toilette. » (Intervenante, habitat 1, ASSO4)*

Tandis que celles venant du domicile ont souvent plus de facilité avec cela car elles ont eu l'habitude d'organiser en autonomie leurs interventions. Cependant ces intervenantes peuvent avoir du mal à gérer plusieurs activités et plusieurs personnes en même temps. Ça a été le cas pour une ex-aide à domicile qui a démissionné en expliquant rencontrer des difficultés à gérer la polyvalence :

*« En toute transparence, je pense que la polyvalence ce n'était pas forcément ce qui était évident pour elle. C'était une dame qui venait du domicile et elle l'a verbalisé d'elle-même. Elle accompagnait une personne à la fois au domicile et puis à la maison, il faut parfois effectivement accompagner plusieurs personnes. Alors accompagner c'est être à la cuisine, c'est en même temps avec une vigilance sur la porte qui est ouverte parce que ça fait partie de notre approche, c'est en même temps gérer certaines situations. Voilà donc y a ça, il y a effectivement la polyvalence donc quand on est au domicile c'est parfois une chose à la fois : c'est soit on prépare le repas ou on partage le repas. » (directrice, habitat 1, ASSO4)*

Dans l'habitat 2, les IAD, en l'absence d'un animateur pendant la crise du COVID, ont pris en charge les tâches en lien avec l'animation (voir 3.2). Elles organisent les sorties à l'extérieur, elles gèrent des groupes. Ainsi la polyvalence et l'existence d'un collectif se renforcent mutuellement en donnant à la notion de « collectif » une nouvelle dimension en intégrant les bénéficiaires. En effet, la dimension collective renvoie certes aux collègues mais aussi au fait de pouvoir proposer des activités à un groupe de personnes, et ne pas être uniquement dans une relation individuelle avec un bénéficiaire :

*On est sur un autre travail, on est sûr de l'aide aussi, de l'animation aussi parce que c'est ce qu'on cherche aussi dans l'habitat inclusif c'est pouvoir aider, mais aussi animer un collectif. Et du coup on gère beaucoup, beaucoup de choses, tout en concentré.*

*Quand on est à domicile, il faut gérer des choses mais c'est un peu diffus. Là, dans un habitat inclusif, on a 8 personnes et 8 personnes qui sont différentes et il faut les aider dans certaines tâches. Après l'animation : on anime sur des ateliers cuisine, créatif, loisir, les sorties. (intervenante, habitat 2, ASSO 1).*

En effet, la relation aux habitants est différente de celle observable dans un EHPAD ou à domicile. Les intervenantes ont une proximité importante avec les habitants, un suivi plus régulier. De plus, elles développent de nouvelles activités collectives qui renvoient à la question du développement de leurs compétences. De même elles sont aussi en charge de la relation avec d'autres professionnels de santé (ce que l'on retrouve également dans les SPASAD) (voir partie précédente). La configuration relationnelle dans un habitat collectif est ainsi particulièrement riche (Devetter et al. 2018) et évite le face-à-face individuel ou de placer une salariée face à une pluralité de bénéficiaires, éventuellement en désaccord entre eux (Devetter et al. 2023). La dimension collégiale semble pouvoir au contraire se développer dans ce type de structure.

Ainsi, les salariés développent aussi des compétences autour de la mise en relation avec d'autres professionnels :

*« Il y a plutôt des bénéfices dont je vous ai parlé : réduction des kilomètres, réduction des déplacements, plage horaire plus longues, et puis sens à l'intervention, qualité de l'intervention, accompagnement plutôt que ménage pur, valorisation, on en revient toujours mais valorisation des compétences, valorisation des savoir-faire, des savoir-être, et tout ce lien avec les professionnels : il leur revient à elles, aux professionnelles de l'habitat inclusif, de contacter un tuteur, de contacter une infirmière, de contacter l'aide-soignante » ( cadre handicap et inclusion, habitat 2, ASSO1)*

La question se pose alors, notamment dans l'habitat 2, de la reconnaissance des formations suivies par les salariés et de la revalorisation de leurs salaires dans le cadre de l'avenant 43. Pour le directeur de l'ASSO1, la reconnaissance des compétences mobilisées dans le cadre de l'habitat inclusif est primordiale. Des formations spécifiques sur les pathologies rencontrées lors de ces accompagnements sont en cours. La logique de formation était déjà présente avant les habitats inclusifs. Il y a alors un enjeu de valoriser financièrement ses compétences nouvelles acquises, notamment via l'avenant 43 :

*« Donc oui pour nous, l'habitat inclusif l'intérêt c'est bien de démontrer... Enfin non, l'intérêt c'est bien de permettre à nos salariés de diversifier les missions, de monter en compétences et de prendre des responsabilités et du coup : avenant 43, de valoriser cette montée en compétence. Ce n'est pas du tout d'aller chercher de l'activité qu'on a déjà ++. » (Directeur, ASSO1)*

Une organisation du travail moins contraignante et des temps de travail rémunérés accrus, des ressources collectives plus importantes et une autonomie associée à une possible montée en compétence plus forte, les expérimentations d'habitats inclusifs que nous avons étudiés paraissent très favorables à une amélioration de la qualité des emplois en permettant d'éviter les principaux écueils du travail en Ehpad comme à domicile. Mais ces expérimentations sont-elles aisément diffusables ? La question se pose non seulement parce qu'il s'agit de projets développés par des acteurs particulièrement engagés, mais aussi en raison des fragilités que révèlent ces expériences notamment en matière de structuration juridique et de financement ainsi qu'en termes de reconnaissance formelle du travail effectué (typiquement à quelle classification se référer ?). Ces incertitudes conduisent les acteurs à construire des solutions *ad hoc* qu'ils présentent parfois eux-mêmes comme des formes de « bricolages ».

### 3. Entre bricolage juridique et mobilisation de ressources externes : la difficile mise en place des habitats inclusifs.

Pour autant, ces expérimentations se heurtent également à des difficultés certaines qui nécessitent des ressources non négligeables pour les contourner. Des choix différents ont alors été faits entre les deux habitats inclusifs. En effet, comme dans de nombreuses expérimentations, des bricolages ont été mis en place et nous avons pu repérer de nombreux points de blocage notamment en lien avec la pérennité des financements et des dispositifs. La question du porteur de projet est importante et dans les deux cas, on voit le bricolage qui a été mis en place pour parvenir à développer les projets. Dans le premier cas, ASSO 4 porte le projet. Cela permet une autonomie dans la gestion et dans les tâches confiées aux IAD. La difficulté repose sur le financement des contrats de travail. Le choix a alors été fait d'externaliser les intervenantes (3.1). Dans le second cas, ASSO 1 ne porte pas le projet. Il n'y a pas ici l'enjeu de l'employeur puisque c'est ASSO 1 qui embauche les salariées qui par ailleurs interviennent aussi dans des domiciles. L'enjeu se situe ici sur la reconnaissance du travail des IAD par rapport aux salariées de la structure du secteur du handicap porteuse de l'habitat (3.2). Dans les deux cas, le « bricolage » pour parvenir au montage des projets révèle une incertitude sur la viabilité du projet sur le long terme (3.3).

#### 3.1 Qui est l'employeur ?

La première difficulté est d'ordre juridique : qui est employeur ? L'habitat inclusif 1, mais aussi d'autres structures dont nous avons pu rencontrer les directeurs, s'appuient sur l'emploi par les personnes âgées elles-mêmes via un service mandataire. Ici, encore plus que

dans le cadre de l'aide à domicile traditionnelle, le particulier employeur est une fiction qui permet de contourner un certain nombre d'obligations reposant sur les employeurs 'traditionnels' et permet d'obtenir le bénéfice de certains avantages socio-fiscaux.

L'objectif ici est de diminuer les coûts pour les habitants, la structure coutant 3500 euros par mois. Au-delà de la déduction d'impôts sur les cotisations et sociales et patronales en tant que particulier employeur, le fait de passer par un service d'aide à domicile permet aussi à l'ensemble des habitants de bénéficier de l'APA. Certes, les structures concernées visent à réduire le plus possible les impacts négatifs de ce modèle sur les salariées, cependant, les intervenantes interrogées soulignent bien les difficultés de leur statut et de l'intermédiaire du service mandataire. Trois difficultés sont principalement soulignées.

La première difficulté provient de la variation du salaire du fait de la rotation du planning sur 6 semaines et des remplacements mutuels qu'elles peuvent faire. Les intervenantes ne font pas le même nombre d'heure par mois et étant embauchées dans un service mandataire, elles ne touchent donc pas exactement le même salaire tous les mois. Il n'y a pas, comme pour les services prestataires, une modulation qui permet d'équilibrer les heures réalisées sur une année. Il y a également parfois des erreurs dans le comptage des heures réalisées et donc cela se répercute sur la paie, ce qui amène certaines intervenantes à surveiller le décompte des heures :

*« Même en termes de..., après c'est tout nouveau pour elle aussi, la dame qui s'occupe des fiches de paie, c'est vrai qu'il y a énormément d'erreurs, si on ne regarde pas derrière. Moi je sais que le mois dernier, il me manquait... j'ai eu une régul de 250h, ce n'est pas rien. Mais si on ne vérifie pas... » (Intervenante, habitat 1, ASSO4)*

La question du paiement des vacances est aussi une source de difficultés. Les intervenantes doivent apprendre à gérer le fait que leurs congés leur sont payés chaque mois (environ 150 euros de leur salaire mensuel) et donc à anticiper le fait qu'elles ne toucheront qu'une partie de leur salaire le mois de leurs vacances.

Enfin le nombre de fiches de paies conséquents (8 par mois) complique les tâches administratives :

*« En fait si vous voulez au moment où j'ai postulé pour le poste, moi j'étais en séparation et ça a été très compliqué de trouver un logement parce que j'avais huit fiches de paie avec des écarts entre mes anciennes fiches de paies et mes nouvelles. Les propriétaires, ils ne comprenaient pas. Ils se posaient des questions "oui mais vous avez huit CDI, huit CDI en plus avec huit fiches de paie avec des petits montants". C'est pour ça que j'avais demandé à Madame Dante de faire un récapitulatif : voilà je fais bien 35h par mois, quasiment autant par mois, parce que sinon je ne trouvais pas de logement, on ne me donnait pas alors que j'avais un cdi et un salaire fixe. » (Intervenante, habitat 1, ASSO4)*

Il est intéressant de souligner que pour certaines intervenantes ces problématiques administratives, et même parfois la différence de salaire par rapport à leur précédent emploi semblent mineures comparées à la qualité de travail acquise dans l'habitat inclusif :

*« Je ne vais pas vous voiler la face, je ne regarde pas mes fiches de paie, je n'ai pas lu le contrat, moi je fais confiance. Et ça se passe bien donc je ne vois pas pourquoi au*

*final... Voilà, on sait très bien que par rapport à nos contrats, on sait très bien qu'on est payé à l'heure prestée comme du domicile, on est à temps plein. C'est vrai que je ne m'attarde pas à ça, ce n'est pas ce qui m'importe. Je vais même vous dire, et à ma collègue [intervenante B] elle vous le dira, parce qu'elle, elle travaillait au [EHPAD du groupe], au niveau financier on perd mais quel confort de travail. Donc moi je préfère perdre 200 balles et avoir un confort de travail. » (Intervenante, habitat 1, ASSO4)*

### 3.2 L'enjeu de la reconnaissance du travail effectué par les aides à domicile

Dans les deux habitats, c'est le forfait habitat inclusif qui a permis de prendre en charge la coordination et l'animation. Cela constitue un enjeu majeur dans l'ensemble des habitats inclusifs (Emicité, 2023). Dans l'habitat 1, le forfait habitat inclusif permet de couvrir le salaire de la directrice qui est chargée de la coordination de la maison. Dans l'habitat 2, la question de l'animation de la vie partagée a été plus complexe. En effet, le projet est porté par une structure du secteur du handicap qui a pu bénéficier du forfait habitat inclusif pour le financement d'un animateur. Avec la crise sanitaire du COVID-19, ce sont les salariées de l'ASSO 1 qui, de fait, se sont chargées de l'animation. On perçoit ici un point de tension entre la structure porteuse du projet et l'association d'aide à domicile. En effet, du côté de la structure du handicap, l'animation ne correspond pas uniquement aux sorties et différentes activités mais repose sur une réflexion autour de la prise de décision des habitats, qui nécessite une formation que n'ont pas les IAD.

*« Là où ça peut avoir ces limites c'est justement sur le projet de vie social et partagé, moi je suis quand même assez persuadée que la compétence éducative est nécessaire. Ça ne veut pas dire qu'ils n'en ont pas du tout mais on n'a pas la même formation quand on est AVS ou quand on est éducateur spécialisé ou moniteur-éducateur » (Coordinatrice, association secteur du handicap, habitat 2)*

Cela révèle une différence de définition sur ce qui est entendu par animation :

*« Ça ne remet pas du tout en question la valeur des personnes ou leurs compétences, c'est que ce n'est pas le même métier. Et que pour moi la vie sociale et partagée, ce ne sont pas seulement des activités à la journée comme des sorties à la mer, ça va au-delà de ça. C'est comment on travaille l'autodétermination, c'est comment on va chercher la parole de la personne. » (Coordinatrice, association secteur du handicap, habitat 2)*

Pour l'ASSO 1, au contraire, les IAD ont les compétences pour réaliser ces tâches :

*« Et, c'est-à-dire que nous on a impulsé tout ce qui était autour de l'animation de la vie sociale et partagée et on ne peut pas du jour au lendemain, nous dire, on ne souhaite pas qu'on nous dise : bah non, retournez à la préparation de vos repas, non. Nous, on sait qu'on a des compétences. Et cela participe aussi de la transformation de l'offre médico-sociale. Les services d'aide à domicile se transforment tout autant que les établissements, tout autant que les autres établissements de service. » (cadre handicap et inclusion, habitat 2, asso1).*

C'est d'ailleurs une question importante dans l'ASSO 1, qui, de manière générale, s'est positionnée vers une prise en charge de cas de plus en plus complexes :

*« C'est vraiment le parti pris d'Asso1 que de ne pas rester cantonné à des activités : aide aux repas et puis point barre. Vraiment le parti pris d'Asso1, c'est de pouvoir mettre en*

*avant tout ce qu'on travaille, tout ce qu'on accompagne auprès des locataires parce que cela participe de l'animation de la vie sociale et partagée » (cadre handicap et inclusion, habitat 2, asso 1).*

L'objectif étant aussi pour l'association de pouvoir porter seule sur le long terme des projets d'habitat inclusif.

### 3.3 Quel équilibre financier pour les structures ?

Nous avons vu précédemment que dans les deux habitats, les temps collectifs, ainsi que les ressources additionnelles (formation, encadrement de proximité) sont un des vecteurs importants d'amélioration de la qualité des emplois. D'ailleurs, dans l'habitat 1, les salariées embauchées plus tardivement et qui ont bénéficié d'un moindre temps de formation rencontrent plus de difficultés pour s'engager dans le projet. La structure tente de pallier à ces difficultés en favorisant les transferts d'informations entre intervenantes. Certes la mise en œuvre de ces éléments est grandement facilitée par le mode d'habitat qui crée et ancre matériellement le collectif de travail mais encore faut-il que des ressources financières viennent stabiliser ces apports. Or celles-ci ne sont pas automatiquement liées au modèle d'habitat. En effet, dans les deux cas, c'est bien grâce aux ressources propres des structures que les habitats parviennent à se maintenir.

Dans le cas de l'habitat inclusif 1, il faut souligner que la structure est adossée à un groupe associatif lui-même bénéficiant de financements importants au regard des normes du secteur et peut compter sur l'appui (notamment en personnel d'encadrement) du service mandataire d'aide à domicile. Elle bénéficie par ailleurs de financements exceptionnels au titre de l'expérimentation. Enfin elle recourt à une part importante de travail « peu couteux » via l'emploi de plusieurs jeunes en services civiques. Les salariées rencontrées ont insisté sur le rôle majeur que ces derniers jouaient sur la qualité et la stabilité de l'organisation et de la charge de travail :

*« Non, je dirais quand même que les services civiques, encore une fois elles sont quand même super importantes. On serait d'ailleurs vraiment triste de devoir s'en passer, on le ressentirait très fort, vraiment tout ce qu'elles amènent quand même dans la maison, en plus des intervenants. C'est complémentaire, elles sont vraiment complémentaires avec l'équipe et c'est vraiment tellement bien tout ce qui est mis en place, au quotidien toutes les sorties, activités que si on ne les avait plus, on le ressentirait. Donc c'est pour ça que je vous dis ça dépend ce qu'on entend par indispensable. Deux intervenantes dans la maison pour huit habitants ça nous semble quand même bien, mais en sachant qu'il y a la polyvalence donc c'est clair que si on devait s'en passer on aurait tendance à dire qu'elles sont indispensables tant elles amènent quand même beaucoup de choses. »*

*(Directrice, habitat inclusif 1, asso 4)*

Dans le cas de l'habitat inclusif 2, l'encadrement intermédiaire est complètement pris en charge par les structures. En effet, du côté de l'ASSO 1, c'est la cadre handicap et inclusion de l'association qui s'occupe de la gestion et du suivi des équipes. De plus, l'association du secteur du handicap met à disposition une partie de son temps de travail pour gérer la coordination au sein de l'habitat inclusif. Enfin, c'est grâce au forfait habitat inclusif, qu'un financement a été possible pour l'animation.

Ainsi, au moment, où nous avons réalisé les entretiens, les deux structures étaient en attente de l'« aide à la vie partagée », dont l'objectif serait de pérenniser ces financements de coordination. En effet, pour le moment, les structures ont bénéficié de financements ponctuels, donc non pérennes, suite à des AMI par exemple.

Ainsi sur le plan des moyens, la généralisation de ce modèle semble donc complexe, au-delà de « l'aide à la vie partagée ». On voit bien comment les deux structures ont fait appel à leurs ressources propres pour éviter notamment que le coût soit trop important pour les habitants. Les structures ont des financements fragiles, ceux sont par exemple les associations qui prennent en charge les coûts quand il y a une vacance d'un logement.

### Conclusion

Ainsi, les services qui s'adressent aux personnes en perte d'autonomie semblent l'objet d'une double fracture.

La première oppose le monde sanitaire au monde issu des emplois domestiques, laissant le champ médico-social dans un entre-deux souvent inconfortable et cherchant sa propre identité professionnelle (Dussuet, 2016). La façon dont la fonction principale des salariées s'occupant des personnes âgées et de leur cadre de vie est définie est un des points de conflits entre ces deux approches et illustre les tensions autour de la reconnaissance du travail à domicile. L'observation concrète des missions réalisées (les tâches et leurs finalités) montre combien le prendre soin et le nettoyage sont inextricablement liés. C'est en ce sens que la réponse relève de la convention sociale. Le choix de celle-ci est cependant loin d'être anodin : elle détermine non seulement la place sociale qu'occupent les professionnelles mais également la valeur et la dimension marchande ou non de leur activité. Les enjeux économiques sont ainsi également majeurs tant sur les niveaux de salaires considérés comme légitimes que sur le maintien des aides accordées à des employeurs qui ne peuvent que difficilement s'inscrire dans une logique de service médico-social (particuliers employeurs et opérateurs marchands).

La seconde fracture oppose les services à domicile aux structures d'hébergements. Pour les professionnelles, les modèles organisationnels dominants les exposent à de nombreuses difficultés et se traduisent par une faible attractivité des métiers. Nous avons ainsi cherché à observer les effets sur les conditions de travail et d'emploi de nouvelles formes d'accompagnement des personnes âgées visant à dépasser l'opposition binaire Ehpad / Saad.

Au total, les premières observations sur les emplois qui prennent place dans ces nouvelles formes d'habitat montrent qu'ils semblent offrir de réelles opportunités d'amélioration des conditions de travail. Par rapport à l'aide à domicile ils permettent de lutter contre l'isolement et facilitent des temps de travail plus longs (et donc mieux rémunérés) tout en restant soutenables sur le plan de l'intensité. Par rapport au travail en EHPAD, le rythme semble plus réduit, l'autonomie et la polyvalence plus grandes. Cependant, ces réussites ne sont possibles qu'au prix de la mobilisation de ressources importantes et laissent encore les salariées face à la fragilité de leurs contrats de travail. Plus encore ce modèle semble adapté à des populations bénéficiaires bien spécifiques et ne peut donc constituer un modèle

unique. Il apparaît néanmoins comme une opportunité pour compléter l'offre d'accompagnement des personnes âgées tout en apportant des pistes d'amélioration des conditions de travail. Typiquement, l'articulation entre ce type de maison et des structures plus classiques d'aide à domicile pourrait permettre de diversifier les postes et créer des passerelles entre domicile et hébergement. De même ce modèle souligne la porosité des frontières entre le soin, l'accompagnement et le travail ménager et invite à repenser la configuration des métiers.

L'ensemble de ces nouvelles formes d'organisation illustrent la diversité et la richesse des réflexions visant à transformer l'accompagnement de la perte d'autonomie. Ce foisonnement touche également les services d'aide à domicile et les Ehpad plus traditionnels notamment dans leur volonté de développer les collectifs de travail.

## Bibliographie de l'axe 2

- Argoud, D. (2011). De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë. *Gérontologie et société*, 2011/1, vol.34, n°136, p.13-27
- Bailly, F., Devetter, F. X., & Horn, F. (2013). Can working and employment conditions in the personal services sector be improved ? *Cambridge Journal of Economics*, 37(2), 299-321.
- Bertillot, H. & Rapegno, N. (2019). L'habitat inclusif pour personnes âgées ou handicapées comme problème public. *Gérontologie et société*, 41(159), 117-132
- Bonnel B. et Ruffin F., (2020), « Les métiers du lien », Rapport d'information de l'Assemblée nationale, n° 3126, 21 juin.
- Burie A, FX Devetter et J. Valentin (2021) L'impact de la crise sanitaire sur la perception des compétences et la formation professionnelle des agents d'entretien et des aides à domicile, projet de recherche lancé par la Dares sous l'égide du le comité scientifique de l'évaluation du PIC (2021)
- Carbonnier C. et N. Morel, *Le retour des domestiques*, Le Seuil, Paris, 2018, 106 p.
- Coutrot T. et C. Perez (2022) Le sens au travail. Le seuil, Paris.
- Devetter FX, A. Dussuet, L. Nirello et E. Puissant (2022) Les collectifs de travail dans les métiers auprès des personnes âgées : fragiles, fragilisés mais indispensables. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 9, 250-274
- Devetter, F. X. et Valentin, J. (2021). *Deux millions de travailleurs et des poussières - L'avenir des emplois du nettoyage dans une société*. Les petits matins.
- Divert, N (2021) « Les enjeux contradictoires de la professionnalisation du secteur des soins au regard de la création du Bac pro ASSP », *Formation emploi*, vol. 156, no. 4, pp. 13-30.
- Dussuet, A. (2016). « Genre, frontières du travail domestique et marges du salariat. Le cas des aides à domicile », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 17, no. 2, pp. 123-141.

- Edme, S. (2022). Que font les aides à domicile? Une analyse de la double compétence en action. *Gérontologie et société*, 44(1), 261-278.
- El Khomri, M. (2019). Grand âge et autonomie : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024. Ministère des solidarités et de la santé.
- Emicité (2023). Vivre dans une communauté Alzheimer : toute une communauté pour prendre soin. Rapport pour la fondation Mederic Alzheimer, Novembre.
- Gallois, F. (2013). L'aide à domicile, parent pauvre du système de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31(1), 15-29.
- Holley, S. (2014). The monitoring and enforcement of labour standards when services are contracted out. *Journal of Industrial Relations*, 56(5), 672-690.
- Hugentobler, V. & Dallera, C. (2017). Tous égaux face à la relation d'aide et de soins à domicile ? Derrière la vitrine du libre-choix. In N. Burnay & C. Hummel (Eds), *Vieillissement et classes sociales* (pp. 193-220). Berne : Peter Lang
- Imbert A. (2022), « Quand les ATSEM entrent en classe. Histoire d'une lutte juridictionnelle à l'école maternelle », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 20 | 2022, mis en ligne le 12 avril 2022, consulté le 08 février 2024.
- Imbert, A. (2022). Quand les ATSEM entrent en classe. Histoire d'une lutte juridictionnelle à l'école maternelle. *La nouvelle revue du travail*, (20).
- Libault, D. (2019). Grand âge, le temps d'agir. *La documentation française*, Paris.
- Piveteau D., Wolfrom J. (2020), Demain, je pourrais choisir d'habiter avec vous. Rapport pour le premier ministre, juin.
- Rapegno, N. & Rosenfelder, C. (2023). Pratiques des espaces dans les habitats alternatifs, quels accès aux sociabilités ?. *Gérontologie et société*, 45(171), 65-81
- Rosenfelder, C. (2017). *Les habitats alternatifs aux dispositifs gérontologiques institués : des laboratoires d'expérimentation à l'épreuve de la fragilité et de la dépendance des personnes âgées*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Strasbourg.
- Schmid, C. (2017). Les spasad expérimentaux, une offre encouragée pour une meilleure prise en charge. *Vie sociale*, 17, 151-157
- Silvera R.(coord), L. Chassoulier, FX Devetter, S, Lemièvre, M. Pucci et J. Valentin (2023) Investir dans le secteur du soin et du lien aux autres : un enjeu d'égalité entre les femmes et les hommes. Rapport IRES.
- Thalineau, A. (2016). Venir vivre dans un habitat pour personnes âgées. *Gérontologie et société*, 38(150), 127-139.
- Zuberi, D. (2013). *Cleaning up: how hospital outsourcing is hurting workers and endangering patients*. Cornell University Press.

## Axe 3 : Les modalités d'organisation du travail et de gestion des ressources humaines

Le constat des difficultés rencontrées par l'aide à domicile en termes d'attractivité et de conditions d'emploi est unanime et bien documenté. De nombreux travaux ont souligné l'exposition des intervenantes à domicile à de multiples contraintes tant physiques que psychologiques (Devetter et al. 2023). Ils ont également montré qu'un des principaux leviers de transformation du secteur passe par des revalorisations salariales et une amélioration des financements publics (voir également axe 1 de ce rapport). Pour autant la dimension financière n'est pas seule en cause et la question des modalités d'organisation du travail sont également au cœur des préoccupations de nombreux acteurs : réseaux associatifs (notamment l'UNA<sup>27</sup> ou l'ADMR<sup>28</sup>), entreprises (Guiny, 2020 ; Desnoes et Dupuis, 2020), CNSA<sup>29</sup>...

En effet au-delà de l'aspect financier, deux dimensions ressortent comme particulièrement préjudiciables à la qualité de l'emploi des aides à domicile et qui peuvent, au moins au premier abord, apparaître contradictoires : d'un côté elles semblent privées de nombreuses ressources leur permettant de tenir et de « bien faire » leur travail, de l'autre elles peuvent subir le poids d'injonctions et de contraintes fortes sur la façon de réaliser leur travail. En d'autres termes, l'aide à domicile est exposée à la fois à un risque d'isolement *et* à un risque de travail marqué par une forte hétéronomie.

Ce troisième axe du projet de recherche s'est ainsi concentré sur le rôle de l'organisation du travail. Dans un premier temps nous nous sommes intéressés à la façon dont les « collectifs » arrivent à se constituer, aux obstacles qu'ils rencontrent et à ce qu'ils apportent en termes de qualité du travail et de l'emploi dans l'aide à domicile mais aussi dans les EHPAD. Ces travaux ont donné lieu à un premier article publié dans le *Journal de Gestion et d'Économie de la Santé (partie 1)*<sup>30</sup>. Dans un second temps, nous avons cherché à étudier le fonctionnement et les effets de modèles organisationnels innovants centrés sur la constitution d'équipes plus ou moins autonomes. Une partie conséquente de nos travaux empiriques ont été consacrée à ces expérimentations. Les premiers éléments d'analyse qui en découlent sont présentés dans la partie 2 de cet axe. Ils demeurent néanmoins encore inaboutis à ce stade.

---

<sup>27</sup> [UNA Formation \(una-formation.fr\)](http://una-formation.fr)

<sup>28</sup> Cf proposition 19 des propositions de l'ADMR [admr - un - ppl bien vieillir a4 v4 page-a-page.pdf](http://admr - un - ppl bien vieillir a4 v4 page-a-page.pdf)

<sup>29</sup> [Transformation de SAAD en équipes locales autonomes | CNSA ; Évaluer la transformation organisationnelle de services d'aide et d'accompagnement à domicile en équipes locales et autonomes. Première phase de l'évaluation. \(cnsa.fr\)](http://cnsa.fr)

<sup>30</sup> Ces travaux sur les « collectifs » et les relations au travail ont également débouché sur un article dans la Revue Management et Avenir sous l'angle des relations entre les salariées et les usagers dans les EHPAD. Devetter, F., Dussuet, A., Nirello, L. & Puissant, E. (2023). La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD. *Management & Avenir*, 135, 107-129.

## Partie 1 : Les collectifs de travail dans les métiers auprès des personnes âgées : fragiles, fragilisés mais indispensables

Cette section reprend un article qui a été publié dans le Journal de Gestion et d'Economie de la Santé

Devetter FX, Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2022), « Les collectifs de travail dans les métiers auprès des personnes âgées : fragiles, fragilisés mais indispensables », *Journal de Gestion et d'Economie de la Santé*, Vol. 40, n° 4, p.250-274

Les métiers d'interventions auprès des personnes âgées sont à la fois en nette croissance et en forte transformation, que ce soit au sein des structures d'hébergement ou à domicile. Alors qu'ils représentaient environ 340 000 emplois en 2003 (dont 212 000 en structures d'hébergement et 130 000 à domicile), ils s'élèvent à plus de 750 000 postes en 2019 (dont 400 000 en établissement et 350 000 à domicile)<sup>31</sup>. Ces métiers correspondent ainsi à près de 4% de la main d'œuvre salariée selon l'enquête emploi 2019. Leurs conditions de travail et d'emploi sont régulièrement considérées comme difficiles [1 ; 2] et leur « manque d'attractivité » [3 ; 4] est désormais largement souligné. Si la question des rémunérations est évidemment centrale, d'autres éléments liés à l'organisation du travail doivent aussi être questionnés. C'est notamment le cas des collectifs de travail, dans des métiers caractérisés par un émiettement du travail sur des temps et des lieux différents, et de ce fait, fréquemment considérés comme « isolés ». Certes les salariées<sup>32</sup> travaillent rarement seules : non seulement elles sont en interaction fréquentes avec les bénéficiaires du service, mais elles appartiennent à des organisations parfois de taille importante (à l'exception importante des salariées du particulier employeur). Mais les conditions d'exercice et d'organisation des métiers semblent rendre difficiles la construction et le maintien d'un collectif de travail. Si cela semble évident pour les intervenantes à domicile, le fonctionnement en équipe au sein des établissements d'hébergements des personnes âgées dépendantes (EHPAD) pose aussi de nombreuses difficultés. Même travaillant dans des structures à fort effectif, les salariées ne bénéficient pas toujours d'un réel collectif de travail. Un collectif de travail nécessite un « espace collectif », permettant des rencontres, des discussions, des échanges de pratiques, des prises de recul, entre collègues pouvant occuper différentes positions dans une même organisation. Le collectif de travail intègre également les relations professionnelles, avec les supérieurs hiérarchiques et l'employeur. Ces espaces sont constitutifs d'une identité professionnelle, dans le sens où la reconnaissance d'une activité comme profession dépend des interactions entre acteurs et plus particulièrement de la capacité d'un groupe à se faire accepter comme professionnel [5 ; 6]

Les entretiens mettent en évidence l'existence d'un sentiment d'isolement de la part des salariées, qui pèse sur la qualité des emplois. L'absence d'un collectif de travail est ainsi un

<sup>31</sup> Ces chiffres n'incluent pas les aides à domicile directement employées par des particuliers dont le nombre reste quasiment équivalent (autour de 125 000) en 2003 et 2019.

<sup>32</sup> Les femmes représentant 90% des salariés selon l'enquête RPS 2016, nous employons le féminin pour désigner les salariées du secteur.

facteur de risques psycho-sociaux et une source de pénibilité pour de très nombreux salariés [7 ; 10]. Plus encore, les difficultés provoquées par le sentiment d'isolement sont particulièrement importantes dans des métiers confrontés à d'autres pénibilités physiques ou psychologiques et notamment le fait de s'occuper de personnes en situation de détresse. L'objet de cet article est de s'interroger sur le fonctionnement du collectif du travail dans le champ du vieillissement. Comment est-il vécu par les salariées ? Comment en expliquer les dysfonctionnements et quelles stratégies sont mises en place par les acteurs pour faire vivre ce collectif ?

L'enquête RPS 2016 ainsi que nos travaux qualitatifs (voir encadré n°1) soulignent la grande fragilité des collectifs de travail dans le champ social et médico-social : non seulement les communautés de travail sont marquées par des formes d'isolement et un important taux de rotation de la main d'œuvre, mais elles sont également traversées par des tensions et conflits internes nombreux (section 1). Toutefois, il s'agit d'un secteur où la dimension collective du travail semble nécessaire à la fois pour « faire un bon travail » et pour « tenir au travail » (section 2). Il s'agit alors de comprendre pourquoi ces collectifs sont à la fois si utiles et si peu présents. Il semble que l'organisation dominante de ce secteur ne favorise pas l'émergence et le fonctionnement du collectif de travail. C'est alors le rôle de l'encadrement et de l'organisation qui peut être questionné (section 3).

#### **Encadré 1 - sources et méthodes.**

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un programme de recherche, intitulé « Relations de travail et relations au travail des travailleurs non qualifiés des services », coordonné par François-Xavier Devetter et financé par la DARES. Nous utilisons également des travaux en cours menés sur les nouvelles pratiques managériales favorisant l'autonomie des salariées notamment dans les SAAD, dans le cadre d'un projet intitulé « Stratégies innovantes pour la régulation du champ de la perte d'autonomie et les conditions d'emploi des salariés », coordonné par Laura Nirello et financé par la CNSA et l'IRESP.

Les données quantitatives reposent sur l'exploitation de l'enquête Risques Psycho-sociaux réalisée en 2016 par la DARES. Elle s'inscrit dans le dispositif des enquêtes relatives aux conditions de travail menées tous les trois ans. Près de 25 000 salariés sont interrogés dont 10 382 employés et ouvriers du tertiaire. Dans l'échantillon, nous analysons plus spécifiquement les salariés des professions du soin, de l'aide et de l'accompagnement médico-social à savoir les aides-soignantes, agents de service, aides médico-psychologiques et aides à domicile, soit un total de 623 individus représentant 660 000 salariés selon la pondération de l'enquête. Les salariés du particulier employeur sont écartés en raison de leur spécificité au regard de la question traitée. Nous distinguons ensuite 394 salariés du secteur de l'Hébergement médico-social (essentiellement les Ehpad) et 229 salariés de l'action sociale sans hébergement dont la grande majorité relève de l'aide à domicile.

L'enquête qualitative a été réalisée entre 2018 et 2020 dans 6 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et un établissement de soin de suite et de réadaptation (SSR). 40 entretiens ont été menés dans des structures publiques, associatives et lucratives auprès des directions, de l'encadrement intermédiaire et des intervenantes (aides-soignantes-AS, agent de services hospitaliers – ASH, et auxiliaires de vie sociale – AVS).

## 1. Un collectif de travail fragile

Bien que les situations de travail soient très différentes dans les EHPAD et les SAAD (lieux d'intervention divers ou uniques, présence de plusieurs types de professionnelles ou interaction exclusive entre salariées et usagers, etc.), les collectifs de travail sont fragiles et rencontrent des difficultés communes. Les salariées travaillent seules plus souvent que dans d'autres activités (1.1), le manque fréquent de personnels est récurrent (1.2) et les effectifs sont souvent peu stabilisés (1.3). Les collectifs de travail apparaissent alors traversés par des tensions importantes (1.4).

### 1.1 Isolement

Les métiers du secteur social et médico-social et notamment dans le champ du vieillissement, sont en effet confrontés à un risque important d'isolement au travail.

Plusieurs modalités doivent cependant être distinguées.

La première et la plus évidente correspond au fait de travailler seule. C'est typiquement le cas des salariées de l'aide à domicile qui interviennent chez la personne âgée en l'absence de collègues. Tant les données quantitatives (cf. tableau 1) que de très nombreux entretiens confirment le sentiment d'isolement que peuvent connaître les salariées.

**Tableau 1. Des collectifs de travail limités**

En %	Employés et ouvriers du tertiaire	ASH – ASD - AMP - AD	dont Hébergement médico-social	dont Action sociale sans hébergement
Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes-aidé par vos supérieurs hiérarchiques ? (= oui)	65	47	56	40
Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes-aidé par les autres personnes avec qui vous travaillez habituellement ? (= oui)	74	66	87	49
Travaillez-vous seul ? (toujours ou souvent)	37,5	73	26	80,5
Depuis un an, les personnes avec qui vous travaillez régulièrement sont-elles les mêmes ? (=oui)	64,5	61	62,5	56,5
Vous arrive-t-il d'être en désaccord avec vos collègues sur la façon de bien faire votre travail ? (=toujours ou souvent)	6,5	10,5	10	10,5
Pouvez-vous faire confiance aux informations venant de vos supérieurs ou responsables ? (=toujours)	54	48	46	49,5

Source : Enquête RPS-2016, DARES

Certes, cet isolement n'est pas toujours présenté comme négatif et l'autonomie qu'il confère est même régulièrement mise en avant par les salariées comme l'un des points positifs du métier [11]. Pour autant, le manque de soutien d'un collectif de travail est souvent pointé comme une source de difficultés :

*Le domicile ? J'ai fait un peu. Mais je n'ai pas aimé. (soupir) Déjà, les distances... Il faut tourner, et tout, et puis... J'ai besoin aussi d'avoir des relations avec des autres collègues. Être toute seule... Je ne sais pas. [Aide-Soignante, Ehpad]*

Par ailleurs l'isolement ne se définit pas uniquement par le fait de travailler toujours seule, il résulte également de modes de répartition des tâches et des espaces qui impliquent qu'une part importante du travail soit effectuée de manière solitaire. Ainsi cet isolement perçu n'est pas propre au travail à domicile. L'organisation du travail au sein des EHPAD peut également nourrir un sentiment de travailler sans soutien, notamment de leur hiérarchie (cf. tableau 2). Certes, elles disposent de collègues et d'un encadrement sur place mais la division du travail, notamment spatiale (par étage dans un EHPAD par exemple), peut déboucher sur des activités réalisées bien plus en parallèle que de manière collective comme en témoigne un aide-soignant décrivant son activité au sein de l'Ehpad : « *Le matin, hormis le troisième on est tout seul à chaque étage, donc le travail en équipe c'est... voilà.* » [Aide-Soignant, Ehpad]

**Tableau 2. Manques de ressources, absentéisme**

En %	Employés et ouvriers du tertiaire	ASH – ASD - AMP - AD	dont Hébergement médico-social	dont Action sociale sans hébergement
Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général suffisamment de temps ?	79,5	71,5	65,5	76
Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général la possibilité de coopérer (échanges d'informations, entraide, ...) ?	86,5	80	87	74,5
Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général des collègues en nombre suffisant ? (=oui)	57,5	48,5	46	54
Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général un matériel suffisant et adapté ?	78	69	66,5	70,5
Aucun arrêt maladie au cours des 12 derniers mois	68	63	56	70
Au cours des douze derniers mois, avez-vous souvent ressenti des douleurs dans une partie de votre corps ?	66	75,5	75	76
Avez-vous vu un médecin au cours des douze derniers mois ? (=oui)	83	93	92	94

Source : Enquête RPS-2016, DARES

Ainsi les possibilités d'entraide et de coopération semblent relativement limitées par l'organisation des tâches et le travail collectif se résume souvent à une forme de « co-action » [12] dans laquelle les interactions avec les collègues sont rares, ou perçues comme des formes de pression plus que de soutien. Ainsi dans le secteur médico-social avec hébergement, plus du quart des salariées déclarent avoir un rythme de travail imposé par les collègues.

## 1.2. Un manque fréquent de personnels

Le collectif de travail apparaît également fragilisé par l'insuffisance des effectifs et le sentiment d'une charge de travail trop lourde. Du côté des directions, le discours autour des difficultés de recrutement (et leur renforcement très net depuis quelques années et plus encore avec la crise sanitaire) est unanime. Le « manque d'attractivité » des métiers est systématiquement pointé. Plus encore, les modalités de financement du secteur débouchent sur un calcul assez restrictif des effectifs pouvant être financés [13]. La gestion des financements publics dans les EHPAD et dans l'aide à domicile est menée depuis la fin des années 1990 dans un contexte de maîtrise des dépenses [14]. C'est une conception particulière du service qui est alors véhiculée et financée : un service réduit uniquement aux tâches tangibles et quantifiables, réalisées en présence des usagers. La tendance est marquée par un alourdissement de la charge de travail et une réduction des temps hors interaction avec les usagers, qui permettraient de construire un collectif de travail.

*Vous travaillez en binôme ?*

*Julie : Plus maintenant. On a travaillé en binôme pendant pas mal d'années. Et puis du jour au lendemain, on nous a dit : « c'est fini ». Là, cela a été dur.*

*Valérie : ah oui. On a eu du mal.*

*Julie : En binôme, on faisait tout à deux. Le nettoyage à deux. Ce qui fait qu'on s'entraînait dans les studios. Comme là, on avait un fauteuil à bouger (...) On faisait tous à deux.*

*Valérie : S'il y a un résident qui vomissait tout ça, moi je ne supporte pas, j'appelais ma collègue.*

*Julie : Un jour tout a été chamboulé.*

*Valérie : Ça, c'est quand ils ont diminué le personnel.*

*Julie : Voilà, il y a eu des restrictions de personnel, et puis... Cela a été assez compliqué. On a eu du mal je pense. [ASH, EHPAD]*

D'après le tableau 2, les salariées du médico-social avec hébergement (46%) et sans hébergement (54%) soulignent qu'elles sont moins fréquemment que l'ensemble des ouvriers et employés en situation d'avoir « assez de collègues pour effectuer leur travail ». La définition restrictive des effectifs provoque une grande fragilité vis-à-vis des absences. Or les métiers du vieillissement sont l'objet d'un taux d'absentéisme élevé. En effet, les conditions de travail et la situation de fragilité sociale qui caractérise bon nombre de salariées se cumulent pour les exposer à des problèmes de santé particulièrement importants (tableau 2).

Toute absence se répercute alors sur le reste de l'équipe et concourt à détériorer, davantage encore, les relations :

*« Oui, il y a une solidarité mais il y en a quand même qui se mettent en arrêt. Donc finalement, les gens sont à bout. Cela fait des conflits dans l'équipe et c'est un cercle vicieux. » [Stagiaire Infirmière]*

*« On avait une personne qui était absente de nuit, elle nous a annoncé tardivement pour le soir. Aujourd’hui, pour trouver une personne susceptible de faire la nuit, il n'y a pas 50 solutions, c'est rappeler quelqu'un qui était en repos. »*  
[Directeur, EHPAD]

### 1.3. ... renforcée par un taux de rotation du personnel élevé et un recours fréquent à des salariées extérieures

Les directeurs de structures, qu'ils s'agissent de SAAD ou d'EHPAD, attirent l'attention sur des taux de rotation du personnel supérieurs à 15% voire 20%, ce qui fragilise fortement les collectifs. Cette situation est confirmée par les données RPS, notamment pour l'aide à domicile : parmi les salariées ne travaillant pas seules, 66% des employées et ouvriers ont conservé les mêmes collègues depuis un an contre 62% des salariées du médico-social avec hébergement et 56% du médico-social sans hébergement.

Les salariées rencontrées déplorent ainsi des équipes instables qui nuisent à la mise en place d'un collectif de travail. Plus encore, cette instabilité génère un travail supplémentaire afin d'assurer non seulement la coordination mais également les transmissions de directives aux nouveaux entrants (voire de les former).

*J'avais avec moi une collègue qui vient d'arriver, qui est en remplacement. Donc qui ne connaît pas les résidents. Elle a fait le week-end, mais en trois jours elle n'a pas le temps de connaître les résidents, elle a été doublée une journée. Une journée pour connaître 87 résidents, ce n'est pas possible. [Aide-soignante EHPAD 4]*

*Dans le soin, il y a toujours une nouvelle personne qui arrive, qui ne connaît pas : « bah oui, on m'a donné cette feuille-là ». Elle sait chez qui aller mais le problème, c'est que les résidents ont leurs petites habitudes. Par exemple, plutôt que de lui dire : « attention cette dame-là, il ne faut pas y aller avant 10h, elle aime bien dormir », ils sont un peu lâchés. [ASH, EHPAD]*

Ce constat semble de plus en plus partagé et les difficultés de recrutements tendent à se renforcer. La recherche de nouvelles méthodes pour pallier les absences se diffuse, à l'image d'un recours accru aux intérimaires à qui pourtant « *il faut toujours réexpliquer, réexpliquer...* » (Aide-Soignante, EHPAD). Il faut également les « ménager » : « *On essaye de pas les mettre à part et de faire en sorte que leur charge de travail ne soit pas trop lourde. Parce que c'est un peu compliqué quand on arrive dans un établissement que l'on ne connaît pas. Donc, on essaye de faire en sorte qu'elles se sentent bien et qu'elles se sentent intégrées à l'équipe* ». [AMP, EHPAD]

La difficulté à stabiliser les salariées renforce la pénibilité du travail qui, elle-même, alimente l'absentéisme. Le constat de l'existence de ce cercle vicieux est partagé par les salariées mais également par leurs encadrantes : « *Oui, on sait bien que l'idée c'est de ne pas remplacer par l'intérim, parce que ça fatigue nos salariées qui doivent tout le temps re-former, ré-expliquer, etc., et ça, c'est chronophage.* » [Administrative, EHPAD].

D'autant plus que l'intérim n'est pas le seul mécanisme mobilisé pour faire face au manque de postes pérennes. En effet, plusieurs types de salariées « externes » viennent pallier le

manque de personnel interne. C'est le cas à domicile quand une partie de la charge de travail est reportée sur les proches aidants ou sur des bénévoles [15-18]. Ainsi durant la crise sanitaire du printemps 2020, plusieurs SAAD étudiés ont mobilisé des bénévoles pour prendre en charge, par téléphone le plus souvent, une partie du travail relationnel nécessaire.

En Ehpad, c'est le recours à des acteurs externes rémunérés qui semble se développer. Il concerne d'abord les tâches considérées comme le plus aisément « externalisables ». Le manque de postes financés de manière durable favorise des stratégies visant à les concentrer sur le « cœur de métier » et à recourir à des prestataires externes pour ce qui est jugé périphérique : restauration, entretien du linge, entretien des bâtiments [19]. Ces interventions extérieures concernent aussi les activités relationnelles qui sont peu valorisées car mal mesurées par les indicateurs de pilotage de l'activité [14]. Ainsi, dans certains établissements, ce sont les familles, qui en ont les moyens, qui vont employer elles-mêmes des personnes pour réaliser le travail d'accompagnement au cours de la journée. Ces multiples interventions extérieures créent des relations ambivalentes entre concurrence et aide nécessaire pour les salariées en poste. La délimitation de ce qui relève du travail des « aides de vie » par exemple semble assez floue :

*De l'extérieur, il y a des aides de vie qui viennent, payées par les familles en plus... (...) Ça se passe super. Après, certaines, on ne s'entend pas trop avec, mais d'autres, la plupart, oui. Certaines, c'est juste de l'accompagnement, certaines, c'est juste de l'aide aux repas, d'autres, elles les accompagnent pendant la toilette le matin, ou au coucher le soir.*

*Q2 : Donc elles font la toilette à votre place ?*

*Certaines, oui. Et... (hésitant) (court silence) Mais ce ne sont pas les aides de vie qui font la toilette, c'est un service... c'est un service de soins... de soins à domicile. Il y a des familles qui préfèrent. Parce que le matin, on n'a pas forcément une heure, une heure et demie à accorder à... Certaines familles, elles préfèrent prendre des aides-soignantes de l'extérieur qui ont tout le temps de s'occuper d'elles. [Aide-soignant, EHPAD]*

Pour les directions et pour les salariées, l'intervention de ces aides extérieures peut être source de conflits :

*« Par exemple, là, la famille qui se plaint, ils ont mis des aides de vie sans arrêt. Donc, ils nous imposent des aides de vie dans notre fonctionnement. Deux aides de vie qui n'ont pas de diplôme et qui critiquent notre personnel. Et dès qu'elles le peuvent, appellent la famille pour dire tout ce qui n'est pas bien [Directrice, EHPAD 1]*

Mais avec les sous-traitants plus traditionnels, la répartition des tâches n'est pas forcément plus simple. Le nettoyage par exemple est finalement loin d'être une fonction périphérique dans un lieu d'hébergement, d'autant que les agents de service ont bien souvent des attributions, explicites ou implicites, bien plus larges.

*Si on a un souci sur le soin, on peut plus facilement avoir une ASH qui va venir pousser un fauteuil roulant, qui va.... Mais un sous-traitant c'est beaucoup plus compliqué d'aller demander d'aller faire un coup de main au-delà de sa fiche de poste, quoi. [Directrice, EHPAD]*

La question de ce qui relèverait du cœur de métier et de ce qui relèverait de tâches périphériques externalisables se pose également pour le métier de lingère. Dans un EHPAD étudié, le service comprenant deux lingères était sur le point d'être externalisé sur un autre EHPAD, sans que la dimension relationnelle directe des lingères de l'établissement avec les résidents soit prise en compte. Ainsi, une lingère rencontrée insiste sur le sens de travailler au même endroit que les résidents : elle peut reconnaître les vêtements perdus, non étiquetés, grâce à la connaissance qu'elle a des résidents, grâce aussi aux parfums. Elle évoque aussi le moment de distribution du linge propre dans les chambres comme un moment social important dans son travail, au cours duquel elle peut prendre des nouvelles des résidents, voir leur satisfaction de sentir le linge propre, etc. L'externalisation du service aura des répercussions, selon elle, sur son travail (elle travaillera dans l'anonymat, sans pouvoir relier un vêtement à un résident, qu'elle ne connaîtra plus) et sur le service (les vêtements non étiquetés seront réellement perdus).

Ainsi dans plusieurs structures étudiées, il semble que l'organisation du travail fasse cohabiter un cercle stable mais réduit de salariées avec un « halo » de collègues (intérimaires, nouveaux salariés qui ne resteront pas, autres intervenants plus ou moins temporaires...). Ce halo est alors à la fois nécessaire pour que le travail soit effectué, mais implique une surcharge de travail notamment en matière relationnelle : les routines doivent être réexpliquées, rediscutées et éventuellement se retrouvent contestées par les nouveaux entrants.

#### 1.4. Les collectifs de travail traversé par des conflits et tensions

Le sentiment d'isolement au travail des salariées des métiers du vieillissement est cependant relatif, y compris pour les salariées intervenant à domicile : non seulement la salariée est en présence et en interaction forte avec le destinataire du service mais elle est également prise fréquemment dans un « nœud » de relations complexes qui s'organisent autour du travail d'aide et de soin. Les acteurs qui interviennent auprès de la personne en perte d'autonomie à domicile et en établissement sont multiples : médecins, infirmières, aides-soignantes, agents de service, auxiliaires de vie, services départementaux, proches aidants, etc. Différentes attentes entrent en conflits et renvoient à des conventions de professionnalité diverses [20 ; 11], qui sont autant d'injonctions contradictoires pour les aides à domicile. La charge de travail et les faibles ressources permettant de faire vivre un collectif de travail se traduisent par des conflits ou des tensions à différents niveaux.

Les conflits existent entre les différents métiers qui composent un service médico-social. Entre eux la coopération est parfois complexe : les fonctions ne sont pas toujours clairement identifiées et impliquent des « glissements de tâches » nombreux, les niveaux de prestiges et

les identités professionnelles sont différents, les types de professionnalités mis en œuvre peuvent s'opposer. La question de la répartition du « sale boulot » prend alors une dimension centrale. Celui-ci renvoie le plus souvent au nettoyage et aux tâches les plus liées à l'hygiène directe et la répartition du travail 'strictement' ménager fait alors l'objet de conflits ou de ressentiments parfois vifs. L'opposition entre « soignants » et « non soignants » est ici centrale alors même que la frontière autour de la fonction de soin est souvent ambiguë que ce soit sur la place de l'aide à domicile dans l'ensemble du système de soin [21] ou pour les aides à domicile elles-mêmes comme le montre la proportion croissante, mais toujours partielle, de celles déclarant le soin comme 'fonction principale' (la proportion passe de 27% en 2003 à 57% en 2012 selon l'enquête emploi). Dans les établissements, les conflits peuvent notamment être visibles entre les aides-soignantes et les ASH. Alors qu'il n'y a pas de liens hiérarchiques directs entre ces deux groupes professionnels souvent séparés dans des pôles différents (pôle soin/ pôle hébergement), le positionnement de certains soignants peut être mal vécu par les ASH :

*« Et puis les AS, les AS c'est un peu... S'il y a une protection qui est par terre, ça ne les dérange pas de dire à l'ASH « tu n'as qu'à la ramasser, puisque tu es là pour ça ». Des fois je pense que les ASH doivent ressentir un manque de respect des AS. » [Administrative, EHPAD]*

*« Bah les infirmiers, on n'arrivait pas... Ils étaient spéciaux. Ils nous prenaient de haut. On a eu des soignants un peu spéciaux.... Maintenant, non ça va. » [ASH, EHPAD]*

Ces dernières n'hésitent pas alors à faire remonter à leur hiérarchie les comportements des soignantes qu'elles jugent incorrects.

*« Après, on remarque des choses regrettables qui se passent au niveau des soignants. Nous, on fait remonter. Encore hier, quoi... Des fois, cela fout la rage. Après ce qu'il se passe, c'est que moi, je n'admet pas du tout c'est que quand on a une personne en fin de vie, madame dort, ok, madame dort, je comprends, mais (...) » [ASH EHPAD 2]*

Enfin, une troisième source de conflits s'observe fréquemment entre l'encadrement ou les fonctions supports d'un côté et les intervenantes de l'autre. Si la frontière ne semble pas aussi marquée que dans un secteur comme celui de la propriété [22], la distance entre le 'back-office' administratif et managérial et le 'front-office' confronté directement aux bénéficiaires est importante.

*Cette méconnaissance de nos dirigeants sur le travail que nous effectuons. Mais je pense que dans d'autres contextes opérationnels, les gens vivent la même chose. Ce n'est pas spécifique à la blouse blanche. Mais aujourd'hui, vous pouvez avoir un diplôme qualifiant sans être issu du domaine, et vous vous retrouvez à diriger des gens qui ne vous parlent pas le même langage. [Cadre de Santé, EHPAD]*

*« Par exemple, elles ne se rendent pas compte de la quantité et du temps que ça prend maintenant, par rapport aux personnes. Alors, les infirmières, quand même, elles sont sur le terrain, elles s'en rendent mieux compte. Mais franchement, la cadre de santé, la direction, non, je ne pense pas. Pas du tout, non. » [Aide-soignante, EHPAD]*

## 2. Pourtant un collectif de travail indispensable

Pourtant si le collectif de travail est fragile dans le secteur médico-social lié au vieillissement, il n'en apparaît pas moins nécessaire : d'abord pour « tenir » au travail (2.1) mais également pour « bien faire » son travail (2.2).

### 2.1. Le travail demandé est trop lourd pour une travailleuse isolée

Les études relatives aux conditions de travail dans les métiers du vieillissement sont aujourd’hui nombreuses et unanimes : les pénibilités vécues y sont à la fois multiples et intenses. Pourtant ces métiers s’exercent dans des contextes variés qui expliquent une grande hétérogénéité des modes d’organisation. Ceux-ci se répercutent de manière directe sur la qualité des emplois. Cette hétérogénéité provient elle-même de plusieurs facteurs dont certains (la taille des établissements, les pratiques managériales) se retrouvent dans la plupart des secteurs d’activité mais d’autres éléments déterminants sont spécifiques à ces métiers : la dépendance vis-à-vis des régulations départementales [23] d’une part, et la diversité des statuts des employeurs qui débouchent eux-mêmes sur des cadres conventionnels distincts [24] d’autre part. L’objet n’est pas ici de décrire ces facteurs de diversité mais d’en souligner les effets. Bien que les temps collectifs de travail soient sous pression dans tous les types d’organisations, certains modes de financements et d’organisation permettent de les développer tandis que d’autres tendent à les réduire. En EHPAD, lorsque les collectifs existent, les salariées soulignent abondamment l’apport qu’ils constituent pour faire face aux difficultés tant physiques que psychologiques. Ce rôle du collectif de travail et de la parole qu’il permet sont des ressources majeures permettant aux salariées de faire face aux situations de tensions [25]. De même, l’ambiance de travail apparaît comme un des principaux éléments positifs et les temps de sociabilité au sein du groupe constituent un point d’appui essentiel pour gérer le poids du « sale boulot » [26].

*Ce que j'aime bien, c'est qu'on travaille en équipe... C'est vrai que même si on a un souci, on appelle et on a de l'aide. C'est bien quand même. Parce qu'il y a des gens, c'est un peu difficile. Donc, c'est soit un cas lourd qui ne tient plus ses jambes donc forcément, on a besoin d'aide. Ou quelqu'un qui a des troubles cognitifs avec qu'il faut négocier [Aide-soignante, EHPAD]*

*Dans l'ensemble dans l'EHPAD, on est une bonne équipe. On est assez soudé. Et je pense que c'est ça qui fait notre force aussi. Par rapport à la charge de travail, c'est cela qui fait notre force aussi. ... [Aide-soignante, EHPAD]*

De même, si la première ressource nécessaire pour « tenir » au travail est constituée par les collègues directs, d'autres éléments jouent un rôle important à l'image des fonctions supports, qu'elles soient administratives ou plus encore liées à l'accompagnement des salariés dans la réalisation de leurs missions. Ainsi la qualité des conditions de travail des aides à domicile dépend en partie du travail (et des ressources allouées) de celles et ceux qui sont en charge de la planification (responsables de secteur, assistant administratif, etc.). En Ehpad, le rôle de l'encadrement intermédiaire ou des responsables administratifs est également fréquemment noté.

*« Je sais que la gouvernante, elle est là aussi depuis des années, la gouvernante, son équipe, il y a des briefs, le matin, elle fait un brief, après 14 h 30 elle fait un brief, enfin voilà, il y a du suivi, ils l'appellent dans son bureau quand il y a un problème, elle est au taquet. » [Administrative, EHPAD]*

*Valérie : avec notre responsable, oui. Avec la gouvernante, on a toujours affaire à elle.*

*Julie : Si on a un souci, c'est elle qui va voir la direction pour en parler. Après, la direction écoute aussi. [ASH, EHPAD]*

Les salariées opposent ainsi les encadrantes intermédiaires selon leur profession d'origine. Les professionnelles qui ont occupé des métiers de terrain auparavant (anciennes infirmières par exemple) sont souvent perçues comme plus à l'écoute que celles ayant des parcours plus administratifs. Cette connaissance du terrain est d'autant plus valorisée dans un contexte, notamment pour les EHPAD, de regroupement de structures et d'allongement des lignes hiérarchiques :

*« Il y a un changement de direction et on voit que bah c'est un gestionnaire, quoi. Là, on a de la chance d'avoir une directrice qui était infirmière donc elle connaît notre métier. Elle le dit elle-même, on peut lui demander, enfin tant que ce n'est pas financier... » [Aide-soignante, EHPAD]*

De même que ce soit en SAAD ou en Ehpad, l'existence de personnes ressources pouvant accompagner ou conseiller les salariées sur les cas les plus lourds est unanimement jugé positif. Les fonctions les plus souvent citées sont celles des psychologues ou des ergothérapeutes.

*« Moi je n'ai connu ici que des gens bien, je n'ai pas connu de gens qui nous ont rabaisés. Même si les résidents, des fois, les troubles font que c'est un peu plus difficile, on ne sait pas trop comment gérer, mais on a une psychologue, qui est vachement à notre écoute, qui nous donne aussi des astuces pour dire « tu peux travailler comme ça », « tu peux faire comme ça » [Administrative EHPAD]*

## 2.2. La complexité croissante des tâches demande des compétences multiples et l'apport de qualifications précises

Si le collectif de travail joue un rôle majeur dans la capacité « à tenir » au travail face à des situations complexes, il apparaît également nécessaire pour « bien faire » le travail demandé. En effet, tant à domicile qu'en établissement, l'activité des salariées a progressivement (mais profondément) évolué au cours des trente dernières années. Ainsi, pour les salariées elles-mêmes, bien souvent, un « avant », plus simple mais pas forcément plus satisfaisant, est mis en comparaison avec la situation actuelle, marquée notamment par des personnes âgées plus dépendantes et demandant plus d'attention. Selon les données de l'enquête EHPA menée par la DREES [27], les niveaux de dépendance augmentent dans les EHPAD. En 2015, 90% des résidents ont besoin d'une aide à la toilette, et plus d'1/3 sont atteints de la maladie d'Alzheimer. Les entretiens convergent également pour souligner que cette évolution s'est accentuée ces dernières années. Les aspects réglementaires également se sont durcis, s'accompagnant d'une multiplication des tâches administratives en lien avec le développement des outils de gestion [28]. Ces deux éléments se conjuguent pour alimenter une montée en complexité du travail demandé. Or cette complexité renforce nettement les besoins en termes de collectif de travail.

Sur le plan physique tout d'abord, l'accroissement des niveaux de dépendance à domicile et en établissement rend nécessaire le fait de travailler à deux en même temps (manutention, déplacement) ou en coordination pour assurer des plans d'aides longs (des interventions quotidiennes voire plusieurs fois par jours étant nécessaires pour des bénéficiaires fortement dépendants). Par exemple, sur des toilettes difficile à domicile : « *Quand ça n'arrivait pas... Il y en a qui venaient, elles n'arrivaient pas à le lever, mon mari. Eh bien, elles s'appelaient, et puis elles venaient à deux.* » [Famille, SAAD]. Sur le plan psychologique ensuite. Plusieurs facteurs tenant à la fois au niveau de dépendance et aux exigences des familles tendent à renforcer les exigences émotionnelles auxquelles les salariées doivent faire face. Elles sont non seulement confrontées aux fins de vie mais également à des multiples interactions. L'obligation de « paraître » ou de tenir un rôle est ainsi rappelée par un cadre de santé en des termes assez directs : « *Moi, je leur demande de la qualité, de la présence, et être agréable visuellement. On peut être maigre, gros, je m'en fous, mais on doit être souriant. Et dans agréable visuellement c'est ce que j'entends.* » (Cadre de santé, Ehpad). La complication des tâches se traduit également par le développement des situations où se manifestent des conflits de valeurs importants. Face à ces conflits de valeurs, auxquels les salariées ont besoin à la fois d'un soutien institutionnel mais aussi d'une réelle autonomie [29].

Face à ces charges psychologiques croissantes, le rôle des équipes est essentiel : les collectifs de travail ouvrent la possibilité de « faire tourner » les charges mais ils permettent également une diversité des attitudes nécessaires à la gestion de l'hétérogénéité des relations.

*Ça dépend des fois. Moi j'aime bien ce monsieur, ça se passe très, très bien avec moi, mais bizarrement avec quelqu'un d'autre c'est toujours « je n'arrive pas », c'est toujours « il ne veut pas », c'est toujours « il m'a tapé », « il était agressif », « il était... ». Mais avec un autre soignant ça se passe très, très bien. Donc on essaie un petit peu de répartir, « moi je fais le deuxième parce que*

*l'autre, je n'aime pas trop ». C'est comme ça qu'on s'entraide entre nous. C'est dans l'intérêt de tout le monde, du soignant et du résident. [Aide-soignant, EHPAD]*

Enfin, le secteur connaît également une croissance de la technicité requise ainsi qu'une diversification des compétences attendues. Dans les EHPAD, la transformation des « maisons de retraite » en Ehpads et l'augmentation des niveaux de dépendance renvoie à un phénomène similaire. Face à ces transformations deux stratégies très différentes sont envisagées par les employeurs pour renforcer le besoin en termes de collectifs de travail.

### 3. Deux visions du collectif de travail

Les directions et les encadrantes rencontrées partagent très largement ce constat : la complexification du travail induite par la croissance des niveaux de dépendance conduisent à des difficultés de recrutements et obligent les Saad comme les Ehpads à repenser l'organisation du travail. Mais au-delà de ce diagnostic partagé, deux stratégies sensiblement différentes sont envisagées. Si la première repose sur une division du travail plus affirmée (3.1), la seconde cherche à construire un modèle reposant sur une autonomie professionnelle plus forte (3.2). Ces deux ‘modèles’ ne sont cependant pas aussi opposés qu'il y paraît car ils reposent l'un et l'autre sur un renforcement des collectifs réclamant davantage de ressources matérielles et budgétaires (3.3).

#### 3.1. Segmentation et division du travail

La première stratégie s'inspire d'une logique « industrielle » au sens où elle vise à distinguer les tâches et les spécialiser davantage. Il s'agit alors de séparer le « médical » du « relationnel » ou du « nettoyage ». Cette séparation débouche sur des postes spécifiques pour chaque tâche : aides-soignants, aides médico-psychologiques, agents de service. Cette distinction est favorisée par les modalités de financement des établissements où les volets soin et dépendance sont différenciés [30]. A domicile, dès l'accord de branche du 29 mars 2002, une logique similaire peut inspirer la définition d'un « catalogue » de prestations et l'identification en parallèle des qualifications requises ; cette double segmentation des tâches et des compétences doit par la suite donner lieu à un travail d'appariement fin réalisé par l'encadrement. Cette vision de l'organisation est particulièrement défendue par certaines directions ou certains cadres « support » issus de formation ingénieur. Mais cette stratégie n'est pas seulement portée par des directions ou des experts extérieurs et les salariées elles-mêmes peuvent rechercher cette spécialisation et valoriser leurs savoirs spécifiques. C'est notamment le cas des aides-soignantes :

*« On nous demande de faire plein de choses. On doit faire l'animation alors que moi je n'ai pas de diplôme d'animation. » [Aide-soignante, EHPAD]*

*Est-ce qu'il y a aussi des AVS ? Vous travaillez un peu avec eux ?*

*Oui. En binôme. En binôme à chaque fois. Les tâches, ce n'est pas la même chose. Les toilettes qui nécessitent un soignant, ils n'ont pas le droit de les faire. On a en fait des listes où les soins, les AVS ne font pas... Il y a des résidents, soit*

*on les fait en binôme, soit c'est le soignant qui fait la toilette, ce n'est pas l'AVS.*

*[Aide-soignant, EHPAD]*

La réalisation de la totalité du travail d'accompagnement des bénéficiaires exige dans cette logique la constitution de collectifs de travail pluridisciplinaires ou « multi-métiers », ces derniers pouvant être plus ou moins hiérarchisés et/ou conflictuels (voir supra). Cette stratégie s'inscrit également dans une logique réglementaire et de financements : certaines tâches comme certains soins ou le fait de donner des médicaments sont conditionnés à des qualifications précises, tandis que l'articulation complexe entre financement du « soin » et financement de la « dépendance » débouche sur des postes (ou des fractions de postes) distincts.

Pour autant si cette stratégie est plutôt soutenue par les dimensions réglementaires et budgétaires, les salariées s'y plient de manière parfois très souple.

*« Je suis aide-soignante, donc souvent c'est une aide-soignante avec un agent. Donc moi, je commence tout de suite les toilettes. Et en principe, je fais les toilettes les plus lourdes. Et ma collègue qui est agent... agent de service, ASH, elle, elle va faire les petits déjeuners et les toilettes les plus légères. Et les toilettes à deux, on les fait à deux. Après, si on est deux aides-soignantes, ça peut arriver, comme ce matin, j'étais avec une collègue aide-soignante, je lui dis « tu as envie de faire quoi ? », elle me dit « moi, je n'aime pas faire les petits déjeuners », eh bien voilà, on s'arrange entre nous, mais on sait qu'on a tel secteur et qu'on a tel horaire. Et ça, ce sont des profils de poste. Il y a un classeur de profils de poste.*

*[Aide-soignante, EHPAD]*

L'encadrement et les fonctions supports occupent dans ce cadre un rôle majeur de coordination et d'organisation du travail. Les structures s'inscrivant dans ce type de démarche vont développer des « services qualité » ou recourir à des ingénieurs qualité. L'accent est également mis sur des systèmes d'information performants permettant un pilotage de l'activité. Les formations sont pensées comme des « modules autonomes » facilitant l'acquisition de compétences précises répondant à des besoins identifiés chez les bénéficiaires au préalable. Dans les Ehpad, ce modèle peut s'appuyer sur la grille AGGIR (pour évaluer les niveaux de dépendance) et le référentiel Pathos (pour définir les besoins en soin) qui définissent les niveaux de dépendance et les besoins en soins des résidents. A partir des besoins définis dans ces grilles, les résidents sont classés par groupes et les établissements reçoivent les financements publics selon leur niveau moyen de dépendance (GMP – Gir Moyen Pondéré) et selon les soins requis (PMP – pathos moyen pondéré). Ces indicateurs définissent alors les activités à réaliser (toilette, repas, etc.). Dans les Saad, ce type de démarche est plus rare mais nourrit des tentatives de construction d'un référentiel des prestations le plus précis possible permettant d'identifier les qualifications requises pour les dispenser. La structure doit alors disposer d'une équipe support qui n'est pas sans rappeler les « bureaux de méthodes » du monde industriel, même si les objectifs de 'déqualification' [31] et de contrôle ne sont pas aussi explicites.

Cependant, la plupart des projets de ce type que nous avons pu étudier se construisent plutôt pour faire face à des difficultés de recrutement et visent ainsi à rendre les métiers

plus « accessibles » à des salariées n'ayant pas de formations spécifiques au secteur, notamment dans le cadre de recrutements en lien avec des structures d'insertion.

### 3.2. Vers des équipes de professionnelles ?

A l'inverse, la seconde stratégie (qui s'inscrit dans le modèle 'historique' de l'aide à domicile associative) insiste sur la dimension « relationnelle » qui englobe l'ensemble des activités devant être effectuées [32] : le ménage est un support à la construction de la relation d'aide et, à l'exception de tâches très techniques, les personnels d'accompagnement doivent aussi pouvoir effectuer les gestes de soin les plus fréquents (notamment les toilettes).

Dans cette optique, à domicile le service est rendu par une auxiliaire de vie sociale dont la qualification est reconnue et dont la fonction s'étend souvent à celle traditionnellement dévolue aux aides-soignantes. En établissement, de nombreux « glissements de tâches » sont également observables et la frontière entre les métiers s'estompe. Cette fois le collectif de travail ne se justifie plus par une complémentarité nécessaire mais au contraire par la substituabilité au moins partielle entre les intervenants qui rend nécessaire leur coordination et coopération.

*On exige des diplômes, des diplômes, des diplômes mais il y a plein de petites choses qui peuvent être faites par des gens qui n'ont pas forcément un diplôme d'aide-soignant. Chez nous, les AVS non diplômés, elles savent laver les pieds d'une personne âgée. Il n'y a pas besoin de faire des études compliquées. Et cela peut pallier... [Directrice, EHPAD]*

*« Les auxiliaires sont polyvalentes. Elles peuvent être sur de l'activité CAF, sur de la garde d'enfants, sur de la personne âgée, sur des personnes en situation de handicap, et c'est un modèle stratégique qu'on a depuis le départ, avec un vrai avantage de pouvoir proposer des temps de travail plus importants »*

*(Directeur SAAD)*

Cette substituabilité est alors à la fois justifiée au nom de la flexibilité nécessaire et critiquée au vu du cadre réglementaire : « *Quand il n'y a pas assez d'AS, c'est les agents de service qui remplacent : c'est pas du tout dans la sécurité. L'établissement n'est pas aux normes quand c'est comme ça.* » [Aide-soignante, EHPAD]

Cette stratégie est particulièrement mise en avant dans certaines structures de l'aide à domicile qui en arrivent à défendre la nécessité d'organiser les auxiliaires de vie en « équipes » (souvent dites autonomes) de manière à permettre l'organisation collective [33 ; 34].

Le collectif de travail joue alors un rôle important dans la capacité à « bien faire » son travail : réflexions collectives, confrontation des expériences, construction d'une expertise commune, etc. Les équipes sont censées fonctionner de manière collégiale, sans hiérarchie explicite. La diversité des profils est une source d'efficacité de l'ensemble qui permet notamment une plus grande adaptabilité vis-à-vis des destinataires du service.

L'encadrement intermédiaire est profondément impacté également : il perd une grande partie de son rôle organisationnel ou de planification mais se voit investi d'une fonction

d'animation et de soutien. Les « responsables de secteurs » sont alors remplacées par des « coachs » chargés de veiller à ce que les équipes fonctionnent correctement. Si des nuances parfois importantes existent, les structures (entreprises ou associations) qui s'engagent dans ce type de réorganisation partagent plusieurs points communs. Le premier est un discours volontariste « *d'empowerment* » des aides à domicile : leurs capacités et leur autonomie sont mises en avant et la confiance qui leur est accordée est soulignée (refus des contrôles stricts, liberté de décompter des heures de coordination, confiance dans leur jugement sur le fait de conserver ou nom un bénéficiaire, etc.). « *L'évolution vers des fonctionnements autodynamiques, cela passe par des changements pour tous, pour les fonctions supports, les dirigeants, les équipes de terrain.* » (Directeur, SAAD). Le second renvoie à un transfert important des tâches autrefois dévolues aux fonctions supports vers les intervenantes elles-mêmes (planning, régulation des absences et des imprévus, suivi des plans d'aide et parfois participation aux recrutements des membres de l'équipe). Cet élément rend nécessaire la transformation – partielle – du décompte du temps de travail et l'intégration d'une part, plus importante que dans les modalités de travail traditionnelle, de temps non facturés. « Temps de service », « temps morts », « temps de coordination », les noms peuvent varier mais correspondent globalement aux mêmes réalités : les réunions d'équipes (de plus d'une heure par semaine à « 2 à 3h par mois »), les temps de construction des plannings, les interventions « doublées » permettant aux salariées d'intervenir à deux au sein d'un même domicile, etc. La liberté affichée en la matière demeure, là aussi, limitée et des bornes à ne pas dépasser sont « indiquées » et les entretiens réalisés auprès des salariées soulignent combien elles sont intégrées (souvent de manière plus restrictive que ce qu'annoncent les directions).

L'objectif n'est pas ici de décrire de manière détaillée les expériences qui s'inscrivent dans cette démarche mais de montrer que des réorganisations fondées sur un travail plus collectif peuvent exister.

Dans les EHPAD, la question de l'autonomie des professionnelles et du renforcement du collectif est également posée. Cependant, les transformations semblent peu nombreuses et moins avancées. Elles portent notamment sur la définition de sous-secteurs pilotés par un groupe de salariées pluridisciplinaire :

*Donc, l'idée, c'est de faire en sorte que désormais les salariés aient la responsabilité d'une unité géographique qui comprend tant de résidents, qui puissent le faire en binôme, avec un autre salarié, qui a peut-être une autre formation, pour que, à eux deux, ils puissent avoir un regard et une intervention la plus complète possible sur l'accompagnement de la personne.*

[Directeur, EHPAD]

Ces transformations ne sont cependant pas exemptes de risques, notamment lorsque les objectifs annoncés cachent également une recherche d'économies. Ainsi la mise en avant d'une plus grande polyvalence peut aussi provenir d'une volonté de ne pas recourir à du personnel « trop » formé :

*Cet été, j'ai autorisé à ce qu'on remplace une partie des aides-soignants par des AVS non diplômés. Alors, on va changer les plans de soin. Ils vont pas faire le programme de soin d'un aide-soignant. Les aides-soignants vont reprendre*

*plus de toilettes compliquées (...) et on dit : au moindre pépin, tu appelles un soignant. S'il y a une petite plaie sur le pied, tu appelles l'aide-soignant. Tu ne fais pas la toilette et tu ne remets pas le chausson comme si tu n'avais rien vu. Mais parce que c'est ça aussi, cela coûte cher un aide-soignant, il y a les diplômes. [Directrice, EHPAD]*

De même, le transfert des tâches administratives et de coordination sur les intervenantes elles-mêmes peut aussi s'apparenter à une volonté de supprimer des postes d'encadrement intermédiaire : « *Les équipes autonomes, c'est perçu comme une solution en disant : « c'est une solution, il y a moins de fonction support »* » (Directeur SAAD). L'autonomie gagnée des aides à domicile cache alors une responsabilisation accrue pour laquelle elles ne disposent parfois ni de temps, ni de formations, ni de rémunérations supplémentaires (tableau 3).

**Tableau 3. Deux voies de transformation de l'organisation du travail médico-social**

	Segmentation	Équipes autonomes
<b>Accent mis sur la ...</b>	Dimension technique	Dimension relationnelle
<b>Rôle de l'encadrement</b>	Appariement	Animation
<b>Type de collectif</b>	« Organigramme fonctionnel »	Collégialité
<b>Risques</b>	Déqualification / délégation du sale boulot sur les groupes les plus fragiles	Suppression des fonctions supports et encadrement intermédiaire avec report de charge sur les intervenants

### 3.3. Quelles ressources pour permettre l'existence d'un collectif ?

Au total, les deux stratégies d'évolution du travail dans les Saad comme dans les Ehpad partagent probablement plus de points communs que d'oppositions. Certes, leur représentation de ce qu'est un « collectif de travail » est sensiblement différente mais elles s'accordent sur l'importance de construire ce collectif et sur le poids des ressources nécessaires pour y parvenir. Nos observations mettent en exergue quatre conditions majeures pour qu'une communauté de travail puisse émerger et fonctionner dans ces structures du secteur médico-social : des dispositifs informatiques et de communication adaptée, des temps de travail suffisants (qui ne soient pas confondus avec les temps d'interaction avec les usagers), une réduction de la défiance envers les salariées et enfin l'existence d'un encadrement intermédiaire.

La première correspond aux ressources matérielles et budgétaires. En effet, les deux formes de transformations renforcent les besoins d'abord en termes de services et d'équipements informatiques et de communication. Les besoins de coordination des équipes mettent en lumière l'importance d'un système d'information pertinent et accessible à un plus grand nombre d'acteurs. La nécessité d'échanger plus fréquemment et de manière plus transversale implique de disposer d'outils de communication (smartphones) et d'applications adaptées (bien souvent ce sont encore des applications comme Messenger ou WhatsApp qui demeurent utilisées). Le rôle des locaux est également déterminant :

l'existence d'un lieu d'appui ou d'identification, qui fait souvent défaut dans l'aide à domicile. Enfin l'existence d'une formation adéquate (et plus encore des temps de formations réguliers) figurent parmi les ressources pouvant jouer un rôle central dans la constitution d'un collectif de travail [11].

Mais les principales ressources rendues visibles sont néanmoins le temps et les effectifs suffisants. En effet, faire vivre une communauté de travail nécessite du temps d'échanges et de coordination, y compris des temps plus informels [35-37].

*Oui, on prend la pause toutes en même temps, les deux secteurs. On est 4, on la prend toutes en même temps, on appelle notre collègue infirmière qui est souvent seule, savoir où elle en est, si elle peut venir boire un coup avec nous. On essaie de la prendre toutes en même temps. Ça nous permet de nous voir, parce que le soir, les deux secteurs, on ne se voit pas du tout. Faire un petit point aussi. (...) [Aide-soignante, EHPAD]*

La question des temps considérés comme pouvant être « non productifs » et de leur financement dans les Saad fait écho à celle des temps de transmissions dans les Ehpads : comment financer des heures (et parfois simplement des minutes) qui ne « produisent » pas un service immédiatement mesurable ? Les logiques de contrôle et l'accent mis sur une productivité inspirée d'un modèle industriel [38], peuvent déboucher sur une mesure très restrictive du volume de travail nécessaire pour rendre le service [14].

Une troisième condition à l'existence de collectifs de travail efficaces est également apparue lors des entretiens. Il s'agit de la nécessaire confiance entre salariées et entre l'encadrement et les salariées. Le poids de la défiance des directions vis-à-vis des salariées est ainsi apparu assez régulièrement (voir supra),

« Mais il y a des dirigeants qui veulent avancer vers les équipes autonomes mais qui veulent rester chefs, en gros, « je veux les équipes autonomies mais je ne leur fais pas confiance ». (Directeur SAAD)

Les situations de tension sur les effectifs (et donc le coût supporté par chaque absence d'un collègue ou d'un subordonné) et l'importance des clivages sociaux entre encadrement et intervenant créent des formes de défiance assez fréquentes qui tendent également à être renforcées par un durcissement des règles.

Enfin, un quatrième élément peut jouer un rôle majeur : l'existence d'un encadrement intermédiaire suffisamment dense entre les directions et les intervenants [39]. L'action possible de l'encadrement intermédiaire sur la capacité des salariées à faire face au 'sale boulot' et à développer des stratégies de contournement ou de dépassement est en effet central [35]. Celui-ci est traditionnellement faible dans les Saad, un peu moins en Ehpads : ainsi les professions intermédiaires représentent moins de 14% des salariées des établissements et 4,5% de ceux des Saad (enquête CDT-RPS, 2016). Or en dépit de sa faiblesse quantitative, il est amené à jouer un triple rôle : il doit assurer les fonctions supports notamment administratives (typiquement la construction et le suivi des plannings), il doit effectuer le travail d'interface avec les usagers et les prescripteurs et enfin il doit encadrer et/ou animer les intervenants directs auprès des bénéficiaires. Bien souvent les compétences ou les postures professionnelles nécessaires à répondre à ces trois attentes ne sont que partiellement compatibles et, comme nous l'avons rappelé précédemment,

l'encadrement intermédiaire peut rapidement entrer en tension avec les salariées « du terrain ». Les deux évolutions repérées (segmentation et autonomisation) partagent un besoin de renouvellement et de renforcement des postes d'encadrement intermédiaire. Ce besoin apparaît de manière assez évidente dans le cas des logiques de segmentation car le travail d'appariement entre les services à rendre et les compétences des salariées relève directement d'un travail d'encadrement. Mais ce besoin est également très présent dans la logique d'autonomisation. En effet si certaines expériences en la matière escomptent initialement économiser sur les postes d'encadrement intermédiaire (typiquement les « responsables de secteurs » de l'aide à domicile) en transférant une grande partie des tâches sur les aides à domicile elles-mêmes, il apparaît rapidement, dans les structures que nous avons étudiées, que les besoins en termes d'accompagnement des équipes se trouvent renforcés. Animation des réunions, soutien et formation à des méthodes de « communications non violentes », débriefings réguliers et suivis du respect des normes (notamment du droit du travail mais également de l'évolution des plans d'aide), par exemple, vont demander des postes d'encadrement spécifiques qui permettront aux équipes de fonctionner en accompagnement de la création d'une forme de collégialité compatible avec la (forte) subordination des salariées concernées. En effet l'autonomie des aides à domicile comme celles accordée à certaines équipes en Ehpad n'est pas celles de professionnels indépendants comme dans le modèle des Maisons de Santé ou dans le modèle Buurtzorg mais une autonomie partielle accordée à des travailleuses qui demeurent « au bout de la chaîne du soin ». La négociation des frontières de ce qui relève de leur autonomie ou non est régulière et nécessite l'existence d'un interlocuteur spécifique.

### Conclusion

Les deux premières parties ont rappelé des constats certes classiques (les métiers du vieillissement reposent sur des collectifs de travail fragiles voire inexistants ; le collectif de travail est nécessaire pour faire face à un travail complexe) mais dont la mise en parallèle souligne un réel paradoxe. Confrontés à celui-ci, les Saad comme les Ehpad tâtonnent souvent en cherchant à faire évoluer leur organisation. Deux grandes logiques, souvent plus opposées dans les discours que dans les pratiques, semblent alors émerger. D'un côté, le choix est fait de préciser les fonctions dans une logique de segmentation des tâches qui conduit à une division accrue du travail. De l'autre l'accent est mis sur l'autonomie professionnelle des intervenants et sur leur capacité à réorganiser et adapter le travail de manière collégiale.

Si ces deux orientations diffèrent sensiblement, elles partagent le souhait de développer et soutenir les collectifs de travail. Elles font également, l'une et l'autre, apparaître des besoins massifs en termes de ressources informatiques, matérielles et managériales nécessaires à la vie d'une communauté de travail efficiente : construire et alimenter le collectif de travail est... un travail.

Si celui-ci a été effectué dans de nombreux secteurs plus anciens de l'industrie ou des services, il semble que les métiers liés au vieillissement n'en soient encore qu'au début du processus. Comme nous l'avions rappelé en introduction, ce sont des métiers jeunes : la moitié des postes en EHPAD et les deux-tiers de ceux dans l'aide à domicile ont été créés

depuis moins de 15 ans. En 2003, la moitié des aides à domicile relevaient encore du système traditionnel de l'emploi direct contre moins d'un quart aujourd'hui. Il est donc assez logique que les modèles organisationnels soient encore peu stabilisés. Les modes de financements (très largement publics et soumis à des logiques d'économies budgétaires) jouent également en défaveur de l'émergence d'organisations assumant le coût que constitue le soutien à des collectifs de travail.

Pourtant leur importance semble de plus en plus reconnue et plusieurs rapports publics [4 ; 3 ; 40] ont souligné le rôle fondamental des dimensions collectives du travail des salariées s'occupant des personnes en perte d'autonomie. De même, de plus en plus d'employeurs engagent des réorganisations importantes en ce sens qui pourraient, à termes, sortir ces métiers de la trappe dans laquelle ils apparaissent bloqués.

### Bibliographie de la partie 1 de l'axe 3

- [1] DARES. Les salariés des services à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ? *DARES Analyses*. 2018 ; 038
- [2] Marquier R. et al. *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*. Les dossiers de la DREES. 2018 ; n°5.
- [3] El Khomri M. *Rapport sur l'attractivité des métiers du grand âge*. Rapport à la ministre des Solidarités et de la Santé. La documentation Française. Octobre 2019
- [4] Libault D. *Grand âge, le temps d'agir. La documentation française*. 2019
- [5] Hughes E.C. *Le regard sociologique*. Paris : Editions de l'EHESS.1996
- [6] Wittorski R. *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.2007
- [7] Dejours C. Rapport du Plan Violence et Santé. Commission thématique : «Violence, travail, emploi, santé». ministère de la Santé. 2005
- [8] Linhart D. *Travailler sans les autres*, Seuil. 2009
- [9] Marc J, Grosjean V, & Marsella, M. C.Dynamique cognitive et risques psychosociaux: isolement et sentiment d'isolement au travail. *Le travail humain*. 2011 ; 74(2) : 107-130.
- [10] Vézina M, Derriennic F. & Monfort C. L'impact de l'organisation du travail sur l'isolement social. *Travailler*. 2001 ; 1 : 101-117.
- [11] Lada E. Les recompositions du travail d'aide à domicile en France ». *Formation emploi*. 2011 ; 115 (3) : 9-23
- [12] Caroly S. Activité collective et réélaboration des règles comme ressources pour la santé psychique: le cas de la police nationale. *Le travail humain*. 2011 ; 74(4) : 365-389.
- [13] Gramain A. et Xing J. Tarification publique et normalisation des processus de production dans le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées. *Revue française des affaires sociales*. 2012 ; 2 : 218-243.
- [14] Dussuet A, Nirello L, Puissant E. De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *Revue de l'IRESP*. 2017 ; 91-92 : 35-61.

- [15] Joël M-E, Martin C. *Aider les personnes âgées dépendantes - Arbitrages économiques et familiaux*. Editions de l'ENSP. 1998.
- [16] Baguelin O. Aides professionnelles et mobilisation familiale : la prise en charge des personnes démentes. *Retraite et société*. 2008 ; 53 : 113-45.
- [17] Dutheil N. Les aides et les aidants des personnes âgées ». *Études et Résultats* 2001 ; 142
- [18] Soullier N. Weber A. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. *Études et résultats*. 2011 ; 771.
- [19] Devetter FX, J. Valentin (2021) « Externaliser les services d'entretien des collèges : une économie pour les finances publiques ? », *Revue française d'administration publique*, vol. 172, no. 4, 2019, pp. 1059-1075.
- [20] Ribault T. Aide à domicile: de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités. *Revue française de socio-économie*. 2008 ; 2 : 99-117
- [21] Gallois F. L'aide à domicile, parent pauvre du système de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2013 ; 31(1) : 15-29.
- [22] Thevenot N. (coordinatrice), Geymond M., Pérez C., Coralie, Perraudin C., Valentin J. Devetter FX « *Entreprise « éclatée » et périmètre de la représentation collective* », rapport final, DARES, mars 2021.
- [23] Devetter F. X. et Puissant, E. Mécanismes économiques expliquant les bas salaires dans les services à la personne. Une analyse centrée sur les aides à domicile. *Travail et emploi*. 2018 ; 155-156 : 31-64.
- [24] Devetter F. X., Dussuet, A. et Puissant, E. Pourquoi les aides à domicile sont-elles davantage rémunérées dans certains départements? *Revue d'Economie Régionale Urbaine*. 2017 ; 2 : 239-270.
- [25] Pietri M. L'isolement au travail et ses issues possibles. *Travailler*. 2010 ; 1 : 77-98.
- [26] Ashforth B, Kreiner G, Clark M, et Fugate M. Normalizing dirty work : Managerial tactics for countering occupational taint”, *Academy of Management Journal*. 2007; 50 (1): 149-174.
- [27] Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. *Etudes et résultats*. 2017 ; 1015.
- [28] Juven P. A. Codage de la performance ou performance du codage: Mise en chiffre et optimisation de l'information médicale. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2013 ; 31(2) : 75-91.
- [29] Mejri S, et Brasseur M. Les réactions des salariés face aux conflits de valeurs dans les métiers du soin. *Journal de gestion et d'économie de la santé*. 2020 ; 3 : 154-169.
- [30] Delouette I, Nirello L. Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2016 ; 7, 34 : 387-408.
- [31] Braverman H. *Labor and monopoly capital: The degradation of work in the twentieth century*. NYU Press.[1974]. 1998
- [32] Dussuet A, et Puissant E. La " relation d'usage " : un mode associatif spécifique de production des services de care. *Economies et sociétés*. 2012 ; 4 : 767- 790.
- [33] Carney B, Getz I. *Liberté & Cie : quand la liberté des salariés fait le succès des entreprises* (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Flammarion. 2016.
- [34] Laloux F. *Reinventing Organizations : vers des communautés de travail inspirée*. Broché. 2019

- [35] Ashforth B, Kreiner G, Clark M. et Fugate M. Congruence work in stigmatized occupations : A managerial lens on employee fit with dirty work. *Journal of Organizational Behavior*. 2018; 38.
- [36] Bentein K, Garcia A, Guerrero S. et Herrbach O. How does social isolation in a context of dirty work increase emotional exhaustion and inhibit work engagement ? A process model. *Personnel Review*. 2017 ; 46 (8) : 1620-1634
- [37] Guerrero S, Garcia-Falières A, Bentein K, et Herrbach, O. Les stratégies de valorisation des emplois discrédités par la société? *Revue française de gestion*. 2020 ; 5 : 71-84.
- [38] Gadrey J. La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? *Revue française de sociologie*. 1994 ; 35 (2) : 163-195
- [39] Vinot A., Vinot D. Le management au défi du stress des professionnels dans les établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes », *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2017 ; 4-5 (35) : 159-177
- [40] Bonnell B. et Ruffin F. *Rapport d'information sur les métiers du lien*. Assemblée Nationale. 2021 ; 3126.

## Partie 2 : Quelle organisation du travail dans l'aide à domicile ?

Face aux difficultés liées à l'organisation du travail et notamment à la fragilité des collectifs mais aussi au manque d'autonomie parfois perçu par les salariées ou les dirigeants, des expérimentations assez diverses tendent à se développer et reçoivent l'appui des pouvoirs publics. Plusieurs programmes de soutien ont vu le jour au niveau national (CNSA) comme à des niveaux régionaux (à l'image du programme I-Mano porté par le Gérontopôle de Nouvelle-Aquitaine). De même des réseaux notamment autour de l'association « Soignons Humain » se sont constitués pour promouvoir certains types d'expérimentation inspiré du modèle Büürtzorg d'organisation des soins infirmiers à domicile aux Pays-Bas (Nandram et Koster, 2014 ; Gray et al. 2015 ; Hegedüs et al, 2022). Ces expérimentations ont alors fait l'objet de programmes d'évaluation et une littérature émerge sur ces questions (voir notamment Pastier, 2023 ; Ferraton et Michun, 2023 ; Monnier, 2023).

Dans ce contexte particulièrement dynamique, nous avons pu mener des observations au sein de cinq structures (2 entreprises et 3 associations) s'inscrivant dans une logique de transformation de leur modèle organisationnel mais également mener des entretiens avec d'autres acteurs plus critiques (voir encadré 1).

### **Encadré 1. Méthodologie et présentation des structures**

Dans chacune des structures étudiées (voir tableau 1 de l'introduction pour une présentation des caractéristiques des organisations), nous avons dans un premier temps rencontré les équipes de direction avant d'enquêter auprès des salariées. Lors de nos premiers entretiens en 2020, pour les deux entreprises, la « transformation » était achevée alors que pour les trois associations, les expérimentations étaient en cours. Nous avons eu le contact de ces dernières via le réseau UNA qui avait mis en place un groupe de travail pour échanger sur les innovations managériales au sein des associations. En annexe 2, sont présentés les différents entretiens menés qui pour 4 cas sur 5 ont pu être réalisé sur deux années consécutives. Nous avons également réalisé plusieurs observations de réunion d'équipes.

Parmi les cas retenus, certaines structures sont très étudiées. Leur volonté de transparence mais aussi l'accent mis sur la communication les poussent à accepter le dialogue avec les équipes de recherches et à ouvrir assez largement leur organisation au regard extérieur. Pour certaines, les transformations managériales sont devenues un élément central de leur identité qui les pousse à promouvoir leur modèle de manière très active (y compris pour en faire un levier de croissance de l'activité et une source de diversification des ressources financières ; Monnier, 2023).

Pour autant une des originalités de notre travail empirique est d'avoir discuté de ces « innovations managériales » non seulement avec les acteurs de structures engagées dans ces démarches mais également avec des acteurs plus critiques (Asso 4, département des Landes, représentants syndicaux). Enfin un travail sur données quantitatives (DADS) est engagé pour comparer les dynamiques en termes de salaire, de temps de travail et de turn-over entre des structures engagées dans ce type d'innovation managériale et d'autres ne les revendiquant pas. Cette étude n'en est cependant encore qu'à un stade exploratoire.

L'analyse de ces expérimentations cherchait à répondre à différentes questions : comment donner plus d'autonomie aux salariées ? Comment les équiper (formations, supports, moyens techniques) pour rendre cette autonomie possible et bénéfique ? Comment les responsables de services se reposent-ils et en quoi les pratiques managériales sont-elles transformées ? Quels peuvent être les blocages notamment dans le travail en équipe pluridisciplinaire ? Quels sont les coûts ? Est-ce que l'autonomie et la polyvalence améliorent les conditions de travail ? Quelles sont les retombées en matière de santé, absentéisme et bien-être au travail, notamment pour certaines populations spécifiques comme les mères en situation de monoparentalité (cf. section 4 de ce rapport) ? Quel est le vécu des salariées par rapport à ces évolutions ? Dans ce cadre, nous nous intéressons aussi à la mise en place d'outils technologiques qui tendent à se développer et à accompagner la transformation des emplois (Nirello, 2016 ; Grucher, 2012) non pour étudier les impacts des nouvelles technologies en tant que telles mais plutôt pour comprendre comment ces dernières peuvent ou non favoriser les expérimentations en matière de gestion des ressources humaines et d'organisation du travail.

En dépit de très importants matériaux empiriques, l'analyse menée dans cette section demeure largement inaboutie. Des analyses complémentaires sont encore en cours mais il

nous semble utile de présenter une première synthèse qui vient nourrir les débats actuels sur les innovations managériales. Les résultats présentés demeurent ainsi provisoires. Dans un premier temps nous revenons sur la situation spécifique des aides à domicile en matière de travail collectif et d'autonomie au travail (section 1). Dans un second temps nous décrivons de manière synthétique les principaux enseignements issues des monographies réalisées (section 2). Enfin nous cherchons à montrer comment les expériences innovantes observées s'inscrivent et renouvellent des tensions anciennes et toujours non résolues qui traversent le champ du « domicile » (section 3).

### 1. Collectif de travail, autonomie et bien-être

Si les modèles organisationnels traditionnels d'organisation du travail dans l'aide à domicile ne sont pas uniformes (rappelons que près d'un quart des aides à domicile restent salariées du particulier employeur), ils partagent assez largement deux points communs : ils s'appuient sur des salariées intervenant seules au domicile et ne disposant de fait quasiment pas de temps collectifs (les réunions de secteur sont au mieux mensuelles et souvent purement informatives) et ils n'accordent à celles-ci qu'une autonomie très relative en matière de contenu et d'organisation du travail (le plan d'aide lié à l'APA ou l'employeur définit les tâches à réaliser ; les plannings sont construits par les services supports ou décidés par l'employeur).

Dans le champ du domicile, les modalités de financement, à l'heure, et l'organisation traditionnelle du travail tendent ainsi de fait à réduire les marges de manœuvre des salariées. En effet, le découpage des interventions en opérations courtes concourt à la fragmentation des temps de travail tandis que l'autonomie décisionnelle des aides à domicile demeure faible, voire se dégrade : ainsi selon l'enquête Conditions de travail de la Dares, la part des aides à domicile devant appliquer strictement les consignes est passée de 23% en 2005 à 37,5% en 2016 et 35% en 2019. Cette autonomie faible et décroissante, traduit par des niveaux de formation croissants mais toujours limités (Puissant, 2011 ; Trabut, 2014), une pénibilité physique du travail toujours marquée, une perte de sens au travail et un fort sentiment de manque de reconnaissance (Dussuet, Nirello, Puissant, 2017).

Ces deux caractéristiques (isolement et faible autonomie) n'ont pendant longtemps pas été remises en cause. La première semblait inhérente à l'activité au domicile tandis que la seconde se nourrissait de la vision d'un travail non qualifié, marqué par la place des tâches domestiques (Dussuet et Puissant, 2015) ou de nettoyage (Devetter, 2023). A ces tâches sans complexité apparente devait ainsi correspondre une main d'œuvre non qualifiée à laquelle peu de confiance était accordée. Il est ainsi extrêmement rare que les intervenantes soient associées à la réévaluation d'un plan d'aide par exemple (Dussuet, 2023).

Or ces deux caractéristiques apparaissent nettement préjudiciables au bien-être des salariées. En effet, le fait de travailler de manière solitaire face à un public (qui plus est fragile) place les aides à domicile dans une configuration relationnelle associée à davantage de risques psycho-sociaux et un bien-être au travail plus faible (Devetter et al, 2018). Plus

encore l'absence de reconnaissance extérieure d'une expertise professionnelle les expose à un sentiment de perte de sens du travail.

Les données de l'enquête Conditions de travail de la Dares permettent d'illustrer ce constat. Il est possible de représenter schématiquement quatre situations idéal-typiques dès lors que l'on croise les deux dimensions suivantes : le fait de travailler seul ou non d'une part et l'autonomie dans l'organisation du travail de l'autre (possibilité de faire varier ses horaires ou sa quantité de travail). Dans un tel schéma, les aides à domicile travaillant dans des structures prestataires se retrouvent nettement dans le quadrant nord-ouest associant un isolement marqué et une faible autonomie dans l'organisation de leur travail. Elles apparaissent comme une des professions déclarant le plus travailler toujours ou souvent seul (89% contre 58% en moyenne pour l'ensemble des actifs occupés) mais également comme une des professions où la possibilité de déterminer les horaires (31% versus 45%) ou d'agir sur la quantité de travail demandé (27% versus 36%) est faible (cf. schéma 1).

#### Schéma 1. Quatre idéaux-types de rapport à l'autonomie et l'isolement

	Faible autonomie dans l'organisation du travail	Forte autonomie dans l'organisation du travail
Travail seul fréquent	[1] <i>Chauffeurs ; facteurs ; Aides à domicile</i>	[3] <i>Artisans ; professions libérales</i>
Travail seul rare	[2] <i>Auxiliaires de puéricultures ; aides-soignantes ; infirmières</i>	[4] <i>Ingénieurs ; cadres</i>

Source : schéma issu de l'analyse des données de l'enquête Conditions de Travail (Dares, 2019). Les questions mobilisées sont « Travaillez-vous seul ? » pour l'axe vertical et « Pouvez-vous déterminer vos horaires ? » et « Pouvez-vous intervenir sur la quantité de travail demandée ? » pour l'axe horizontal.

L'appartenance à chacune de ces catégories est nettement associée à des niveaux de bien-être déclaré différents comme l'illustre le tableau 1 : si les scores de « bien-être dans la vie en général » sont relativement indépendants de l'appartenance à telle ou telle catégorie, les scores du bien-être au travail et du Who5 (Indicateur de bien-être de l'OMS<sup>33</sup>) sont nettement plus élevés quand l'autonomie ET le collectif sont plus développés. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'autres travaux mobilisant des méthodologies différentes (voir par exemple, Coutrot, 2024).

<sup>33</sup> [Indice de bien-être de l'Organisation mondiale de la santé en 5 items \(WHO-5\) - Article de revue - INRS](#)

**Tableau 1. Rapport à l'autonomie et au collectif et niveau de bien-être**

Catégorie	Ensemble des salariés	Emplois du « nettoyage » (aides à domicile, agents de services, nettoyeurs)	Emplois du Grand Age (Aides à domicile, AMP, ASH, Aides-soignants)	Aides à domicile*
1 – Isolement hétéronome	6.6 / 7.7 / 15.6	6.3 / 7.7 / 15.7	6.2 / 7.5 / 14.5	6 / 7.6 / 14.5 (n=244)
2 – Collectif hétéronome	6.7 / 7.8 / 16.3	6.8 / 7.6 / 16.2	6.7 / 7.2 / 16.2	5.7 / 6.8 / 15.1 (n=42)
3 – Isolement autonome	7.3 / 7.8 / 16.5	7.4 / 7.4 / 17.1	6.8 / 7.5 / 16.6	6.9 / 7.5 / 16.8 (n=182)
4 – Collectif autonome	7.5 / 7.9 / 16.8	7.4 / 7.6 / 17.7	8.1 / 8.4 / 19.4	9 / 8.1 / 21.2 (n=9)

\*Les scores des aides à domicile seules doivent être interpréter avec précautions en raison des effectifs réduits., notamment en catégorie 4. Les trois scores correspondent respectivement au « bien-être au travail », « bien-être dans la vie en général » et au score de bien-être de l'OMS (who5).

Plus encore, le fait de travailler seul se cumule avec la faiblesse des temps collectifs (réunions formelles ou informelles) mais également avec la faiblesse des ressources qu'une organisation du travail peut apporter (formation continue, temps de travail hors intervention, appui de fonctions supports, soutien de collègues, etc. ; voir tableau 2.). Or une vaste littérature appuyée notamment sur les modèles de Karasek ou de Siegrist (voir par exemple Chapelle, 2018 ; Truchot, 2010), met en exergue le coût en termes de santé mentale et physique de situations de travail exigeantes mais dénuées d'autonomie et de d'appuis extérieurs.

**Tableau 2. De quelles ressources disposent les aides à domicile (prestataire) ?**

Avez-vous suffisamment de... (en%)	Aides à domicile (prestataire)	Autres salariés
Temps	67	76
Information	71	81
Possibilité de coopérer	67	91
Matériels adaptés	64	81
Formations	40	58
Collègues	40	62

Source : conditions de travail, Dares, 2019.

Au regard de ces résultats quantitatifs, les innovations managériales orientées vers la constitution d'équipes au moins en partie autonomes semblent particulièrement justifiées. Mais qu'en est-il de leur mise en œuvre concrète ? Dans quels contextes se développent-elles et avec quelles conséquences observables à un niveau plus qualitatif ?

## 2. Synthèse des principaux enseignements issues des monographies réalisées

Les entretiens et temps d'observations ont été nombreux et se sont déroulés sur plusieurs années (voir encadré 1). Les analyses réalisées restent inachevées mais une première étape consiste à décrire ces expérimentations et à en faire apparaître les premiers résultats. Ainsi dans un premier temps nous cherchons à souligner les points communs aux différentes transformations engagées mais également les principales divergences observées (section 2.1). Dans un second temps, nous rappelons les principaux points de blocages et les résultats apparents (section 2.2).

### 2.1 Points communs et divergences entre les expérimentations observées

Si les motivations initiales et le modèle organisationnel envisagé sont très proches, les réponses concrètes apportées à certains enjeux peuvent diverger sensiblement.

*Des interrogations et des contextes assez proches*

En dépit des différences de taille, de statut ou encore de type de territoires, les cinq structures analysées s'inscrivent initialement dans des démarches qui partagent de nombreux points communs qui touchent à la fois au contexte de départ, à la méthode suivie ou encore au modèle organisationnel visé.

En effet, le contexte dans lequel s'inscrit la volonté de « transformer » l'organisation est systématiquement marqué par le sentiment de devoir dépasser « une crise » à la fois financière et organisationnelle. Si les difficultés ne sont pas uniquement liées aux ressources humaines, les enjeux en termes d'épuisement des encadrants intermédiaires (Chevallier, 2023), de turn-over (Flamand et Marchand, 2023) ou plus largement de démotivation se retrouvent de manière générale et « font système » (les questions RH et économique ne pouvant pas être séparées) comme l'illustre le constat d'un des directeurs :

*« Considérer que le modèle économique et même la pratique globale du métier a des limites, et ces limites, elles sont assez nombreuses et elles impactent toutes les parties prenantes connectées au métier. En fait le dirigeant s'essouffle, le professionnel s'abîme, les clients sont insatisfaits. Cela génère assez peu de richesses, cela ne rémunère personne ni le salarié, ni le capital. On a l'impression que c'est une activité sparadrap. En fait, le constat, pour moi, je me suis dit une forme... constat d'échec et le sentiment qu'on ne voyait pas de sortie. Et c'est là, dans mon environnement professionnel quelqu'un a fait référence au modèle Buurtzorg. C'est le moment où Frédéric Laloux a publié son livre Reinventing organizations et dedans il y avait la référence à l'organisation Buurtzorg. »*

*(Directeur, entreprise 2)*

Le second point commun à ces expérimentations repose sur la volonté de dépasser cette « crise », cependant pensée comme devant s'appuyer sur une démarche collective : l'adhésion des salariés et le volontariat est ainsi à la base (bien qu'avec quelques nuances) de l'ensemble des expérimentations. Dans les structures associatives étudiées, les équipes se sont ainsi constituées à partir des personnes volontaires et des affinités plutôt que sur des secteurs prédéfinis. Dans une des deux entreprises, l'organisation entière a basculé sur un

nouveau modèle et le directeur lui-même reconnaît qu'il aurait peut-être dû développer les changements par étape avec les salariées volontaires :

*« Le problème, bon c'est peut-être un peu mon côté catégorique, et puis aujourd'hui je ferais peut-être différemment, mais... J'ai eu tellement une remontée claire du terrain, des aides à domicile, que pour moi c'était évident à ce moment-là que c'était tout le monde. Il y a deux choses que je n'ai pas bien comprises, qu'aujourd'hui je ne referai pas, c'est que... J'ai considéré... j'ai eu, j'ai trouvé que globalement tout le monde était d'accord, mais dans globalement il y avait quand même des gens qui étaient là « bah... moi, je suis bien comme ça », il n'empêche que ces acteurs un peu en frein, en rétention, au début on ne le voit pas, mais c'est pareil quand on court longtemps et qu'on est lesté, au bout d'un moment ça commence à peser, ça commence à peser sur le sac à dos. Donc peut-être en ayant, en démarrant d'abord avec ceux qui vraiment avaient envie, je serai allé plus vite de manière plus catégorique. » (Directeur entreprise 2)*

Sur ce point il est à noter qu'au fur et à mesure que ce type de (ré)organisations se développe, le rapport au volontariat peut s'affaiblir. C'est le cas au sein des structures étudiées (où les nouvelles équipes s'inscrivent dans un volontariat plus passif) mais également lorsque des réseaux ou des départements souhaitent encourager de nouvelles structures à s'engager dans cette voie. Il semblerait alors que des réticences plus fortes puissent se manifester jusqu'à faire « mettre en pause » les projets engagés. Autrement dit, le volontariat n'est pas un élément accessoire à la mise en œuvre d'une réorganisation de cette ampleur mais un point structurant. Il semble même parfois que dans le diptyque « engagement volontaire » / « innovations managériales », ce soit le premier qui prime sur le second : le mouvement individuel et collectif engagé porte plus d'effets que le contenu du projet lui-même.

Un troisième élément partagé renvoie à une mise en œuvre s'appuyant sur un triptyque : accompagnement extérieur – formation du personnel – évaluation interne. En effet l'ensemble des structures étudiées se sont appuyées sur des ressources externes afin d'accompagner la transformation. Elles ont également mis l'accent sur la formation des personnels, le plus souvent d'abord l'encadrement intermédiaire puis des intervenantes volontaires. Enfin, toutes les structures ont développé des outils de pilotage et affirment une volonté d'évaluer l'expérimentation au fur et à mesure de son déploiement. Dans plusieurs cas, le souhait d'évaluer accompagne celui de communiquer et de diffuser le modèle expérimenté. La diffusion peut alors se traduire également par le développement d'une activité d'accompagnement et de formation qui vise à renforcer le modèle économique de l'entreprise (Monnier, 2023).

Enfin les différentes expérimentations peuvent être rapprochées en raison d'une trame organisationnelle commune. Il s'agit chaque fois de constituer des équipes de taille relativement réduite et souple (entre 6 et 10 aides à domicile) et de s'appuyer sur quatre piliers :

- Un encadrement moins hiérarchique qui amène à transformer les « responsables de secteurs » en animateurs, coachs, etc.

*« Mais normalement le but, parce qu'à un moment donné il y avait des peurs des responsables d'équipes autonomes, c'était de dire "finalement si on ne fait plus ce boulot-là grossso modo vous n'avez plus besoin de moi." Je pense que toute dans tout le développement des équipes autonomes c'est comme ça. Moi ce que je leur disais "effectivement, je ne vais plus avoir besoin de vous sur ce poste d'organisation. Mais par contre vous allez avoir un poste de management, de coaching des équipes, des ressources des équipes pour apporter une réponse là où l'équipe n'y arrive pas. Et vous allez travailler sur le développement de projet, d'action de vos équipes. » (Directeur, ASSO2)*

Cela les conduit alors à revoir leur positionnement, à délaisser certaines missions relatives au planning notamment et s'orienter vers la gestion plus globale des équipes et un accompagnement plus important des bénéficiaires :

*« Avec une singularité dans notre projet, puisqu'en fait le responsable de secteur garde un rôle prépondérant. C'est-à-dire qu'on arrive et à donner de l'autonomie à nos salariés et à ce que le responsable de secteur, dans cette dimension médico-sociale mais également management au sens gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, est important. » (Directeur, ASSO1)*

- Des temps et des espaces collectifs qui demeurent cependant assez variables (allant de 2h par mois à 2h par semaine). La question des lieux et la création d'espace de rencontres jouent également un rôle important :

*« Mais en fait oui notre démarche, c'est une démarche globale. Et en fait, le fait d'aujourd'hui d'avoir cette salle, c'est là où se passe les formations, bon voilà... Mais c'est vrai qu'aujourd'hui quand on dit aux salariés de venir au siège pour participer à un groupe de travail, globalement les positions d'accueil : c'est vachement plus sympa de venir ici, on va pouvoir manger, on va pouvoir... Bref, c'est un détail mais pour moi ce n'en est pas un, ça fait partie de ça. » (Directeur, ASSO1)*

*« Et après, le gros bloc, ce sont les équipes dites délibérées, pour ne pas dire libérées. J'ai employé, moi, ce terme-là, parce que pour être libéré il faudrait ne pas l'être avant [= libre], n'est-ce pas ? Délibérées, surtout, parce que ça vient de délibération, et, vous le savez aussi bien que moi, le gros problème de notre secteur c'est qu'il y a très peu de temps de délibération, de concertation, de coopération, mais qu'on passe 90 % de son temps au domicile sans même se faire des relais » (Directeur Asso2)*

- Un recours renforcé aux technologies numériques (smartphones, messageries, logiciels de planification, etc.). Ainsi le numérique a accompagné les changements des organisations que ce soit pour les transmissions au domicile mais aussi avec l'acquisition de smartphones pour l'ensemble des salariés afin de pouvoir obtenir des informations sur les plannings. Les équipes ont d'ailleurs souvent des groupes de messagerie instantanée pour pouvoir échanger en direct :

*« En tout cas, ce qui a été initié en même temps que la transformation, c'est la digitalisation complète de tout le groupe. Digitalisation avec un équipement*

*professionnel pour tous les aides à domicile avec une application pour accéder au planning, au badgeage indispensable. Ainsi qu'une formation à l'utilisation d'apologic sur ordinateurs portable pour tout ce qui est saisi de planning, préparation paye pour un membre par équipe sur le rôle planning, et la sensibilisation aux réseaux sociaux et WhatsApp. Donc oui, il y a eu une digitalisation forte. Il y avait des salariés qui n'avaient jamais eu de smartphones dans la main. »* (Directeur, entreprise 2)

- Un accroissement des responsabilités confiées aux intervenantes à domicile. Celles-ci touchent à la fois le travail proprement organisationnel (planning, coordination au sein de l'équipe) mais peut aussi, dans certaines structures, concerner les relations aux usagers.

*"Un, la co-construction du planning. Donc là, on a affirmé aux salariés qu'à partir de maintenant, ce n'est pas « vous pouvez être acteur de votre planning », c'est qu'en fait « vous avez une co-responsabilité sur votre planning, co-responsabilité avec la responsable de secteur. Vous devez faire 125 h dans le mois, c'est la responsable de secteur qui met en place un certain nombre de nouvelles demandes, etc., etc., mais vous avez la responsabilité de faire en sorte que votre planning corresponde à 125 h. Ça, c'est le tout premier niveau. Et puis ensuite, vous avez une responsabilité à ce que le planning, il vous convienne, en termes de conciliation vie pro - vie perso, en termes de km, en termes de... de... enfin, de planning, tout simplement ». Donc ça, ça a été... Enfin, je veux dire, il n'y a pas eu de sujet, en fait, une fois qu'on a dit aux gens vous êtes co-con... vous êtes co-responsables du planning, pour la plupart ça correspondait à ce qu'ils faisaient déjà donc c'était parfait. En tous cas on l'a réaffirmé.*

*Deuxièmement, « on vous encourage à diversifier vos missions ». Donc... « diversifier vos missions pour aller sur du temps plein », j'en ai déjà parlé, recrutement, etc., donc ça, on l'a posé comme tel. On a dit à nos RS qu'avant d'aller sur la diversification des missions, il fallait d'abord avoir avancé sur la co-construction du planning. C'est-à-dire que si on n'est pas d'accord avec la co-construction du planning, eh bien tant pis pour la diversification des missions. " (Directeur, ASSO 1)*

*"Sur les plannings, on passait d'un modèle organisé avec une responsable de secteur qui avait la main complète sur l'édition des plannings, qui enregistrait l'emploi du temps des salariés, qui pouvait décider ou attribuer complètement un certain nombre de prestations. Ce qui a été concrètement fait, c'est que désormais les aides à domicile ont été formées. Donc dans les équipes, un rôle « planning » a été identifié et une salariée a été formée pour « saisir » les plannings de ses collègues. Donc les plannings ne sont plus construits avec une étape hiérarchique mais sont construits de manière collaborative. Par exemple les vacances, on passe d'un système où les vacances étaient soumises à la direction RH et puis validées en fonction des clients, etc. Aujourd'hui, les vacances sont considérées comme acceptées à partir du moment où l'équipe est d'accord. Donc, concrètement, il y a eu la montée en compétences sur l'utilisation des outils et puis également de la délégation de la prise de décision. Par*

*exemple, l'acceptation d'u nouveau client ne se fait pas aujourd'hui sans l'accord de l'équipe" (Directeur entreprise 2)*

*Mais des modalités de mises en œuvre plus disparates*

Pour autant derrière cette trame commune, les différentes expérimentations se distinguent nettement tant en termes de discours développés que d'organisations concrètes. Cinq éléments nous semblent illustrer ces divergences : la plus ou moins grande progressivité de la transformation, la primauté ou non accordée à une sectorisation territoriale précise, la revendication d'une polyvalence ou d'une spécialisation accrue pour les intervenantes à domicile, la place confiée, au final, à l'encadrement intermédiaire et enfin l'importance donnée aux temps collectifs.

Si la place accordée à l'adhésion initiale des salariées est importante dans tous les cas étudiés, elle peut sensiblement évoluer dans le temps. L'attitude vis-à-vis des personnes plus réfractaires à ce type de changement (au niveau de l'encadrement intermédiaire ou des intervenantes) oppose ici nettement deux structures acceptant le principe que les changements impliquent des départs et les autres qui souhaitent « ne perdre personne ». Ce rapport aux éventuels départs est lié en partie à la perception de l'ampleur et de la rapidité du changement : l'expérimentation progressive s'oppose ici aux volontés de « bouleversements » ou de « révolution ».

Un second facteur de différenciation repose sur la place accordée à la logique de sectorisation. Certes la plupart des structures étaient, avant même l'expérimentation, organisées en secteurs géographiques, mais ces derniers étaient souvent de taille conséquente. La constitution d'équipe est perçue par certains comme l'occasion de redéfinir des territoires d'intervention les plus restreints possibles, idéalement à l'échelle d'un quartier dans les zones urbaines. « *C'est que la finalité d'une équipe autonome, c'est qu'elle travaille sur un territoire, défini, le plus petit possible* ». (Directeur, entreprise 1) A l'inverse, cet aspect peut passer au second plan, notamment par rapport à la création d'équipes entre volontaires. Les premiers éléments de bilan soulignent que la sectorisation est, à court terme, un facteur très favorable au fonctionnement des équipes mais elle porte également en germes d'autres difficultés. Une sectorisation précise recoupe d'ailleurs des objectifs parfois différents : la facilité organisationnelle (lorsqu'une équipe se constitue sur la base d'une ligne de transport en commun par exemple) ou la volonté de coller au plus près du lieu de vie des personnes accompagnées. Ce dernier cas porte en lui une évolution particulièrement forte de l'activité des aides à domicile. Le modèle serait celui d'une équipe en charge d'un quartier (comme une école accueille les enfants d'un quartier). Mais si ce modèle semble favoriser l'implication des salariées et faciliter l'auto-organisation, il se heurte aux effets économiques d'une variabilité de l'activité. Le départ (décès, hospitalisation, déménagement, etc.) d'un bénéficiaire doit-il être compensé par un nouveau contrat en dehors du secteur ou la baisse du volume horaire peut-il être compensé dans l'attente de nouveaux usagers résidant dans le quartier ?

La troisième question entraînant des réponses différentes est relative au degré de spécialisation des salariées au sein des équipes et des salariées des équipes par rapport aux fonctions support. Le constat initial d'une sous-reconnaissance des compétences des aides à domicile est largement partagé mais l'éventail des savoirs que les dirigeants attendent d'elles lorsque les équipes sont mises en place apparaît en revanche important. Ce point nous semble crucial (et se retrouve au cœur des critiques adressées au fonctionnement en équipes « autonomes », cf. infra) mais il exige des analyses complémentaires. A ce stade nous pouvons souligner que le choix du terme désignant les équipes témoigne de ces ambiguïtés : « autonomes », « semi-autonomes », « libérées », « délibérées ». Ce qui est propre à l'équipe et aux compétences attendues des intervenantes demeure variable selon les expériences... et au sein de celles-ci. Ainsi le modèle Buurtzorg, confiant des rôles (RH, planning, recrutement, relations usagers, etc.) et élargissant les responsabilités des intervenantes à des domaines éloignés de leur activité initial, est loin de faire l'unanimité, notamment dans le monde associatif (les acteurs critiques soulignant notamment le fait que le modèle initial s'applique à des infirmières sensiblement plus qualifiées et rémunérées que les aides à domicile).

Enfin, le rôle accordé aux « réunions » apparaît comme un quatrième élément de différenciation entre les cas étudiés. A quoi doivent être consacrées les temps collectifs ? Si deux dimensions (aspects organisationnels et notamment gestion des plannings d'une part et échange sur les bénéficiaires, leurs situations et la façon de les accompagner d'autre part) sont toujours présentes, leur poids respectif varie considérablement. Les aspects organisationnels peuvent être sortis en grande partie des temps de réunion pour être gérés en distanciel ou au contraire occuper l'essentiel des moments de regroupements. Le rôle et les expériences antérieurs des encadrantes intermédiaires semblent ici déterminants.

### 2.3 Un bilan (très) provisoire

Nos observations convergent largement avec les évaluations effectuées dans d'autres contextes (Monnier, 2023 ; Flamard et Marchand, 2023 ; Pastier, 2023 ; Stratélys, 2023 ; Ferraton et Michun, 2023) et nous nous contentons, à ce stade, de pointer les points les plus marquants en nous limitant aux effets sur la qualité des emplois. Les discours des dirigeants comme des intervenants sont dans l'ensemble très positifs et dessinent les contours de transformations réussies. Pour autant, des nuances viennent souvent relativiser certaines dimensions et des points de vigilance sont souvent signalés. Le tableau 3 synthétise ces éléments.

Quatre dimensions de la qualité de l'emploi sont directement influencées par les transformations managériales : le calcul des temps de travail et des rémunérations, le développement des compétences et les opportunités de mobilités professionnelles, les conditions d'exercice de l'activité (et donc la pénibilité du travail) et enfin l'identité professionnelle défendue. Dans chaque cas des effets positifs sont observés mais des risques sont également identifiés.

Si les transformations organisationnelles ne portent pas directement sur les rémunérations, elles peuvent cependant avoir des répercussions assez nettes et explicitement recherchées.

En effet, les directions sont conscientes que le « pouvoir d'achat » et les salaires sont au cœur des critiques faites par les salariés. Leurs marges de manœuvre sont limitées par le modèle économique en vigueur et notamment la logique de la tarification horaire mais la réorganisation du travail permet justement parfois de faire croître le temps de travail décompté en accroissant le nombre d'heures « improductives » renommées « heures de services » par exemple. L'organisation en équipes est ainsi un moyen d'intégrer des temps de réunions, des temps de préparation ou d'échanges dans les heures travaillées et donc d'améliorer le salaire mensuel sans (trop) alourdir la charge de travail :

*« C'est arrivé une fois avec une collègue, un midi, à notre pause de midi, on s'est retrouvé à un parc pour parler de plusieurs de nos usagers. Parce que c'est une fille : on ne se croise jamais en réunion et on avait quand même 3-4 usagers en commun et on avait besoin de se voir pour en parler. On s'était rencontré comme ça vite fait, on avait passé 1h et on en avait parlé à notre responsable. Et elle avait "oui mais ça il faut que je vous le compte en temps de libérons nos énergies", "Ah bon, on la fait ça sur notre temps de pause" "Oui, oui mais vous avez parlé des usagers pour vous coordonner donc...". J'ai été surprise mais agréablement. Vraiment tout travail concernant les usagers est compté en temps de travail... » (intervenante, Asso 1)*

Cette amélioration du décompte de ce qui est considéré comme travail effectif peut, dans certaines structures, aller jusqu'à proposer des « temps pleins » dans un secteur où le temps partiel reste la norme :

*« En fait, on garantit le temps plein pour tous ceux qui le souhaitent, mais avec une période de transition qui va entre deux à quatre mois, enfin même entre deux semaines, on va dire, à quatre mois. En fait, on démarre à temps partiel, à 24 h, et ensuite, c'est l'équipe qui est autonome, je vous expliquerai après le fonctionnement de l'équipe autonome, avec des paliers automatiques, et donc on arrive à temps plein dès lors qu'il y a de la demande, et qu'on peut... et qu'on peut travailler à temps plein ». (directeur, entreprise 1)*

L'augmentation des salaires a pu également passer par une meilleure reconnaissance des qualifications. L'avenant 43 de la CCN de la Branche de l'aide à domicile pourrait d'ailleurs théoriquement faciliter cette reconnaissance salariale à travers la notion désormais bien identifiée d'éléments complémentaires de rémunération. Pour autant les structures étudiées n'ont pas explicitement fait référence à ces mécanismes. En revanche, les salariés en équipes autonomes semblent avoir vu leur qualification mieux reconnue dans le cadre des reclassements impliqués par la nouvelle classification.

Pour autant, l'accroissement du salaire mensuel se heurte aux mécanismes économiques de financement de l'aide à domicile et la pérennité du modèle n'apparaît en ce sens pas évidente pour tous les acteurs. Plusieurs ont signalés qu'ils dépendaient d'aides exceptionnelles (financement sur projet) et qu'ils acceptaient un déficit temporaire en espérant des économies futures (baisse des frais de déplacement, baisse de l'absentéisme, etc.). Plus encore, la difficulté de financer les heures « improductives » fait courir le risque d'une réduction de leur prise en compte et de voir (ré)apparaître des temps de présence non rémunérée. La logique collective des équipes peut enfin favoriser des formes de présentéisme impliquant certes moins d'arrêts maladie mais un investissement

professionnel contraire à la soutenabilité de l'emploi. Ces craintes sont exprimées tant par les directions que par les salariées :

*« Tu as un effet aussi pervers qui moi me semble hyper embêtant dans le système, c'est que les équipes par l'autonomie sont en capacité beaucoup plus facilement de supporter la hausse d'activité par elle-même. Et ça entraîne de l'usure professionnelle, ça entraîne probablement une accidentologie qui est identique à avant et ça pourrait entraîner à terme aussi un retour vers les inaptitudes. Et ce que je constate dans cette fin d'année, c'est qu'il y a quand même un certain niveau de fatigue des équipes à accepter parce que ça fait partie des enjeux de l'autonomie. »* (Directeur, asso2)

*« Alors là oui. Si je me sens mal, je me dirai « bon, on ne va peut-être pas être absente aujourd'hui parce qu'on ne sait pas si eux ont de la place sur les plannings et il n'y a pas de renfort ». Parce que prendre une personne en plus, sans lui donner de travail c'est un peu compliqué. Alors que dans les autres entreprises où j'étais, entre guillemets « ce n'est pas grave, je suis malade aujourd'hui mais c'est tellement dans un gros groupe qu'ils peuvent gérer avec tout le monde »* (intervenante, entreprise 2)

Le second effet positif de la mise en place des équipes autonomes porte sur la croissance des compétences et qualifications. Un double effet, nourrissant un cercle vertueux, peut être observé : non seulement les compétences sont davantage visibilisées mais les activités réalisées favorisent également le développement de nouvelles compétences. C'est le cas de savoir-faire propre à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie en raison d'une plus grande polyvalence ou diversité des bénéficiaires suivis, mais c'est le cas également de compétences organisationnelles (gestion de planning, technologies numériques, conduite de réunion, etc.).

*« Donc je pense qu'ici dans cette entreprise je vais rester pas mal de temps parce que j'ai enfin trouvé ma place. Et puis en fait on peut tellement évoluer, comme là le secteur s'agrandit, ils vont avoir besoin d'une coach. Ils demandent aux auxiliaires de vie si on aimerait. Moi, oui, en l'occurrence j'aimerais. »* (intervenante, entreprise 2)

*« On a une salariée qui s'est formé au DU sur le volet nutrition, on a une autre salariée qui s'est formé sur un DU en soin palliatif. Avant on utilisait que les formations de fin de vie ou un petit peu diététique mais là on va beaucoup plus loin avec cette vision Rêve-évolution. On veut vraiment aller sur l'affinage des compétences pour justement aller sur de l'expertise. »* (Responsable de secteur, ASSO2)

La mise en œuvre des innovations managériales s'est ainsi systématiquement adossée à un renforcement (et une diversification) des dispositifs de formation notamment via des formes de tutorat.

*« Dernièrement on a planifié des temps de tutorat pour une collègue qui va intervenir un petit peu plus suite au départ d'un de nos collègues. Donc on en a parlé en équipe, on a évoqué les différentes situations pour voir si elle pouvait se sentir à l'aise, s'il y avait des préférences et puis de suite après on a calé les tutorats. »* (intervenante ASSO 3)

Cette « montée en compétence » crée de nouvelles opportunités de mobilité professionnelle (qui indirectement peuvent expliquer un moindre effet qu’escampté des changements sur le turn-over).

Cependant, dans ce cas également, les effets positifs ne sont pas sans faire craindre des conséquences plus négatives. C'est notamment le cas avec l'utilisation des outils numériques accompagnant les processus de transformations des équipes. En effet ces derniers permettent notamment de renforcer la cohésion entre l'équipe, l'autonomie (modification des plannings en temps réel) :

*« Et puis là, on a les plannings en direct, les changements, on n'est pas obligé d'appeler le standard sans arrêt pour voir, pour modifier, on peut prévenir les familles directement. C'est vrai que ça soulage aussi au niveau du téléphone, les smartphones c'est vraiment... » (intervenante, ASSO1)*

Mais ils ne sont cependant pas sans risque sur la conciliation entre vie privée et vie professionnelle (Dussuet, Nirello, Puissant, 2022).

*« On a une charte normalement avec le téléphone quand on est en repos, etc., on doit éteindre le téléphone. On a du mal quand même, tous les auxi ont du mal à éteindre le téléphone. On ne sait jamais si un client décède ou autre, on veut être prévenu tout de suite. Et puis si on est en weekend, du jour au lendemain ça peut ne pas aller, la collègue peut ne pas être là du lundi matin et il faut qu'on soit réactif. Donc oui c'est un peu plus compliqué et à quand on rentre du travail, j'arrive à déconnecter mais moins. Comme on a le rôle planning aussi, ça ce sont des heures en plus que l'on fait à domicile, sur notre PC. De fait, on est encore après le travail, la routine entre guillemets, on travaille encore quand même. (intervenante, Entreprise 2)*

La troisième dimension de la qualité des emplois modifiée par la mise en place d'une organisation en équipes autonomes concerne les conditions d'activités et la pénibilité du travail. L'effet direct des transformations est de permettre un développement du travail collectif et de l'entraide :

*« Là, il faut créer une dynamique d'équipe, comment elles vont faire, comment elles vont être en cohésion, comment elles vont être en solidarité : "tiens, moi je ne peux pas intervenir là cette semaine mais peut-être que mon collègue il va pouvoir, je vais l'interpeller directement, tiens qu'est-ce qu'on propose comme planning d'activité qu'on propose à Marine ? Histoire de ne pas faire la même chose deux vendredis consécutifs, histoire que ça se complète, que ça soit varié, et qu'on y trouve du goût, du plaisir. » (Cadre handicap et inclusion, ASSO 1)*

Le développement des temps collectifs, au-delà de l'impact sur la rémunération, est également de diversifier les formes d'activités et d'alléger l'intensité physique du travail d'aide à domicile. Les salariés soulignent ainsi l'intérêt de ces temps collectifs :

*« Oui, c'est vachement utile et puis nous ça permet de souffler aussi parce que des fois on peut rencontrer une difficulté avec une personne. On arrive en réunion, on en parle et puis notre collègue à côté elle fait "ah j'ai la même chose, tu n'es pas tout seul". » (intervenant entreprise2)*

A nouveau ces apports peuvent comporter un revers, notamment en accroissant les risques de tensions entre les équipes et les services supports, voire entre équipes.

*« Ce côté "mes collègues", "mon équipe", il y a un petit côté appartenance, ce n'est même pas un petit côté, c'est un gros côté appartenance. Sur le coup ça veut dire aussi qu'un des éléments un petit peu plus négatif dans ce principe-là c'est qu'il y a des fois une confrontation d'équipe. C'est-à-dire qu'on appartient à une équipe mais des fois on n'appartient pas tout à fait à [nom de la structure]. » (directeur, ASSO2)*

Enfin, une quatrième dimension est plus implicite et relève davantage d'hypothèse. Il s'agit de l'impact du fonctionnement en équipe sur l'identité professionnelle des aides à domicile. Les entretiens et les observations ont fait apparaître un engagement professionnel dans une logique de « prendre soin » particulièrement forte au sein des équipes. La valorisation du métier est renforcée et certaines intervenantes deviennent « ambassadrices » pour présenter leur métier au sein d'établissements de formations, auprès des pouvoirs publics ou encore dans d'autres structures de l'aide à domicile. Pour autant cet effet peut également provenir d'abord du mécanisme d'auto-sélection des salariées engagées, sur la base du volontariat, dans les innovations managériales. Plus encore, la diversification des tâches dans certains cas (inclusion de la gestion des plannings, de tâches de recrutement voire d'activités perçues comme « commerciale ») pourrait également jouer un rôle inverse en donnant l'impression à certaines intervenantes de s'éloigner de leur « cœur de métier ». Il nous semble cependant bien prématuré de tirer des conclusions sur ce points à partir de nos observations.

Le tableau 3 résume les principaux effets observés et risques perçus.

**Tableau 3. Effets perçus des innovations managériales.**

Domaine	Effets positifs	Risques perçus
<b>Temps de travail et rémunération</b>	Croissance des temps de travail rémunérés (via des temps hors interventions) et donc des rémunérations.	Présence de travail non rémunéré et / ou croissance des coûts via l'augmentation des heures non facturées.
<b>Compétence et mobilité professionnelle</b>	Visibilisation / croissance des compétences et opportunités de mobilité professionnelle	Croissance de la charge de travail (notamment psychologique) mais également demande accrue en termes de maîtrise des outils technologiques qui peuvent mettre en difficulté certaines intervenantes.
<b>Conditions de travail</b>	Des conditions de travail améliorées grâce à des formes nouvelles d'entraide	Des conflits entre et au sein des équipes Des difficultés de coordination avec l'encadrement
<b>Identité professionnelle</b>	Renforcement du sentiment d'appartenance à la structure et de la reconnaissance sociale perçue.	Risque de « dilution » de l'identité professionnelle en raison d'une multiplication des tâches « annexes »

Au total, les entretiens réalisés donnent à voir des expérimentations perçues comme largement positives... mais dans le cadre de structures volontaires et engagées. D'autres acteurs ont, au contraire, des visions bien plus critiques.

*Les critiques soulevées par les acteurs non engagés dans ce type d'innovation managériales*

En dépit de leur diversité (dirigeants associatifs, représentants des services supports d'un département, représentants syndicaux), les acteurs se présentant comme « critiques » des innovations managériales inscrites dans une logique d'équipes autonomes développent des argumentaires très proches.

La première critique porte d'abord sur la forme de la communication adoptée en faveur des « modèles » de type « Büürtzorg » perçue comme une forme de lobbying. La critique sur la forme porte également sur la posture de dirigeants à qui il est parfois reproché de contourner les instances et les acteurs traditionnels du dialogue social.

La seconde critique estime ensuite que ces innovations ne s'attaquent pas au cœur du problème de l'aide à domicile à savoir les volumes et les logiques de financement. Le risque de devoir recourir à ces transformations managériales dans le but de réduire certains coûts de production (encadrement, déplacements) mais sans chercher à améliorer les conditions de travail. Dans les réunions et conférences auxquelles nous avons pu assister, certaines

instrumentalisations des innovations managériales par des financeurs (départements) peuvent effectivement alimenter ces craintes.

Ces deux critiques faites à un niveau assez général ne sont pas dénuées de fondements, mais sont par ailleurs assez largement acceptées et partagées par les acteurs « pro-innovations » de ce type. Les débats relatifs à ces deux points (communication et posture des dirigeants d'un côté et enjeux financiers de l'autre) nous semblent ainsi largement rhétoriques.

Les entretiens (notamment avec les acteurs le plus en prise avec la gestion des ressources humaine) ont cependant permis de mettre en évidence trois principaux éléments alimentant les réticences à faire évoluer le modèle de l'aide à domicile sous forme « d'équipes autonomes » : l'inadaptation de la main d'œuvre, le risque d'un déséquilibre entre charge de travail additionnelle et ressources accordées, la nécessité de développer les fonctions supports et d'accroître la spécialisation de certains salariés. Ces trois points ne sont pas sans faire échos aux limites soulevées lors de l'observation des expérimentations.

### 3. Des expériences qui prolongent des oppositions anciennes et interrogent les politiques publiques

Derrière un apparent consensus sur la nécessité de transformer l'organisation du travail en mettant en place un fonctionnement en équipe, des trajectoires différentes et parfois opposées se manifestent. Chaque structure étudiée constitue un cas singulier mais leur analyse comparée permet de faire ressortir des enjeux structurants comme le rapport à la tarification et au calcul des coûts, ou encore celui à la polyvalence ou à la technicité médicale. De fait les évolutions engagées reproduisent en partie les tensions traditionnelles qui traversent la prise en charge des personnes en perte d'autonomie entre une approche très médicalisée et une approche centrée sur un accompagnement plus social ou global (section 3.1). L'opposition entre ces deux visions questionne alors les politiques publiques (section 3.2).

#### 3.1 Approche technique ou relationnelle du métier d'aide à domicile ?

Ces deux visions extrêmes (qui, ni l'une ni l'autre, ne se retrouvent de manière pure dans les cas étudiées mais qui les influencent dans des proportions diverses) font également référence à des formes plus anciennes de fonctionnement « en équipe » dans les services à domicile. En effet, un des éléments marquants issus des entretiens est la référence fréquente (par les intervenantes ou encadrantes ayant le plus d'ancienneté ou ayant connu d'autres expériences) au fait que « ce n'est pas si nouveau » ou « qu'on le faisait déjà avant » alors même que les organisations en question connaissent de tout évidence des bouleversements majeurs. Les deux modèles plus anciens de fonctionnement en équipe sont d'un côté les équipes réunissant des techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) ou des aides à domicile dans le cadre des « services aux familles » missionnés par les CAF ou les départements dans le cadre de l'ASE, et de l'autre les services de soins infirmiers à domicile dont le fonctionnement implique des temps collectifs réguliers (le plus souvent hebdomadaire).

Ces deux types de fonctionnement en équipe partagent des points communs (réunions collectives, temps dédiés aux échanges, partage d'information, etc.) mais s'inspirent de logiques nettement différentes sur au moins deux grandes dimensions que l'on retrouve dans les trajectoires des cas étudiés : le rapport à la tarification et à la définition des prestations d'une part et la vision du type d'expertise développée par les intervenantes d'autre part.

Dans la logique « SSIAD », les prestations effectuées correspondent à des « actes » prédefinis et relativement standardisables. Une nomenclature des activités peut être établie et déboucher éventuellement par une liste de « paniers de service » possibles. L'existence de différents tarifs pour différents types d'activité ou encore la normalisation des durées de prestation par type d'usagers et de pathologie s'inscrivent dans cette logique. Cette vision de la définition de la prestation est complémentaire avec une mesure des temps d'interventions et sa prescription venant de l'extérieur (médecin ou services départementaux) et d'une autorité légitime. Les équipes qui s'inscrivent dans cette logique mettent en avant les activités les plus médicales (ou les présentent comme telles), elles peuvent développer une réelle autonomie dans la gestion d'une activité mais n'interviennent pas directement dans la définition des activités à effectuer (le planning est discutable mais la charge de travail et la liste des tâches est descendante).

Dans cette logique, l'expertise est d'abord technique et demeure dépendante des savoirs médicaux (le médecin, l'infirmier.e coordinateur.trice dispose d'une autorité symbolique et hiérarchique). L'organisation des équipes est donc hiérarchisée : l'infirmier.e encadre et gère l'équipe, il ou elle présente les cas des bénéficiaires. Ces derniers sont d'ailleurs des « patients » qui reçoivent un « soin ». L'existence d'une expertise technique justifie également un rapport plus distancié à l'entourage des personnes âgées. Le domicile est certes partagé mais les activités réalisées par les unes et les autres sont distinctes. Le territoire de l'aide-soignant et celui des aidants familiaux sont séparés.

L'autre idéal-type, inspiré des équipes des services aux familles composées notamment de TISF, s'oppose au premier sur ces différents aspects. Les prestations ne sont pas prédefinies. Elles sont pensées comme « globales », « adaptables aux besoins des personnes aidées ». Idéalement la durée des prestations devrait demeurer souple et variable en fonction des circonstances et des attentes des usagers. Les services expriment alors le désir de pouvoir disposer d'un volume global d'heures attribuées à une personnes âgée avec la possibilité de les réaliser selon leur propre expertise. Il ne s'agit plus de prescription mais d'une reconnaissance globale d'un besoin auquel les intervenantes répondront en s'adaptant à la situation de chaque bénéficiaire.

Dans cette vision, l'expertise n'est pas technique mais relationnelle, la référence au monde médical est bien plus lointaine. Les équipes ne sont pas hiérarchisées mais collégiales. La discussion porte sur la façon de faire et sur ce qu'il faut faire avec chaque personne accompagnée. Les « coachs » animent mais ne s'inscrivent pas dans une logique verticale. Le temps de réunions et les échanges ne portent pas uniquement sur la dimension organisationnelle (plannings) mais davantage sur la nature du travail à réaliser. Les relations aux personnes âgées et à leur entourage sont également présentées comme différentes : le

domicile est un territoire partagé (parfois disputé car l'expertise n'est pas forcément reconnue par les aidants familiaux).

**Tableau 4. Caractéristiques des modèles « Services infirmiers » et « Intervention sociale »**

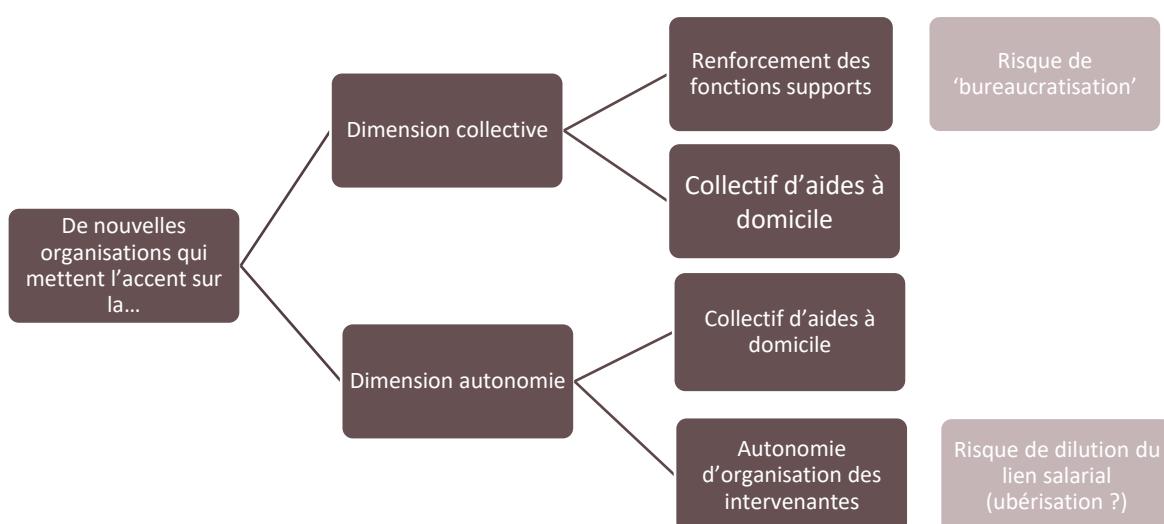
	<b>Modèle « SSIAD »</b>	<b>Modèle « Intervention sociale »</b>
<b>Définition de la prestation</b>		
Attribution de l'aide	Prescription en fonction d'une pathologie ou d'une vulnérabilité évaluée ex-ante	Réponse évolutive aux demandes exprimées au fur et à mesure de la relation
Evaluation du coût	Tarification à l'acte	Enveloppe globale
Durée des interventions	Standardisées	Variables
<b>Type d'expertise valorisée</b>		
Compétences mise en avant	Techniques, médicales	Relationnelles
Organisation des équipes	Hiérarchisées	Collégiales
Place des personnes âgées	Personnes âgées perçus comme des « patients » ;	« La vieillesse n'est pas une maladie »
Perception de l'entourage	Insistance sur le rôle différencié des professionnels et des aidants de la famille	Complémentarité des types d'aide.

De fait si l'ensemble des structures mettent l'accent sur la dimension collective, la place et le sens accordé à l'autonomie des intervenantes est bien plus variables. Certaines structures en font un point d'entrée tandis que d'autres estiment que l'autonomie ne peut être que limitée à des aspects organisationnels. Il semble ainsi possible de représenter les trajectoires empruntées en soulignant les deux « chemins » possibles : d'un côté une entrée essentiellement par la création d'un espace collectif de travail, de l'autre une entrée associant explicitement la dimension collective à une autonomie large des intervenantes. Ces deux entrées peuvent se rapprocher ensuite fortement pour constituer de fait des collectifs d'aides à domicile. A l'inverse, elles peuvent prendre des chemins plus divergents. Ainsi l'entrée collective peut privilégier le recours à des fonctions supports et à une organisation hiérarchisée visant à épauler (via un 'back office') les intervenantes en 'front office'. Dans les différents terrains étudiés, la situation des Landes ou celle d'une association de taille importante d'une grande agglomération correspondent le plus à ce scénario (risque de bureaucratisation ?). A l'inverse l'entrée par l'autonomie peut en partie perdre de vue le rôle structurant du collectif. Les équipes fonctionnent alors comme une collection

d'individus travaillant de manière autonome (risque lié au modèle travailleur indépendant ?). Une des entreprises étudiées peut illustrer jusqu'à un certain point cette évolution, et c'est un risque que souligne un des autres directeurs rencontrés :

*« Après, l'autre aspect que je disais, effectivement, il faut faire attention que les économies qu'on réalise, elles se transforment pour les salariés. C'est-à-dire que si on est dans un modèle comme cela et que les salariés ne sont pas mieux payés, n'ont pas de meilleures conditions de travail, en fait, on va vers l'ubérisation du système, on se retrouve vers le particulier employeur. Il faut faire attention à cela. » (Directeur, ASSO1).*

**Figure 2. Deux orientations opposées dans la mise en œuvre des « équipes autonomes » ?**



### 3.2 Quels enseignements pour les politiques publiques ?

Les innovations managériales s'inscrivant dans une logique d'équipes autonomes semblent bénéficier d'un appui, au moins symbolique, de la part des acteurs publics (cf. rapport El Khomri ou encore la visite d'Olivier Véran dans les locaux de Alenvi). De même au niveau des départements, nombre d'entre eux ont accordé des aides ponctuelles dans le cadre d'appels à projets pour accompagner des expérimentations. Pour autant, les premiers résultats découlant des analyses menées montrent que l'évolution du modèle organisationnel entre parfois en tension avec les mécanismes actuels de la régulation du secteur.

A nouveau, les éléments présentés ne constituent que des pistes de réflexions et demandent des investigations complémentaires, mais nos travaux font apparaître quatre points de tensions possibles entre les politiques publiques et la diffusion éventuelle des équipes autonomes.

Un accroissement des coûts de production : si les expérimentations étudiées ont le mérite de réintégrer certains temps dits improductifs dans le travail des intervenantes, la diminution de certains coûts (déplacements par exemple) ne peut suffire à court terme pour compenser la hausse du temps de travail rémunéré. Certes, à plus long terme des économies

sont envisageables en matière d'absentéisme ou de turn-over mais, à ce stade, rien ne permet de les observer. Au-delà des montants financiers en jeu, c'est le mode de tarification basé sur l'heure d'intervention qui risque d'entrer en conflit avec les innovations managériales.

Un modèle à encourager ? La seconde tension porte sur la façon dont les politiques publiques peuvent soutenir les nouveaux modèles managériaux. En effet deux discours contradictoires semblent se développer. D'un côté certains acteurs tendent à présenter les équipes autonomes comme LE nouveau modèle à suivre. Les premières études soulignant les retombées positives de ces démarches seraient en quelque sorte la preuve qu'une « bonne recette » existe et que les pouvoirs publics doivent en favoriser l'extension via notamment des financements dédiés. Le dynamisme de certains réseaux de promotion de ce modèle (souvent rattaché alors à l'appellation Büürtzorg) renforce ce sentiment qu'une nouvelle forme de « one best way » pourrait être imposée. A l'inverse, d'autres programmes de soutien aux innovations (à l'image du programme I-Mano), ont mis l'accent sur la diversité des transformations possibles. Nos propres travaux soulignent également que, si certains principes semblent largement généralisables, l'adaptation des évolutions organisationnelles à chaque contexte associatif ou local semble un facteur central de succès. Typiquement, la notion de volontariat apparaît non pas comme un « biais de sélection limitant l'évaluation d'un modèle » mais une dimension centrale du processus de transformation. Des incitations trop directes à faire évoluer le management sans que la demande n'émane des organisations et ne soit partagée et appropriée par les équipes pourraient ainsi faire émerger des oppositions et entraîner des échecs à plus ou moins brèves échéances. Un des prolongements de notre recherche vise ainsi à analyser des exemples d'abandon du processus de transformations comme nous avons pu les identifier dans deux structures distinctes (et en dehors des cas retenus dans ce présent rapport). Une troisième tension touchant directement les politiques publiques concerne la reconnaissance institutionnelle des qualifications et la nature des formations initiales et continues. Comme nous l'avons souligné précédemment, le développement d'équipes autonomes ne résout pas totalement les contradictions relatives à la perception des qualifications : leur importance reste affirmée mais leur invisibilité demeure. Celle-ci pouvant être, au moins en partie, considérée comme « nécessaire » pour des raisons budgétaires (Devetter et al. 2021). La reconnaissance pleine et entière des compétences mobilisées serait susceptible d'impliquer des revalorisations salariales conséquentes (Silvera et al, 2023). Les équipes autonomes renforcent cette tension que l'on observe également dans les classifications (notamment de la BAD). En effet les nouvelles règles issues de l'avenant 43 sont-elles favorables ou défavorables au déploiement des équipes autonomes ? Cette question mérite assurément des travaux complémentaires mais nous pouvons pointer au moins deux éléments opposés : d'un côté la notion d'ECR (éléments complémentaires de rémunération) semble particulièrement adaptée à une valorisation de compétences spécifiques, mais de l'autre, le lien entre la complexité de l'activité et la classification peut encourager une division du travail accrue (en spécialisant les plus qualifiées sur des tâches plus complexes) qui entre en contradiction avec le scénario le plus collégial des transformations organisationnelles. Du point de vue des politiques publiques, outre les

enjeux financiers que cela implique, la question porte sur l'évolution des filières de formation. Là aussi, la question demande d'avantages de travaux (quelques éléments complémentaires ont été traités par Burie et al, 2021) tant les interrogations sont nombreuses : quelle articulation avec la formation d'aide-soignante ? quelle place pour les compétences organisationnelles (gestion d'équipe, communication, gestion de planning, etc.) dans la formation initiale et continue ? Comment concilier besoins massifs de formations initiales ET continues sans créer un décalage entre les deux filières ? Comment faciliter les transferts de compétences lors des entrées en poste ? etc.

Enfin, l'émergence et le déploiement de nouveaux modèles organisationnels posent la question de la participation d'autres acteurs au processus d'évaluation ou de discussion. Aujourd'hui, ces expérimentations sont largement portées par des directions d'associations et d'entreprises et de plus en plus soutenues par les pouvoirs publics et les réseaux d'employeurs (notamment associatifs). Les bénéficiaires comme les organisations syndicales (OS) semblent au contraire peu associées. Au niveau des structures, les OS, quand elles sont présentes, sont informées et consultées mais aucune position nationale par exemple n'a été construite. De même les associations de personnes âgées demeurent peu informées et actives dans ces processus. A ce titre, nous avons tâché d'échanger avec plusieurs associations de personnes âgées ainsi qu'avec les organisations syndicales. Des travaux communs avec l'association Oldup<sup>34</sup> ont ainsi pu être réalisé tandis que des collaborations avec les organisations syndicales ont été engagés dans le cadre de l'IRESP.

### Bibliographie de la partie 2 de l'axe 3

- Burie A, FX Devetter et J. Valentin (2021) L'impact de la crise sanitaire sur la perception des compétences et la formation professionnelle des agents d'entretien et des aides à domicile, projet de recherche lancé par la Dares sous l'égide du le comité scientifique de l'évaluation du PIC (2021)
- Chapelle, F. (2018). **16.** Modèle de Karasek. Dans : Frédéric Chapelle éd., *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail: en 36 notions* (pp. 107-112). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01.0107>
- Chapelle, F. (2018). **17.** Modèle de Siegrist. Dans : Frédéric Chapelle éd., *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail: en 36 notions* (pp. 113-117). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01.0113>
- Chevalier, L. (2023). Les contremaîtres des services d'aide à domicile : un personnel « réformé » par l'innovation managériale ?. *Revue française des affaires sociales*, 234, 173-191.

<sup>34</sup> [https://www.oldup.fr/sites/files/oldup/fichiers/fichier\\_atelier/OLD-UP%20CADRE-DE-VIE.pdf](https://www.oldup.fr/sites/files/oldup/fichiers/fichier_atelier/OLD-UP%20CADRE-DE-VIE.pdf)

Desnoës, G., & Dupuis, J. C. (2020). Faire équipe dans les nouvelles formes organisationnelles : Un possible 1... L'organisation matricielle et subsidiaire. *Cahiers de l'Actif*, (5-6), 205-218.

Devetter F.X. et al. (2018) Rapport d'études "Relations au travail et travail relationnel. Situation des travailleurs peu et non qualifiés", sous la responsabilité scientifique de François-Xavier Devetter - CLERSE - Centre national de la recherche scientifique - Lille 1 - Août 2022

Devetter, F.X., Dussuet, A. & Puissant, E. (2021). Aide à domicile : le développement du travail gratuit pour faire face aux objectifs inconciliables des politiques publiques. *Mouvements*, 106, 90-98

Devetter, F.X., Dussuet, A., Nirello, L. & Puissant, E. (2023). Les métiers du vieillissement, essentiels et pourtant insoutenables. Dans : Bruno Palier éd., *Que sait-on du travail ?* (pp. 528-542). Paris : Presses de Sciences Po.

Devetter, F.X. (2023). Quelle place pour le « ménage » dans le travail d'accompagnement des personnes âgées ? *Gérontologie et société*, 45(172), 149-156.  
<https://doi.org/10.3917/gs1.172.0149>

Dussuet, A., Puissant E. (2015). Un rôle ambivalent des associations dans la reconnaissance du travail salarié. L'exemple de l'aide à domicile, *Economies et sociétés*, tome XLIX, n° 7 : 991-1018.

Dussuet, A. (2016). Genre, frontières du travail domestique et marges du salariat. Le cas des aides à domicile. *Revue française de socio-économie*, (2), 123-141.

Dussuet, A. (2023). Tracer les cadres du travail de *care* à travers l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie. *Terrains & travaux*, 42, 27-48. <https://doi.org/10.3917/tt.042.0027>

Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2022), « Des outils numériques au service de... ou contre le travail et la relation d'aide ? L'ambivalence liée à l'introduction d'outils numériques dans l'aide aux personnes âgées », *Relations industrielles*, 77(3).

Ferraton, C., & Michun, S. (2023). Aide à domicile: concilier l'autonomie et l'engagement dans un collectif. *Céreq Bref*, 445(13), 1-4.

Flamard L. et X. Marchand (2023) « Formes et effets de l'autonomie au travail : le cas des aides à domicile dans la construction de leurs propres plannings », *Activités* [En ligne], 20-1 | 2023, mis en ligne le 15 avril 2023 URL : <http://journals.openedition.org/activites/8366> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/activites.8366>

Gray, B. H., Sarnak, D. O., & Burgers, J. S. (2015). *Home care by self-governing nursing teams: The Netherlands' Buurtzorg Model*. New York: Commonwealth Fund.

Guiny, N. (2020). *L'entreprise Papillon: Quand un dirigeant gagne le pari des équipes autonomes*. Éditions EMS.

Hegedüs, A., Schürch, A., & Bischofberger, I. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100061.

Monnier, X. (2023). L'«humanisation» comme tentative de requalification de l'aide à domicile: Enquête sur une «start-up sociale». *Terrains & Travaux*, (1), 73-97.

Nandram, S., & Koster, N. (2014). Organizational innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg. *Journal of Integrated Care*, 22(4), 174-184.

- Pastier, K. (2023). Au-delà de l'entreprise libérée... démocratiser l'entreprise?-Une analyse agonistique de deux organisations de l'ESS. *Revue française de gestion*, 49(311), 13-30.
- Silvera R.(coord), L. Chassoulier, FX Devetter, S, Lemière, M. Pucci et J. Valentin (2023) Investir dans le secteur du soin et du lien aux autres : un enjeu d'égalité entre les femmes et les hommes. Rapport IRES.
- Truchot, Didier. "Le modèle de Karasek et l'épuisement professionnel: pour une approche contextualisée." *Cognition, santé et vie quotidienne* 3 (2010): 164-179.

## Axe 4 Les mères seules dans les métiers du vieillissement : une analyse des stratégies innovantes dans l'aide à domicile

### 1. Introduction

Le travail de thèse d'Oriane Lanseman<sup>35</sup> nous a conduit à questionner la situation spécifique des mères seules salariées dans les métiers du secteur du vieillissement. Le choix de se concentrer exclusivement sur les femmes en situation de monoparentalité repose sur deux considérations. D'une part, plus de 80% des familles monoparentales sont composées d'une mère et de son ou ses enfant(s). D'autre part, les métiers étudiés sont largement féminins, avec une présence marginale d'hommes en situation de monoparentalité.

L'inadéquation des emplois des secteurs des services aux contraintes des mères seules crée des défis majeurs en termes d'articulation entre vie familiale et vie professionnelle pour ces femmes. Ces contraintes liées à leur disponibilité limitée, conjuguée aux horaires variables et atypiques et à la nécessité de travailler le week-end, peuvent entraîner des difficultés pour trouver ou conserver un emploi. Les contraintes familiales des mères seules et leur difficile conciliation pose aussi un défi de gestion pour les employeur(e)s, en particulier dans le secteur de l'aide à domicile.

Dans le cadre de cette recherche et du financement de thèse d'Oriane Lanseman associé, nous nous sommes interrogés sur le vécu des mères seules dans les dispositifs innovants tels que les équipes autonomes et l'habitat inclusif et sur les effets de ceux-ci sur les situations spécifiques de ces salariées. Nous avons, pour ce faire, ajouté à nos grilles d'entretien salarié(e)s, encadrement et direction des questions thématiques sur la monoparentalité et nous avons ciblé certaines salariées qui étaient ou ont été à un moment de leur carrière dans cette configuration familiale. Les salariées concernées travaillent dans l'Asso 1 (équipes autonomes et habitats inclusifs), l'Asso 3 (équipes autonomes) et l'Entreprise 2 (équipes autonomes). Les employeur(e)s et Responsables des Ressources Humaines (RRH) appartiennent à l'Asso 3 et à l'Entreprise 2. Nous avons pu interroger une dizaine de salariées et complétons nos résultats avec les entretiens réalisés dans le cadre plus global de la thèse d'Oriane Lanseman (75 entretiens au total). Les données statistiques présentées portent sur les actifs occupés, c'est-à-dire les personnes qui occupent un emploi lors de l'enquête et sur les parents d'enfants mineurs. Plusieurs enquêtes nationales ont été mobilisées et permettent de croiser la situation dans l'emploi avec la situation familiale et les ressources. Les enquêtes mobilisées sont les enquêtes Emploi, Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) et sur les Revenus Fiscaux et Sociaux (ERFS) de l'Insee et les enquêtes Conditions de travail (CDT) et Risques Psycho-Sociaux (RPS) de la Dares pour l'année 2019 (Encadré 1). Dans ces enquêtes, nous comparons généralement la situation des mères seules avec celle des mères en couple. Ces dernières constituent le groupe le plus proche de notre groupe d'étude, partageant la féminité et exerçant des

---

<sup>35</sup> Titre provisoire de la thèse : Les mères seules, travailleuses pauvres : rapport au travail et politiques publiques. La thèse est présentée dans l'annexe 1 du rapport.

emplois similaires, ce qui permet d'observer les implications de la monoparentalité sur les conditions de travail et d'emploi de ces femmes.

Nous présentons dans ce dernier axe des éléments de compréhension de la situation particulière des mères seules dans les nouvelles formes d'organisation du secteur médico-social. Dans une première partie nous montrerons que les mères seules sont surreprésentées dans les métiers étudiés. Cette surreprésentation sera ensuite questionnée et analysée sous le prisme des politiques d'activation et de leurs effets sur l'orientation de ces femmes vers ces emplois. Enfin nous présenterons des éléments relatifs aux conditions de travail et d'emploi des mères seules et interrogerons en particulier leur vécu dans les dispositifs innovants mis en place dans le secteur de l'aide à domicile.

#### **Encadré 1 : Les quatre enquêtes mobilisées dans le cadre de la thèse**

Une seule enquête n'aurait pas permis d'appréhender la situation globale des mères seules vis-à-vis de l'emploi et de la pauvreté. L'enquête Emploi en continu de l'Insee est disponible pour chaque trimestre et sa collecte se déroule en continu. Elle permet une mesure de l'emploi, du chômage, de l'activité et de l'inactivité à partir des concepts définis par le Bureau international du travail (BIT). Il est possible de croiser ces concepts avec différentes caractéristiques des personnes (sexe, situation familiale, âge, nombre d'enfants, diplômes...), de leurs professions, de leurs conditions de travail et d'emploi et de leurs situations de non-emploi. Cependant, l'enquête Emploi ne propose pas de mesure du niveau de vie qui est essentielle pour estimer les situations de pauvreté monétaire au sein des ménages.

La pauvreté monétaire est mesurée à partir du seuil de pauvreté établit à 60% du niveau de vie médian. C'est dans l'enquête ERFS de l'Insee qu'il est possible de le retrouver. Cette enquête est disponible tous les ans et apporte une évaluation du revenu disponible des ménages sur la base des déclarations de revenus émanant de la DGFIP complété par les données de l'enquête Emploi en continu au trimestre 4, des informations concernant les prestations provenant des organismes sociaux tels que la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), la caisse nationale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et la caisse nationale de l'assurance vieillesse (CNAV). Néanmoins, les versions les plus récentes de l'enquête ERFS (à partir de 2016) n'offrent pas un bon aperçu des professions des travailleurs, ce qui nous a conduit à la croiser avec l'enquête Emploi en continu.

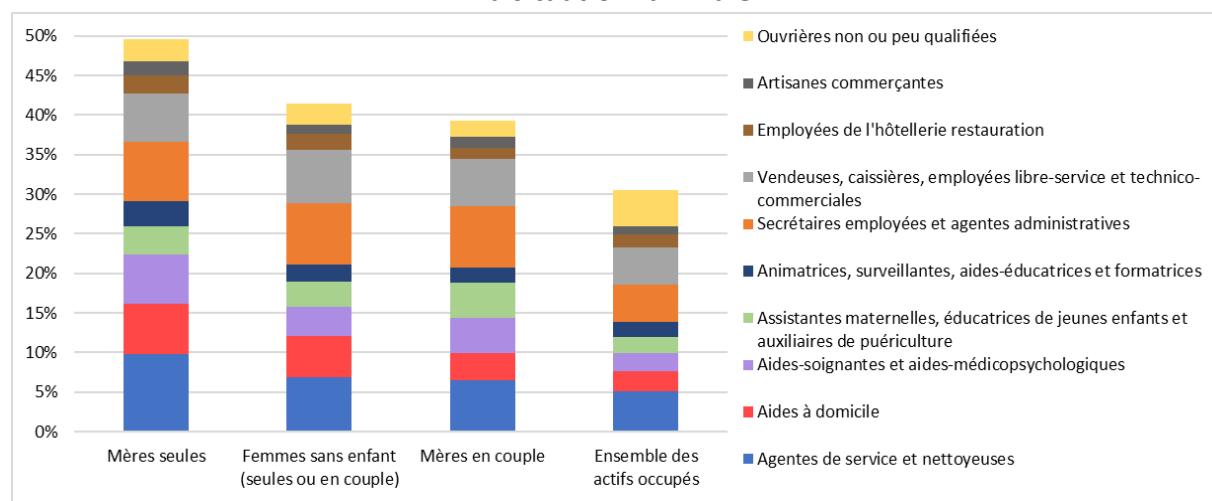
La pauvreté étant multidimensionnelle et ne se résumant pas à la simple mise en avant du taux de pauvreté monétaire, nous avons complété notre analyse des situations de pauvreté des mères seules à partir de l'enquête SRCV de l'Insee qui propose une mesure de la pauvreté en conditions de vie c'est-à-dire une mesure des privations matérielles et sociales des personnes (incapacité financière à se chauffer, s'habiller ou à se nourrir décemment, à avoir des loisirs etc.) Cette enquête disponible également tous les ans apporte des éléments sur le revenu, la pauvreté, l'exclusion sociale et les conditions de vie des ménages.

Enfin, l'enquête CDT-RPS de la Dares propose une description complète des conditions de travail et d'emploi et de l'organisation du travail des actifs occupés. Elle apporte notamment des éléments sur les horaires et les rythmes de travail, la pénibilité ou encore les conflits et la coopération, les risques psycho-sociaux et l'état de santé déclaré. Elle permet de croiser ceux-ci avec les caractéristiques des individus (sexe, âge, situation familiale etc.).

## 2. La surreprésentation des mères seules dans les métiers du *care* et du soin

La moitié des mères seules sont aujourd’hui concentrées dans dix professions<sup>36</sup> (Graphique 1). Ces professions identifiées à l’aide de regroupements statistiques (Encadré 2) rassemblent seulement 30% de l’ensemble des travailleurs et travailleuses. La majorité d’entre elles renvoient à des métiers dans le secteur des services et particulièrement celui des services à la personne. Les mères seules sont surreprésentées dans la majorité de ces professions par rapport à l’ensemble de la population en emploi et surtout par rapport aux autres femmes, qu’elles aient des enfants ou non.

**Graphique 1 : La concentration des travailleurs et travailleuses dans les professions selon la situation familiale**



Champ : Ensemble des actifs occupés en France métropolitaine (ménages ordinaires).

Source : Insee, Enquête emploi 2019

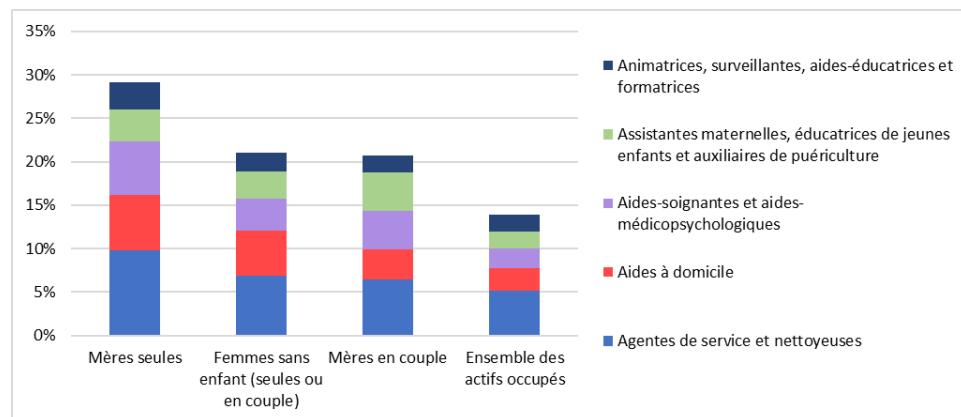
Note 1 : Nous considérons uniquement les mères d’enfants mineurs. Les mères seules sont uniquement celles faisant partie de familles monoparentales simples (hors ménages complexes).

Note 2 : Nous considérons comme actifs occupés les travailleurs dont le revenu d’activité est d’au moins 100€ par mois.

Lecture : Parmi les mères seules en emploi, 10% sont agentes de service ou nettoyeuses.

<sup>36</sup> Une partie de ces résultats va faire l’objet d’une publication avec Muriel Pucci-Porte. Elle est en cours de rédaction.

**Graphique 2 : La concentration des travailleurs et travailleuses dans les professions du care et du soin selon la situation familiale**



Champ : Ensemble des actifs occupés en France métropolitaine (ménages ordinaires).

Source : Insee, Enquête emploi 2019

Note 1 : Nous considérons uniquement les mères d'enfants mineurs. Les mères seules sont uniquement celles faisant partie de familles monoparentales simples (hors ménages complexes).

Note 2 : Nous considérons comme actifs occupés les travailleurs dont le revenu d'activité est d'au moins 100€ par mois.

Lecture : Parmi les mères seules en emploi, plus de 6% sont aides à domicile.

En faisant un zoom sur les professions qui nous intéressent dans le cadre de cette recherche, nous observons que les mères seules sont ainsi surreprésentées dans les métiers du *care* (« prendre soin ») et du soin par rapport à leurs homologues en couple, et notamment dans l'aide à domicile étudiée dans ce rapport (Graphique 2). Les mères seules représentent effectivement 64 000 salariées dans l'aide à domicile<sup>37</sup>, 27 000 ASH, 63 000 aides-soignantes et AMP ou encore 36 000 assistantes maternelles.

<sup>37</sup> Nous pouvons aussi noter que 17% des aides à domicile sont des femmes en situation de monoparentalité.

### Encadré 2 : La construction des professions regroupées

Afin d'améliorer la représentativité, nous avons consolidé les professions en sous-groupes. Nous avons dans un premier temps effectué des analyses statistiques en croisant ces professions avec des caractéristiques telles que le sexe et la situation familiale (monoparentale ou en couple). Cela a permis d'identifier les professions des mères seules et des mères en couple, tout en excluant celles qui étaient peu ou pas représentatives. Ces dernières ont été regroupées dans une catégorie distincte.

<b>Catégories</b>	<b>Professions (variable p)</b>
Artisanes commerçantes	213A – 217c – 224A – 226C
Agentes de service et nettoyeuses	227d – 525A – 525B – 525C – 525D – 561F – 684A
Aides-soignantes et Aides médico-psychologiques	526A – 526D
Aides à domicile	563B – 563C
Animatrices, surveillantes, aides éducatrices et formatrices	422E – 423B – 424A – 435B
Assistantes maternelles, éducatrices de jeunes-enfants et puéricultrices	434G – 526C – 563A
Employées de l'hôtellerie-restauration	561A – 561D – 561E
Ouvrières non ou peu qualifiées	671A – 671B – 672A – 673A – 673B – 673C – 674A – 674B – 674C – 674D – 674E – 675A – 675B – 675C – 676C – 676D – 676E – 681A – 681B – 684B – 685A – 691B – 691C – 691D – 691E – 691F
Secrétaires employées et agentes administratives	521A – 523A – 542A – 543D
Vendeuses, caissières et employées libre-service	463D – 551A – 552A – 553A – 554A – 554B – 554C – 554D – 554E – 554F – 554G – 554H – 555A – 556A

Le tableau ci-dessus présente les professions regroupées utilisées dans les statistiques qui vous sont présentées.

### 3. L'orientation des mères seules par les politiques d'activation

Une interrogation émerge quant à la tendance observée : quelle compréhension peut-on donner de la surreprésentation des mères seules dans les métiers identifiés ? Une réponse possible réside dans l'exploration du rôle de la politique de l'emploi dans l'orientation des mères seules vers ces emplois, et en particulier des stratégies d'activation des dépenses sociales mises en place en France depuis les années 1980-1990. La logique de l'activation vise à responsabiliser les individus et à les inciter à (re)prendre un emploi en conditionnant la perception des indemnités chômage et des minima sociaux à la recherche « active » d'un emploi. En France, cette recherche d'emploi est sous le contrôle du Service Public pour

l'Emploi (SPE), en particulier à travers France Travail<sup>38</sup> (anciennement Pôle emploi depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024) et les services départementaux qui supervisent le dispositif du Revenu de Solidarité Active (RSA). Les politiques d'activation sont des politiques de type *workfare* qui ont pour but de « rendre le travail payant » par rapport aux prestations sociales qui peuvent être considérées comme trop généreuses et dont on dit qu'elles éloigneraient les personnes du marché du travail<sup>39</sup>.

L'origine de ces réformes remonte aux années 1980 quand l'OCDE et les institutions européennes ont encouragé les pays occidentaux à adopter l'emploi comme principal instrument de lutte contre la pauvreté, l'hypothèse sous-jacente étant qu'occuper un emploi serait impératif pour sortir de la pauvreté. Ainsi, les parents seuls, en particulier les mères seules, ont été progressivement intégré(e)s dans ces réformes des politiques sociales (Eydoux, 2022). Les parents seuls ont toujours été des cibles des politiques familiales et sociales en raison de leur risque accru de pauvreté (Le Gall et Martin 1987), mais c'est surtout dans les années 1970 que leur vulnérabilité économique est reconnue avec la création, en 1976, de l'Allocation Parent Isolé (API) destinée aux parents seuls aux revenus les plus modestes. Ils et elles pouvaient la percevoir pendant un an après la situation d'isolement conjugal (rupture conjugale ou décès) ou pendant trois ans si le plus jeune enfant avait moins de 3 ans. Bien que cette prestation sociale ne soit pas conditionnée à l'insertion sur le marché du travail, elle a été controversée dès son introduction (Collombet, 2023). On craignait qu'elle puisse enfermer les bénéficiaires dans des « trappes à inactivité » et les éloigner du marché du travail. Avec l'introduction du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) en 1988, la logique d'activation a été matérialisée avec l'incitation forte à la signature d'un contrat d'insertion et à un accompagnement à l'emploi pour les bénéficiaires du minimum social. À la fin de leurs droits à l'API, les parents seuls pouvaient bénéficier du RMI, et, à partir de 1998, ils et elles ont eu la possibilité de cumuler l'API avec le dispositif d'intéressement du RMI, un complément de salaire lors de la reprise d'un emploi dont le salaire était trop faible (ancêtre de la prime d'activité actuelle). La création du RSA en 2009, fusion de l'API et du RMI, a marqué l'inscription dans la loi des parents seuls dans une logique d'activation, avec la suppression du minimum social sans contrepartie qui leur était dédié.

Dans ce contexte d'activation, les mères seules ont été incitées, au même titre que les autres publics, à engager des démarches de recherche d'emploi et de formation. La question qui se pose alors est : Oui, mais quels emplois ? Notre enquête qualitative à partir d'entretiens semi-directifs a permis de montrer que les mères seules font face à des obstacles à l'emploi, bien identifiés par les travailleur(se)s sociaux et les conseiller(e)s à l'emploi qui les accompagnent. Ces obstacles sont étroitement liés à des contraintes

<sup>38</sup> Nous garderons la dénomination Pôle emploi dans le reste de ce document, l'enquête ayant été menée avant le changement de nom.

<sup>39</sup> Le fondement des politiques d'activation repose sur les prétendus phénomènes de « trappes à inactivité » et « trappes à chômage » mises en avant par la théorie économique standard. En raison d'aides sociales trop généreuses et/ou de choix rationnels de leur part, les individus seraient piégés dans des situations d'inactivité ou de chômage. Plusieurs travaux ont depuis montré que ces phénomènes de « trappes » n'étaient ni vérifiés théoriquement, ni empiriquement (Guillemot, Pétour et Zajdela 2002 ; Pucci et Zajdela, 2006) Pour aller plus loin, nous avons écrit un chapitre d'ouvrage collectif qui détaille la mise en place des logiques d'activation et leur échec pour lutter contre les situations de pauvreté des parents seuls (Devetter et Lanseman, 2023).

familiales et à des contraintes structurelles (liées aux institutions et aux choix de politiques publiques, notamment concernant les modes de garde et les transferts sociaux-fiscaux), qui sont de fait difficiles à résoudre pour les professionnel(le)s de l'insertion. La garde des enfants constitue la problématique principale de ces femmes, avec des difficultés d'accès à des modes de garde et des coûts souvent trop élevés, malgré les transferts socio-fiscaux ciblés sur les parents d'enfants en bas âge<sup>40</sup>. De plus, les contraintes liées à la garde des enfants persistent même une fois que ceux-ci ont intégré l'école, un projet de loi l'a d'ailleurs pris en considération en élargissant le complément de libre choix du mode de garde (CMG) aux parents seuls d'enfants de 6 à 12 ans à partir de 2025. Les difficultés liées à la mobilité (coût du permis de conduire, achat et entretien d'un véhicule, coût du carburant), l'absence ou le peu de diplômes et/ou d'expérience professionnelle représentent d'autres obstacles mis en évidence par les professionnel(le)s.

Dans le cadre de la politique de l'emploi, la catégorie des mères seules n'est pas pensée, au contraire de celles des jeunes, des seniors ou encore des personnes handicapées qui sont des catégories qui bénéficient (ou ont bénéficié) d'un traitement et de financements spécifiques, avec par exemple un accompagnement par les missions locales pour les jeunes ou par Cap Emploi pour les personnes handicapées. Bien que la loi n'inclue pas un accompagnement professionnel spécifique des mères seules, dans la pratique, leur accompagnement se décline sous deux formes distinctes : d'une part, un accompagnement social et parental qui est assuré par les Caisses d'allocations familiales (Caf), en particulier pour les mères avec de jeunes enfants ou dans les territoires où le taux de chômage est élevé (Périvier, Allègre *et al.*, 2020) et, d'autre part, un accompagnement à l'emploi dispensé par Pôle emploi et les services départementaux d'insertion dans le cadre de la politique RSA (Lahieyté, 2021). Cet accompagnement à l'emploi des mères seules est souvent axé, comme pour les autres publics, sur les secteurs d'activité « en tension » c'est-à-dire les secteurs qui peinent à recruter de nouveaux candidats (la logistique, l'hôtellerie-restauration, le bâtiment ou encore les services à la personne). Notre enquête chez Pôle emploi et auprès des services départementaux en charge du RSA démontre que, faute de moyens et de formations spécifiques sur les problématiques que rencontrent les mères, les professionnel(le)s de l'insertion et du travail social « psychologisent » davantage leur accompagnement pour ce public. Autrement dit, démunie(s) face aux « freins périphériques à l'emploi » que rencontrent les mères seules, les professionnel(le)s ont tendance à transposer leurs propres représentations de ce que sont une mère et une femme, et à mettre l'accent sur des aspects plus psychologiques (comme le lien mère-enfant) plutôt que sur les aspects sociaux et professionnels (comme le diplôme et l'expérience) (Lahieyté, 2021). Plus vulnérables économiquement et socialement après une rupture conjugale ou le décès de leur conjoint (Bonnet, Garbinti et Solaz, 2015), les mères seules vont se retrouver parfois dans des situations d'urgence les conduisant à rechercher un emploi alimentaire facile d'accès pour s'en sortir. Les conseiller(e)s vont alors prendre en compte ce besoin urgent de retrouver un emploi et les orienter vers les métiers *a priori* les plus faciles d'accès dans un premier temps, comme en témoigne cette conseillère placement chez Pôle emploi.

<sup>40</sup> En effet, il faut très souvent avancer les frais des modes de garde, ce qui, pour des parents pauvres, peut s'avérer être une dépense trop importante et décourageante.

*Ça dépend de la situation de la personne. Si elle est en grande difficulté financière je peux comprendre que voilà, je suis dans l'urgence, je suis hébergée par un ami, je peux être mise à la rue à tout moment. Là il faut que je trouve un logement rapidement, donc là oui je vais prendre un métier qui ne me plaît pas vraiment, un emploi alimentaire, pour m'aider un peu dans ma situation actuelle mais tout en à côté élaborant un projet, retrouver une formation, quelque chose qui me plairait davantage. En général c'est ce que je dis aux personnes qui sont vraiment dans des situations pas faciles. Je dis « Ecoutez je sais bien que c'est pas l'emploi de vos rêves, mais là vous me dites que vous êtes dans une situation qui vous pousse à vous retrouver là-dedans, mais à côté de ça on ne va pas lâcher votre projet, si vous voulez faire autre chose on va réfléchir ensemble et on va trouver ensemble ce qui pourrait vous plaire davantage. » (Conseillère placement Pôle emploi)*

Ces femmes sont souvent moins pourvues en termes de diplôme et d'expérience par rapport aux autres mères, ce qui les oriente facilement vers des métiers demandant peu ou pas de qualifications, comme ceux de l'aide à domicile, à première vue plus accessibles en raison de difficultés de recrutement persistantes. Une conseillère accompagnant les entreprises dans leurs recrutements, interrogée dans le cadre de l'enquête chez Pôle emploi, témoigne du changement de paradigme observé dans les critères de sélection des employeur(e)s. Ces derniers n'ont plus d'autres choix que de recruter des candidat(e)s en acceptant leur manque (ou absence) de qualification. La motivation des candidat(e)s et leur capacité à maintenir une stabilité professionnelle font partie des critères actuels des employeur(e)s en vue de minimiser le taux de rotation du personnel pour l'entreprise.

*Elles [les structures de services à la personne] ont plus de souplesse, même avant la plupart elles recherchaient uniquement des personnes avec permis [de conduire] et là, pour vous dire, je vous assure « C'est pas grave on prend, on veut juste des personnes motivées. » Et d'ailleurs ce critère, c'est même pas un critère, mais bon... Quasiment tous les employeur(e)s nous disent « On veut des personnes motivées. » (Conseillère entreprise Pôle emploi)*

Les professionnel(le)s interrogé(e)s attestent de différences entre les aspirations et projections des mères seules vis-à-vis de l'emploi et la réalité du marché du travail. Elles souhaiteraient souvent un emploi à temps plein pour pouvoir subvenir à leurs besoins et ceux de leur(s) enfant(s) et des horaires de bureau leur permettant d'être présentes pour eux, comme le présente cette conseillère placement.

*Mais bon la plupart elles recherchent... L'enfant, l'enfant la plupart du temps a quand même plus de 3 ans, il est scolarisé, elles recherchent un temps plein, mais elles recherchent un poste plus administratif. Elles recherchent un poste où elles ne vont pas travailler du soir. Il y a des fois des mères de famille, peut-être j'en ai eu 2, qui étaient dans la restauration, qui divorçaient et qui se retrouvaient seules avec les enfants, elles cherchaient un autre emploi plus dans l'administratif parce qu'elles veulent des boulots du lundi au vendredi par exemple de 9 heures à 18 heures maximum. Voilà c'est plus ça. Selon certains boulots qu'elles faisaient, une fois qu'elles sont seules avec l'enfant, elles recherchent plus un boulot leur permettant de*

*mieux concilier, de concilier avec leur vie de famille. C'est juste la seule observation que j'ai fait des mères isolées. (Conseillère placement Pôle emploi)*

Toutefois peu d'opportunités s'offrent à elles en l'état actuel du marché de l'emploi. Les mères seules vont alors être informées de la possibilité de s'orienter vers les secteurs en tension comme les services à la personne, accessibles pour des mères car sollicitant des compétences considérées comme traditionnellement « féminines » (pour pallier le manque de diplôme et d'expérience) et offrant des emplois à temps partiel (pour répondre aux contraintes liées à la garde des enfants et à la disponibilité). Ce qui est mis en avant par cette conseillère c'est notamment la flexibilité *a priori* de l'emploi du temps d'une auxiliaire de vie. Ce discours renvoie aux représentations qu'elle peut avoir du métier, représentations qui s'éloignent pourtant de la réalité de l'exercice de cette profession. De surcroît, le travail à temps partiel dans le secteur des services à la personne rend difficile l'atteinte de revenus décents pour que les salariées puissent subvenir à leurs besoins et ceux de leur(s) enfant(s) et, par conséquent, qu'elles puissent sortir de la pauvreté.

*De mon avis personnel, ce qui va répondre beaucoup aux contraintes, c'est vraiment du temps partiel, très partiel c'est à dire quelques heures par ci par là. Donc tout ce qui est auxiliaire de vie, parce que ça c'est hyper modulable, ça peut être 4 heures par jour, elles font 2 heures-2 heures. (Conseillère placement Pôle emploi)*

Un conseiller placement de chez Pôle emploi rappelle en outre qu'ils ne sont pas là pour forcer les personnes à aller vers tel ou tel secteur, qu'ils sont « facilitateurs », que les personnes sont « actrices de leur parcours » mais qu'ils doivent aussi mettre en avant les métiers qui font face à des difficultés de recrutement importantes et que leur « boulot c'est de remettre à l'emploi avant tout ». Ces orientations des mères seules vers les métiers du *care* et du soin résultent en effet aussi de contraintes budgétaires caractéristiques des institutions françaises depuis plusieurs années, contraintes qui sont accentuées par des objectifs de performance et de rentabilité de plus en plus importants pour les conseiller(e)s à l'emploi, et qui peuvent mener dans certains cas à un accompagnement jugé mauvais par les bénéficiaires de celui-ci mais aussi par les professionnel(le)s eux/elles-mêmes.

*Parce que c'est du temps partiel, parce qu'elles [les mères seules] peuvent gérer leur métier, leur métier et leurs enfants. Parce que souvent c'est des personnes sous-qualifiées et que de la garde d'enfants... Aller repasser, aller faire à bouffer à des anciens, c'est facilitant. Il n'y a pas de reconnaissance dans ce métier là aujourd'hui, après je dirais, franchement, elles ont besoin de manger comme tout le monde, elles ont besoin aussi de retrouver un lien social, elles prennent ce qu'elles peuvent et nous là-dessus on ne peut pas les interdire de prendre ce qu'elles peuvent. On ne peut pas interdire... On ne peut pas dire à la structure « Filez leur un 35 heures. » (Conseiller placement Pôle emploi)*

Certain(e)s conseiller(e)s à l'emploi sont conscient(e)s cependant que les emplois dans les services à la personne, surtout dans l'aide à domicile, ne sont pas toujours adaptés aux contraintes familiales et temporelles auxquelles font face les femmes en situation de monoparentalité. Cette conseillère souligne notamment que les employeur(e)s dans le

secteur de l'aide à domicile accordent une importance particulière à la disponibilité temporelle dans leurs recrutements.

*Et donc ça les employeur(e)s c'est quelque chose qu'ils n'aiment pas du tout, pour le coup, c'est à dire que la plupart des employeur(e)s avec qui j'ai travaillé, notamment dans le commerce, dans l'aide à la personne, énormément... Parce qu'il y a beaucoup de femmes qui se positionnent dans l'aide à la personne, on ne va pas se mentir, c'est un milieu majoritairement féminin. Une des premières choses qu'ils nous disent c'est « Ne m'envoyez pas des femmes qui me disent qu'elles ne peuvent travailler que de 9 heures à 11 heures et 14 heures à 16 heures. » Ça c'est vraiment une des premières choses parce que je pense qu'ils en ont marre de cette représentation que peuvent avoir les mamans de, et là je parle des mamans, « Bah oui l'aide à domicile comme on va chez les gens on peut quand même s'arranger », sauf que non. En tout cas, peut-être pour l'aide-ménagère à domicile, qui peut du coup aller faire des ménages chez les particuliers, sur des heures entre guillemets qui pourraient être compatibles, et encore. Vraiment quand on veut devenir auxiliaire de vie, c'est complètement incompatible avec des horaires d'école. L'auxiliaire de vie elle va faire la toilette de la personne le matin, le soir elle fait les dîners, elle fait le déjeuner, elle est vraiment dans les moments clés de la vie d'une personne dépendante, comme un enfant d'ailleurs, c'est la même chose. (Conseillère placement Pôle emploi)*

Du côté des employeur(e)s et RRH rencontré(e)s dans le cadre de notre enquête, ils font tous et toutes part d'une collaboration difficile avec les conseiller(e)s Pôle emploi dans le cadre de leurs recrutements. Pour eux et elles, l'orientation des femmes en situation monoparentale dans ces métiers peut également être le résultat de lacunes dans la compréhension des métiers par les conseiller(e)s à l'emploi. Ces dernier(e)s vont avoir tendance à orienter vers des métiers considérés comme flexibles en termes de volume horaire, sans toujours prendre en compte la réalité des horaires atypiques, inadaptés à une mère de famille en situation monoparentale. La responsable des ressources humaines de l'Asso 3 témoigne d'un « accompagnement inexistant » et de demandeuses d'emploi « bennées » vers l'aide à domicile.

*Alors leur conseiller Pôle emploi qui doit dire « Bah oui mais là tu te rends compte il y a une opportunité, ils vont te former, contrat de pro, machin ». Mais je vois « Oui oui », elles sont poussées parce qu'ils veulent les sortir et qu'ils ne savent pas quoi en faire. Moi j'ai fait des PEC [Parcours emploi compétences], j'ai participé aux recrutements, j'avais des intervenantes qui arrivaient, enfin même pas des intervenantes mais des personnes qui arrivaient, c'est Pôle emploi qui les avait bennées là-dedans en disant « Bah va voir il y a un truc peut-être » et du coup quand on entretenait le domicile, elles ne savaient même pas de quoi on parlait quoi. En fait les conseillers doivent être en difficulté avec ces gens-là, du coup il y a une porte et ils poussent les gens ! Mais c'est pas un accompagnement suffisant, moi je vois bien j'ai travaillé avec la mission locale sur des emplois d'avenir et tout ça (souffle)...*

*L'accompagnement il est inexistant ! Elles ont un point tous les 6 mois ou elles doivent alerter quand elles ont des difficultés. Quand je parle d'accompagnement pour moi c'est quelqu'un qui doit avoir un point toutes les semaines, comment ça va, qu'elles*

*sont tes difficultés, ok c'est pas grave... Enfin voilà ! Parce qu'on est sur des gens trop fragiles. (RRH, Asso 3)*

Le directeur de l'Entreprise 2 met en avant la méconnaissance des métiers par les conseiller(e)s, qui n'ont plus les moyens humains et financiers pour se déplacer dans les entreprises.

*Ouais, ouais et ils confondent la remise à l'emploi et aider les employeur(e)s en fait. C'est là la problématique aussi dans ces structures là. C'est que des fois ils se comportent comme si c'était eux qui embauchaient. C'est pas ça, on leur demande d'être facilitateurs pour les employeur(e)s. Et cette notion là on se demande si... Ils prennent très peu de contacts avec les employeur(e)s, ils visitent très rarement. Moi, il y a 15 ans, les interlocuteurs du Pôle emploi se déplaçaient, maintenant ils ne se déplacent plus. Ils ne savent même pas comment se déroule le métier. (Directeur, Entreprise 2)*

Les enquêté(e)s, comme cette RRH de l'Entreprise 2, reprochent également à Pôle emploi son algorithme qui ne filtre pas correctement les candidatures et peut conduire à des situations ubuesques. En effet, en raison d'erreurs, les candidat(e)s peuvent être dirigé(e)s vers des métiers par l'algorithme et par conséquent par le ou la conseiller(e)<sup>41</sup>, même si ces métiers ne correspondent ni à leurs qualifications ni à leurs projets professionnels.

*Les candidatures, merci. Enfin, moi, j'ai quand même... Ça, c'est l'anecdote, que je ressors à chaque fois, mais parce que je trouve ça... Je trouve ça dingue, et c'est ce que je lui avais dit. J'ai quand même reçu une candidature d'un pizzaïolo. Je cherchais un assistant de vie de niveau 3. Donc quelqu'un qui est qualifié, ou en tous cas qui a trois ans d'expérience. Et tout ça, c'est stipulé. On m'envoie un pizzaïolo. Qui n'avait aucune expérience en services à la personne. Enfin, ça, c'est vraiment l'anecdote, parce que je me suis dit « Mais là, on a touché le fond du fond ». (RRH, Entreprise 2)*

#### 4. Des stratégies innovantes pour améliorer les conditions de travail et d'emploi des mères seules ?

Les mères seules s'orientent et sont orientées vers ces emplois considérés comme facilement accessibles et en apparence flexibles, en raison de la possibilité de travailler à temps partiel, ce qui pourrait faciliter l'articulation entre leurs charges familiales et l'exercice d'une activité professionnelle. Cependant, ces femmes font face à des conditions de travail défavorables dans ces métiers qui vont conduire notamment à un temps partiel plus subi et à une moins bonne santé mentale et physique (4.1). Du point de vue des employeur(e)s, les problématiques des salariées en situation monoparentale vont impliquer une considération particulière dans les recrutements et vont poser des problèmes de gestion (4.2). L'analyse des

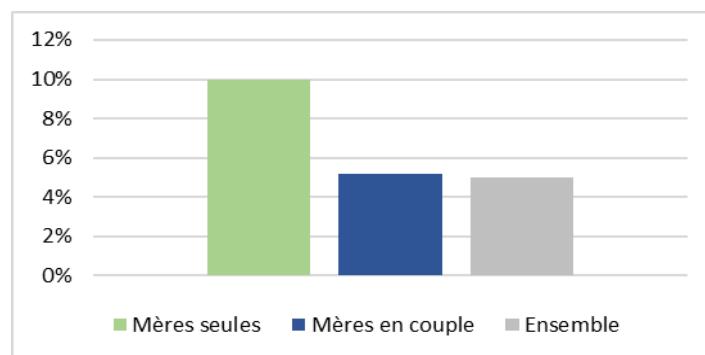
<sup>41</sup> Aujourd'hui l'accompagnement à l'emploi consiste en une utilisation croissante d'outils dématérialisés (algorithmes mais aussi contacts par email ou par téléphone), la possibilité de pointer les inadéquations entre offre d'emploi et compétences/aspirations de ou de la candidat(e) est donc limitée. À la marge, le contrôle renforcé de la recherche d'emploi pourrait pousser certain(e)s demandeur(se)s d'emploi à participer à des processus de recrutement pour « valider » leurs efforts de recherche, même si ces opportunités ne correspondent pas nécessairement à leurs aspirations ou à leurs qualifications.

nouvelles formes d'organisation dans l'aide à domicile permettra de déterminer dans quelles mesures elles peuvent contribuer à améliorer les conditions de travail et d'emploi des mères seules et réduire les difficultés associées pour les employeur(e)s (4.3).

#### 4.1 Quelles conditions de travail pour les mères seules ?

Les métiers du vieillissement, comme la plupart des autres métiers du *care* et du soin, sont des métiers précaires, aux conditions horaires atypiques (tôt le matin, tard le soir, travail le week-end), aux journées souvent morcelées et où le temps partiel est généralement la norme. Pourtant, les mères seules ne sont pas mieux traitées dans ces emplois alors même qu'elles ont des contraintes familiales plus fortes. Après traitement statistique dans l'enquête *Conditions de travail de la Dares* (2019), il apparaît que les mères seules ont les mêmes conditions de travail dans leur emploi que leurs homologues en couple. Les mères seules déclarent ainsi dans 35% des cas avoir des horaires quotidiens variables, contre 38% des mères en couple. Aussi, 7% d'entre elles déclarent avoir une journée morcelée, contre 5% des mères en couple, et 27% travaillent le dimanche, contre 28% des mères en couple<sup>42</sup>. Ce qui est plus remarquable, par contre, ce sont les effets négatifs de l'emploi sur leur santé mentale et physique. Les mères seules en emploi déclarent plus souvent être en mauvaise santé par rapport aux autres mères et à l'ensemble de la population active occupée (Graphique 3). Plusieurs travaux vont dans ce sens et ont été recensés dans le chapitre de l'ouvrage collectif auquel nous avons contribué *Les familles monoparentales, Conditions de vie, vécu et action publique* où nous proposons un état de la littérature sur le travail et l'emploi des familles monoparentales (Devetter et Lanseman, 2023). Nous montrons dans ce chapitre que la situation socioéconomique plus précaire des mères seules explique en grande partie leur état de santé dégradé.

**Graphique 3 : Mauvaise perception de l'état de santé général de la part des travailleurs et travailleuses**



Champ : Ensemble des actifs occupés en France métropolitaine (ménages ordinaires).

Source : Dares, *Enquête Conditions de travail 2019*

Note 1 : Nous considérons uniquement les mères d'enfants mineurs. Les mères seules sont uniquement celles faisant partie de familles monoparentales simples (hors ménages complexes).

Note 2 : Nous considérons comme actives occupées les travailleuses dont le revenu d'activité est d'au moins 100€ par mois.

Lecture : Parmi les mères seules en emploi, 10% déclarent être en mauvaise santé de manière générale.

<sup>42</sup> L'échantillon de mères seules aides à domicile dans l'enquête est faible, ce qui ne permet pas de proposer des statistiques plus précises. Néanmoins, si nous ne tenions pas compte de la taille de l'échantillon, les faibles écarts entre mères seules et mères en couple restent les mêmes, peu importe les métiers.

De plus, les mères seules, même si elles ont des contraintes temporelles et familiales plus fortes, ne travaillent pourtant pas plus souvent à temps partiel que les mères en couple. D'après l'enquête Conditions de travail en 2019, le temps partiel des mères seules (33%) est équivalent à celui-ci des mères en couple (34%). Ce qui distingue les mères ce sont les raisons de ce temps partiel. Le temps partiel des mères seules est plus souvent « subi » que celui des mères en couple (Encadré 3).

### Encadré 3 : Le temps partiel subi et le temps partiel choisi

En général, on distingue deux formes de temps partiel : le temps partiel subi et le temps partiel choisi. Cependant, nous préférons opérer une distinction en trois catégories :

1) **Le temps partiel « subi », ou temps partiel en sous-emploi**, est le temps partiel faute d'emploi à temps plein. Dans les enquêtes, il est mesuré à travers la réponse à la question « Pour quelle raison principale travaillez-vous à temps partiel ? » Il renvoie alors aux salarié(e)s qui souhaiteraient travailler davantage mais ne le peuvent pas dans leur emploi actuel.

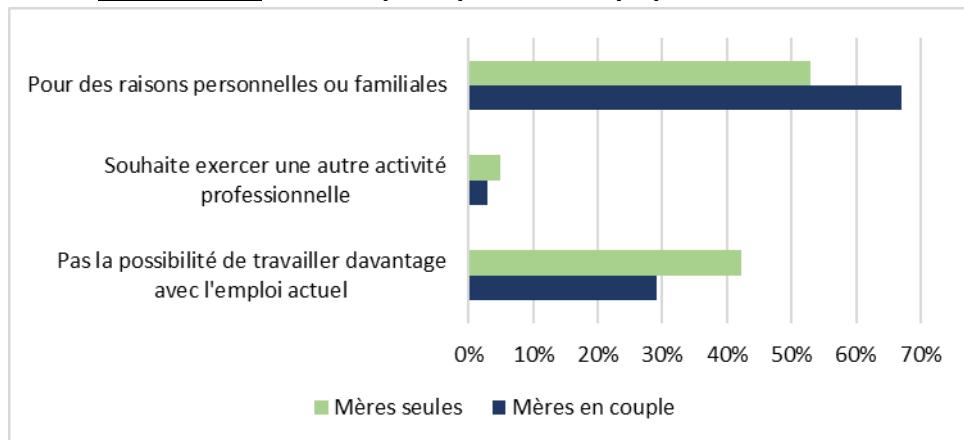
2) **Le temps partiel « choisi »** fait référence aux individus, en majorité des femmes, qui choisissent de travailler à temps partiel pour pouvoir s'occuper de leurs enfants ou pour une autre raison personnelle ou familiale. Travailler à temps partiel ne constitue pas une contrainte pour ces personnes mais renvoie plutôt une volonté de contribuer au bien-être familial, d'obtenir un complément de revenu ou d'avoir une activité différente de leurs responsabilités familiales et domestiques.

3) **Le temps partiel « choisi sous contraintes »** est une catégorie qui englobe ceux et celles qui déclarent préférer travailler davantage, mais se trouvent constraint(e)s par des obligations familiales, telles que la garde d'enfants ou par des problèmes de santé. Bien que considéré comme du temps partiel « choisi », il demeure influencé par des obstacles familiaux et personnels qui ne sont pas être un choix pour les individus.

Les frontières entre ces catégories sont souvent poreuses. Il n'est pas réellement possible de différencier les deux formes de temps partiel « choisi » (2 et 3 ci-dessus) dans les enquêtes mais il nous semble important de faire cette distinction dans la définition. Les difficultés à concilier vie familiale et professionnelle entraînent des « choix » qui, observés au moment de la vie en couple, peuvent se révéler désavantageux pour les femmes en cas de séparation, en particulier celui de privilégier la carrière du partenaire masculin au sein du couple. Nous pouvons faire l'hypothèse que de nombreuses femmes qui « choisissent » de travailler à temps partiel le font sous l'influence des normes patriarcales associées aux rôles domestiques et familiaux traditionnellement dévolus aux femmes et aux mères.

Quand elles sont à temps partiel, les mères seules déclarent dans 42% des cas qu'il est subi, contre 29% des mères en couple (Graphique 4). Les mères en couple déclarent aussi plus souvent travailler à temps partiel pour des raisons personnelles ou familiales (67% contre 53% des mères seules), ce qui renvoie à la définition statistique générale du temps partiel « choisi ».

**Graphique 4 : Raison principale du temps partiel des mères**



Champ : Ensemble des mères actives occupées en France métropolitaine (ménages ordinaires).

Source : Dares, Enquête Conditions de travail 2019

Note 1 : Nous considérons uniquement les mères d'enfants mineurs. Les mères seules sont uniquement celles faisant partie de familles monoparentales simples (hors ménages complexes).

Note 2 : Nous considérons comme actives occupées les travailleuses dont le revenu d'activité est d'au moins 100€ par mois.

Lecture : Parmi les mères seules en emploi, 42% déclarent travailler à temps partiel parce qu'elles n'ont pas la possibilité de travailler davantage avec l'emploi actuel.

Dans nos monographies, nous avons observé des disparités en ce qui concerne le choix du temps du partiel entre les mères seules ayant des enfants en bas âge (moins de 6 ans) et celles dont les enfants sont plus âgés et donc plus autonomes. À partir d'un certain âge, que la mère définit comme un âge où son enfant est autonome, elles ont tendance à exprimer le désir de travailler davantage, que ce soit en demandant un 35 heures ou en sollicitant une augmentation du nombre d'heures travaillées. Ceci conforte les dires des conseiller(e)s à l'emploi qui déclarent que les mères seules souhaitent en général travailler à temps plein, surtout lorsque leur(s) enfant(s) vont à l'école et à la garderie.

*Ça a toujours été un choix et ça a toujours été évolutif en fonction de leur âge aussi attention... Enfin voilà la dernière elle est... Je ne suis pas passée à temps plein sans qu'elle soit autonome dans certaines choses... Voilà. Je rentre à 18 heures - 19 heures le soir, je sais qu'elle est capable de... Il y a toujours quelqu'un avec elle. La voisine, le coup de téléphone quand j'arrive, enfin quand elle arrive. (Intervenante, Asso 1)*

Lorsque leurs enfants sont trop jeunes pour être autonomes, certaines mères n'ont pas d'autre choix que de s'adapter en optant pour des horaires réduits et des salaires plus faibles. Autrement dit, confrontées à des contraintes temporelles et une responsabilité fortes, une meilleure articulation entre vie familiale et vie professionnelle prévaut sur la rémunération. Elles expliquent ainsi que le travail à temps partiel est privilégié car elles placent leur responsabilité de mère au premier plan (Encadré 4).

*C'est ça ... Avant j'avais quelqu'un... Le petit était à la crèche donc c'était déjà différent, mais je veux dire j'avais quelqu'un qui venait deux heures par semaine pour faire mon ménage, aujourd'hui c'est moi qui le fais... Parce que voilà, je vais pas payer quelqu'un pour quelque chose que je fais tous les jours chez les gens et puis, de toute façon, aujourd'hui j'ai plus les moyens de le faire mais... Du coup ça a effectivement... Il y a eu une baisse de salaire mais il y a eu un... Ça s'est décalé et finalement ça s'est*

*bien goupillé comme ça... Moi ça me convient... En tout cas cette vie me convient au jour d'aujourd'hui. Parce que mes enfants sont jeunes... Demain quand ils seront plus grands, qu'ils seront au collège, ça sera peut-être différent, j'aurais peut-être besoin aussi d'autre chose. (Intervenante, Asso 1)*

#### **Encadré 4 : Être une mère et être pauvre**

La question de leur responsabilité en tant que mère soulève un paradoxe historique important. En tant que mères, elles se trouvent non seulement dans ce rôle exigeant, mais elles font également face, plus que les autres, en tant que mères de famille monoparentale, à la réalité de la pauvreté. Elles sont seules pourvoyeuses de ressources au sein de leur ménage et leur situation vis-à-vis de la pauvreté rend nécessaire de travailler pour pouvoir s'en sortir. Cette dualité, entre être une mère et être pauvre, les confronte à la pression particulière d'assumer leur rôle parental seule tout en travaillant, d'autant plus que, dans l'histoire, les familles dont l'équilibre était « rompu », notamment en l'absence du père (naissance hors mariage, veuvage et divorce), ont été stigmatisées et associées bien souvent dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie à des problèmes de délinquance juvénile (Le Gall et Martin, 1987). Aujourd'hui, ces préjugés perdurent et sont renforcés par le fait que les pères restent peu impliqués dans l'éducation et l'entretien de leur(s) enfant(s) : la garde alternée ne concerne que 11,5% des enfants de parents séparés en 2020, plus de 85% des enfants habitent uniquement avec leur mère et un quart des pensions alimentaires ne sont pas payées alors que le débiteur en a les moyens financiers (Bloch, 2021).

La RRH de l'Asso 3 remarque que certaines mères seules de son organisation sont dans une forme de temps partiel subi. Certaines la sollicitent en effet pour augmenter leur temps de travail pour des raisons financières, ce qui n'est pas possible car elles ont des périodes d'indisponibilités trop nombreuses. Encore une fois, elles se retrouvent confrontées à la réalité de l'emploi qui ne correspond pas toujours à leurs attentes.

*Bah-là elles choisissent pas, elles voudraient des contrats à temps plein parce que financièrement elles s'en sortiraient plus, mais, par rapport à leurs possibilités, elles se rendent vite compte que ça ne rentre pas dedans. Un temps plein il est dispo tout le temps, je fais un petit peu rapide. Après ce qui est chiant dans notre organisation et ce sur quoi on a de plus en plus de difficultés, il me semble, à agir c'est que nos plannings ils ne sont pas fixes. (RRH, Asso 3)*

Pour le directeur d'un EHPAD partenaire de l'Asso 3, les mères seules demandent rarement des temps partiels parce que financièrement elles ne s'y retrouveraient pas.

*Non, non. Alors on essaye d'être arrangeant, parfois. Il y a souvent des personnes qui demandent mais c'est rarement des mères seules d'ailleurs, mais des femmes en couple qui nous demandent des temps partiels. Des temps partiels. Les femmes seules nous demandent rarement des temps partiels. (Directeur d'EHPAD partenaire, Asso 3)*

Dans le secteur des services à la personne, les conditions de travail sont généralement mauvaises pour tou(te)s les salarié(e)s. Les mères seules, comme elles sont surreprésentées dans ces métiers par rapport aux autres femmes, ont donc des conditions de travail dégradées et parfois en inadéquation avec leur disponibilité limitée. Pourtant, elles ne sont

pas mieux traitées dans ces métiers. En l'absence de relai, elles font face à des difficultés plus importantes pour faire garder leurs enfants, qu'ils soient en bas âge ou plus âgés. D'après l'enquête Conditions de travail, en 2019, elles ont aussi des conditions d'emploi moins bonnes avec des revenus d'activité plus faibles et des statuts et contrats moins stables (elles sont plus souvent en CDD, en intérim ou à leur compte). Tous ces éléments contribuent à rendre leur conciliation entre vie familiale et vie professionnelle particulièrement complexe, et cela peut entraîner des difficultés du point de vue des employeur(e)s et salarié(e)s chargé(e)s des ressources humaines.

#### 4.2 La monoparentalité vue par les employeur(e)s : recrutées faute de mieux

Nos entretiens auprès d'employeur(e)s et RRH dans les métiers du vieillissement ont mis en évidence le fait que cette difficile conciliation des mères seules pouvait poser des problèmes de gestion et de recrutement pour les structures à travers l'absentéisme et l'organisation du temps de travail. Néanmoins, les conclusions de notre enquête révèlent que, bien que les mères seules ne soient pas initialement considérées comme une catégorie cible des politiques d'emploi, elles peuvent devenir une catégorie *ad hoc*, c'est-à-dire une catégorie spécialement créée ou adaptée pour répondre à un besoin particulier ou pour traiter une situation spécifique, utilisée par certains employeur(e)s dans le secteur de l'aide à domicile. Ceci en réponse à la réalité d'une main-d'œuvre disponible pour travailler, mais dont les emplois du temps semblent être incompatibles avec les exigences de ce secteur. En d'autres termes, face aux défis actuels liés aux recrutements dans leur secteur d'activité, certains employeur(e)s ont choisi d'adapter certaines pratiques (critères de recrutement, flexibilité des plannings...) pour attirer et pour favoriser le maintien dans leur emploi des salariées en situation monoparentale.

En ce qui concerne les recrutements, la monoparentalité peut constituer un obstacle en raison d'idées préconçues de la part des employeur(e)s quant à la capacité de ces mères à concilier travail et contraintes familiales. La RRH de l'Asso 3 indique que, quel que soit la qualification, parfois elle ne recrute pas « à cause de ces impératifs-là ». Néanmoins, en tant que secteur « en tension », les organisations ne peuvent plus se permettre d'être trop strictes vis-à-vis du critère de disponibilité. C'est d'ailleurs ce que déclare cette même RRH :

*Ça peut m'effrayer oui, « Oh la la ! Elle, ça ne va pas être facile ! » Mais je m'interdis de m'arrêter à ça, j'essaye au moins. (Rires) Je le vois tout de suite, sauf que, et parce que je suis recruteur et que je n'ai pas de discrimination à faire, je suis assez vigilante avec moi-même par rapport à mon ressenti, du coup il y a des fois je me dis « Putain ça ne va pas être facile » mais on tente, je suis plutôt à me dire... Mais après c'est tellement des questions... Il y en a pour qui ça marche quoi, il y en a avec qui ça fonctionne bien. Je m'en voudrais énormément si à chaque fois que j'avais une femme seule avec ses enfants je me disais mais elle je n'en veux pas, humainement je ne supporterais pas de vouloir faire ça (rires). Mais après j'ai pas trop le choix non plus, il faut être honnête. C'est beaucoup ce qui arrive, beaucoup, beaucoup. Il faut que je regarde dans mes derniers recrutements, j'ai essentiellement... J'essaie de penser à*

*des collègues qu'on a intégrées rapidement, là j'en vois 3-4 qui sont arrivées depuis le mois de mai, elles sont seules avec leurs enfants quoi. (RRH, Asso 3)*

Dans les équipes autonomes qui cooptent en interne, comme dans l'Entreprise 2, les salarié(e)s de l'équipe peuvent aussi avoir des préjugés vis-à-vis des candidates qui ne seraient pas assez disponibles. Les coachs et les RRH peuvent intervenir lors de certains recrutements pour mettre en avant les possibilités d'adaptation de l'équipe en lien avec le besoin existant.

*On est d'accord qu'il faut que ça réponde en fait, encore une fois, au besoin des prestations, mais... Mais c'est possible. Et depuis... On s'est vu lundi d'ailleurs avec cet intervenant, et il a vraiment changé en fait dans le discours, c'est ça qui est chouette. Parce que finalement, cette personne-là a quand même été recrutée, le fin mot c'est ça, c'est qu'elle a quand même été recrutée, et aujourd'hui, elle est toujours chez nous. Et ça se passe très bien. En fait, il fallait essayer, je pense. C'était sûrement... C'était sûrement du préjugé, en fait, de se dire « Comment ça se fait ? Tu es assistante de vie, et tu ne travailles pas tôt le matin et tu ne travailles pas jusqu'à telle heure le soir ? ». Et puis au final... Ça s'est fait. (RRH, Entreprise 2)*

Enfin, concernant les recrutements, les RRH restent conscient(e)s du fait que de nombreuses personnes, en particulier les mères seules, se portent candidates à des emplois qui émergent en raison des difficultés de recrutement propres à ce secteur, principalement pour des raisons financières et alimentaires, et parce que ce sont les métiers mis en avant lors de leur accompagnement professionnel par le SPE. Les deux RRH de l'Entreprise 2 et de l'Asso 3 confirment que, souvent, elles se voient contraintes de recruter des candidat(e)s qui ne répondent pas aux critères idéaux (en termes de motivation et de qualification) pour répondre aux besoins croissants de leur organisation et du secteur de la dépendance en général.

*Et puis on a des personnes qui viennent parce qu'ils voient de la lumière, et qui considèrent que... Et de toute façon, on s'en rend bien compte, parce que généralement, ça ne fonctionne pas très longtemps, parce que c'est un boulot alimentaire. Parce qu'on sait à quel point, et ça se sait, n'est-ce pas, à quel point ça recrute énormément. (RRH, Entreprise 2)*

*Alors moi je ne poserais pas le truc comme ça en fait, c'est que nous comme on arrive pas à trouver des gens qualifiés on va vers ces gens-là. Donc du coup à défaut de mieux, elles trouvent du boulot chez nous. Si on avait suffisamment d'auxiliaires de vie, de personnes qualifiées, on irait pas les chercher [les personnes sans qualification] en fait, vous voyez ? On compense avec ces intervenantes-là. Et moi je vois bien en entretien, il manque plein de trucs mais faute de mieux, on y va quand même quoi. Des femmes seules on en a beaucoup oui, des jeunes femmes seules avec des enfants en bas âge. En bas âge pour moi c'est jusqu'à 15 ans, qui ont vraiment besoin... Avant 15 ans... Bon les enfants ne peuvent pas se gérer tout seul, donc du coup des contraintes d'organisation importantes en fait. (RRH, Asso 3)*

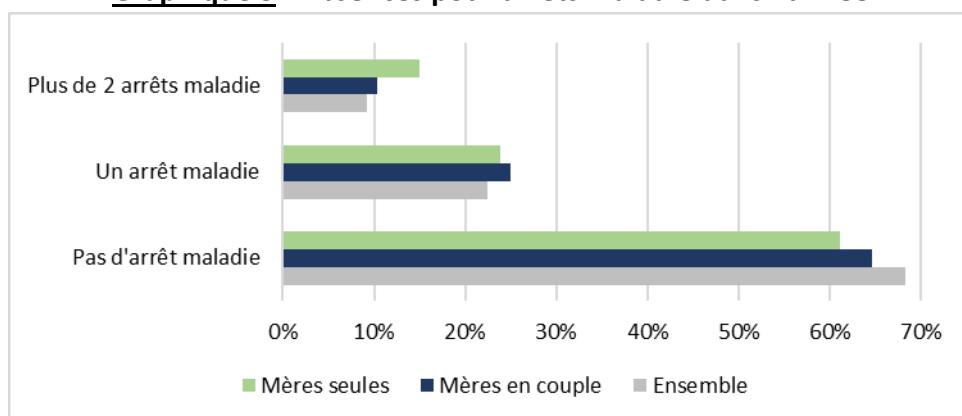
Statistiquement, il est difficile d'estimer si la situation particulière des mères seules pose des problèmes de gestion dans les entreprises. Les employeur(e)s interrogé(e)s estiment que

les mères seules sont plus souvent en arrêt maladie parce qu'elles n'ont pas de modes de garde et qu'elles s'absentent plus souvent pour des urgences familiales.

*Oui, pour certaines en fait ouais, y'a pas de relai. Donc enfant malade, moindre souci, il faut qu'elles se rendent disponibles, du coup c'est de l'absentéisme. La convention collective, il y a 3 jours enfant malade, c'est vite mangé hein (Rires). Du coup s'il n'y a pas de relai familial, je pense que ça génère des absences régulières, des petits arrêts, des choses comme ça en fait. (RRH, Asso 3)*

Dans l'enquête Conditions de travail en 2019, on observe que les mères seules ont en effet un peu plus d'arrêts maladies que les mères en couple et que les autres travailleurs et travailleuses (Graphique 5). Mais, lorsqu'elles sont en arrêt maladie, les mères seules s'absentent en moyenne 28 jours par an contre 29 jours pour les mères en couple. Nous pouvons faire l'hypothèse que les mères seules ont moins de marge pour s'octroyer des périodes d'absence du travail, même pour des raisons de santé (et elles sont en moins bonne santé en général), en raison de la faiblesse de leurs revenus et de leur statut de seule pourvoyeuse de revenus au sein du ménage. Les mères seules déclarent aussi plus souvent (47% contre 43% des mères en couple) avoir des difficultés ou une impossibilité de s'absenter du travail, même pour quelques heures, en cas d'imprévu familial ou personnel. Si les mères seules, comme le supposent certains employeur(e)s, prennent des arrêts maladie de courte durée pour répondre à des urgences familiales notamment liées à la garde des enfants, le délai de carence de trois jours lors d'un arrêt maladie contribue à réduire leur rémunération et à les enfermer dans des situations instables et précaires. Souvent, aucune alternative ne leur permet de procéder autrement.

**Graphique 5 : Absences pour arrêts maladie dans l'année**



Champ : Ensemble des actifs occupés en France métropolitaine (ménages ordinaires).

Source : Dares, Enquête Conditions de travail 2019

Note 1 : Nous considérons uniquement les mères d'enfants mineurs. Les mères seules sont uniquement celles faisant partie de familles monoparentales simples (hors ménages complexes).

Note 2 : Nous considérons comme actives occupées les travailleuses dont le revenu d'activité est d'au moins 100€ par mois.

Lecture : Parmi les mères seules en emploi, 61% n'ont pas eu d'arrêt maladie en 2019.

Pour le directeur de l'Entreprise 2, au-delà de l'absentéisme c'est le maintien dans l'emploi de salariées fragiles socialement qui est l'enjeu principal. L'absentéisme est selon lui une problématique structurelle, à mettre en lien avec l'accès aux modes de garde et avec les problématiques sociales de manière globale. Il pense que le métier d'auxiliaire de vie à domicile ne peut offrir des conditions de travail et d'emploi et une conciliation entre vie

familiale et vie professionnelle satisfaisantes que lorsque la salariée a un(e) partenaire également actif(ve) professionnellement.

*Alors, l'absentéisme plus récurrent, honnêtement je ne suis pas sûr qu'on puisse faire un lien. J'aurais tendance à dire qu'il y a deux choses qu'on a pu observer. C'est en fait une fragilité du maintien dans l'emploi, s'il y a quelque chose qui se dérègle... On peut dire l'absentéisme oui mais bon... J'aurais tendance à dire que l'enfant malade en soi, j'avais plutôt l'impression qu'il y avait des solutions qui étaient trouvées. Mais par exemple, s'il n'y a pas de crèche... S'il n'y a pas de crèche, il n'y a pas de crèche. Ça c'est un... Donc c'est plutôt les modalités de garde, par exemple, qui peuvent limiter le maintien dans l'emploi. Et puis on va dire en fait c'est une forme de fragilité, s'il y a un problème à un moment et qu'il faut changer de logement, et que la solution est pas simple, l'emploi va être mis de côté quoi. Donc on est plutôt sur une caractéristique de fragilité dans le maintien dans l'emploi, plutôt qu'un absentéisme. Et de dire, qu'il peut y avoir des toutes petites raisons, ou des raisons qui pourraient être abordables ou abordées assez facilement par des situations de couple, où en foyer monoparental on va abandonner l'emploi et dire je ne peux pas gérer les deux et voilà, j'ai un jeune enfant, plus un déménagement, plus un boulot, c'est pas possible. (Directeur, Entreprise 2)*

Les salarié(e)s reconnaissent également que le salaire horaire faible associé au travail à temps partiel, voire très partiel, n'est pas suffisant pour garantir un niveau de vie décent s'il n'est pas complété par un autre revenu (celui du/de la conjoint(e) et/ou les aides sociales). Des aides à domicile de l'Entreprise 2 et de l'Asso 3 témoignent en effet bénéficier d'un « bon » niveau de vie grâce au fait que leur conjoint occupe un emploi rémunérateur.

*Oui bien sûr. C'est ça, ça a pallié [la prime d'activité]. Après je vis dans une situation où je n'ai pas vraiment besoin de salaire mais c'est vrai que plus on en a et plus on est content. [...] Il [mon conjoint] gagne très bien sa vie. Et c'est grâce à lui que j'ai pu essayer une semaine de stage gratuitement. Je n'avais pas ce couteau sous la gorge de me dire « Il me faut de l'argent pour manger. » (Intervenant, Entreprise 2)*

*Moi je n'en vois pas énormément de conséquences parce que mon conjoint travaille aussi à côté, il a un bon statut social donc je ne vois pas les conséquences. Mais si je vivais seule oui, je verrais les conséquences de manière... Ça n'est pas possible, 104 [heures] ce n'est pas possible ! (Intervenante, Entreprise 2)*

Nos monographies montrent que les contraintes familiales et sociales de ces mères peuvent influencer la stabilité des plannings et la gestion du personnel, en particulier en raison de la fragilité de leur situation socioéconomique et de l'absence d'un réseau de soutien pérenne pour s'occuper de leur(s) enfant(s) et répondre à des imprévus. Nous avons en ce sens analysé les nouvelles formes d'organisation dites innovantes, les équipes autonomes et l'habitat inclusif, sous l'angle de l'amélioration des conditions de travail de ce public particulier, les mères seules salariées de ces structures<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Toutefois, les salariées travaillant dans le cadre de l'habitat inclusif (Asso 1) n'ont pas avancé d'arguments spécifiques à leurs situations de monoparentalité vis-à-vis de leur vécu dans le dispositif. L'analyse des conditions de travail de ces salariées est donc à lire dans la partie 2 de l'Axe 2 de ce rapport.

#### 4.3 L'analyse des nouvelles formes d'organisation du travail dans l'aide à domicile

Il est important de noter que les dispositifs d'équipes autonomes et d'habitats inclusifs de toutes les organisations étudiées n'ont pas été conçus, à l'origine, en réponse aux défis spécifiques de ces travailleuses en situation de monoparentalité. Bien que l'amélioration de la conciliation travail/famille ait été un objectif, la situation particulière des mères seules a parfois été soulevée, mais rarement prise en compte de manière formelle.

*Non, pas vraiment. C'était pas le point de référence. Ce qui était vraiment visé, en essayant de travailler sur de l'auto-organisation d'équipe, c'était de leur permettre de reprendre la main plutôt sur leur métier. C'était vraiment pas par rapport à un contexte social des travailleurs, mais plutôt par rapport à un cadre d'exercice de leur métier, c'est à dire vous pouvez être dans un environnement social complexe, mais au moins on va faire en sorte que votre métier vous puissiez le faire dans de bonnes conditions et qu'il vous apporte satisfaction et plaisir. (Directeur, Entreprise 2)*

*Elle n'a pas été posée, elle va se jouer comme ça. Dans les équipes autonomes, il y a l'idée que parce qu'on se connaît on peut réguler les difficultés de planning. Mais on en est qu'au début là, c'est pas vraiment ça mais l'idée c'est que parce qu'on se connaît... Dès que, par exemple, une collègue nouvellement recrutée participe aux équipes autonomes, ça créé une notion de dépendance plus importante et du coup une relation différente. Et, peut-être que, si cette jeune femme, effectivement, elle est en difficulté seule avec ses enfants, bah les collègues parce qu'on intervient aussi sur les plannings, les collègues ajusteront des choses pour lui rendre peut-être la vie plus facile. (RRH, Asso 3)*

Pour certains employeur(e)s et responsables des ressources humaines, l'organisation en équipes autonomes a permis dans un premier temps de limiter l'absentéisme qui répondait à des problématiques de garde d'enfants. C'est ce dont témoigne la RRH de l'Entreprise 2 :

*Concrètement, on a beaucoup moins d'absentéisme, en tous cas lié à ça. Alors qu'avant, c'est... On sait. On savait que s'ils devaient aller à des prestas, ou alors il y avait même parfois des arrêts maladie, qui avaient été... Alors, se pose la question quand... Voilà, on va dire du fonctionnement en fait des médecins, mais... Qui pouvaient à un moment donné, enfin ça arrive qu'elles aient pu être en arrêt maladie parce qu'il y avait une problématique de mode de garde. (RRH, Entreprise 2)*

Pour le directeur de l'Entreprise 2, il y a trois effets positifs du modèle d'équipe autonome pour les mères seules. Le premier est le fait de travailler en équipe, ce qui permet une forme de solidarité entre collègues dans certaines équipes (possibilités de dépanner une collègue en allant chercher son enfant à l'école, de se faire remplacer en cas d'imprévu etc.). Le deuxième est le fait de pouvoir communiquer directement avec les bénéficiaires et donc d'ajuster ses horaires au jour le jour en accord avec ceux-ci. Enfin, il considère que l'auto-organisation est une forme d'*empowerment* pour ces mères qui vont avoir plus confiance en elles pour réaliser leurs démarches en dehors de leur travail.

Du côté des salariées concernées, elles témoignent du fait qu'appartenir à ces équipes de travail, que ce soit au sein des équipes autonomes ou dans le cadre de l'habitat inclusif, offre

une plus grande autonomie dans la gestion de leur planning, ainsi qu'une communication améliorée avec leurs collègues et l'encadrement intermédiaire. Cette dynamique facilite la conciliation entre leur emploi du temps professionnel et leurs responsabilités familiales, offrant une meilleure flexibilité qu'avant la mise en place de ces nouvelles formes d'organisation. **Cependant, il convient de souligner, que ce n'est pas tant la nature « novatrice » de ces dispositifs qui favorise une meilleure conciliation, c'est surtout le positionnement général des structures étudiées, axé sur l'autonomie et la souplesse des plannings et des horaires qui le permet, et en particulier la compréhension et la prise en compte des problématiques familiales.**

Les salariées interrogées ont conscience des difficultés de recrutement de leur secteur d'activité et voient cette souplesse comme un moyen pour l'entreprise de garder ses salariées dans ce contexte.

*Oui, enfin voilà c'était la condition [de ne pas travailler le mercredi]. Et quand elle m'a dit « On fait en fonction des salariées... » Parce que c'est aussi le but de garder leurs salariées. S'ils ne respectent pas un peu la vie personnelle, c'est clair que c'est compliqué pour nous derrière donc on va changer d'emploi. Ça c'est quelque chose qu'on m'a dit dès le premier rendez-vous que j'ai pu avoir. (Intervenante, Asso 1)*  
*C'est ce qui est malheureux pour le moment [les difficultés de recrutement], j'espère que ça changera. C'est qu'ils ont du mal à recruter donc forcément ils vont tout faire pour garder le personnel qui est déjà présent. (Intervenante, Asso 1)*

Ainsi, la philosophie générale de ces organisations qui se veulent « innovantes » permet que les contraintes familiales des salariées soient moins stigmatisées et mieux prises en compte par la structure. Il est à noter, par exemple, que la majorité des enquêtées se trouvant dans une situation de monoparentalité ne travaillent pas le mercredi pour pouvoir être avec leur(s) enfant(s) qui ne vont pas à l'école ce jour-là. Cette condition d'indisponibilité a été négociée au début de leur contrat (souvent dès le recrutement) mais également acceptée par les équipes au sein desquelles elles exercent, cela impliquant effectivement que d'autres collègues acceptent de travailler cette journée. Elles ont souvent également demandé à ne pas travailler trop tôt le matin, ni trop tard le soir, pour être disponibles pour leur(s) enfant(s).

*Oui complètement. En termes d'horaires quand j'ai été recrutée, bon ma vie a évolué depuis, mais quand j'ai été recrutée, j'ai dit clairement à mes responsables que les horaires je ne pouvais pas aller au-delà d'un certain horaire ou commencer trop tôt. Le mercredi j'ai la chance de ne pas travailler non plus. Et quand on me propose de travailler un soir et que je ne peux vraiment pas, j'anticipe et elles l'entendent aussi, vraiment. (Intervenante, Asso 1)*

*Mon employeur fait en sorte que je ne travaille jamais avant neuf heures et jamais après 18 heures donc ça me permet de... Bah ce soir, par exemple, il va à l'étude jusque 18 heures donc je le récupère à l'étude et si vraiment j'ai un empêchement de dernière minute, je peux demander à son papa oui. (Intervenante, Asso 1)*

*Oui c'est un choix de ma part dans le sens où je ne voulais pas travailler les mercredis toute la journée, je veux être avec mes enfants le mercredi donc bah après il faut travailler sur 4 jours quoi. Faut faire les 30 heures sur 4 jours donc on peut pas aller*

*plus haut [en termes de volume horaire] donc voilà ça me correspondait très bien.*

*(Intervenante, Asso 1)*

Pour les collègues qui ne sont pas dans une situation de monoparentalité et qui sont en charge du recrutement par cooptation dans les équipes autonomes, les indisponibilités trop importantes (des mères seules mais aussi des autres parents) peuvent néanmoins réduire la qualité du service et la réponse au besoin sur le territoire. Une coach qui accompagne plusieurs équipes de l'Entreprise 2 insiste sur le fait que les horaires atypiques ne peuvent pas être totalement contournés. Des indisponibilités sont possibles mais ne peuvent pas être trop nombreuses et/ou doivent être acceptées par l'équipe.

*Je suis un peu mitigée quand même là-dessus. Parce qu'effectivement ils vont avoir cette possibilité de pouvoir s'arranger, de ne pas travailler tous les jours, pour ne pas aller travailler tous les matins, avoir le mercredi de repos. On a beaucoup de collègues qui sont mamans toutes seules avec leurs enfants qui ont pris le mercredi et l'équipe s'est très bien adaptée sur le fait de dire « Ok le mercredi, elle est libre et on bloque ça ». Limite c'est contractualisé, ce n'est même pas un dû, clairement c'est bloqué, c'est contractualisé : le mercredi c'est le repos. Mais on a quand même un besoin qui reste le même, c'est que les personnes veulent être changé matin, midi, soir. Et on ne peut pas avoir une équipe où on a une équipe qui n'est jamais là le matin ou jamais là le soir. Ça pourrait arriver mais c'est toujours en fonction de la capacité de l'équipe. Si l'équipe peut recevoir quelqu'un qui peut soit dispo de 9 heures à 16 heures pourquoi pas. Mais si les besoins sont tous les matins et tous les soirs, ils ne vont pas prendre quelqu'un qui n'est pas dispo. Donc c'est un peu mitigé, si l'équipe elle est capable, ils le font sans souci, par contre à l'inverse... (Coach, Entreprise 2)*

Un auxiliaire de vie de l'Entreprise 2 signale que pour son équipe, en raison des besoins au moment *t*, une personne avec des indisponibilités matinales ne pouvait pas être recrutée, ils ont en ce sens déjà refusé le recrutement d'une auxiliaire de vie qui était en situation de monoparentalité.

*C'est ça, vous, vous évaluez plus si ça se passe bien dans la discussion. Ça dépend des indisponibilités de la personne. Si elle nous dit qu'elle n'est pas disponible le matin, ça ne sera pas possible parce que nous les toilettes le matin c'est important.*

*(Intervenant, Entreprise 2)*

L'une des aides à domicile de l'Asso 3 confirme cette même idée : les indisponibilités se discutent au sein de l'équipe et en fonction des besoins. Elle remarque toutefois que la mise en place des équipes autonomes élargies avec les groupes de travail qui ont été mis en place dans l'Asso 3 (ce qu'elle appelle « la grande équipe ») pourra entraîner une communication plus complexe.

*Au moment du contrat ou lorsqu'il y a un changement, c'est remis sur la table. Mais, d'un autre côté, le travail de soutien à domicile a ces exigences. Donc une mère seule, pour évoquer ce cas-là, est-ce qu'à un moment donné on lui a donné la possibilité de travailler uniquement une plage horaire bien définie tous les jours de la semaine, de façon à ne pas pénaliser sa vie de famille, pour pouvoir mieux répondre à ses besoins perso ? Ou est-ce qu'elle est en capacité de pouvoir s'engager sur un rythme pendant*

*un jour, deux jours et puis être plus souple ? Tout ça c'est un travail et une entente au sein de l'équipe. Mais alors là, la grande équipe... (Intervenante, Asso 3).*

Une autre aide à domicile de l'Asso 3, qui est une mère seule, arrive à faire coïncider ses horaires de travail avec ceux de son ex-conjoint, pour éviter des indisponibilités trop fréquentes et pour éviter « d'embêter » son équipe et l'encadrement intermédiaire. Elle dit qu'elle ne peut pas imposer à son équipe d'avoir trop de souplesse en raison de ses contraintes familiales et qu'en plus, elle travaille à temps plein, ce qui lui laisse moins de marge pour des indisponibilités. Ceci est possible en grande partie parce que son ex-conjoint s'implique aussi dans l'éducation et l'entretien de son ou ses enfant(s).

*Non parce qu'en fait mon ex-conjoint travaille en maison de retraite et quand je suis rentrée dans le service, j'ai dit à [la RH] « Je veux bien mais... » En fait on va dire que nos deux plannings se sont accordés donc la garde s'accorde selon les horaires. Et puis je ne veux pas trop embêter, je me dis que c'est aussi à moi de me débrouiller à côté. Sachant que je suis à temps plein, voire plus parce que j'ai une autre personne avec l'association en mandataire, donc je ne peux pas imposer non plus d'avoir trop de souplesse. (Intervenante, Asso 3)*

Du côté de la direction, pour le directeur de l'Entreprise 2, le recrutement par cooptation, fait en interne dans les équipes, permet d'éviter les préjugés envers les candidates en situation de monoparentalité qu'il pouvait y avoir de la part des services des ressources humaines et de l'encadrement intermédiaire. Le fait que les salariées recrutent directement au sein de l'équipe, en connaissant le terrain sur lequel les personnes nouvellement embauchées vont travailler, conduit à un niveau d'engagement plus fort des membres de l'équipe. Cela pourrait aussi entraîner une forme de pression sociale au sein du groupe qui garantirait le bon fonctionnement de l'équipe et sa cohésion.

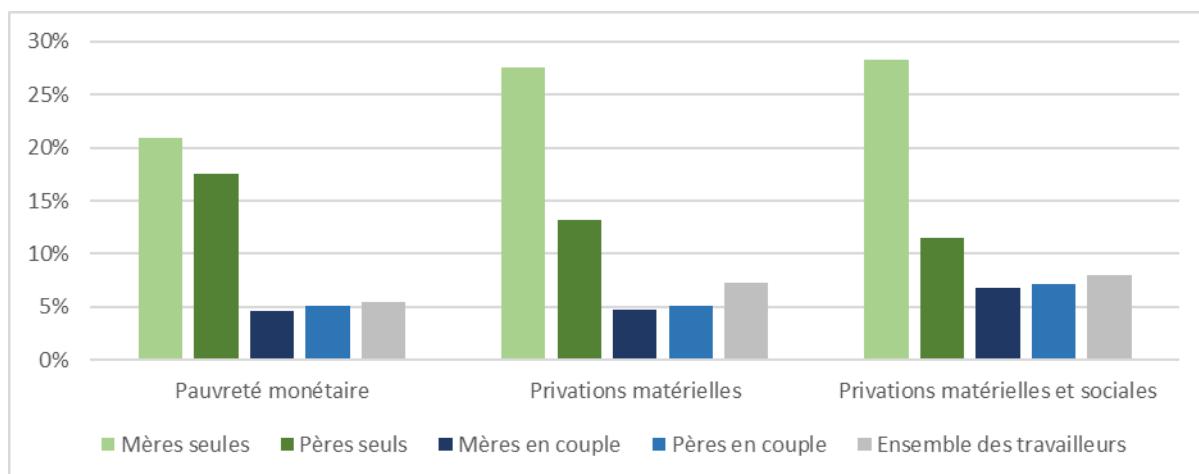
*Je pense que le fait que les recrutements soient faits directement par les auxiliaires de vie, justement, ça évite cette croyance, cette interprétation de dire « Ah les enfants... S'il y en a un de malade, elle ne viendra pas ». Parce qu'en fait cette question-là, au lieu qu'elle soit supposée et traitée dans un bureau, comme ça, déconnectée du terrain, elle va être abordée directement par les personnes qui sont concernées, si ça arrive. Et du coup il y a une forme d'engagement, peut-être de vigilance, où... Voilà 96% de professionnelles qui sont des femmes, donc du coup l'échange il va être porté par une autre maman... Et en fait on va être aussi sur un recrutement local, donc ça va être « Ok tes enfants ils sont dans quelle école ? » « Ah ok, c'est la même école que machin, ils sont dans le club aussi, les miens aussi, et comment ça se passe ». Et inversement aussi, la dame qui postule peut aussi dire « Voilà moi j'ai une problématique le mercredi, on peut faire comment ? » Et il peut y avoir des réponses locales trouvées. [...] On a pas un gros taux d'absentéisme. Absentéisme on est à moins de 15. C'est pas une caractéristique chez nous, l'arrêt maladie, le truc enfant malade etc. etc. On est plutôt sur la recherche de solution parce que forcément le fait de travailler en petite équipe, quand je suis malade, je sais que c'est mes 4 collègues qui vont trimer. Si j'ai pas de solution parce que je ne peux pas déposer mon jeune garçon chez les grands parents ou chez ma tante, je sais que je vais mettre tout le monde en galère. Je pense qu'il y a plus de vigilance. (Directeur, Entreprise2)*

## 5. Conclusion : les mères seules, des travailleuses pauvres

Les nouvelles formes d'organisation mises en avant par les structures étudiées dans cette recherche ont permis d'améliorer la conciliation travail/famille des salariées, qu'elles soient mères en situation de monoparentalité ou non. Plus que les dispositifs d'équipes autonomes ou d'habitat inclusif, ce sont la prise en compte de la monoparentalité comme problématique de gestion et de recrutement et la flexibilité et la souplesse prônées par les associations et les entreprises concernées qui sont déterminantes.

Néanmoins, la situation des mères seules dans ces métiers reste précaire. Orientées vers ces emplois pour leur facilité d'accès, leur flexibilité horaire affichée et par les stratégies d'activation mises en œuvre par le SPE, elles ne voient pas leurs situations vis-à-vis de la pauvreté s'améliorer. Les parents seuls, et en particulier les mères seules, font partie des publics les plus vulnérables face aux situations de pauvreté et de privations, même lorsqu'ils et elles ont un emploi (Graphique 6). Parmi les mères seules en emploi, 21% sont pauvres et 28% font face à des privations matérielles et sociales (difficultés financières pour se chauffer, s'habiller, avoir des loisirs, se nourrir etc.). Plus précisément, d'après l'enquête ERFS, en 2016<sup>44</sup>, même si toutes les aides à domicile ont des bas revenus d'activité, près de 43% des mères seules aides à domicile sont dans une situation de pauvreté monétaire contre 14% des mères en couple. L'unicité des revenus ne permet pas aux femmes qui sont seules pourvoyeuses de revenus au sein de leur ménage de sortir de la pauvreté.

**Graphique 6 : Pauvreté monétaire et privations des travailleurs selon la situation familiale**



Champ : Ensemble des actifs occupés en France métropolitaine (ménages ordinaires).

Source : Insee, Enquête SRCV 2020

Note 1 : Nous considérons uniquement les mères d'enfants mineurs. Les mères seules sont uniquement celles faisant partie de familles monoparentales simples (hors ménages complexes).

Note 2 : Nous considérons comme actives occupées les travailleuses dont le revenu d'activité est d'au moins 100€ par mois.

Lecture : Parmi les mères seules en emploi, 21% sont pauvres et 28% font face à des privations matérielles et sociales.

<sup>44</sup> Comme présenté dans l'encadré 1, la variable *profession* a été supprimée dans les enquêtes ERFS après 2016, ce qui ne permet pas de présenter des données plus récentes sur la pauvreté par professions.

Dans les emplois du *care* et du soin, où la disponibilité est un critère de recrutement déterminant, les mères seules privilégient le travail à temps partiel pour favoriser leur conciliation au détriment de leur salaire, surtout lorsqu'elles ont des enfants en bas âge et des difficultés pour les faire garder à moindre coût et de manière aisée. Souvent elles souhaiteraient travailler davantage mais ne le peuvent pas dans leur emploi actuel, ce qui les expose à du temps partiel subi. Le résultat des politiques d'activation envers les mères seules est un échec : elles sont incitées à reprendre des emplois qui semblent les enfermer dans des situations de pauvreté et de précarité et qui nécessitent un soutien financier public à travers les prestations sociales (prime d'activité, allocation de soutien familial, allocations familiales, allocation de rentrée scolaire etc.) pour qu'elles puissent subvenir à leurs besoins et à ceux de leur(s) enfant(s). Les mères seules sont ainsi devenues une catégorie de la pauvreté laborieuse. L'amélioration de leurs conditions de vie dans ces métiers doit passer par une revalorisation significative des salaires dans ces secteurs, et surtout du Smic, avec par exemple, comme le propose le directeur de l'Entreprise 2, le calcul du salaire à partir d'un mi-temps, ce qui leur permettrait de concilier leur vie familiale et leur vie professionnelle tout en ayant un niveau de vie décent.

*Le deuxième élément pour vraiment avoir un métier de qualité c'est l'équilibre avec la rémunération. Concrètement, aujourd'hui, ce qu'il faudrait, c'est qu'un mi-temps d'auxiliaire de vie rapporte un SMIC. Si une auxiliaire de vie demain, en travaillant à mi-temps, pouvait gagner l'équivalent du SMIC, vous auriez des personnes qui seraient en très forte capacité d'adapter vie pro et vie perso. Vous auriez des personnes qui, en termes d'impact sur la santé personnelle, seraient préservées. Parce que si vous avez un temps plein aujourd'hui d'aide à domicile avec 100 heures, 120 heures de transfert par mois, des gestes, de tensions, avec des impacts en PMS, c'est un métier très très compliqué. On ne peut pas prévenir de tout. Pour moi l'autre élément c'est qu'aujourd'hui, le métier d'auxiliaire de vie, sur la part de financement public, de solidarité, devrait permettre à une auxiliaire de vie de toucher l'équivalent du SMIC pour un mi-temps. (Directeur, Entreprise 2)*

#### Bibliographie de l'axe 4

Bloch Killian, 2021, « En 2020, 12 % des enfants dont les parents sont séparés vivent en résidence alternée », *Insee Première*, n° 1841.

Bonnet Carole, Garbinti Bertrand et Solaz Anne, 2015, « Les variations de niveau de vie des hommes et des femmes à la suite d'un divorce ou d'une rupture de Pacs », *in* Bodier Marceline, Buisson Guillemette, Lapinte Aude, Robert-Bobée Isabelle (dir.), *Couples et familles. Édition 2015*, Insee, coll. Insee Références, p. 51-61.

Collombet Catherine, 2023, « Les politiques publiques de la monoparentalité en France de 1970 à nos jours : entre solidarité et contreparties », *in* Le Pape Marie-Clémence et Helfter Clémence (dir.), *Les familles monoparentales. Conditions de vie, vécu et action publique*, Paris, La Documentation française.

Devetter François-Xavier et Lanseman Oriane, 2023, « Le travail et l'emploi des familles monoparentales : des dispositifs d'activation à la pauvreté laborieuse », in Le Pape Marie-Clémence et Helfter Clémence (dir.), *Les familles monoparentales. Conditions de vie, vécu et action publique*, Paris, La Documentation française.

Eydoux Anne, 2022, « Les mères seules précaires, catégorie (é)mouvante des politiques sociales », in Lechevalier Arnaud, Mercat-Brun Marie et Ricciardi Ferruccio (dir.), *Les catégories dans leur genre : genèses, enjeux, productions*, Teseo Press. p. 355-378.

Guillemot Danièle, Pétour Patrick et Zajdela Hélène, 2002, « Trappe à chômage ou trappe à pauvreté. Quel est le sort des allocataires du RMI ?», *Revue économique*, vol. 53, no 6, p. 1235- 1252.

Lahieyte Lilian, 2021, « La promotion paradoxale d'une féminité active. Construction sociale des rapports à l'emploi chez des mères seules accompagnées au titre du Revenu de Solidarité Active », *Socio-économie du travail*, vol. 1, no 9, p. 21-49.

Lanseman Oriane, 2021, « Une analyse socioéconomique de la pauvreté laborieuse des mères seules. Définitions et précisions des catégories mobilisées », *Cnaf, Dossier d'étude*, n° 217

Le Gall Didier et Martin Claude, 1987, *Les familles monoparentales : évolution et traitement social*, Les Editions ESF, Paris.

Périvier Hélène, Allègre Guillaume, Bazen Stephen, Ducoudré Bruno, Esteban Litti, Joutard Xavier, Madec Pierre, Pucci Muriel et Sampognaro Raul, 2020, *Étude sur la situation économique et sociale des parents isolés. Niveau de vie, marché du travail et politiques publiques*, Rapport OFCE.

Pucci Muriel et Zajdela Hélène, 2006, « Les bénéficiaires du RMI ont-ils besoin d'incitations financières ? Une remise en cause des trappes à inactivité », in Dang Ai-Thu, Outin Jean-Luc et Zajdela Hélène (dir.), *Travailler pour être intégré ? Mutations des relations emploi-protection sociale*, CNRS Éditions, p. 129-146.

## Conclusion générale

Les thématiques abordées dans ce rapport sont multiples et sur chacune nous avons tenté de faire apparaître quelques résultats principaux.

L'analyse du financement de l'aide à domicile a ainsi permis de mettre en évidence le rôle potentiel (et réel dans certains départements) du secteur public. Celui-ci non seulement permet d'améliorer l'équité territoriale et la qualité des emplois mais son coût pour les finances publiques n'apparaît pas excessif dès lors que l'ensemble des circuits de financements publics dans l'organisation actuelle sont pris en compte. Nous poursuivons ces analyses notamment dans le cadre d'une décomposition du coût horaire de l'aide à domicile. L'étude des « frontières » symboliques qui traversent les métiers du Grand âge nous a permis de mettre en exergue l'importance des références au « prendre soin ». Cette référence constitue une réelle ressource pour les acteurs mais nécessite de défendre la spécificité du médico-social par rapport à la logique sanitaire. Au-delà des enjeux en termes de reconnaissance sociale et de qualité des emplois, cette question ouvre des pistes de réflexions sur le rôle et les modalités de formation<sup>45</sup>. Parallèlement, cet axe nous a permis de pointer la porosité possible entre le monde des « établissements » et celui du « domicile ». L'atténuation des frontières entre ces deux espaces est souvent analysée du point de vue des usagers mais les observations effectuées dans des formes innovantes d'habitats inclusifs nous semblent montrer les apports potentiels également pour les travailleurs et travailleuses du secteur.

Au sein de ces « nouveaux types d'établissement » comme au sein des services d'aide et d'accompagnement à domicile, nous avons également pu souligner la nécessité de transformations managériales. L'importance quantitative prise aujourd'hui par le secteur implique des modalités de gestion des ressources humaines renouvelées. Celles-ci peuvent notamment passer par le développement du travail en équipe permettant à la fois d'accroître le soutien d'un collectif de travail et de développer des formes d'autonomie professionnelle qui se distinguent de l'isolement induit par des organisations proches d'une forme de travail indépendant.

Enfin, les travaux liés à la thèse d'Oriane Lanseman ont pointé le poids considérable des mères de familles monoparentales dans les métiers du Grand âge (plus du quart de la main d'œuvre est dans cette configuration familiale). La compréhension des mécanismes expliquant cette forte présence mais également son impact sur les organisations permet ainsi d'éclairer de manière nouvelle les enjeux de gestion des ressources humaines.

Au-delà de leur diversité, ces thématiques, et les enjeux qu'elles interrogent, sont surtout fortement reliées les unes aux autres. Le financement des services, la représentation sociale du périmètre de ce que sont les métiers du Grand âge, l'organisation du travail et enfin les formes d'intégration de certaines catégories sociales sont quatre enjeux interdépendants.

Au terme de cette étape dans nos recherches, c'est sur cette dimension systémique que

<sup>45</sup> Celle-ci ont, partiellement, été engagées dans le cadre d'un projet de recherche financé par la Dares sur les pratiques de formations des agents d'entretien et des aides à domicile (voir Burie et al, 2021). L'adossement de cette recherche sur le programme SIRCE est un exemple des synergies que nous avons cherché à développer.

nous souhaitons insister. Envisager de transformer l'organisation du travail sans réflexions sur les modèles de financements globaux du secteur ou sans chercher à agir sur les représentations sociales des métiers nous semble ainsi particulièrement risqué. De même une réforme des financements (et un accroissement de ces derniers) sans évolution du modèle organisationnel dominant et sans tenir compte des spécificités de la main d'œuvre ne pourrait déboucher que sur une revalorisation matérielle de court terme.

Ces travaux ont abouti à des publications multiples : un ouvrage, quatre articles dans des revues à comité de lecture, plusieurs contributions dans des ouvrages collectifs, des communications dans des colloques nationaux et internationaux (cf. partie 2 sur la valorisation).

Parallèlement aux résultats obtenus, les travaux réalisés dans le cadre de cet appel à projet ont permis de tisser de nombreux liens avec d'autres programmes de recherche, parmi lesquels : le projet « la crise du covid dans les EHPAD » (COVEHP- coordonné par Florence Jany-Catrice, financé par l'ANR- AAP résilience Hauts de France), le projet « Intégration d'outils numériques et qualité du travail dans le champ de l'autonomie » (INTEGRA-NUM, coordonné par Francesca Petrella, financé par la DREES) ; le projet « l'impact de la crise sanitaire sur la perception des compétences et la formation professionnelle des agents d'entretien et des aides à domicile » (financé par la Dares sous l'égide du comité scientifique de l'évaluation du Plan d'investissement dans les Compétences (2021)) ; le projet Kappa « KAPPA – (Conditions d'accès aux aides et politiques publiques de l'autonomie » dans le cadre du PPR Autonomie). Nous avons pu parallèlement participer à plusieurs comités de suivi scientifiques de recherches financées par la CNSA ou l'ANR (ex. ANR Squapin - Salariés en emploi peu qualifié : quelles perspectives face à l'injonction de devenir acteur de leur parcours professionnel ?).

Le renforcement de ces coopérations n'a pas concerné que des équipes académiques. Le programme SIRCE nous a également permis de développer des échanges avec d'autres types d'acteurs : dirigeants associatifs ou d'entreprises, réseaux de consultants ou de structures supports, acteurs syndicaux, etc. Le projet s'est ainsi inscrit dans le cadre d'un partenariat fort avec des services d'aides à domicile et des établissements issus des secteurs public, non-lucratif et lucratif. Une partie des questions de recherche a relevé d'une démarche de co-construction entre chercheurs et professionnels du secteur. Au-delà des échanges « bilatéraux » réguliers avec chacun d'entre eux, nous avons pu organiser deux réunions du comité de suivi. Les participants se trouvant à plusieurs endroits en France, nous avons organisé des webinaires réunissant une dizaine de participants. Ces deux webinaires ont eu pour objectif de présenter des parties du rapport afin de pouvoir échanger avec les acteurs de terrain sur nos résultats :

- Le premier a eu lieu le 9 juin 2021. Trois présentations ont été réalisées (Les aides à domicile sont-elles des soignantes ? ; Quel collectif de travail dans les métiers du vieillissement ? ; Présentation de la thèse d'Oriane Lanseman intitulée : "les mères seules, travailleuses pauvres : leur rapport au travail et les politiques publiques".)
- Le second a eu lieu le 26 janvier 2024 également autour de trois présentations (Quelle place pour les salariées dans les nouvelles formes d'habitat inclusif pour les personnes âgées ? ; Bilan des équipes autonomes dans l'aide à domicile ; focus sur les mères seules présentes dans les équipes autonomes et dans les habitats inclusifs).

Enfin d'autres collaborations ont pu être engagées avec d'autres acteurs comme des associations de personnes âgées (Oldup) ou encore des organisations syndicales. Au total ce programme de recherche nous a permis de mener d'importants travaux empiriques qui ont nourri des publications académiques et des échanges avec une grande diversité d'acteurs sociaux. Et, si les analyses restent à approfondir, elles ouvrent sur de nombreuses pistes de prolongements.

## Annexes

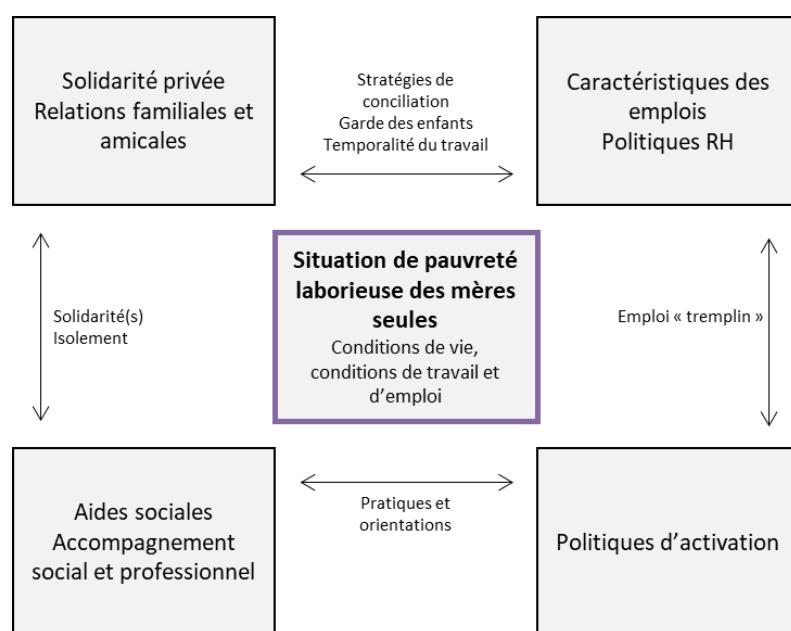
### Annexe 1 : Thèse d'Oriane Lanseman : « Les mères seules, travailleuses pauvres : rapport au travail et politiques publiques » (Axe 4 du projet)

Thèse débutée en mai 2020 – soutenance prévue au début de l'année universitaire 2024-2025. Thèse préparée à l'Université de Lille au sein du laboratoire Clersé UMR 8019 et de l'Ecole doctorale SESAM. Oriane Lanseman a été salariée de l'IMT Nord Europe pendant la durée de sa thèse.

Cette thèse en économie, encadrée par François-Xavier Devetter et financée dans le cadre de ce projet, s'intéresse à une catégorie particulièrement vulnérable face à la pauvreté : les mères seules. Aujourd'hui, en France, 32,8% des personnes vivant dans une famille monoparentale sont en situation de pauvreté monétaire et 29,2% en situation de privation matérielle et sociale (Insee, 2019). Plus de 80% de ces familles sont composées d'une femme et de son ou ses enfant(s). Face aux transformations des structures familiales et à l'expansion des phénomènes de monoparentalité, la catégorie des familles monoparentales, et notamment celles des mères seules, est devenue une catégorie cible des politiques sociales. Depuis les années 1990, les mesures sociales qui s'adressent à ces femmes accordent une place croissante à l'emploi comme instrument principal de lutte contre la pauvreté dans une logique d'activation des dépenses sociales. Cette logique d'activation a poussé à diminuer ou supprimer les aides ciblées pour les parents seuls et à les remplacer par des aides soumises à obligations, notamment celle de participer « activement » au marché du travail. Malgré la généralisation de ces politiques d'activation avec la mise en place du RMI et du RSA en 1988 et en 2009, les mères seules restent particulièrement touchées par les situations de pauvreté, même lorsqu'elles travaillent.

Ceci s'explique en partie parce que la situation sur le marché du travail des mères seules est dégradée : plus vulnérables face au chômage, elles sont surreprésentées dans des emplois précaires, à temps partiel (souvent subi) et ne procurant que de faibles revenus, ce qui ne leur permet pas de sortir des situations de pauvreté et les exposent à une santé mentale et physique plus mauvaise (Devetter et Lanseman, 2023). Aujourd'hui un travailleur pauvre sur cinq appartient à une famille monoparentale. Disposant de ressources insuffisantes, elles sont plus fréquemment contraintes d'accepter des emplois inadaptés à leurs contraintes familiales. En effet, la moitié des mères seules sont concentrées dans dix professions. Elles travaillent dans les métiers des services à la personne (aides à domicile, assistantes maternelles, travailleuses en EHPAD), du nettoyage et d'agents de service, du secrétariat, de libre-service (grande-distribution, caissières et vendeuses) et de l'hôtellerie-restauration (serveuses). Or, les métiers du *care* et du soin, notamment ceux mis en avant dans ce rapport, exigent une grande disponibilité de la part des travailleuses et travailleurs, ce qui représente une difficulté de conciliation importante pour les mères seules qui sont déjà mobilisées en tant que mère et ont peu voire pas de relai pour faire garder leur(s) enfant(s) et les élever.

A partir d'une méthodologie mixte alliant outils quantitatifs et qualitatifs et d'une approche pluridisciplinaire, cette thèse interroge la surreprésentation des mères seules dans ces emplois à travers une étude sur les liens entre pauvreté, emploi et politiques publiques. Elle se base sur 75 entretiens semi-directifs dont une partie a été réalisée sur les terrains présentés dans ce rapport. Ces entretiens ont été réalisés auprès de mères seules en emploi ou en recherche d'emploi (RSA ou chômage) (33), travailleur(se)s sociaux (16), agent(e)s Pôle emploi (11), employeur(e)s, encadrement intermédiaire et salarié(e)s des ressources humaines (10) et auprès d'acteur(rice)s départementaux pour l'insertion des publics (5). Elle mobilise aussi les enquêtes Emploi, ERFS et SRCV de l'Insee et les enquêtes CDT-RPS de la DARES à travers le croisement des données sur l'emploi et les revenus et celles sur les situations familiales et la pauvreté. Le graphique suivant expose les différentes dimensions étudiées dans la thèse qui interagissent entre elles et permettent de donner des éléments d'explications sur les situations de pauvreté au travail des mères seules et sur la surreprésentation de celles-ci dans les métiers considérés.



La définition des contours de cette population, dont nombre de caractéristiques sont souvent transitoires et mouvantes, la définition des situations de pauvreté de ces familles et les liens avec l'action publique et les solidarités (publiques et privées), sont un premier enjeu majeur de ce travail de thèse. Peu de travaux analysent les situations de monoparentalité sous l'angle de l'emploi, cette thèse entend apporter des éclairages sur le rapport au travail et à l'emploi de ces femmes et sur leurs stratégies de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle dans les emplois ciblés. Une enquête chez Pôle emploi et dans les services départementaux d'accompagnements du RSA auprès de conseillers et conseillères à l'emploi et de travailleurs et travailleuses du social a permis une analyse des dispositifs de mise en emploi que sous-tendent les politiques publiques de soutien à l'emploi non qualifié (notamment aux « métiers en tension » dont font partie les métiers du vieillissement et de l'accompagnement de la dépendance) et questionne l'orientation de ces femmes vers ces

emplois par le SPE et par les logiques d'activation induites dans l'accompagnement social et professionnel.

Enfin, l'analyse des conditions de travail et d'emploi, du point de vue des salariées et du point de vue des employeur(e)s permet de mettre en avant des stratégies d'adaptation de la part des deux types d'acteurs. Des entretiens réalisés dans le cadre de ce projet auprès d'intervenantes à domicile, en situations de monoparentalité (12), organisées en équipes autonomes et/ou travaillant dans les habitats inclusifs, et auprès de directeur(rice)s, responsables de secteur et autres salariés de l'encadrement intermédiaire (qui parfois sont également dans des situations de monoparentalité) permettent d'interroger l'efficacité de ces innovations pour améliorer les conditions de travail et la conciliation travail/famille de ces femmes.

Annexe 2 : Liste des entretiens réalisés

	<b>Fonction</b>	<b>Date</b>
<b>Entretiens exploratoires</b>		
ASSO 1	1. Directeur Directrice des ressources humaines réseau UNA	30 août 2019
	2. Directeur Référente marque employeur	28 mai 2020 (via zoom)
	<b>1<sup>ère</sup> série d'entretiens</b>	
	3. Responsable de secteur	9 juillet 2020
	4. Intervenante à domicile	9 juillet 2020
	5. Responsable de secteur	9 juillet 2020
	6. Intervenante à domicile et habitat inclusif	9 juillet 2020
	7. Ex-intervenante	9 juillet 2020
	8. Référente marque employeur	9 juillet 2020
	9. Intervenante à domicile et habitat inclusif Intervenante à domicile	9 juillet 2020
<b>2<sup>ème</sup> série d'entretiens</b>		
10. Intervenante à domicile et habitat inclusif	22 juin 2021	
11. Intervenante à domicile et habitat inclusif	22 juin 2021	
12. Intervenante habitat inclusif	22 juin 2021	
13. Cadre handicap et inclusion	22 juin 2021	
14. Intervenante à domicile	23 juin 2021	
15. Référente marque employeur	24 juin 2021	
16. Directeur	24 juin 2021	
17. Intervenante à domicile	24 juin 2021	
18. Coordinatrice association secteur du handicap	24 juin 2021	
<b>Entretiens exploratoires</b>		
ASSO 2	1. Directeur général	29 juin 2020
	<b>1<sup>ère</sup> série d'entretiens</b>	
	2. Directeur général	8 octobre 2020
	3. 3 responsables d'équipes autonomes 2 coordinatrices	8 octobre 2020
	4. 2 intervenantes à domicile	8 octobre 2020
	5. 3 intervenantes à domicile	8 octobre 2020
	6. 2 intervenantes à domicile	8 octobre 2020
	7. 2 intervenantes à domicile	8 octobre 2020
	<b>2<sup>ème</sup> série d'entretiens</b>	
	8. Directeur général	21 septembre 2021
	9. Responsable d'équipes autonomes	21 septembre 2021
	10. Responsable d'équipes autonomes	21 septembre 2021
	11. Cheffe de service pôle PH	21 septembre 2021
	12. 2 intervenantes à domicile, pôle PH	21 septembre 2021
	13. 2 intervenantes à domicile	21 septembre 2021
	14. Directrice des services	12 octobre 2022
	15. Responsable pôle autonomie et prévention	12 octobre 2022

	<b>Fonction</b>	<b>Date</b>
<b><i>Entretiens exploratoires</i></b>		
1.	Directeur	15 avril 2020 20 avril 2020
2.	AVS et secrétaire CSE de l'asso	25 mai 2020
<b><i>1ère série d'entretiens</i></b>		
3.	Responsable Pôle aide, SAAD	22 juin 2020
4.	Responsable des ressources humaines	22 juin 2020
5.	Assistante responsable de secteur	22 juin 2020
6.	Intervenante à domicile	22 juin 2020
7.	Président de l'association	23 juin 2020
8.	Responsable de secteur	23 juin 2020
	<i>Observation réunion équipe autonome</i>	23 juin 2020
10.	Intervenant, membre du CSE	23 juin 2020
11.	Infirmière coordinatrice SSIAD	24 juin 2020
12.	Intervenante à domicile	24 juin 2020
13.	Responsable de secteur	24 juin 2020
14.	Directeur EHPAD	24 juin 2020
<b><i>2ème série d'entretiens</i></b>		
15.	Directeur	26 mai 2021
16.	Responsable des ressources humaines	26 mai 2021
17.	Responsable SPASAD	26 mai 2021
18.	Responsable pôle aide SAAD	26 mai 2021
19.	Directeur pôle soin	26 mai 2021
20.	Intervenante à domicile et animatrice d'une équipe autonome	26 mai 2021
	<i>Observation réunion équipe autonome</i>	26 mai 2021
21.	Intervenante à domicile	27 mai 2021
22.	Intervenante à domicile	27 mai 2021
23.	Intervenante à domicile	27 mai 2021
	<i>Observation réunion de projet EHPAD à domicile</i>	27 mai 2021
24.	Infirmière coordinatrice SIAD	28 mai 2021
25.	Directeur EHPAD	28 mai 2021
26.	Intervenante à domicile	28 mai 2021
<b><i>ASSE 3</i></b>		
1.	Directeur général	18 mai 2021
2.	Directrice habitat inclusif	26 avril 2022
3.	Chargée de projet	7 juillet 2022
4.	Intervenante habitat inclusif	23 juin 2022
5.	Intervenante habitat inclusif	23 juin 2022
6.	Intervenante habitat inclusif	23 juin 2022
<b><i>ASSE 4</i></b>		

		<b>Fonction</b>	<b>Date</b>
<i>Entreprise 1</i>	<b><i>Entretiens exploratoires</i></b>		
	1.	Directeur	15 avril 2020
	<b><i>Série d'entretiens avec des membres de l'encadrement</i></b>		
	2.	Coach	28 avril 2020
	3.	Coach	6 mai 2020
	<b><i>Entretiens avec des intervenantes à domicile</i></b>		
	4.	Aide à domicile	12 octobre 2020
	5.	Aide à domicile	12 octobre 2020
	<b><i>Observation réunion d'équipes</i></b>		
	6.	Aide à domicile	13 octobre 2020
	7.	Coach équipe	13 octobre 2020
<i>Entreprise 2</i>	<b><i>Entretiens exploratoires</i></b>		
	1.	Directeur	11 mars 2020
	2.	Directeur	18 mars 2020
	<b><i>Série d'entretiens avec des membres de l'encadrement</i></b>		
	3.	Responsable bien-être salarial	7 septembre 2020
	4.	Pilote territoires et partenaires	8 septembre 2020
	5.	Coach équipe	8 septembre 2020
	<b><i>1<sup>ère</sup> série d'entretiens avec des intervenantes</i></b>		
	6.	Aide à domicile	19 février 2021
	7.	Aide à domicile	19 février 2021
<i>Département des Landes</i>	<b><i>2<sup>ème</sup> série d'entretiens avec des intervenantes</i></b>		
	8.	Aide à domicile	9 juin 2022
	9.	Coach équipe	11 juin 2022
	<b><i>1<sup>ère</sup> série d'entretiens</i></b>		
	1.	DGA solidarité Responsable pôle personnes âgées	28 mai 2019
	2.	2 salariées d'EHPAD 5 salariées de SAAD	28 mai 2019
	3.	5 directeurs de CIAS	28 mai 2019
	4.	2 salariés du département et un représentant de l'ARS	29 mai 2019
	5.	Services support (CDG, CNFPT)	29 mai 2019
	6.	Directrice d'EHPAD Ergothérapeute Résidents (accueil de jour)	29 mai 2019
<i>Département des Landes</i>	<b><i>2<sup>ème</sup> série d'entretiens</i></b>		
	8.	DGA solidarité Responsable pôle personnes âgées	15 septembre 2020
	9.	Services support (CDG, CNFPT)	15 septembre 2020
	10.	Directeur CIAS	16 septembre 2020
	11.	Directeur CIAS	16 septembre 2020

## II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

---

## **CONSIGNES DE REMPLISSAGE**

Pour rappel, la politique de Science ouverte à l'IRESP vise à ce que les coordonnateurs des projets financés par l'IRESP déposent en priorité les articles scientifiques issus des projets de recherche financés dans des revues ou ouvrages en accès ouvert. À défaut, le bénéficiaire ainsi que les équipes participant à la réalisation du projet s'engagent à déposer dans une archive ouverte publique comme HAL. **L'article 30 de la Loi pour une République Numérique fixe comme délai maximum d'embargo :**

- **6 mois** pour les publications dans le **domaine des sciences, de la technique et de la médecine (STM)**.
- **12 mois** pour les publications dans le **domaine des sciences humaines et sociales (SHS)**.

Pour les publications non accessibles en accès ouvert, merci d'indiquer les raisons n'ayant pas permis de favoriser cette démarche.

### **1. Publications scientifiques**

#### **1. Liste des articles et communications écrites**

*Préciser s'il s'agit d'articles dans des revues à comité de lecture ou toute autre revue / d'ouvrages ou de chapitres d'ouvrage / de communications dans des colloques ou des congrès / de dépôt de brevet...*

*Référencer selon les normes habituelles. Indiquer également les publications prévues à venir.*

#### **2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet**

*Préciser le titre, date de soutenance (prévue ou réelle), soutien financier, activité actuelle des étudiants ayant soutenu leur thèse.*

#### **3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisés durant la période concernée**

*Préciser la date, le lieu, l'objet, le nombre des participants si possible.*

#### **4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet**

*Préciser la date, le lieu, l'objet, les équipes ou autres acteurs rencontrés*

### **2. Communications autres**

*Lister les communications autres qu'académiques. Il peut s'agir de site internet, interview, questionnaire, forum, plaquette de présentation, capsule vidéo, ...*

## **FICHE A RENSEIGNER**

### Publications scientifiques

***Ajouter tous les liens URL des publications, si possible.***

***Merci de préciser quand l'article n'est pas disponible en accès ouvert, le cas échéant, joindre l'article en format PDF.***

#### **1. Liste des articles et communications écrites**

##### **Ouvrage**

- Devetter FX, A. Dussuet et E. Puissant (2023) *Aide à domicile, sortir de l'impasse*, éd. de l'Atelier, Paris.

##### **Articles dans une revue à comité de lecture :**

- Devetter FX, Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2023), « La relation de service face à un « double bénéficiaire » : l'exemple du travail dans les EHPAD ? », *Management & Avenir*, vol. 135, n°3, p.107-129. (PDF)  
<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2023-3-page-107.htm>
- Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2022), « Des outils numériques au service de... ou contre le travail et la relation d'aide ? L'ambivalence liée à l'introduction d'outils numériques dans l'aide aux personnes âgées », *Relations industrielles*, Vol. 77, n° 3 (PDF)  
<https://id.erudit.org/iderudit/1094212ar>
- Devetter FX, Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2022), « Les collectifs de travail dans les métiers auprès des personnes âgées : fragiles, fragilisés mais indispensables », *Journal de Gestion et d'Économie de la Santé*, Vol. 40, n° 4, p.250-274  
<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2022-4-page-250.htm>
- Devetter FX et J. Valentin (2024) Long day for few hours: impact of working time fragmentation on low wages in France, *Cambridge Journal of Economics*, 2024, vol. 48, no 1, p. 89-114.  
<https://doi.org/10.1093/cje/bead048>
- Devetter, F.X (2023). Quelle place pour le « ménage » dans le travail d'accompagnement des personnes âgées ?. *Gérontologie et société*, 45(172), 149-156. <https://doi.org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/gs1.172.0149> (PDF)
- Devetter FX, A. Dussuet, et E. Puissant (2021) « Aide à domicile : le développement du travail gratuit pour faire face aux objectifs inconciliables des politiques publiques », *Mouvements*, vol. 106, no. 2, 2021, pp. 90-98. (PDF)  
<https://doi.org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/mouv.106.0090>

## Articles autres revues

- Devetter FX, Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2023), « La crise du recrutement dans les métiers du grand âge : défaut d' « attractivité » ou conditions d'emploi « insoutenables » ?», *SeRVir*, n°524, p.34-36  
<https://www.cairn.info/revue-servir-2023-6-page-34.htm>
- Devetter FX (2021), « Le quotidien précaire des services à la personne », *Santé & travail* n° 114, avril 2021
- Devetter FX (2021) « La concurrence dans l'aide à domicile : Menace ou opportunité ? », *Jurisassociations*, 15 février 2021.
- Nirello L. (2021) « Conditions de travail dans les EHPAD: le rôle des régulations publiques», *Juris associations*, n°649, p.20-22 (PDF)

## Chapitres d'ouvrage

- Devetter FX, Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2023), « Les métiers du vieillissement, essentiels et pourtant insoutenables», in, Collectif, *Que sait-on du travail*, Paris, presses de sciences po, p.529-544  
<https://www.cairn.info/que-sait-on-du-travail--9782724641905-page-528.htm>
- Devetter FX et Lanseman O. (2023), « Le travail et l'emploi des familles monoparentales : des dispositifs d'activation à la pauvreté laborieuse », in, Le Pape Marie-Clémence et Helfter Clémence (dir.), *Les « familles monoparentales » : conditions de vie, vécu et action publique*, Caisse nationale des allocations familiales. <https://www.vie-publique.fr/catalogue/290754-les-familles-monoparentales>
- Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2021) « Médiateurs numériques dans le travail féminin d'aide aux personnes âgées et reproduction des inégalités de genre », in Dussuet A. (dir.), *Vers l'égalité femmes-hommes au travail*, PUR, p.57-78 (PDF)
- Lanseman O. (2024, à paraître), « Les mères seules sont pauvres car elles ne travaillent pas », in, Le Pape Marie-Clémence et Helfter Clémence (dir.), *Idées reçues sur les familles monoparentales*, éd. Le Cavalier Bleu, coll. "idées reçues".

## 2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

- **Lanseman Oriane** Thèse en économie (financée dans le cadre du projet) encadrée par François-Xavier Devetter. Laboratoire Clersé UMR 8019, Université de Lille, Ecole doctorale SESAM. Salariée de l'IMT Nord Europe pendant toute la durée de la thèse.  
Titre provisoire de la thèse : « Les mères seules, travailleuses pauvres : rapport au travail et politiques publiques ».  
Débutée en 2020, soutenance prévue en 2024.
- **Burie Adèle** Thèse en sociologie (ingénierie de recherche ayant participé au projet), encadrée par José Calderon et François-Xavier Devetter. Thèse CIFRE avec Emicités. Laboratoire Clersé UMR 8019, Université de Lille, Ecole doctorale SESAM.  
Titre provisoire : Professionnaliser l'aide à domicile : le défi des nouvelles organisations de travail ?

Débutée en 2023.

**3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée**

- Devetter F-X, Nirello L. (2022), « La régulation du prendre soin par les politiques publiques », *Ecole d'automne IILV*, Lille, 14-16 novembre.
- Devetter FX (2022) « La concurrence a-t-elle sa place dans l'aide à domicile ? », Amiens, Colloque « Vieillir chez soi », 9-10 juin 2022
- Devetter FX (2022) « L'ouverture à la concurrence des « services à la personne » : quel bilan pour les organisations, les salariés et les usagers de l'aide à domicile ? » AFSP, Lille, 5-6 juin 2022
- Devetter FX (2022) « Quelles conditions pour une lutte commune autour d'une délégation du travail plus juste ? *Le cas des emplois du nettoyage* », Séminaire Domesticités, Paris, 18 janvier 2022 (avec Julie Valentin)
- Devetter FX (2022) « Les enjeux de la formation professionnelle pour la reconnaissance des métiers du nettoyage », Séminaire Travail Emploi Protection Sociale, CES, Université de Paris 1, 20 janvier 2022 (avec Adèle Burie)
- Devetter FX (2022) « Les métiers du lien et du soin : quel investissement nécessaire ? » Webinaire CGT, 3 février 2022. (avec Julie Valentin et Muriel Pucci)
- Devetter F-X, Nirello L. (2021), « Présentation du projet SIRCE », *webinaire « Accompagner la transformation de l'offre médico-sociale, IRESP/CNSA*, 20 mai.
- Devetter FX et Dussuet Annie (2021), « *Qui sont les « soignants » ? Les frontières du travail d'aide et de soutien aux personnes âgées* », *Journées Internationales de Sociologie du Travail*, Lausanne, 10-12 novembre.
- Devetter FX (2020), « Premiers de corvée : pourquoi les métiers les plus utiles sont si peu reconnus ? Le cas des aides à domicile », *Journées de l'économie autrement*, Dijon, 27-28 novembre
- Dussuet A., Nirello L. (2021), « Families in nursing homes for the elderly : a support or an obstacle to work for employees ? », *7th international workshop on the socio-economics of ageing, Lisbonne*, 29- 31 Octobre
- Lanseman O. (2021), « Le temps partiel chez les mères seules : entre contraintes liées au marché du travail et contraintes familiales », *Congrès de l'AFEP (visio)*, 30 juin.
- Lanseman O. (2022), « Perception·s des situations monoparentales chez les conseillers à l'emploi », *Atelier du Réseau Pluridisciplinaire sur les Paternités et les Maternités de l'INED*, Paris, 10 février.
- Lanseman O. (2022), « Quel accompagnement vers l'emploi pour les mères seules précaires ? Éléments de réponse sur la base d'une enquête chez Pôle emploi », *Séminaire Socio-économie du travail et de l'emploi (SETE) du Clercé (Université de Lille)*, Villeneuve d'Ascq, 12 mai.

- Lanseman O. (2022), « Présentation de la thèse et des premiers résultats : les mères seules, travailleuses pauvres : rapport au travail et politiques publiques », *Journée d'Etude DREETS-IF2RT, « Emploi, précarité et pauvreté. Recherche académique en Hauts-de-France » auprès d'acteurs régionaux intervenant dans le champ social (direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, commissaire à la lutte contre la pauvreté)*, Villeneuve d'Ascq, 7 décembre.
- Lanseman O. (2023), « Quels emplois et quelles conditions de travail pour les mères seules précaires ? Le paradoxe des politiques d'activation », *Séminaire de l'Axe 2 Mondes du travail et mondes privés du Clercé (Université de Lille)*, Villeneuve d'Ascq, 15 mai.
- Lanseman O. (2023), « Quels emplois et quelles conditions de travail pour les mères seules précaires ? », *Congrès de l'AFEP - Crises et inégalités : comment habiter le monde de demain ?*, Paris, 7 juillet.
- Lanseman O. (2023), « Travail et emploi des mères seules : une pauvreté laborieuse, des emplois sans qualité ? », *Séminaire interne recherche Cnaf – Caf ; Les situations de monoparentalité : quel vécu pour quelles politiques publiques ? (visio)*, 14 décembre.

#### 4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

- ...
- ...

#### Communications au grand public

##### Ajouter les liens URL et/ou joindre le fichier en annexe, si possible

- Interview médias Laura Nirello :
  - Emission « c'est arrivé cette semaine », Europe 1, 5 février 2022  
<https://www.europe1.fr/emissions/C-est-arrive-cette-semaine/frederic-taddei-avec-laura-nirello-antoine-bondaz-et-yves-michaud-4092028>
- Audition de Laura Nirello par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale dans le cadre d'une mission « flash » sur les conditions de travail et la gestion des ressources humaines dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 21 février 2022.
- Interventions médias FX Devetter (sélection) :
  - Emission Entendez-vous l'éco du 25/10/2021,  
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/entendez-vous-l-eco/aides-a-domicile-les-oubliees-du-soin-6775132>
  - Radioparleur, Podcast, Aides à domicile : quel modèle de société ? – Penser Les Luttes, 9 mars 2022.  
<https://radioparleur.net/2022/03/31/aides-a-domicile-quel-modele-de-societe-penser-les-luttes/>

- 4 juin 2022 DébatDoc - Nettoyage : la colère des 'invisibles' - Ep.96 | LCP
- Auditions acteurs publics FX Devetter (sélection) : Audition à l'Assemblée Nationale, commission d'information sur les « Métiers du lien » le 13/11/2019 ; Audition Haut-Conseil à la vie associative, 19 mars 2020, Les associations face à la concurrence ; audition Sénat (Délégation sénatoriale aux droits des femmes 06/04/2023) ; audition Assemblée nationale (GT Travail en commun !, 23/11/2023) ; Séminaire HCFIPS-HCFEA (Conditions de travail dans l'aide à domicile, 15/12/2023) ;
- Participation à des assemblées générales d'acteurs du secteur FX Devetter (sélection) : Forum de l'Aide à Domicile, Conseil Départemental de l'Indre, Châteauroux, 25 février 2022, Actualité de la Protection Sociale, EN3S, Journées Femmes et protection sociale, Paris 12 mai 2022, Assises du Domicile, Paris, 20 octobre 2022