

L'aide à domicile : un exemple de l'ambiguïté des pouvoirs publics locaux à l'égard des associations

François-Xavier DEVETTER (Maître de conférences HDR en Sciences économiques – Université Lille 1 – Clersé UMR CNRS 8019)

Annie DUSSUET (Maître de conférences HDR en Sociologie – Université de Nantes – CENS UMR CNRS 3706)

Emmanuelle PUISSANT (Maître de conférences en Sciences économiques – Université Grenoble-Alpes – CREG EA 4625)

Introduction

Les associations ont joué en France un rôle majeur dans l'émergence et le développement des services d'aide à domicile. Attentives aux difficultés matérielles et sociales rencontrées par la population, certaines associations de la mouvance catholique-sociale ont proposé, dès les années 1940, des services d'aide aux familles (Dussuet et Loiseau, 2007). Puis, à partir des années 1950, une partie d'entre elles ont étendu leur offre aux personnes âgées (Noguès *et alii*, 1984), et à partir des années 1980, aux personnes handicapées. Ce faisant, elles ont élaboré une modalité originale de services, délivrés au sein même de l'espace privé des bénéficiaires, reposant en partie sur des financements apportés par les Caisses d'Allocations Familiales. Ces associations « historiques » sont aujourd'hui principalement regroupées dans quatre grandes fédérations au niveau national : l'UNADMR, l'Una, l'Adessa, la FNAAFP. Mais dans les années récentes, l'aide à domicile a connu des évolutions importantes. Tant à l'échelon local que national, ce secteur a en effet été l'objet de multiples mesures de la part des pouvoirs publics, qui remettent potentiellement en cause la prédominance des organisations associatives.

Depuis le milieu des années 1980, c'est à travers les questions d'emploi que l'aide à domicile est devenue une cible privilégiée des politiques publiques. Dans un contexte de crise de l'emploi, l'attention des pouvoirs publics a été attirée par la perspective d'un « gisement d'emplois » non délocalisables, permettant apparemment l'insertion dans l'emploi, dans des délais très courts, de chômeur-se-s démunie-e-s de certifications scolaires. De nombreuses mesures, constituées principalement de dégrèvements socio-fiscaux (Ledoux, 2015), ont été prises pour encourager les créations d'emplois dans ce que l'on désigne alors comme des « nouveaux services » : dès 1987, exonération de cotisations sociales pour les employeurs de plus de 70 ans ; en 1987, création des associations « mandataires » chargées d'effectuer au nom des particuliers employeurs les diverses formalités liées à l'emploi d'un salarié ; en 1991, lancement du dispositif des « emplois familiaux » ouvrant aux particuliers employeurs d'importantes réductions d'impôts ; en 1994, création d'un instrument de simplification de la relation d'emploi et de l'embauche par les particuliers employeurs,

le chèque-emploi-service ; en 1996, ouverture de ces services aux organisations à but lucratif. Dans les années 2000, les mesures de soutien au développement des « services à la personne » des plans Borloo (2005, 2009) vont encore modifier considérablement les conditions de fonctionnement des associations du secteur (Devetter *et alii*, 2009). De fait, nombre d'associations du secteur ont rencontré de graves difficultés financières ces dernières années (Jany-Catrice et Puissant, 2012), au point parfois de devoir licencier des salariées¹.

Nous essaierons ici de comprendre les liens entre les politiques menées par les pouvoirs publics et la situation des associations du secteur. Toutefois, effectuer aujourd'hui ce bilan au niveau national s'avère très délicat, du fait de l'extrême hétérogénéité des situations. En effet, en France, les orientations des politiques publiques sont principalement le fait du pouvoir central, mais le mouvement de décentralisation engagé à partir des années 1980 a constitué les collectivités territoriales en acteurs majeurs de la mise en œuvre de ces politiques. Les départements en particulier sont devenus des acteurs incontournables des politiques sociales.

Concernant l'aide à domicile, on peut distinguer dans les politiques publiques nationales deux orientations différentes, voire contradictoires, qui se succèdent sans se substituer l'une à l'autre mais en se superposant : d'une part, la reconnaissance de l'aide à domicile comme partie intégrante de l'action sociale et médico-sociale dans la loi 2002-2 ; d'autre part, à partir de 2005 avec les lois Borloo, un changement de cadre permettant l'arrivée de nouvelles structures d'offre grâce au droit d'option et à l'agrément. La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale de janvier 2002 a en effet inclus dans son champ d'application l'aide à domicile ; cela constitue un signe de reconnaissance pour les organisations du secteur, majoritairement associatives. La contrepartie se trouve pour elles dans l'observation de certaines règles administratives de fonctionnement, communes aux institutions de l'action sociale et médico-sociale, et dans la nécessité d'une « autorisation », délivrée par le Conseil Départemental², également chargé de « tarifier » ces organisations autorisées. C'est aussi en 2002 qu'est créé le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)³. Ainsi, au début des années 2000, la situation des associations de l'aide à domicile semble en voie de stabilisation grâce à une intégration dans le champ de l'action sociale et médico-sociale qui permet la reconnaissance de leur activité et du travail de leurs salariées. Mais le vote des lois Borloo (2005 et 2009) va complexifier ce paysage. L'objectif affirmé et assumé étant la création d'emplois en nombre, quelles qu'en soient les conditions effectives, la loi encourage d'une part l'emploi direct via le chèque emploi service universel (Cesu), et d'autre part, introduit un « droit d'option » qui offre aux nouvelles organisations souhaitant intervenir dans les activités désignées comme « services à la personne » une procédure simplifiée de simple « déclaration » auprès de la Direccte. Un « agrément » délivré par ce même organisme permet même d'offrir des services à des personnes fragiles (personnes âgées dépendantes, personnes handicapées, enfants de moins de 3 ans). Ces différentes mesures ont pu être analysées comme des tentatives réitérées de création d'un

¹ Nous féminisons ici le terme afin de rendre visible la féminisation massive des emplois : 98% sont occupés par des femmes.

² Il s'agissait alors des « Conseils Généraux », devenus aujourd'hui « Conseils Départementaux » (CD), mais pour simplifier la lecture, nous choisissons d'utiliser uniquement la nouvelle terminologie.

³ L' « accord de branche sur les qualifications et les rémunérations » également signé en 2002 par les partenaires sociaux constitue un autre signe de reconnaissance. En entérinant la création du DEAVS, il fait de la détention de ce diplôme une condition impérative pour accéder à la catégorie C, la plus élevée de la grille pour les aides à domicile, en même temps qu'elle rend cette classification obligatoire. L'accord se traduit dans la pratique par une forte augmentation des rémunérations des salariées.

marché des services à domicile à travers la mise en concurrence des différentes formes d'organisations (Fraisie et Gardin, 2012).

Ces modifications et superpositions des dispositifs nationaux se traduisent par la diversité des situations locales, malgré l'encadrement législatif national. Ainsi, d'une part l'offre associative d'aide à domicile est très inégale suivant les départements ; d'autre part la mise en œuvre des politiques publiques, pourtant largement encadrées au niveau national, varie considérablement dans les différents départements.

Pour comprendre comment les politiques publiques influencent la position et le fonctionnement des associations d'aide à domicile, nous nous situerons donc au niveau local. Nous utiliserons pour cela d'une part des données statistiques nationales issues d'enquêtes ou d'enregistrements administratifs (DADS), d'autre part, des données locales plus qualitatives issues d'enquêtes de terrain que nous avons pu mener au début des années 2010 dans trois Régions françaises (Nord-Pas de Calais, Rhône-Alpes et Pays de la Loire⁴). Dans le cadre de cette communication, les exemples seront tirés essentiellement de la Région des Pays de la Loire.

Nous tenterons de caractériser la position des pouvoirs publics locaux à l'égard des associations d'aide à domicile, en montrant l'impact de ce positionnement sur la qualité des emplois offerts. Pour dépasser la complexité et l'ambiguïté de cette position, nous en distinguerons analytiquement trois modalités, non exclusives l'une de l'autre dans la réalité : celle de « régulateur » (I), celle de « client » (II), et celle d'« employeur caché » (III), tout en soulignant les effets en termes d'emploi.

I – Les pouvoirs publics locaux comme « régulateurs »

Dans la plupart des départements observés, mais pas partout, les pouvoirs publics assument d'abord une position de « régulateur » de l'offre de services d'aide à domicile. Rien d'étonnant à cela, puisque depuis la loi de 2002, les Conseils Départementaux sont en charge de la procédure d'autorisation⁵ des structures et de l'établissement des tarifs de leurs interventions. Mais les services déconcentrés de l'Etat, les Direccte et leurs Unités Territoriales, délivrent des agréments aux nouvelles structures souhaitant intervenir auprès de personnes vulnérables. On observe ainsi des modes de régulation de l'offre très différents selon les départements.

I.1. Quelles pratiques de l'autorisation et de l'agrément ?

Certains ont opté pour le *statu quo*, d'autres ont ouvert la procédure à des organisations nouvellement créées, comprenant, ou pas, des entreprises privées lucratives.

Si l'on prend l'exemple de la Région des Pays de la Loire, en Mayenne, aucune structure n'a été formellement autorisée par le Conseil Départemental, et aucune procédure de tarification n'avait été engagée jusqu'en 2013. Pour autant, le CD 53 encourage plutôt les interventions sous forme prestataire et plus de 90 % des interventions financées par l'APA sont réalisées sous ce mode dans ce département. En Maine et Loire, seules des associations et des structures publiques ont été autorisées. En Loire-Atlantique, le CD 44 n'a délivré les autorisations qu'à partir de 2005, et la tarification n'existe que depuis 2009. En 2012, 19 structures étaient autorisées, douze associations, cinq CCAS et CIAS, et deux « structures commerciales », mais seules 11 structures associatives

⁴ En particulier les données réunies pour une recherche commanditée par l'Observatoire de la CRESS des Pays de la Loire, par le CENS et par les CEAS de la Sarthe, de la Mayenne et de la Vendée.

⁵ Nos enquêtes étant antérieures à la Loi d'adaptation de la société au vieillissement (décembre 2015), nous n'abordons pas ici les transformations des modalités d'autorisation opérées par cette dernière.

étaient tarifées, une d'entre elles ne l'ayant pas souhaité, et ni les entreprises ni les CCAS n'étaient tarifés.

Concernant les procédures d'agrément, les UT de la Direccte semblent se contenter de vérifier la conformité des dossiers. Par exemple, en Loire-Atlantique, la politique d'agrément a suivi les recommandations gouvernementales de favoriser les créations d'emplois : « *pour monter une structure, il suffit de faire un dossier à la Direccte* ». Mais les services du Conseil Départemental et ceux de la Direccte collaborent souvent, avec l'objectif de garantir la qualité des services offerts. L'UT 44 « *demande l'avis du CD et c'est cet avis qui compte. Même pour l'agrément...* ». Au CD 44, il semble « *dangereux de créer des services alors que le fondateur n'était pas du tout qualifié (souvent, ce sont d'anciens représentants qui ne savaient pas du tout ce qu'était l'aide à domicile, l'APA...)*. En accord avec la loi Borloo, il fallait des chiffres de baisse du chômage. Ce qui primait était le nombre d'emplois créés et pas du tout la qualité du service. C'est très dangereux, on intervient auprès de personnes très fragiles ». Les services tentent donc de limiter la création et le fonctionnement des structures démunies de dirigeants et d'intervenantes formés.

Au-delà de la diversité des procédures de régulation, garantir la qualité des services offerts par les différents types de structures semble donc une préoccupation commune des autorités départementales.

I. 2. Quels modes de tarification ?

Alors même que la loi 2002-2 définit les modalités de l'autorisation et de la tarification des structures, des procédures différentes sont établies dans les différents départements de la Région PDL de fixation des tarifs au cours des années 2000. Trois types de fixation des tarifs sont donc en vigueur au début des années 2010 :

- *Des tarifs établis à partir des coûts, distinguant des catégories d'intervenantes*

Ainsi en Maine-et-Loire, en 2002, au moment de la création de la procédure des autorisations, le CD 49 a établi un tarif différent pour chaque structure autorisée, en distinguant, de plus, deux niveaux (ou trois si l'on inclut les TISF) de qualification des intervenantes (A et B, ou C selon les catégories de l'accord de branche de mars 2002, repris dans la convention collective de la BAD en 2012⁶). Ce tarif était établi chaque année grâce à l'analyse des comptes présentés par les structures autorisées et dans lesquels le CD retenait (ou non) 3 catégories de charges entrant dans le tarif : le coût de l'intervenante, « *le coût d'encadrement et les charges de structure* ». Cette pratique supposait que les plans d'aide qui sont notifiés aux associations distinguent les niveaux de qualification requis pour chaque intervention (ou partie d'intervention). Pour éviter cette complication, le CD 49 établit aussi un tarif « ADAPA », moyenne des tarifs A - B et C, pondérée par la proportion d'intervenantes de ces catégories dans la structure. L'autorité publique suppose ainsi que ces différences de qualification répondent à des niveaux différents de dépendance des personnes aidées par chaque organisation. En quelque sorte, le CD 49 faisait (jusqu'en 2012) confiance aux structures associatives autorisées pour adapter leur structure de qualification aux besoins effectifs des bénéficiaires de leurs

⁶ La catégorie A correspond aux agents à domicile (sans qualification dans le secteur), la catégorie B correspond aux employés à domicile (souvent en cours de validation, ou titulaires de titres professionnels ou autres diplômes que le DEAVS), et la catégorie C correspond aux auxiliaires de vie sociale, titulaires du DEAVS.

services. Il tenait compte aussi des interventions le dimanche et les jours fériés. Les tarifs variaient ainsi de 20,24€ à 27€⁷ suivant les associations.

- Un tarif unique par structure

En Loire-Atlantique, la procédure a été plus longue à s'installer et a en quelque sorte bénéficié de l'expérience du département voisin. Un tarif a été établi en 2009 pour chacune des structures autorisées, mais le CD 44 a renoncé à distinguer les niveaux de qualification pour la tarification : « *on pouvait déterminer deux tarifs, mais le CD n'en a déterminé qu'un, parce que les structures lui ont signifié qu'elles ne pouvaient pas vraiment distinguer entre les deux catégories et les deux types de services* ». Le CD tient ainsi compte des situations particulières des différentes structures, suivant que celles-ci emploient ou non des TISF, qu'elles ont, ou pas, beaucoup de salariées qualifiées, et qu'elles interviennent plus ou moins en milieu rural avec de longues distances à parcourir pour les salariées, et des frais de déplacement conséquents. À cet égard, le CD conforme le tarif à la CCN BAD 2012 en acceptant d'inclure dans le calcul les déplacements inter-interventions, mais demande aux structures de limiter leurs coûts, en réduisant à la fois les déplacements et la qualification des salariées : « *quand une structure a beaucoup de personnel C, on attire son attention d'un point de vue budgétaire* ». Au moment de notre enquête, des indicateurs étaient en cours de construction « *pour évaluer la sous- ou sur- qualification* » du personnel employé. On voit ainsi comment l'intervention tutélaire, *a priori* bienveillante, du CD a aussi pour conséquence une limitation des marges de manœuvre des organisations, ici en termes de qualification des salariées.

- une démarche de contractualisation avec un objectif tarifaire

Un peu de la même manière qu'en Loire-Atlantique, le CD de la Sarthe s'est engagé dans une démarche d'audit pour analyser la situation des associations autorisées. Ces audits ont débouché sur la signature de Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui définit les actions et objectifs à conduire au sein des structures. En contrepartie, les tarifs horaires intègrent le coût de ces mesures. Ils sont réajustés annuellement selon l'évolution de la structure et la mise en œuvre des actions.

Ces pratiques tendent toutefois à se rejoindre au début des années 2010, dans une politique de « convergence tarifaire », en contradiction avec le cadre législatif, mais qui devient aujourd'hui la norme, avec des conséquences importantes sur les fonctionnements associatifs.

Ainsi, dans les différents départements, les démarches de tarification respectueuses des spécificités des associations faisant apparaître des écarts entre coûts de revient et tarifs, sont remplacées par un *benchmarking* visant à réduire progressivement les tarifs les plus élevés. C'est ce qu'il se passe par exemple en Maine-et-Loire : l'objectif annoncé aux associations en septembre 2012 étant de faire « *converger* » les différents tarifs vers un tarif unique qui semblerait « *une moyenne cohérente et viable pour les structures* », en diminuant progressivement les tarifs des organisations se trouvant au-dessus de cette moyenne.

Les politiques *a priori* différentes des départements de la Région PDL tendent ainsi à converger vers la mise en place d'un tarif unique départemental, qui s'imposerait à échéance plus ou moins rapprochée aux différentes organisations, associatives ou pas. Les associations vont ainsi avoir à se

⁷ Ce tarif élevé était accordé de façon provisoire à une association en difficulté, en contrepartie de mesures de redressement budgétaire.

positionner soit en tentant d'influer sur les modalités nouvelles de calcul des tarifs et leurs niveaux, soit en adaptant leurs stratégies à ces nouvelles orientations.

II- Les pouvoirs publics locaux comme « clients » des associations

L'objectif du plan Borloo (2005, 2009) était de créer un marché des « services à la personne » qui devait permettre le « libre choix » des « consommateurs » (Le Roy, Puissant, 2016), parmi lesquels les personnes âgées utilisatrices des services d'aide à domicile, ainsi que la création de nombreux emplois. De fait, une conséquence majeure de ce plan national a été l'émergence de nouvelles structures offrant de l'aide à domicile, et on peut observer aujourd'hui la présence de quatre modalités d'offre, en concurrence, dans l'aide à domicile. Mais face à cette offre, les Conseils Départementaux apparaissent comme le principal acteur de la demande de services.

II. 1. Un cadre marchand avec des structures d'offre variées :

Suivant les territoires, le poids des différentes formes d'offre de services est très différent. Quatre grandes formes d'offre de services à domicile peuvent être distinguées qui correspondent à des modalités d'emploi différentes.

Les particuliers qui souhaitent être aidés à travers des services rendus à leur propre domicile peuvent tout d'abord employer directement des salariées et assumer de ce fait les responsabilités d'employeur. C'est cette forme de service qui a été invariablement soutenue par les politiques publiques nationales, quelles que soient les orientations politiques gouvernementales depuis 30 ans, à travers des mesures de simplification administrative, telle le chèque-emploi-service, devenu le Cesu en 2005, mais aussi et surtout des exonérations de cotisations sociales employeurs, ainsi que des exonérations fiscales.

Les utilisateurs de services peuvent aussi s'adresser à des organisations prestataires de services. Celles-ci constituent les trois autres formes d'offre : les Entreprises privées à But Lucratif (EBL), les associations, et des organisations publiques, le plus souvent Centres Communaux ou Intercommunaux d'Action Sociale (CCAS ou CIAS).

Il faut toutefois signaler le flou existant entre ces différentes formes d'offre, pour deux raisons principales. Tout d'abord, depuis 1987, peuvent exister des organisations mandataires qui se substituent dans l'exercice des formalités administratives liées à l'emploi aux employeurs particuliers, ceux-ci restant juridiquement employeurs. Ces organisations peuvent être des associations ou, depuis 2007, des EBL. Ensuite beaucoup de salariées sont employées sous plusieurs statuts différents et parfois au bénéfice du même utilisateur final : par exemple, elles peuvent être employées par une association prestataire, mais réaliser conjointement des heures en mandataire, ou payées en Cesu, donc sous le régime du particulier employeur. Ces situations rendent en particulier les dénombrements difficiles.

Malgré tout, une analyse à partir des DADS montre que les associations restent la principale forme d'emploi dans le secteur, au niveau national, avec en 2010, 56% des emplois d'aide à domicile, tandis que les particuliers employeurs en emploient un peu moins de 20%, le secteur public et les EBL se partageant le quart des emplois restant (respectivement 13 et 12%). Toutefois, cette image nationale doit être très largement nuancée lorsqu'on s'intéresse aux situations locales, comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous.

Quatre types d'employeurs au poids très différent suivant les départements dans l'aide à domicile

	Particulier employeur	Entreprises privées à but lucratif	Associations	Secteur public
% de salariés concernés au niveau national	19%	12%	56%	13%
Départements affichant une forte surreprésentation d'un type d'employeur	Somme (42%) Pyrénées-Atlantiques (39%) Alpes-Maritimes (35%) Bas-Rhin (34%) Corrèze (31%) Sarthe (31%) Loir et Cher (30%)	Hauts-de-Seine (31%) Paris (24%) Alpes-Maritimes (24%) Rhône (21%) Essonne (21%) Val de Marne (20%)	Lozère (86%) Orne (86%) Lot et Garonne (84%) Loire (83%) Mayenne (81%) Nièvre (81%)	Landes (60%) Deux-Sèvres (51%) Gers (44%) Puy de Dôme (39%) Eure (36%) Savoie (33%)
Convention collective concernée	CCN du Particulier Employeur	CCN des Services à la personne	CCN de la branche de l'aide à domicile	Statut de la fonction publique territoriale

Source DADS au 1/12ème, lecture : Au niveau national 19% des aides à domicile relève du système du particulier employeur.

La distinction entre ces différents types d'offre est importante en termes d'emploi car des conventions collectives différentes leur sont applicables.

- Exemple dans la Région PDL

À l'intérieur même d'une Région, les situations varient considérablement.

Si l'on prend l'exemple des Pays de la Loire, les départements de la Sarthe et de la Mayenne s'opposent point par point : la Mayenne atteint un des taux d'offre associative les plus forts au niveau national, alors que la Sarthe se situe en dessous de la moyenne nationale, mais elle enregistre parallèlement un taux d'emploi direct parmi les plus élevés au niveau national.

Département	Part du secteur dans l'emploi... (en %)				
	public	privé à but lucratif	Emploi direct	associatif	Asso+public
Loire-Atlantique	9	10	11	70	79
Maine-et-Loire	18	7	8	67	85
Mayenne	8	3	7	81	89
Sarthe	10	6	31	53	63
Vendée	26	5	5	64	80
France	13	12	19	56	69

Source DADS au 1/12ème

Les trois autres départements

des Pays de la Loire occupent des positions intermédiaires vis-à-vis de ces extrêmes : la Loire-Atlantique se démarque par l'offre du privé à but lucratif ; la Vendée par l'offre publique ; et le Maine-et Loire se situe de façon intermédiaire entre la Mayenne et la Vendée. En considérant les

situations de chacun de ces départements, on pourrait esquisser une typologie de l'offre associative en considérant à la fois la taille des associations et la place occupée par les différents réseaux fédéraux associatifs. En effet, les associations semblent jouer le rôle du secteur public là où il ne peut se développer faute de structures communales (ou intercommunales) suffisamment solides pour offrir des services d'aide à domicile, tout particulièrement en milieu rural. On peut ainsi noter l'exemple de la Mayenne, caractérisé par une faible part du public, et une hégémonie associative. À l'opposé en Loire-Atlantique, dominant deux grosses associations opérant sur l'ensemble du département, qui laissent peu de place aux autres réseaux associatifs et au secteur public.

II.2. Quel client pour opérer les choix ?

Face à cette offre diversifiée, on pourrait penser, *a priori*, que les principaux clients sont les personnes âgées, utilisant pour payer ces services les allocations qui leur sont versées en fonction de leur degré de dépendance. Mais l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) a été définie comme une « prestation en nature », c'est-à-dire que son versement est conditionné à l'utilisation des services prévus dans le « plan d'aide » de la personne concernée. Les Conseils Départementaux apparaissent ainsi comme un acteur essentiel de cette demande de service. D'une part, les services du département sont chargés de l'instruction des demandes d'APA ; d'autre part, ce sont aussi eux qui élaborent les « plans d'aide » et définissent les modalités des services qui semblent nécessaires au maintien à domicile. Ainsi, à la fois le montant de l'APA distribuée et les modalités d'utilisation de cette allocation, soit le type de service demandé, dépendent largement des Conseils Départementaux.

- En termes de budget : part prédominante de l'APA dans le financement des heures prestées

De fait, du côté des associations, et tout particulièrement pour celles bénéficiant d'une « autorisation », le constat est général : la plus grande partie des heures prestées sont financées grâce au versement de l'APA.

Au niveau national, même si l'on s'éloigne du cercle des organisations autorisées pour considérer l'ensemble des services à la personne tels que définis par la loi Borloo de 2005, « l'assistance aux personnes âgées ou dépendantes est de loin la première activité du secteur : elle représente près des deux tiers des heures rémunérées par des organismes prestataires » (Benoteau, Baillieux, Chaillot, 2013). Or le constat est général et concordant : les sommes versées par les CD dans le cadre de l'APA tendent à stagner, voire à diminuer depuis la fin des années 2000 alors même que les besoins d'aide augmentent, avec des personnes âgées plus lourdement dépendantes demeurant plus longtemps à leur domicile.

On retrouve ces tendances nationales dans la Région Pays de la Loire.

Départements	Aide sociale aux personnes âgées - APA à Domicile											
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
44 Loire Atlantique	13 055 096	24 501 843	26 466 493	28 595 103	31 522 444	33 699 887	36 540 541	34 680 000	34 719 151	36 506 812	35 515 559	36 403 724
49 Maine et Loire	6 124 622	13 979 101	20 899 327	18 656 544	18 308 250	19 582 012	20 639 604	19 540 716	21 558 055	21 534 231	21 024 926	20 168 758
53 Mayenne	2 708 880	8 354 852	10 108 467	10 448 667	11 352 012	13 467 432	12 594 473	13 382 218	12 637 147	10 679 239	9 312 972	8 566 613
72 Sarthe	9 434 124	15 160 899	18 511 131	23 082 484	23 384 679	23 769 812	24 581 388	24 129 605	22 750 990	23 504 456	26 199 156	21 934 308
85 Vendée	7 670 257	13 036 984	14 005 888	14 501 991	15 712 328	15 635 169	16 657 370	17 284 820	19 054 707	18 203 968	16 343 946	17 371 849

(source : DREES)

- Les modalités de service définies par des plans d'aide contraints en termes budgétaires

Cette évolution des budgets consacrés à l'APA a des conséquences sur les modalités d'aide définies par les plans d'aide. Les responsables associatifs rencontrés sont ainsi quasi-unanimes pour souligner leurs difficultés à équilibrer leurs comptes lorsque leurs activités sont ciblées sur l'aide aux personnes âgées dépendantes. *A fortiori* lorsqu'elles sont soumises au régime de l'autorisation du CD, les

structures voient leurs marges de manœuvre extrêmement limitées : d'une part, leurs recettes dépendent des tarifs établis par les CD et d'autre part, leurs coûts, qui consistent essentiellement en charges de personnel (à 90% selon nos interlocuteurs) sont imposés par le respect de la convention collective de branche. Plusieurs responsables associatifs assurent même « perdre de l'argent » à chaque heure réalisée financée par l'APA.

Mais de façon plus insidieuse, c'est le contenu même des plans d'aide qui est affecté par les contraintes budgétaires. Par exemple, pour permettre une meilleure surveillance d'une personne en perte d'autonomie, le plan d'aide va multiplier les interventions courtes, réparties sur l'ensemble de la journée et de la semaine, au lieu de privilégier des interventions plus longues. Il va parfois même préconiser l'intervention de salariées en emploi direct, dont le coût est généralement moins élevé, afin d'allonger les temps de présence au domicile pour un même montant total de l'allocation. Enfin, certains plans d'aide vont jusqu'à lister les tâches qui devront être effectuées et déterminer les qualifications des intervenantes nécessaires pour les effectuer, distinguant entre des tâches « simplement ménagères », considérées comme non qualifiées, et des tâches d'« aide à la personne », qui seraient les seules à nécessiter des intervenantes diplômées.

Ces choix, opérés par des agents publics départementaux souvent soucieux de la meilleure utilisation possible des deniers publics, ne sont donc pas neutres dans le contexte de concurrence entre les différents types d'offre de services.

III – Les pouvoirs publics comme employeurs cachés

Les politiques locales jouent donc un rôle déterminant dans le fonctionnement des associations d'aide à domicile. Cet impact est particulièrement fort quand on considère la qualité des emplois offerts par les associations. On peut ainsi considérer que, d'une certaine manière, les Conseils Départementaux constituent un employeur caché, dans le sens où il déterminent, de façon plus ou moins directe, les conditions de travail et d'emploi des salariées, en lieu et place de l'organisation associative juridiquement employeuse. La position ambiguë des pouvoirs publics locaux à l'égard des associations se traduit donc globalement par des conditions d'emploi et de travail dégradées.

III.1. À travers les plans d'aide : un modèle industriel de service et une organisation taylorienne du travail

Tout d'abord, en prévoyant de façon détaillée dans les plans d'aide, la manière dont les services doivent être délivrés aux bénéficiaires, les services des Conseils Départementaux imposent aussi un modèle « industriel » de service, nécessitant des interventions courtes effectuées par différentes salariées spécialisées. Cela débouche sur la fragmentation du temps de travail, et la multiplication des emplois à temps partiel. Les constats effectués dans les organisations rencontrées sont similaires : un accroissement de la fragmentation du temps de travail des salariées du fait de la multiplication d'interventions plus courtes pour aider des personnes plus nombreuses, donc dans des lieux différents.

Ces orientations pèsent évidemment sur la qualité du service. Fractionner le service et par là le travail des intervenantes, c'est en effet introduire une logique industrielle qui contrevient à la posture d'accompagnement que les organisations associative affichent. On commence tout juste à

mesurer les effets de cette logique en termes d'intensification et de stress professionnel. Dans ce sens, la décision d'accepter ou de refuser ces interventions courtes et souvent répétées plusieurs fois dans la journée, de plus en plus fréquentes dans les plans d'aide établis pour l'APA, devient stratégique. Certaines organisations définissent donc une durée d'intervention minimale, en général la demi-heure. C'est la position assumée, par exemple en Maine-et-Loire, par une association qui refuse les interventions au quart d'heure, sauf dans les foyers logements (où plusieurs bénéficiaires se trouvent souvent regroupés, ce qui réduit les temps de trajet entre les domiciles, et dans certaines zones urbaines) : « *Le CD le sait et on n'a aucune difficulté* ». Mais la responsable souligne l'importance à cet égard de la collaboration avec les services du CD : « *on fonctionne bien avec les assistantes sociales et les évaluateurs du CD qui font les plans d'aide. Ils cherchent à faire des plans d'aide cohérents, ce qui nécessite de la communication avec les familles* ». Mais d'autres organisations acceptent des interventions d'un quart d'heure seulement. Les organisations qui interviennent dans l'aide aux familles semblent mieux résister à cet émiettement des temps, du fait sans doute de la reconnaissance professionnelle plus importante accordée historiquement aux TISF. Surtout, l'emploi à temps partiel est alors structurel, imposé par ces modalités du service. Des interventions courtes, à multiplier sur les mêmes plages horaires, permettent difficilement de constituer des plannings à temps plein, en augmentant les quotités des contrats de travail des salariées déjà en poste à temps partiel, et par là, de les fidéliser en limitant leurs tentations de compléter leur revenu avec des heures effectuées en emploi direct, ou de trouver un emploi à temps complet plus rémunérateur dans les structures d'hospitalisation ou d'hébergement, par exemple. Cela implique plutôt d'embaucher de nouvelles salariées qui seront disponibles aux jours et heures prévus, mais signifie aussi un modèle « extensif » et « domestique » d'emploi (Dussuet, 2005). Ces temps partiels très courts, ne paraissent acceptables que dans une perspective de salaire d'appoint, par des femmes vivant en couple et bénéficiant de l'apport principal du revenu de leur compagnon. Mais ce modèle d'emploi voit aujourd'hui sa « soutenabilité » (Dussuet, Flahault, 2012) remise en cause par les changements sociétaux concernant les rapports des femmes à l'emploi.

II.2. À travers les appels d'offres et les CPOM : des indicateurs de gestion définissant la structure de qualification des salariées... et limitant la GPEC

De façon encore plus directe, plusieurs des départements enquêtés se sont engagés dans la signature de CPOM, garantissant le financement des interventions moyennant le respect d'indicateurs de gestion parmi lesquels figure le plus souvent la structure de qualification des salariées. Or, il faut souligner ici l'importance de l'accord de branche de 2002 sur les qualifications et les rémunérations, repris par la Convention Collective de Branche de l'Aide à Domicile (CCBAD), en vigueur depuis 2012, qui présente un certain nombre d'avancées pour les salariées, mais constitue aussi une contrainte forte pour les organisations associatives, en termes de qualification des salariées.

La CCBAD prévoit en effet une grille de classification impérative, qui impose aux structures de prendre en compte les diplômes détenus par les salariées, et ce, quels que soient les besoins en services qualifiés reconnus par les évaluateurs du CD lors de l'élaboration des plans d'aide. La signature de cette CCBAD par les employeurs associatifs était cohérente avec les objectifs affichés par ailleurs en termes de « professionnalisation ». Mais le constat partagé est celui d'une incitation des CD à la limitation de la proportion de salariées qualifiées. Par exemple dans la Sarthe, les CPOM négociées par les associations avec les partenaires publics préconisent de réduire le nombre de salariées qualifiées afin de pouvoir faire des économies sur la masse salariale. Cela explique que plusieurs structures disent explicitement, et de façon paradoxale, éviter d'embaucher des salariées diplômées. Mais si des salariées embauchées sans diplôme, c'est-à-dire au niveau A de la grille, prennent elles-mêmes l'initiative de passer leur DEAVS (par exemple en demandant une VAE), et si

elles l'obtiennent, les structures employeuses sont contraintes de les classer en C et d'augmenter leur rémunération en conséquence.

Beaucoup de structures associatives ont pourtant eu une politique active de formation dans les années 1990 et 2000, encouragées en cela par certains CD. Par exemple au CD 44 : *« On demande si les gens vont en formation, et si oui, de quel type. On demande ce qui se passe pour les personnels en difficulté dans le cadre de leurs interventions : peuvent-elles en référer à un responsable de secteur ? Certaines structures n'en ont pas, dans d'autres, ils sont débordés, d'autres encore organisent des réunions régulières. S'il n'y a jamais de formation proposée, le personnel tourne en rond. Il peut difficilement postuler ailleurs. Quand on constate l'absence de budget formation, on incite les associations à en prévoir »*. Les unités territoriales de la Direccte ont également joué un rôle majeur dans la promotion de la VAE. Il s'agit d'une tendance nationale des services à la personne (Marquier, 2008). Mais après les lois Borloo, et les possibilités ouvertes aux organismes lucratifs d'obtenir un agrément qualité, l'UT de la Sarthe, par exemple, a diminué ses exigences en terme de qualification, l'action de promotion de la VAE a donc été abandonnée.

Mais si la formation du personnel d'intervention est unanimement présentée comme un impératif pour assurer la qualité du service, ses modalités en sont discutées. La qualification des intervenantes est aujourd'hui considérée comme devant être limitée afin de maîtriser les coûts. Ainsi, au CD 44, on souligne que : *« la VAE est un piège que la structure ne maîtrise pas : elle a un personnel qualifié dont elle n'a pas forcément besoin. C'est très compliqué. C'est très bien pour le personnel mais dans la réalité les gestionnaires sont en difficulté »*. De plus, la VAE ne fait pas l'unanimité parce qu'elle aboutit finalement à une reconnaissance de compétences alors même que les salariées concernées n'ont pas suivi de formation. Certains responsables associatifs craignent que *« cela déprécie la valeur du diplôme et ne garantit pas que ces personnes soient bien compétentes dans les faits »*. Malgré tout, la plupart des dirigeants associatifs rencontrés continuent de faire une large place aux actions de formation, considérant qu'il s'agit d'un gage de qualité du service. Mais ils tendent à privilégier les formations non qualifiantes.

Lorsque le tarif est établi à partir des charges réelles des associations, les coûts de la qualification des salariées sont intégrés *a priori* ; mais lorsque la tarification est élaborée dans une optique de convergence, le fait pour les organisations d'avoir un grand nombre de salariées qualifiées devient un handicap, car un coût financier. Cela est particulièrement important lorsque la comparaison est effectuée avec des organisations commerciales, qui n'appliquent pas les mêmes règles conventionnelles en matière de qualification (le DEAVS n'est pas reconnu dans la CCNSAP), ou plus encore, avec des interventions effectuées sous le régime du mandataire ou en emploi direct.

Ainsi, même si les responsables associatifs soulignent l'appétence des salariées pour la formation, et plus généralement pour toutes les possibilités offertes de mettre en commun les expériences du travail et renforcer ainsi leur capacité à faire face dans les situations difficiles, la reconnaissance de ces temps comme temps de travail et leur paiement ne sont pas assurés.

III.3. À travers la diffusion de la télégestion : le contrôle du travail

Même s'il est difficile de généraliser au niveau national, dans les départements enquêtés, on constate une diffusion au cours des années 2000 des instruments de télégestion des interventions. En PDL, ils ont été introduits dans les cinq départements, mais à des dates différentes. En Maine-et-Loire, où elle est en cours depuis le début des années 2010, le CD 49 la présente comme un système simplificateur des procédures administratives de facturation. Mais c'est aussi un instrument de

contrôle de l'effectivité et de la conformité des prestations : *« on saura en temps réel avec le système de plateforme départemental qui est prévu, on saura quel est l'intervenant, à quel moment il est au domicile et si ça correspond bien effectivement à la qualification et au plan d'aide prévu »*. En Loire-Atlantique, où l'introduction de cette technique est plus ancienne, elle ne semble pas avoir posé de problèmes particuliers. Notamment, le fait d'enregistrer son heure d'arrivée et de départ du domicile parfois présenté dans la littérature académique comme un contrôle sur le travail mal supporté par les intervenantes à domicile, ne semble pas avoir posé ce type de problème dans les associations rencontrées. Dans une association où ce système est déjà en place depuis plusieurs mois, il n'a pas rencontré d'opposition de la part des intervenantes selon la directrice : *« à la fin du mois, elles passent à l'association avec leur badgeuse. Elles sont payées pour faire ça, parce qu'il faut « calmer le climat social »*. *J'étais là au moment de la mise en place du système et j'ai demandé que les administratifs badgent aussi, ce qui pouvait rendre la procédure acceptable. La procédure a été acceptée par les aides à domicile parce qu'elle permet un gain de temps. Ça remplace la signature de feuilles, avec toutes les dérives que cela entraîne. On avait tendance à les faire signer à la fin du mois, et parfois, en cas d'hospitalisation, le client ne pouvait pas signer et les aides à domiciles ne pouvaient pas être payées. Cela a été accepté car on a bien communiqué »*. La plupart des responsables associatifs sont de fait d'accord pour reconnaître la simplification que permet cette dématérialisation.

Mais à la Fédération ADMR 49, dont les associations n'avaient pas encore mis en œuvre cette technique, on s'interroge sur le pilotage et le contrôle, en termes de tâches à accomplir et de qualifications qui pourrait, grâce à cette technique, être effectué directement par le CD. Celui-ci considère en effet qu'il faudrait envoyer deux salariées à la qualification différente pour accomplir des tâches de ménage et d'aide à la toilette auprès d'une même personne. Les responsables associatifs craignent donc que la télégestion constitue un outil de contrôle direct de l'adéquation entre qualification et tâche prévue dans l'intervention, en même temps qu'une voie de fragmentation supplémentaire du travail.

Ainsi cette question qui peut paraître anecdotique pose le problème de l'articulation entre la gestion de l'APA par les Conseils Départementaux, et plus largement des politiques sociales par les pouvoirs publics au niveau local, et la gestion interne des associations, des questions de personnel en particulier.

III. 4. À travers les tarifs à l'heure, la distinction entre « temps productif » et « temps improductif »... ou la question de l'intensification du travail

Mais c'est sans doute la question de la définition du temps de travail qui synthétise le mieux l'impact de l'action des CD sur les conditions de travail. Le service d'aide à domicile est en effet défini sur une base horaire et ce sont des tarifs à l'heure qui sont utilisés pour « valoriser » les plans d'aide.

Or, la question du temps de travail focalise les difficultés du secteur de l'aide à domicile à offrir des emplois de qualité. Car le temps partiel reste la règle, induisant par là des salaires insuffisants pour garantir aux salariées une véritable intégration sociale. Mais il faut souligner la faible marge de manœuvre des associations employeuses en la matière : le processus d'intensification du travail trouve son origine dans les modalités des plans d'aide contraints par la diminution des financements. L'activité des aides à domicile auprès des personnes âgées est marquée par la stagnation des financements au titre de l'APA, alors que le nombre de bénéficiaires augmente. Cela se traduit par des interventions plus courtes et plus morcelées avec des conséquences sur les conditions de travail des intervenantes : augmentation des déplacements et du nombre de personnes aidées par jour. La charge de planification des interventions pour les secrétariats locaux tend aussi, de ce fait, à augmenter.

Par l'intermédiaire de la tarification à l'heure d'intervention, la définition du travail des intervenantes à domicile est ramenée à la durée de leur intervention au domicile des bénéficiaires, puisque c'est l'unique temps pris en compte dans le financement des services. Pourtant lorsque les intervenantes à domicile effectuent un temps partiel de 25 h hebdomadaire, elles sont, du fait des obligations liées à leur emploi (déplacements, temps de coordination, temps de formation), occupées par leur travail pendant un temps correspondant en moyenne à 35h, soit un emploi à temps plein (Devetter et Barrois, 2012). Or, les CD, comme en Maine-et-Loire par exemple, s'efforcent d'améliorer le « taux de facturation », c'est à dire le rapport entre le temps d'intervention à domicile et le temps payé aux salariées afin de diminuer les « temps improductifs », ainsi que sont perçus tous les temps hors domicile, qu'il s'agisse de trajets, mais aussi de temps de coordination, de formation, ou de rencontre entre salariées.

Pourtant, les déplacements, évidemment inévitables dans l'aide à domicile, varient selon la distance séparant les différents domiciles visités par une même salariée, mais aussi selon le degré de fractionnement des interventions. La baisse des heures financées par personne aidée a entraîné le développement des interventions plus courtes à domicile, introduisant des prestations à la demi-heure (voire au quart d'heure pour certains prestataires « *pour enlever des bas de contention, préparer un petit déjeuner* » par exemple). Lorsque les salariées interviennent pour un quart d'heure, elles sont évidemment contraintes à multiplier les interventions et la part des déplacements plus importante que lorsqu'elles interviennent par tranche de trois heures. Avec l'application de la CCN BAD depuis janvier 2012, cette question des déplacements devient tout à fait centrale. C'est aussi une question financière car des interventions plus courtes reviennent aussi plus chères en termes de déplacements, en même temps qu'elles complexifient l'établissement des plannings. Le rapport de l'IGF-IGAS de 2010 le reconnaît : « *le surcoût lié aux frais de déplacement est particulièrement pénalisant pour les services intervenant en milieu rural, en particulier lorsque les plans d'aide sont morcelés, avec des demi-heures voire des quarts d'heure d'intervention. Dans beaucoup de services, le nombre de kilomètres parcourus par ordre d'intervention est en augmentation. La minimisation des frais de déplacement passe notamment par une gestion du planning rigoureuse visant à **limiter au maximum les déplacements, une limitation des interventions d'une durée inférieure à 1 heure et le recrutement des intervenants au plus près des bénéficiaires*** » (Bruant-Bisson et alii, 2010, p 20). La fragmentation des interventions se traduit aussi pour les salariées par une dégradation des conditions de travail, et en conséquence, par des risques pour leur santé.

Des contraintes multiples s'exercent donc de la part des pouvoirs publics, non seulement à travers les niveaux de tarif, mais aussi à travers les modalités de tarification, et plus largement à travers la définition des modalités des services à réaliser implicitement portée par les plans d'aide. Ces demandes des CD sont contradictoires puisqu'elles visent à la fois la limitation des temps passés au domicile des personnes aidées, à travers une rationalisation du travail, et la réduction des temps de déplacement entre les domiciles, pourtant multipliés du fait de l'émiettement des tâches. Mais la contradiction est aussi entre les valeurs affichées par les organisations associatives et les conditions d'emploi offertes à leurs salariées, qu'elles peinent à améliorer. Mais pour leurs employeurs associatifs, elle se traduit aussi par un alourdissement des coûts

Conclusion :

Le caractère tutélaire des politiques publiques à l'égard des associations de l'aide à domicile est donc loin d'avoir disparu au niveau local, malgré des incitations réitérées à la mise en concurrence. Les collectivités locales, et tout particulièrement les Conseils Départementaux, constituent non seulement les financeurs principaux de leur activité (via l'APA et la PCH), mais elles se positionnent aujourd'hui comme pilote du secteur de l'aide à domicile et participent à la rationalisation des modes d'intervention des structures.

Cette posture est justifiée par leur rôle de garant de la qualité de l'accompagnement des personnes et d'autorité de tutelle des organismes autorisés. Mais dans un contexte de recherche de rationalisation des dépenses et de contraction des budgets, elles interviennent également en tant que « clients » à la recherche du prix le plus bas, encourageant par là une offre de services peu regardante sur les conditions de travail et d'emploi des salariées.

C'est aussi, et de façon très directe, la politique de Ressources Humaines, question centrale pour ces « organisations de main d'œuvre » que sont les associations d'aide à domicile qui est impactée par l'action des CD. À travers la tarification et les deux vecteurs essentiels que constituent la reconnaissance de qualification et la définition des temps de travail, c'est la question de la qualité de l'emploi associatif qui est ainsi directement posée.

Ainsi, malgré les différences et divergences observées dans les départements, le constat est partagé de la limitation par les politiques publiques des marges de manœuvre des organisations associatives. Les procédures d'appel d'offres, de plus en plus systématisées aujourd'hui par les différents organismes sources de financement des services médico-sociaux, contribuent à limiter les choix stratégiques des associations. Ces procédures s'adressent en effet le plus souvent à des structures de taille importante, capables de diversifier rapidement leur activité, et disposant en interne de capacités d'ingénierie de projet. Le temps nécessaire au montage du projet n'est pas financé, alors qu'il suppose une mobilisation de personnels dédiés sur le budget de fonctionnement des structures, dans une période où les financements des interventions tendent à se restreindre, au contraire, à la stricte rémunération du temps passé au domicile des personnes aidées. Les organisations sont ainsi engagées dans une véritable fuite en avant qui leur impose de trouver des financements pour du temps engagé préalablement. Et lorsqu'elles parviennent à les obtenir, ces financements, envisagés comme incitations à l'innovation, sont généralement non pérennes, obligeant constamment à une recherche de fonds complémentaires. Surtout, cette logique d'innovation est descendante, bridant ainsi la capacité, pourtant attestée par l'expérience historique (Dussuet, Lauzanas, 2007) des structures de l'ESS à repérer des besoins non satisfaits et à élaborer des réponses innovantes, grâce à leur connaissance de leurs territoires d'intervention.

Bibliographie :

Benoteau I., Baillieul Y., Chaillot G. (2013), "Les services à la personne : davantage sollicités dans les zones rurales et âgées", *Dares Analyses*, n° 50.

Bruant-Bisson A., Aube-Martin P., de Reboul J.-B. (2010), « Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles », *Rapport de l'IGF-IGAS*.

Devetter, F.-X. et A. Barrois (2012). "Aides à domicile : un régime temporel non stabilisé qui témoigne d'une professionnalisation inachevée." *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 30, pp. 29-46.

Devetter, F.-X. et S. Rousseau (2011). *Du balai. Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*. Paris, Raisons d'agir.

Devetter F.-X., Jany-Catrice F., Ribault T. (2009), *Les services à la personne*, Paris, La Découverte.

- Doniol-Shaw G. (2005), La qualification des emplois de l'aide à domicile au regard de l'analyse de la validation des acquis de l'expérience dans le métier d'assistante de vie, Rapport LATTIS, Marne-La-Vallée.
- Doniol-Shaw G. (2011), "Quels diplômes pour le secteur de l'aide à la personne ?" *Formation Emploi*, n° 115.
- Dussuet A., Flahault E. (2012), "Des emplois soutenables dans les associations ? la part du genre", *Cahiers du Cirtes*, n° Hors Série 2, pp. 159 -172.
- Dussuet A., Loiseau D. (2007) « Les services aux familles offerts par les associations : un modèle de service "entre" formel et informel », in *L'économie sociale entre informel et formel : paradoxes et innovations*, A. Dussuet et J.-M. Lauzanas, (Eds), Presses Universitaires de Rennes: Rennes. pp. 95-128.
- Dussuet A. (2005), *Travaux de femmes - Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan.
- Dussuet A., Lauzanas J.-M. (2007), *L'économie sociale entre informel et formel : paradoxes et innovations*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Fraisse L., Gardin L. (2012), "Les associations au coeur d'un enchevêtrement de régulations ?" in *Aide à domicile et services à la personne - Les associations dans la tourmente*, F. Petrella (dir), pp. 23-44, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Jany-Catrice F., Puissant E. (2012), « Les services à la personne, un secteur sinistré », *Le Monde*, 17 décembre.
- Ledoux C. (2015), "Dépenses fiscales et allègements de cotisations sociales pour les emplois domestiques : des instruments aveugles aux inégalités ?" *Revue Française de Socio Economie*, n°15.
- Le Roy A., Puissant E. (2016), « Evolutions des référentiels politiques dans l'aide à domicile », *Recma* n°342.
- Marquier R. (2008), "Préparer le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale par la validation des acquis de l'expérience", *Études et résultats*, n°658.
- Noguès H., Bouget D., Brovelli G., Tymen J. (1984), *Politique d'aide ménagère aux personnes âgées en Loire-Atlantique*, Rapport du CEBS au Commissariat Général au Plan, 553p.
- Tamerlo F. (2016), "Le diplôme d'état d'Accompagnant Educatif et Social", *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2946.