

Laville, J.L.; Nyssens, Marthe (2001). *Les services sociaux entre associations, État et marché, l'aide aux personnes âgées*. La Découverte : Paris. p. 284

**LES SERVICES SOCIAUX ENTRE ASSOCIATIONS, MARCHÉ ET ÉTAT :
L'AIDE AUX PERSONNES AGÉES**

Remerciements

L'impulsion de cet ouvrage a été donnée par le travail collectif mené au sein d'un groupe qui s'est réuni pendant plus de trois ans, sous l'égide de la Commission scientifique du CIRIEC sur l'économie sociale et coopérative. Nous tenons à remercier Jacques Defourny du Centre d'Economie Sociale de l'Université de Liège qui a assuré la coordination scientifique de ce groupe et Christine Dussart, secrétaire de cette Commission, qui en a assuré la coordination technique.

Le travail d'édition scientifique des textes qui ont émané de ce groupe de travail a été assuré par Jean-Louis Laville et Marthe Nyssens. Notre gratitude va aussi à Pierre Tilly, du Centre de Recherches Interdisciplinaire sur la Solidarité et l'Innovation Sociale de l'Université Catholique de Louvain ainsi qu'à Nadine Da Rocha du CRIDA qui ont participé à la relecture et à la mise en forme des manuscrits.

Enfin, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à la Fondation de France pour son aide à la coordination et à l'écriture des parties transversales de l'ouvrage.



Le CIRIEC (Centre International de Recherches et d'Information sur l'Économie Publique, Sociale et Coopérative) est une organisation scientifique internationale non gouvernementale.

Ses objectifs sont d'assurer et de promouvoir la collecte d'informations, la recherche scientifique et la publication de travaux concernant des secteurs économiques et les activités orientés vers le service de l'intérêt général et collectif : l'action des pouvoirs publics dans les domaines économiques (politique économique, régulation, ...); les services publics, les entreprises publiques et mixtes aux niveaux national, régional et local : l'« économie sociale », les coopératives, mutuelles et associations sans but lucratif, la participation des travailleurs, etc.

Le CIRIEC a pour but de mettre à la disposition des praticiens et des scientifiques des informations concernant ces différents domaines, de leur fournir des occasions d'enrichissement mutuel et de promouvoir une action et une réflexion internationales. Il développe des activités qui intéressent tant les gestionnaires que les chercheurs scientifiques.

Adresse du Secrétariat international :

CIRIEC, Université de Liège au Sart-Tilman, Bât. B 33, bte 6, B- 4000 Liège, Belgique
Tél. 32/4/366 27 46 – Fax 32/4/366 29 58 – e-mail : ciriec@ulg.ac.be
Pour en savoir plus : www.ulg.ac.be/ciriec



Créée en 1969, la Fondation de France est un organisme privé et indépendant, reconnu d'utilité publique. Organisation de mécénat, elle peut répondre de façon adaptée :

- à ceux qui souhaitent faire acte de générosité
- aux demandes d'appui dans les domaines les plus variés.

La Fondation de France soutient des initiatives qui apportent des réponses nouvelles à des besoins peu ou mal pris en charge par la collectivité. Elle intervient dans tous les domaines de l'intérêt général : solidarités nationales et internationales, santé, recherche médicale et scientifique, culture, environnement.

En soutenant des projets associatifs, en encourageant ou commanditant des recherches sur ces sujets, la Fondation de France contribue au développement des idées et du progrès social.

La Fondation de France offre également à toute personne ou entreprise la possibilité d'agir en faveur de causes qui leur tiennent à cœur, en créant une fondation qui porte leur nom. Aujourd'hui, plus de 500 fondations sont sous son égide, dont 56 créées par des entreprises.

En 2000, elle a attribué près de 5 600 subventions, prix et bourses pour un montant total d'environ 363 millions de francs.

Pour en savoir plus : www.fdf.org

Sommaire

Remerciements	2
Introduction	17
1. Une nouvelle donne dans l'emploi en Europe.....	18
2. Des services aux caractéristiques notables	21
3. Choix d'orientation et de méthode	24
4. L'histoire commune de l'État-providence et de l'association bousculée par le marché	25
5. Le plan de l'ouvrage	27
Première Partie	29
Situations nationales	29
France : des services locaux, associatifs et publics, confrontés à des règles nationales changeantes	32
1. Genèse du maintien à domicile des personnes âgées	32
L'aide ménagère	33
Les services de soins à domicile (SSAD).....	34
2. La priorité donnée à la création d'emplois	35
Le développement des rapports de gré à gré	35
Les associations non employeuses ou mandataires	36
Les associations intermédiaires	37
La diversité des formes associatives	38
3. Ouverture à la concurrence et amorce d'une prise en compte des spécificités de l'activité	40
L'entrée en lice des entreprises	40
Le début d'une réduction des inégalités dans l'offre de services	41

Du titre emploi service au ticket-service ?	42
La reconnaissance embryonnaire du problème de la dépendance	44
4. Les services face aux recompositions de l'État-providence et de l'emploi	46
Politiques sociales et place dominante de l'offre associative.....	46
Politiques d'emploi et maîtrise des coûts sociaux des facteurs de développement et de fragilisation de l'offre.....	49
La coexistence difficile de deux formes contrastées de régulation	50
5. Conclusion.....	52
Belgique : l'histoire d'un partenariat associatif - public	54
1. L'origine associative des services d'aide à domicile.....	54
2. Le développement des services classiques dans le cadre des politiques sociales (1949-1979)	55
3. Innovations et recompositions dans un contexte en mutation	58
Un foisonnement d'initiatives innovantes	62
De la flexibilité accrue des services	62
L'apparition de nouveaux services	63
Le développement de nouveaux partenariats et formes de coordination	65
La coordination des services et soins à domicile	65
Le rôle et le soutien des "aidants informels"	67
Le rapport aux institutions d'hébergement et les solutions transmurales	68
4. Conclusion.....	69
Québec : un rôle croissant des associations dans les services à domicile	71
1. le partage des responsabilités dans l'offre de services aux personnes âgées	72
2. Les grandes étapes du développement des services aux personnes âgées	78

La période pré-fordiste (avant 1960) : des services dispensés principalement par des associations confessionnelles	78
La période fordiste I (1960-1971) : une période de transition	79
La période fordiste II (1973-1979) : une étatisation intense des services axée sur l'hébergement	79
La période de crise de l'état-providence I (1979-1983) : essoufflement du fordisme et instauration d'une politique de maintien à domicile	80
La période de crise de l'État-providence II (1984-1990) : l'essor de la privatisation.....	81
La période de crise de l'État-providence III (1991-1995) : la réforme Côté et l'expérimentation.....	81
La période de transformation de l'État-providence (1996-2000) : Le passage de l'expérimentation à l'institutionnalisation des entreprises d'économie sociale	83
3. Les raisons expliquant la percée de l'économie sociale	85
L'impact des restrictions budgétaires	85
L'aide domestique et les producteurs de services du secteur public	86
L'organisation tayloriste du travail dans le secteur public	88
Le développement des mesures d'employabilité.....	88
4. L'impact des transformations de l'État-providence sur les associations.....	89
5. Conclusion	92
Grande-Bretagne : une économie plurielle de soins bouleversée par les « quasi-marchés » ...	95
1. Evolution historique : de l'origine associative des services au développement de l'Etat-providence	95
Le développement d'une intervention étatique	96
Consolidation de l'Etat - Providence, continuités et changements au sein du secteur associatif	97
La remise en cause de l'Etat-providence, montée du secteur privé lucratif.....	99

Le développement d'un quasi-marché	101
2. Services aux personnes âgées dans les années 1990 : la part relative et la contribution des associations.....	103
Quelques traits saillants du secteur associatif dans le champ des services non résidentiels	106
Trois facettes peuvent être dégagées du point de vue de la contribution différenciée du secteur associatif selon le type de services non résidentiels.	108
3. Analyse	109
Cadre réglementaire	114
Proposition n° 3	115
4. Conclusion.....	116
Norvège : aide formelle et soutien à l'aide informelle.....	121
1. L'offre d'aide à domicile.....	122
Expansion de l'offre et régulation centralisée.....	122
Restructuration et décentralisation des modalités d'allocation des ressources	124
2. Les incitations à l'aide informelle	125
L'emploi de la parentèle comme aide à domicile.....	126
Les allocations aux aidants	127
Les autorisations d'absence pour les salariés qui fournissent une aide.....	127
L'ouverture de droits à la retraite pour les aidants	128
L'allocation d'assistance pour l'aide à domicile	128
3. Conclusion.....	128
Autriche : le modèle viennois de municipalité-providence.....	130
1. Le rôle central de la municipalité Viennoise.....	130
Les institutions de services de soins.....	131

Les institutions d'utilité générale de droit privé.....	132
2. Le développement d'un partenariat public - associatif à l'ère de l'Etat-providence.....	133
3. Crise de l'Etat-providence et marchandisation des services sociaux	136
4. Conclusions et perspectives.....	138
Espagne : associations et coopératives dans une mosaïque de modes d'intervention publique	139
1. L'évolution des services à domicile aux personnes âgées	141
2. La polyvalence du service d'aide à domicile	144
3. Un paysage renouvelé	146
4. Les différentes structures d'économie sociale et leur rôle	147
Les associations de personnes âgées	147
Les coopératives de services sociaux et les associations de professionnels.....	147
Les organisations philanthropiques	148
5. Conclusion : les scénarios possibles.....	150
Deuxieme Partie	152
Des questions spécifiques : dépendance, qualité, externalités	152
Allemagne : la garantie des soins et l'assurance-dépendance.....	154
1. L'histoire de l'assurance-dépendance en Allemagne	155
2. La garantie des soins par la sécurité sociale légale	155
3. Les principes de base de l'assurance dépendance.....	156
4. Conditions de prestation et besoins d'assistance	157
Soins à domicile	159
Contributions matérielles et techniques	160
Soins en hôpital de jour	160

Soins de courte durée	160
Hospitalisation	160
<i>Source : Süddeutsche Zeitung, 19/20 – 11/1994.</i>	161
5. Effets et efficacité des assurances dépendance	161
6. Les perspectives de la garantie sociale en cas de dépendance	165
Italie : Coopératives sociales et construction d'un champ d'activité	168
1. Une nouvelle forme coopérative	169
Une genèse difficile	169
Deux types distincts	170
Une définition commune	171
Le fonctionnement et l'organisation.....	173
2. L'intervention des coopératives sociales dans l'aide à domicile en Émilie-Romagne.....	174
Les limites de la procédure d'appel d'offres	175
Évaluer et prendre en compte la qualité du service : les propositions des coopératives	175
La modification de la loi régionale.....	177
Qualité : le point de vue des usagers	179
Un mode spécifique de recrutement	179
L'inscription dans un processus de formation qualifiant	180
En amont du service, sa mise en oeuvre.....	182
En aval du service, son suivi	183
La réalisation d'un contrat tripartite	183
L'animation d'un réseau de bénévoles	184
Elaboration de formes d'implication de la personne aidée	184

La qualité demain : une dimension citoyenne	185
Une nouvelle conception de la citoyenneté	186
Les professions de services aux personnes âgées	187
Les externalités positives dans l'aide à domicile : une approche européenne	190
1. L'internalisation des externalités.....	191
2. Les services aux personnes âgées : des services à la fois divisibles et collectifs	192
3. Services aux personnes et internalisation des externalités	192
4. Méthodologie de validation, d'évaluation et de quantification des externalités collectives	196
La validation des externalités	196
Les études et recherches scientifiques	196
Les politiques publiques	197
Les acteurs	197
L'évaluation et la quantification des externalités.....	197
5. Exemples d'analyse d'externalités	198
Le développement de l'emploi et la réduction des dépenses passives	198
L'impact sur les dépenses sanitaires et sociales	200
La construction d'un champ d'activité	201
6. Enseignements transversaux.....	202
Une spécificité des associations et coopératives	203
L'articulation aux politiques publiques	204
Troisième Partie	206
Conclusions transversales.....	206
Une analyse économique du rôle des associations	208

1. Services à domicile et confiance entre acteurs	209
Les circonstances de l'information imparfaite	209
Les conséquences de l'information imparfaite : les limites des mécanismes marchands ..	210
2. L'innovation sociale	212
3. Une place pour les associations au-delà de la phase d'innovation ?	215
Reconnaissance des enjeux collectifs et demande excédentaire	215
Décentralisation d'une mission d'intérêt collectif et capital de confiance.....	216
Secteur privé à but lucratif et prestations de services sociaux : des logiques antagonistes ?	219
Vers l'entreprise sociale ?	220
Création, services à la collectivité et parties prenantes multiples	220
Activité économique et capital social.....	222
Du capital social au capital civique	223
La question de la consolidation	225
États-providence et services sociaux	227
1. Associations, États-providence et services sociaux	228
2. Traitement social du chômage et régulation d'insertion	231
3. Le passage à une régulation concurrentielle subventionnée	233
4. Une nouvelle régulation pour une économie plurielle ?.....	237
Qualité, professionnalisation et engagement bénévole	238
Soutien à l'innovation sociale	240
Vers des réseaux territorialisés de services	241
L'émergence d'une régulation conventionnée	241
5. Conclusion.....	243

Bibliographie**Erreur ! Signet non défini.**

Les auteurs

Rafael Chaves est docteur en économie et professeur titulaire de l'Université de Valence où il est également directeur de recherche à l' IUDESCOOP dans le champ de l'économie sociale et de la politique économique. Il est le coordinateur éditorial au Ciriec-Espagne. Ses publications récentes sont parues dans la revue des Annales de l'économie publique, sociale et coopérative, la revue des études coopératives, mutualistes et associatives ainsi que dans des ouvrages collectifs ["Holdings coopératifs ; évolution ou transformation définitive ?", De Boeck, 2001, Libro blanco de la economia social valenciana, 1998].

Bernard Enjolras est docteur en économie, chercheur à l'Institut pour la Recherche Social (ISF) à Oslo (Norvège) et chercheur associé au Centre de recherche et d'information sur la démocratie et l'autonomie (CRIDA), équipe de recherche du Laboratoire de sociologie de changement des institutions (LSCI-CNRS, Paris). Ses principaux champs de recherches sont l'analyse économique des politiques sociales et des services sociaux ainsi que le rôle des associations et organisations d'économie sociale dans la production de services. Il est l'auteur entre autres de : "Le marché providence" (Desclée de Brouwer, 1995) et "Politiques sociales et performances économiques" (Desclée de Brouwer, 1999). Il a été fellow à l'université Johns Hopkins (Baltimore, Maryland) et à l'université Paul Valéry (Montpellier, France). Il est l'un des coordinateurs du groupe de travail "Economie plurielle" du CIRIEC.

Laurent Fraisse est économiste et chargé de recherche au Centre de recherche et d'information sur la démocratie et l'autonomie (CRIDA), équipe de recherche du Laboratoire de sociologie de changement des institutions (LSCI-CNRS). Ses recherches portent principalement sur les services de proximité en France et en Europe, l'évaluation des politiques de l'emploi et d'insertion, les activités d'économie sociale et solidaire. Il a notamment participé aux ouvrages collectifs suivants : "An offer you can't refuse, workfare in international perspective" (co-dirigés par I. Loedemel et H. Trickey, 2000, Policy press), "La dirigeance associative" (co-dirigé par J. Haeringer et F. Traversaz, à paraître 2001, Dunod).

Laurent Gardin est socio-économiste et chargé de recherche au Centre de recherche et d'information sur la démocratie et l'autonomie (CRIDA), équipe de recherche du Laboratoire de sociologie de changement des institutions (LSCI-CNRS). Ses recherches portent principalement sur les organisations d'économie sociale et solidaire, les initiatives locales en France et en Europe et l'évaluation de leurs politiques publiques. Il est l'auteur de deux Notes de l'Institut Karl Polanyi, "Arles, Impatiences démocratiques, L'entreprise sociale" (avec Hélène Clément), 1999, "Développer les services aux personnes", 2000, disponibles sur www.karlpolanyi.org et prépare un ouvrage sur les initiatives locales (Dunod, à paraître fin 2001).

Jacques Gautrat (al. Daniel Mothé) est sociologue et chargé de recherche au Centre de recherche et d'information sur la démocratie et l'autonomie (CRIDA), équipe de recherche du Laboratoire de sociologie du changement des institutions (LSCI-CNRS). Ses travaux portent notamment sur l'insertion sociale des populations précaires et celle des personnes âgées dans la cité. Il est notamment l'auteur d'un rapport dans le cadre d'un projet européen Léonardo, « La qualité des services aux personnes âgées. Approche européenne, le cas français », Paris : CRIDA-LSCI, 2000 et d'un ouvrage à paraître en 2002 « Les solidarités intergénérationnelles ».

Bruno Gilain est économiste. Ses recherches se sont développées au sein du Centre de recherches interdisciplinaires sur la solidarité et l'innovation sociale (CERISIS) de l'Université Catholique de Louvain (Belgique) dans le domaine de l'économie sociale. Elles portent plus particulièrement sur les rapports public-privé dans la structuration des services aux personnes, sur l'innovation sociale et les modes alternatifs de conception et d'organisation de la solidarité. Actuellement, il est conseiller au cabinet du Ministre wallon des affaires sociales et de la santé.

Marie-France Gounouf est sociologue et chargée de recherche au Centre de recherche et d'information sur la démocratie et l'autonomie (CRIDA), équipe de recherche du Laboratoire de sociologie du changement des institutions (LSCI-CNRS). Ces dernières années ses recherches ont été centrées sur les fonctionnements associatifs, plus particulièrement dans le champ de l'aide à domicile. A partir de l'écoute de l'ensemble des acteurs de ce champ, elle a pu approfondir les notions de professionnalisation, de qualité des services et d'émergence de nouveaux métiers au cours de plusieurs études. Elle est notamment l'auteur du rapport « Regards et représentations de la personne aidée sur le service et la profession d'aide à domicile » (CRIDA-LSCI, 1998).

Christian Jetté est candidat au doctorat en sociologie à l'Université du Québec à Montréal. Il est actuellement coordonnateur du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS) à l'Université du Québec à Montréal et membre de l'équipe de recherche en partenariat "Économie sociale, santé et bien-être". Il est l'auteur ou co-auteur de plusieurs articles scientifiques portant sur les interfaces entre l'économie sociale et les services sociaux au Québec. Il a également publié aux Presses de l'Université du Québec, avec Benoît Lévesque, Lucie Mager et Yves Vaillancourt, un livre intitulé « Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être. Une recension des écrits (1990-2000) ». Il collabore actuellement à la rédaction de deux autres ouvrages, l'un sur l'avènement d'un nouveau partage des responsabilités entre les secteurs public, privé et de l'économie sociale dans le domaine de la santé et du bien-être au Québec; l'autre sur les particularités du modèle de développement social québécois dans le contexte canadien.

Jeremy Kendall est docteur en économie et chercheur à l'unité de recherche des services sociaux aux personnes (PSSRU), Santé et Action Sociale, London School of Economics (LSE) et au centre sur la société civile, London School of Economics and Political Science. Ses publications portent sur le rôle du tiers-secteur en Grande-Bretagne et au niveau international ainsi que sur l'organisation des services sociaux dans une économie plurielle. Récemment, il a notamment publié : "Third Sector Policy at the Crossroads ? An International Nonprofit Analysis" (edited with Helmut K. Anheier, Routledge, 2001); "Low pay in the UK: the case for a three sector comparative approach" (with Stephen Almond, in *Annals of public and cooperative economics*, 2001); "Of knights, knaves and merchants: the case of residential care for older people in England" (in *Social Policy and Administration*, 2001).

Thomas Klie est juriste et a étudié la sociologie ainsi que les sciences administratives. Il est professeur à l'Université protestante des sciences appliquées de Freiburg en Allemagne. Ses domaines de recherches ainsi que ses publications portent sur la gérontologie sociale, les liens entre les politiques sociales et le droit ainsi que sur la société civile.

Jean-Louis Laville est docteur en sociologie, chargé de recherche au CNRS et responsable du Centre de recherche et d'information sur la démocratie et l'autonomie (CRIDA), équipe de recherche du Laboratoire de sociologie de changement des institutions (LSCI-CNRS, Paris) dont il assume la co-direction. Ses principaux champs de recherches sont : l'économie plurielle et solidaire ; les services de proximité et les initiatives locales ainsi que les fonctionnements socio-économiques. Il est l'auteur entre autres de : "L'économie solidaire. Une perspective internationale" (Desclée de Brouwer, 1994 – réédition en 2000) et "Sociologie de l'association" (Desclée de Brouwer, 1998) avec Renaud Sainsaulieu.

Peter Ulrich Lehener est responsable de la recherche au sein d'une société d'assurance d'intérêt collectif à Vienne. Il est co-fondateur et directeur de la revue *Mitbestimmung. Zeitschrift für Demokratisierung der Arbeitswelt*. Ses publications portent notamment sur l'histoire syndicale dans le secteur de l'assurance et il a contribué à la rédaction de cinq volumes de *Versicherungsgeschichte österreichs* ("Histoire du secteur de l'assurance en Autriche", 1988, 1992 et 1997), ainsi qu'à divers autres ouvrages.

Marthe Nyssens est docteur en économie et professeur au département d'économie à l'Université Catholique de Louvain (Belgique). Elle coordonne une équipe de recherche dans le domaine de l'économie sociale au Centre de recherches interdisciplinaires sur la solidarité et l'innovation sociale (CERISIS). Elle s'intéresse particulièrement au rôle des organisations d'économie sociale dans le champ des services de proximité ainsi qu'à une analyse comparative des dynamiques d'économie sociale entre les pays du Nord et ceux du Sud. Récemment, elle a notamment publié dans *Voluntas* avec J.L. Laville, "Solidarity – Based

Third Sector Organizations in the « Proximity Services » Field : a European Francophone Perspective", 2000 et dans Sociologie du travail, "les approches économiques du tiers-secteur, apports et limites des analyses anglo-saxonnes d'inspiration néo-classique", 2000. Elle a également contribué au livre "The Emergence of Social Enterprise" coordonné par C. Borzaga et J. Defourny, 2001, Routledge.

Antonia Sajardo-Moreno est docteur en économie et professeur titulaire de l'Université de Valence où elle est également chercheur à l' IUDESCOOP et au CIRIEC Espagne. Directeur de recherches dans le champ de l'économie sociale et du secteur non lucratif. Récemment, elle a notamment publié : "Análisis económico del sector no lucrativo", edl Tirant lo blanc; "El sector no lucrativo en el ámbito de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana", edl Ciriec-España; et dans les revues des Annales de l'économie publique, sociale et coopérative, la revue des études coopératives, mutualistes et associatives, Hacienda Publica Española.

Yves Vaillancourt est professeur titulaire dans le domaine des politiques sociales à l'École de travail de l'Université du Québec à Montréal. Il détient un doctorat en science politique de l'Université de Montréal. Il est directeur de la revue *Nouvelles pratiques sociale*. Il est directeur du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS). Il est membre du Centre de recherche sur les innovations sociales dans l'économie sociale, les entreprises et les syndicats (CRISES). Il est responsable scientifique d'une équipe de recherche en partenariat sur le thème "Économie sociale, santé et bien-être" reconnue par le Conseil québécois de la recherche sociale et Développement des ressources humaines Canada.

Introduction

par Jean-Louis Laville et Marthe Nyssens

Les services aux personnes âgées semblent constituer, depuis deux à trois décennies, un problème économique et social générant des attitudes contrastées. L'angoisse des personnes âgées et de leurs familles qui doivent réagir brutalement à l'irruption dans leur vie quotidienne de la dépendance ou du handicap tranche avec l'espoir des responsables publics et privés. Ces derniers attendent de l'essor de ces services une perspective nouvelle d'activité et de création d'emploi. Ils sont confortés en ce sens par de nombreuses études convergeant pour reconnaître l'existence d'un gisement potentiel d'emplois dans le domaine.

Ce décalage entre l'inquiétude ressentie par les personnes directement confrontées aux effets du grand âge et le regard prospectif des décideurs témoigne des difficultés que soulèvent des phénomènes inédits. Il est ici question de l'un des changements socio-démographiques les plus profonds parmi ceux qui affectent les sociétés contemporaines. Ainsi, dans l'Union Européenne, la part des personnes âgées de plus de 65 ans dans la population totale devrait passer de 15 à 20 % entre 1995 et 2020. En l'an 2020, cette part oscillera vraisemblablement entre 18 et 23 %. On estime à 20 %, la proportion des personnes dépendantes parmi cette population [Pacolet et al., 1998].

L'accroissement de la population de plus de 80 ans est encore plus prononcée. Il a été de 36 % entre 1990 et 2000 dans l'Union Européenne. Seulement 10 % de ces personnes vivent en collectivité et les autres restent à leur domicile où elles sont 45 % à être seules [Eurostat, 2000]. Or, le modèle de la famille traditionnelle, dans lequel la responsabilité des soins est dévolue aux femmes, ne s'impose plus avec l'évidence dont il bénéficiait antérieurement dans le cadre de sociétés patriarcales. Par ailleurs, soumis à des pressions budgétaires et fiscales, les différents États-providence ont des difficultés à prendre en charge de nouveaux services qui supposent de plus d'élaborer des formules personnalisées adaptées à chaque cas. Est-il possible, dans ces conditions, d'inventer des solutions porteuses à la fois de bien-être individuel, d'égalité entre les sexes et d'épanouissement collectif ? Le patrimoine accumulé dans les expériences propres à ce champ peut-il être mobilisé dans la construction de services qui soient soucieux de l'individualité des usagers tout en favorisant une culture du vivre ensemble ?

L'objectif de cet ouvrage est d'aborder ces questions, à partir des données issues d'une comparaison internationale. Avec la conviction que le débat devient urgent parce que les défis

liés aux tendances lourdes du « papy-boom » ont été jusqu'ici plus éludés que discutés. La question du vieillissement a du mal à être abordée tant par les personnes que par la société dans son ensemble. Pourtant, la capacité à lui apporter des réponses peut s'avérer déterminante dans la légitimité future des politiques sociales. Si l'on en croit Giddens [1994], c'est dans l'émergence d'une « politique de la vie quotidienne », centrée sur de tels enjeux locaux concernant une grande partie de citoyens, que se joue largement la crédibilité d'une action publique cherchant à se renouveler dans le mouvement d'internationalisation de l'économie.

1. UNE NOUVELLE DONNE DANS L'EMPLOI EN EUROPE

L'étude des services aux personnes âgées nécessite une contextualisation initiale. Au-delà des chiffres sur le vieillissement et eu égard aux attentes que ces services suscitent en termes de travail, il importe de les situer en référence aux modifications structurelles de la composition de l'emploi. Dans les pays développés, la structure de l'emploi se modifie profondément. La première manifestation de ce changement est la diminution de l'emploi industriel que mettent en évidence les statistiques portant sur la période 1960-1998.

Tableau 1 : L'évolution de l'emploi industriel
(en pourcentage de la population active civile occupée)

	1960	1974	1990	1998
Allemagne	47,0%	46,7%	39,8%	35,5%
Autriche	40,3%	42,3%	36,8%	30,4%
Belgique	45,0%	41,0%	28,3%	25,2%
Canada	32,7%	30,5%	24,6%	22,4%
Espagne				30,4%
France	37,6%	39,4%	29,9%	25,2%
Italie	33,9%	39,3%	32,4%	33,2%
Norvège	41,4%	34,2%	24,8%	23,4%
Royaume-Uni	47,7%	42,0%	29,0%	26,6%

Source : OCDE

Cette baisse généralisée dans la période 1960-1998 ne s'explique que partiellement par le recours à la sous-traitance pour certaines activités (conseil, nettoyage, surveillance, restauration, ...). Plus fondamentalement, les formes de la concurrence qui s'étendent, au-delà du prix, à la qualité et aux délais, conduisent à des processus massifs d'introduction de nouvelles technologies intégrant la micro-électronique et la micro-informatique. Ces sources de progrès technique sont défavorables à l'emploi, spécialement peu qualifié. Le déclin de la part de l'emploi industriel dans l'emploi total qu'elles ont largement induit a pour contrepartie la montée des services qui acquièrent une importance grandissante dans le volume total de l'emploi.

Tableau 2 : L'évolution de l'emploi dans les services
(en pourcentage de la population active civile occupée)

	1960	1974	1990	1998
Allemagne	39,6%	46,3%	56,8%	62,1%
Autriche	37,1%	46,3%	55,3%	63,0%
Belgique	46,4%	55,2%	69,0%	72,6%
Canada	54,1%	63,1%	71,2%	73,9%
Espagne				61,6%
France	39,9%	49,9%	64,0%	70,4%
Italie	33,5%	55,1%	58,6%	60,8%
Norvège	34,6%	57,1%	71,3%	71,9%
Royaume-Uni	47,6%	55,1%	68,9%	71,5%

Source : OCDE

Cependant, les services ne constituent pas une catégorie homogène. Des distinctions peuvent être opérées en fonction de leurs configurations productives, c'est-à-dire des rapports qui s'établissent en leur sein entre le travail, les technologies et les dispositifs organisationnels [du Tertre, 1995, pp. 95-116].

— Les services standardisables recouvrent des prestations dans lesquelles la saisie, le traitement, la diffusion des données sont primordiaux (banques, assurances, administrations). Ces services intervenant à titre principal sur des objets, des systèmes techniques ou reposant sur le traitement d'informations codées sont modifiés par le recours aux nouvelles technologies de l'information, ce qui les rapproche des activités de production de masse ou de série. Ils ont des trajectoires proches des activités industrielles, dans lesquelles le capital investi dans ces technologies restreint le volume d'emplois.

— Les services relationnels [Baumol, 1987 ; Roustang, 1987], confèrent, au contraire, une place centrale à la relation de service parce que l'activité est basée sur l'interaction directe entre prestataire et destinataire. Ils visent à influencer sur le fonctionnement de l'organisation pour les services aux entreprises et à améliorer l'état physique, intellectuel ou moral des usagers-clients quand il s'agit de services aux personnes. Les nouvelles technologies y jouent seulement un rôle de support à la relation en offrant des options additives quant à la variété et à l'évolution qualitative de la prestation. L'innovation dans le processus de production n'aboutit pas forcément à une standardisation. Un effet variété et qualité peut compenser l'effet de substitution capital-travail, ce qui permet à ces services relationnels d'être porteurs de nouvelles activités et de nouveaux emplois. Le travail complexe n'est alors pas éliminé mais déplacé.

La distinction entre services standardisables et services relationnels permet d'expliquer des évolutions à l'intérieur d'un même secteur puisque la banque, par exemple, « est passée d'une

activité industrielle de comptes simples à une activité de services à valeur ajoutée relationnelle, commerciale et intellectuelle » [Gadrey, 2000, p. 72]. Mais il peut aussi aider à comprendre des changements dans la structure des activités productives puisque, au sein des services, ce sont les services au sein desquels la relation occupe une place centrale dans la prestation qui sont au coeur de la création d'emplois. Malgré les difficultés dues aux modes d'organisation des comptabilités nationales qui n'isolent guère ces services, les statistiques issues des enquêtes sur les forces de travail révèlent un essor particulier de sous-ensembles tels que l'éducation, la santé et l'action sociale, les services collectifs sociaux et personnels, les services domestiques.

Tableau 3 : Taux de croissance de l'emploi entre 1993 et 1999 de l'ensemble du secteur des services et du sous-ensemble « éducation, santé et action sociale, services collectifs sociaux et personnels, services domestiques »

	<i>Taux de croissance de l'ensemble des services</i>	<i>Taux de croissance du sous-ensemble</i>
Allemagne	8,1%	13,6%
Belgique	12,7%	16,4%
Espagne	22,0%	26,6%
France	7,7%	14,2%
Italie	6,0%	7,9%
Royaume-Uni	13,8 %	16,5%

source : Eurostat, enquête sur les forces de travail

Si ces services ont eu un tel taux de croissance, c'est qu'ils bénéficient d'évolutions socio-démographiques qui leur sont favorables. La place nouvelle du troisième âge n'est pas le seul phénomène à avoir un impact direct sur les demandes. L'expansion du travail féminin a, par exemple, considérablement changé la donne. En dépit d'inégalités persistantes entre hommes et femmes, elle a bousculé un peu partout la façon de consommer et de vivre en famille. Ainsi, si la Suède se situe toujours au premier rang avec un taux d'activité féminine de près de 70 % pour les femmes âgées de 16 à 64 ans en 1999, dans l'Union européenne ce taux a atteint une moyenne de 53 % en 1999 contre 22 % en 1960 et 30 % en 1980. De plus, la proportion des ménages à une personne comme le nombre de familles monoparentales a augmenté. Les changements dans les modes de vie en diminuant les prestations informelles dans la sphère domestique concourent à une diversification et une intensification du recours aux services par les ménages.

C'est pourquoi, dès 1993, au niveau européen, le Livre Blanc « Croissance, compétitivité et emploi. Débats et voies pour entrer dans le XXIème siècle » a mis l'accent sur cette extension des demandes : « De nombreux besoins restent aujourd'hui encore insatisfaits. Ils correspondent à l'évolution des modes de vie, à la transformation des structures familiales, à l'augmentation de l'activité professionnelle féminine, aux aspirations nouvelles d'une population âgée, voire très âgée ». Pour approfondir cette question, les services de la

Commission ont mené des enquêtes confirmant l'importance de ces activités nouvelles et dégagant « 4 grands registres à savoir la vie quotidienne, le cadre de vie, les loisirs et l'environnement » [Jouen 2000], le premier comprenant parmi ces principales composantes les services à domicile, particulièrement pour les personnes âgées. Enfin dans sa communication intitulée « Vers une Europe pour tous les âges – promouvoir la prospérité et la solidarité entre les générations » [1999], la Commission aboutit à la conclusion suivante : « Compte tenu de l'ampleur de la mutation démographique qui se profile à l'aube du XXIème siècle, l'Union européenne peut et doit modifier les pratiques obsolètes aux personnes âgées... Des politiques de santé et de soins adéquats peuvent prévenir, repousser et minimiser la dépendance des personnes âgées ; en outre la demande de ces services créera de nouveaux débouchés en matière d'emploi." Compte tenu de ces constats, il apparaît logique que les services de la vie quotidienne, dont l'aide à domicile aux personnes âgées, aient été l'objet de politiques volontaristes destinées à promouvoir l'emploi dans ce que l'on a désigné de l'expression générique de services de proximité.

2. DES SERVICES AUX CARACTERISTIQUES NOTABLES

Mais en même temps, il convient de se garder de tout déterminisme en la matière. Tout d'abord, le vieillissement socio-démographique ne se traduit pas mécaniquement en nouveaux services. A l'inverse, il existe un paradoxe propre aux services de proximité : malgré une succession rapide de mesures prises en leur faveur, les résultats obtenus restent en-deça de ceux qui étaient escomptés. Comme le notait déjà le Comité de liaison des services du Conseil national du patronat français en 1994, il subsiste un écart persistant « que l'on constate entre l'affirmation, depuis des années, qu'il existe un gisement d'emplois » dans ces activités, « et l'insuffisante concrétisation de ces emplois sur le terrain ». Le constat est encore valable aujourd'hui.

De plus, le choix de société qui consiste à traduire de « nouvelles demandes » en « nouveaux emplois » demande à être interrogé. C'est ce qu'a fait Gorz [1988], de manière provocatrice, en parlant à propos de ces éventuels « nouveaux emplois » de nouveaux serviteurs. Les modalités de création d'emplois, inhérentes aux services personnels, engendreraient, selon lui, la résurgence d'une domesticité que l'on croyait disparue ; un argument prolongé sur une autre tonalité par D'Iribarne [1990] quand il avance que le refus du déclassement, manifestation d'une logique d'honneur prévalente en France dans le rapport au travail, y empêcherait le développement de ces services, suggérant ainsi une explication au paradoxe mentionné. Il importe donc d'éviter l'écueil d'une assimilation trop rapide entre « croissance des besoins » et « essor de l'emploi » et pour ce faire, il convient d'ancrer la réflexion, sur une prise en considération de ce qui fonde la spécificité des services de proximité.

Au gré des listes successives, le choix des activités qui entrent dans cet ensemble est à ce jour une question plus pragmatique que conceptuelle. Nous pensons que ce terme a une portée davantage symbolique qu'opérationnelle. Nous les avons définis comme des services répondant à des demandes individuelles ou collectives à partir d'une proximité qui peut être objective, c'est-à-dire liée à un ancrage sur un espace local, mais aussi subjective, c'est-à-dire renvoyant à la dimension relationnelle de la prestation [Laville, 1992, Gilain et al., 1998]. Si cette définition ne permet pas de dessiner clairement les frontières de cet ensemble, elle a l'avantage de mettre en évidence deux caractéristiques centrales pour comprendre les enjeux communs de ces services, au-delà des multiples énumérations : les différentes dimensions de la proximité et le caractère collectif des bénéfices générés

- La dimension de proximité

Précisons tout d'abord les deux acceptions de la proximité. La proximité est *objective* lorsqu'elle est définie par des critères objectifs d'espace et de temps. Elle peut être délimitée géographiquement par un territoire restreint, voire se jouer dans un contact direct entre prestataire et usager. Elle comporte une dimension temporelle quand le service implique des flux récurrents qui s'inscrivent dans le vécu quotidien par exemple un service de repas à domicile. La proximité est *subjective* lorsque la relation entre le prestataire et l'utilisateur est déterminante pour la qualité du service. En l'occurrence la proximité géographique due à ce que les services sont dispensés auprès de personnes soit à leur domicile, soit au sein d'un périmètre restreint proche du domicile, renvoie à une proximité relationnelle. Le prestataire intervient chez la personne, dans son lieu de vie, ou s'immisce dans les relations interpersonnelles en jeu dans la famille ou le voisinage.

Cette dimension de proximité, comme nous l'avons déjà souligné, implique que ces services sont potentiellement porteurs d'emplois compte tenu de leurs faibles gains de productivité puisqu'ils supposent un contact direct entre prestataire et usager. Mais, pour la même raison, leur développement ne peut être largement assuré par l'économie réalisée sur le temps humain nécessaire à leur production. Autrement dit, ces services, dont le contenu en emploi peut être riche, parce qu'ils sont à productivité stagnante, ne peuvent être financés par des gains de productivité.

La confiance s'avère, également, un enjeu central dans le cas de ces services relationnels dont la qualité est étroitement liée à la construction de la relation entre le prestataire et l'utilisateur parce que ces « services-clés » pour la qualité de la vie entrent dans l'intimité des usagers et interfèrent avec leur vie personnelle et familiale. Alors qu'ils étaient, hier encore, pour l'essentiel effectués à l'intérieur de la famille, ils changent de contenu et de statut quand « les familles donnent à faire provoquant ainsi l'émergence de nouvelles professions et le développement du travail salarié » [Kaufmann, 1996, p. 13]. C'est donc au dilemme entre

« faire » et « faire faire » que sont confrontés les ménages, avec en toile de fond les arbitrages ardues entre la pénibilité de la tâche ou son caractère gratifiant, le soulagement qu'apporte une aide extérieure, les contraintes de la délégation, notamment l'irruption d'étrangers dans la vie privée, l'importance de l'activité dans l'image que la femme, et son entourage, a de son rôle [Favrot-Laurens, 1998]. La complexité de ces arbitrages révèle, en même temps que des modèles culturels, les traits caractéristiques de ces services : pour que la consommation de ceux-ci augmente, il ne suffit pas que les prix les rendent accessibles, encore faut-il que les ménages soient convaincus de déléguer un certain nombre de tâches accomplies auparavant dans la sphère domestique.

- La dimension collective

Alors que le classement habituel des services en économie les répartit en services individuels d'une part et services collectifs d'autre part, une autre caractéristique des services de proximité est de relever de ces deux registres.

Les services individuels sont des services dont la consommation est divisible, c'est-à-dire pour lesquels l'utilisateur et sa consommation peuvent être clairement identifiés (par exemple les services prestés au domicile des usagers). Au contraire, les services collectifs sont indivisibles (par exemple les services d'environnement) et donc bénéficient naturellement à l'ensemble de la collectivité. La particularité des services de proximité tient à ce qu'ils sont individuels tout en engendrant aussi des effets collectifs que les producteurs et les usagers ne prennent pas toujours en compte dans leurs choix de consommation ou de production. Ces services engendrent des bénéfices collectifs.

Dans les services à domicile, on peut considérer que l'intervention d'une aide engendre, outre la satisfaction directe de la personne âgée qui peut rester chez elle tout en restant autonome, un bénéfice pour son entourage (famille, voisinage, etc.) qui se trouve en partie déchargé d'une attention parfois trop lourde à assumer psychologiquement et matériellement. Cet allègement des charges familiales facilite l'accès à l'emploi et à la formation des femmes. De plus, ces services peuvent avoir un impact sur la réduction du travail au noir, et sur la diminution des dépenses d'indemnisation de chômage comme des dépenses sanitaires et sociales. Enfin, l'aide à domicile peut permettre le maintien de la population et le développement d'activités économiques locales comme le commerce de proximité dans les quartiers d'habitat social ou en milieu rural. Ces différents impacts sont autant de bénéfices qui affectent la collectivité dans son ensemble.

Ces services de proximité relèvent également de l'intérêt collectif dans la mesure où leur accessibilité soulève un enjeu d'équité. En effet, les services tels que l'aide aux personnes

dépendantes touchent à des questions jugées essentielles dans les sociétés contemporaines : l'autonomie, la dignité, la justice sociale.

Les services de proximité sont donc la source de bénéfices collectifs au-delà de la création d'emploi. Cependant, il faut souligner que la valorisation de ces bénéfices collectifs dépend des choix de société. Ainsi, l'accès au marché du travail de l'entourage des personnes dépendantes peut relever, dans un contexte national, de l'intérêt collectif et par contre, dans un autre, être du ressort des seuls choix privés. Tout dépend de ce qui est considéré dans une société donnée comme un besoin essentiel de la collectivité. Pour ce qui est de l'autonomie, de la dignité humaine ou de l'égalité d'accès aux services, « nous nous fixons des normes de satisfaction, nous reconnaissons des droits, nous imposons même des obligations. C'est bien, même si nous ne savons pas exactement les définir, que nous admettons l'existence de besoins sociaux » [Fournier, 1979, p. 187], mais ces « besoins » ne sont pas appréhendés de façon uniforme dans tous les pays.

En somme, les services de proximité touchent à la fois à la question décisive de l'emploi mais aussi aux rapports entre les générations et entre les sexes puisque ce sont des activités à productivité stagnante qui nécessitent une interaction directe entre le prestataire et l'utilisateur et un travail humain qu'aucune technologie ne saurait remplacer. Ils présentent des avantages spécifiques, comme celui de ne pas opposer innovation et emploi. Mais ils constituent également un défi pour les institutions, de par leur fort contenu relationnel, leur intrication avec le domaine privé et les bénéfices collectifs qui leur sont associés.

Autrement dit, alors que de nombreuses contributions ont été consacrées à la montée de l'économie et de la société de services [citons, entre autres, les apports de Jean Gadrey, par exemple Gadrey, Delaunay, 1987 et Gadrey, 1996] il s'agit ici de s'intéresser plus particulièrement, aux implications de la montée d'un type de services, les services de proximité à dimension collective, dont les services aux personnes âgées constituent un exemple emblématique.

3. CHOIX D'ORIENTATION ET DE METHODE

Ne pouvant être financés par leurs gains de productivité et engendrant des effets sur la société qui échappent aux mécanismes de marché, ils appellent une réflexion sur l'intervention publique [du Tertre, 1999], c'est-à-dire sur les mécanismes à travers lesquels les pouvoirs publics participent au financement, organisent la prestation ou fixent des règles portant sur la quantité, le prix ou la qualité des services. Il s'agit de comprendre les rapports entre prestataires de services (services publics, associations, entreprises, ...) et politiques publiques en procédant à une « analyse historique du présent », une tentative « pour reconstruire le présent à partir du passé », ce qui, selon Habermas [1987, p. 58], peut définir une approche

sociologique. La reconstitution, dans l'ordre chronologique, des différentes périodes affectant la trajectoire des services dans chaque pays considéré constitue ainsi le socle de la recherche.

Plus précisément, le point de vue adopté est celui de la sociologie économique, considérant qu'un champ d'activités économiques peut être analysé comme une construction sociale [Granovetter, 1994, pp. 79-94]. La comparaison internationale, nourrie par l'approche historique de situations nationales et par quelques compléments d'informations sur les problèmes contemporains les plus prégnants comme la dépendance, apparaît heuristique pour cerner le champ des possibles dans les conceptions des services. Méthodologiquement, la démarche initiée esquisse un rapprochement avec l'analyse sociétale. En effet, il ne s'agit pas de comparer « terme à terme » des indicateurs ou des statistiques comme dans les approches fonctionnalistes, ni de mettre en évidence des particularismes nationaux comme dans les approches culturalistes, mais plutôt d'opter pour une problématique de la cohérence sociétale [Maurice et al., 1982 ; Maurice, 1989 ; Barbier, 1996]. Autrement dit, il s'agit de penser l'existence de cadres nationaux construits collectivement par des processus d'interdépendance entre initiatives de la société civile et pouvoirs publics ayant permis que les services accèdent à un statut autre que domestique et ne restent pas enclavés dans l'économie informelle.

4. L'HISTOIRE COMMUNE DE L'ÉTAT-PROVIDENCE ET DE L'ASSOCIATION BOUSCULEE PAR LE MARCHÉ

L'originalité de ces services de proximité à dimension collective amène ainsi à questionner les approches dominantes de l'État-providence qui occultent le rôle des familles dans la protection sociale et le bien-être [Evers, 2000]. Historiquement les services aux personnes âgées ne se sont pas formalisés à travers le recours à des mécanismes de marché. Ils ne résultent pas non plus d'une décision publique qui les aurait créés. Ce sont en fait des initiatives n'ayant pas pour ressort le profil matériel individuel qui ont œuvré les premières à la reconnaissance de champ.

Ces réalisations et celles qui les ont suivies en étaient fondées sur diverses formes d'actions collectives. Elles ont été désignées par des vocables différents suivant les contextes nationaux. Dans les pays anglo-saxons, elles ont été majoritairement rattachées à un tiers secteur défini comme l'ensemble formé par les organisations sans but lucratif, c'est-à-dire les organisations identifiées par une contrainte de non redistribution des excédents émanant de l'activité et de non rémunération du capital. Les vocables équivalents de « secteur sans but lucratif » [Archambault, 1996] ou de « secteur volontaire » [Kendall et Knapp, 1996] ont également été employés. En Europe continentale, la dénomination de tiers secteur existe mais elle se confond avec celle d'économie sociale, soit l'ensemble des organisations privées dont la finalité n'est pas la recherche du profit, la particularité de cette définition étant d'adjoindre

aux associations sans but lucratif, les coopératives et les mutuelles. Enfin, réagissant aux limites d'une approche par les statuts l'expression d'économie solidaire s'est largement diffusée ; elle met l'accent sur la dimension socio-politique des initiatives, à la fois dans leurs fonctionnements internes et dans le rapport à un modèle de développement.

Ces décalages terminologiques traduisant les différences d'approches, aussi importants soient-ils, ne doivent pas cacher les constats communs à propos des initiatives. Au départ, elles émanent de regroupements entre familles, de rassemblements au sein du voisinage et de démarches propres à des groupes sociaux voulant s'organiser pour s'entraider. Les échanges domestiques et informels « se sont progressivement étendus et institutionnalisés pour créer des espaces associatifs restreints, d'abord semi-informels puis officiels » [Evers, 2000, 569]. L'associationnisme apparaît bien déterminant pour saisir la construction sociale du champ d'activités. C'est pourquoi, si les préférences terminologiques des auteurs sont respectées dans les textes nationaux, les contributions transversales privilégient la notion d'association entendue au sens générique sans éluder une interrogation sur les inflexions actuelles du phénomène associatif dans ces services, incluant des glissements vers le statut coopératif.

En intégrant pleinement l'analyse de l'association dans la variété de ses formes, il s'agit de se démarquer d'une perspective qui autonomiserait l'étude de l'État social. Les approches classiques de l'État-providence ou du « Welfare State », dont Esping-Andersen [1990] est emblématique, approfondissent le processus de légitimation d'une intervention publique modifiant le jeu des forces du marché afin d'apporter une protection sociale face aux problèmes de la pauvreté, de la maladie, de la vieillesse, du chômage... L'État devient le garant de droits sociaux et organise des transferts monétaires permettant de réduire l'insécurité et d'assurer des services à tous les citoyens [Briggs, 1961 ; Merrien, 1997]. Or, quand on envisage les services aux personnes âgées où il ne s'agit plus uniquement d'allocations à verser, l'État-providence peut encore moins que dans d'autres domaines être pensé sans décrypter ses relations constantes et évolutives aux évolutions de la famille et à une dynamique associationniste qui le précède et l'accompagne. L'importance de l'associationnisme dans la construction des services, dont l'une des formes contemporaines est le recours au statut coopératif, émerge de l'histoire comparée des situations nationales. Toutefois, cette intégration du fait associatif amène parallèlement à rompre avec une conception sectorielle de celui-ci. L'accent mis sur les « arrimages » [Nouvelles pratiques sociales, 1994] entre actions collectives et actions publiques conduit à se dissocier des approches économiques anglo-saxonnes, considérant l'État, le secteur privé lucratif et le secteur sans but lucratif comme des entités distinctes et ayant tendance à les « placer dans des compartiments séparés » [Lewis, 1997, p. 166]. L'approche suivie, en écho à une tradition de recherche européenne, souligne, par contraste, « le caractère fondamentalement ouvert, pluraliste et intermédiaire » des associations, ce qui revient à remettre en cause la notion de

tiers secteur au cas où elle laisserait « entendre qu'il existe une nette ligne de démarcation entre, d'une part les territoires du marché, de la sphère politique ou du domaine communautaire et d'autre part, le tiers secteur sans but lucratif » [Evers, 1997, pp. 54-55].

C'est une problématique de l'espace public qui est en mesure de ne pas isoler Etat et associativisme en les situant l'un par rapport à l'autre. Cette problématique intègre les deux dimensions du politique [Maheu, 1991] qui demeurent sans cesse en tension : l'une est centrée sur le pouvoir et l'autre met l'accent sur le potentiel d'action des membres de la communauté politique dans son ensemble. Si l'État-providence, comme compromis élaboré à la suite de longs débats et d'oppositions farouches au sein des élites sociales, renvoie à la première, les associations ancrées dans la société civile renvoient davantage à la seconde. Par ailleurs, les associations ne représentent pas que l'autonomie de la société civile, elles peuvent participer à l'émergence d'institutions intermédiaires qui recomposent partiellement les systèmes institutionnels à partir d'expressions de la société civile comme elles peuvent se transformer en appareils qui sont alors avant tout des relais fonctionnels des instances publiques.

L'étude des services aux personnes âgées indique ainsi que les conceptualisations qui autonomisent les thèmes de l'État-providence et du tiers secteur ne peuvent saisir qu'une partie des éléments façonnant les réalités qu'elles cherchent à analyser. C'est probablement l'une des observations majeures que fournit l'examen de ce champ d'activités. Il y a bien une histoire liée de l'association et de l'État-providence, les deux ayant contribué à une « démarchandisation » [Esping-Andersen, 1990] des services sociaux dans lesquels étaient situés les services aux personnes âgées. Cette conception faisait consensus jusque dans les années 1980, mais elle a été bousculée par un choc majeur, l'irruption des entreprises favorisée par de nouveaux modes d'action publics. Ce qui est appelé la « crise » de l'État-providence a affecté les représentations sociales des services et déclenché une « marchandisation » partielle. Poussée par l'idéologie néo-libérale, elle aboutit à l'adoption de procédures inspirées du marché dans la régulation publique. Quelques années après ce bouleversement, il s'agit d'établir un premier bilan sur ce phénomène relativement récent de la marchandisation des services sociaux.

5. LE PLAN DE L'OUVRAGE

A partir de ces préoccupations, le livre est organisé en trois parties.

La première partie est constituée d'études de cas nationales. La perspective adoptée est historique. Elle met en évidence que, depuis fort longtemps, les services aux personnes âgées ne sont pas cantonnés dans la sphère familiale. Dans le dernier demi-siècle, les interventions associatives et publiques autant que leurs combinaisons représentent des composantes essentielles de ces services. L'apparition d'entreprises privées commerciales sur ce champ

achève de brouiller un paysage qui ne peut être perçu de façon plus précise qu'à partir de l'examen détaillé des diverses configurations nationales.

Dans la même visée d'interrogation sur l'avenir, à partir d'un approfondissement des recompositions en cours, une deuxième partie est proposée. Réalisée également à partir d'observations internationales et nationales, elle sélectionne quelques aspects primordiaux, révélateurs de l'ampleur des changements actuels, comme la prise en compte de la dépendance, des bénéfices collectifs et de la qualité des prestations.

La troisième partie conclusive tire des enseignements transversaux de l'ensemble des données recueillies sur l'analyse économique du rôle des associations, sur l'émergence d'une forme associative qui pourrait être qualifiée d'entreprise sociale, sur les interdépendances entre régulations publiques et services.

PREMIERE PARTIE

SITUATIONS NATIONALES

Cette première partie retrace, pour différents pays ou régions, les périodes successives affectant la trajectoire des services d'aide à domicile. Afin de mieux saisir les enjeux actuels sous-jacents à ce champ d'activités, il s'agit de comprendre les rapports entre prestataires de services (services publics, associations, entreprises, ...) et régulation publique en procédant à une tentative de reconstruction du présent à partir du passé.

Nous commençons par l'analyse des situations dans les pays ou régions francophones : France (Enjolras et Laville), Belgique (Gilain et Nyssens), Québec (Jetté et Vaillancourt). En France et en Belgique, le développement des services d'aide à domicile s'inscrit dans un rapport étroit entre l'Etat et les organisations issues de la société civile. Dans ce cadre, l'interaction entre les associations et les pouvoirs publics dans l'institutionnalisation d'une offre de services à domicile en dehors de la cellule familiale est particulièrement importante. Non seulement les associations jouent un rôle d'innovation sociale dans ce champ, mais elles restent un acteur central dans la prestation de services. Au Québec, si avant les années 1960, les associations confessionnelles jouent un rôle dominant dans l'aide à domicile, l'Etat développe depuis cette époque des politiques sociales sans liaisons institutionnelles avec les organisations associatives et en concentrant ses interventions publiques sur les populations les plus défavorisées. Au-delà de ces contextes différenciés, on assiste, dans ces trois pays, à une nouvelle vague d'associations ou de coopératives dans les années 1990, qui tentent de répondre aux demandes sociales émergentes dans le champ de l'aide à domicile tout en subissant de fortes contraintes de financement.

Comme au Québec, c'est à partir des années 1960 que les pouvoirs publics en Grande-Bretagne (Kendall) ont centralisé la prestation de l'aide à domicile. Jusqu'alors les associations étaient les premiers prestataires. Le fait le plus saillant, dans l'évolution actuelle de ce champ d'activité, est l'éclosion de petites entreprises privées ancrées localement. La Norvège (Enjolras) est représentative des pays scandinaves, caractérisés par un recours étendu à l'État comme organisateur du social et où les associations jouent plus un rôle de pression sociale en permettant l'expression de revendications qu'un rôle dans la prestation des services. Même si ce n'est pas le cas pour l'ensemble de l'Autriche, le modèle viennois de municipalité-providence (Lehener), se rapproche à certains égards du modèle scandinave. Il est basé sur le principe socio-démocrate d'ouverture de droits à des services publics pour l'ensemble des personnes âgées du territoire. Cependant, les associations jouent un rôle croissant, en partenariat avec la municipalité, dans un contexte de diversification et d'augmentation des demandes. Enfin, ce n'est que récemment que les politiques sociales se sont développées en Espagne (Chaves et Sajardo). Jusqu'alors, les familles et les associations, pour les personnes isolées, ont, principalement, assumé les soins aux personnes âgées en dehors de tout cadre institutionnel. Avec l'essor progressif d'une régulation publique dans ce champ, différentes formes de partenariat se dessinent tant avec les associations qu'avec le

secteur privé lucratif. Cependant, suivant les modalités de contractualisation adoptées, ce partenariat pourra s'affirmer ou s'affaiblir dans les années à venir.

C'est donc à ce tour d'horizon que nous invitons le lecteur afin d'appréhender les modalités différenciées de la construction sociale du champ de l'aide à domicile.

France : des services locaux, associatifs et publics, confrontés à des règles nationales changeantes

par Bernard Enjolras et Jean-Louis Laville

Les instances officielles chargées de la réflexion prospective mettent l'accent sur des perspectives socio-démographiques caractérisées par l'augmentation de l'espérance de vie et du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans, l'allongement de la durée de vie sans incapacité mais aussi la montée du « risque dépendance » liée à celle de la population âgée de plus de 80 ans. Les personnes âgées de plus de 60 ans sont 5.451.000 en 2000, elles seront 6.209.000 en 2010 et 7.625.000 en 2020 ; quant aux personnes âgées de plus de 80 ans, au nombre de 1.698.000 en 2000, elles seront 2.850.000 en 2010 et 3.064.000 en 2020 [Commissariat Général du Plan, 2000 ; Conseil économique et social, 1999].

Pour examiner, dans ce contexte, les capacités de réponse en termes d'aide à domicile, il est nécessaire de reconstituer les différentes formules de maintien à domicile. Elles résultent largement d'une sédimentation de dispositifs, lesquels se sont superposés dans le temps au fil des interventions législatives et réglementaires qui sont souvent venues prendre acte et généraliser les pratiques innovantes générées par les associations.

Les services d'aide à domicile aux personnes âgées sont nés d'initiatives bénévoles lancées dans un cadre associatif. Ils ont fait l'objet, depuis plus de 30 ans, d'une régulation par la puissance publique qui a connu de profondes mutations depuis les années 1980. De ces mutations résulte une stratification de prestataires qui dessine aujourd'hui un paysage relativement complexe dont il est nécessaire de réaliser l'état des lieux.

1. GENESE DU MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

La constitution de l'offre d'aide à domicile aux personnes âgées s'opère à la suite d'un processus de différenciation et de spécialisation des services d'aide familiale à domicile. Nés dans les années 1940 et issus des mouvements sociaux (Jeunesse ouvrière catholique, Mouvement familial rural, Confédération générale des familles), les services d'aide aux familles développent alors, sur une base bénévole, une approche globale et polyvalente des problèmes familiaux. Ils feront l'objet d'une première vague de professionnalisation et d'institutionnalisation débouchant sur la création du métier de travailleuse familiale. Dans un second temps, dans les années 1950, sous la pression des évolutions socio-démographiques (saliariat féminin, vieillissement de la population) et de l'augmentation du niveau de qualification des travailleuses familiales renchérissant le coût de leur intervention les services

d'aide ménagère aux personnes âgées apparaissent. Ils s'organisent et se développent dans les années 1970. Les services d'aide ménagère ont longtemps constitué le pivot de l'aide à domicile, consolidé grâce à des structures publiques émanant des collectivités locales, les Centres communaux d'action sociale (CCAS) et des prestataires de services qui étaient demeurés associatifs et dominaient en volume.

L'aide ménagère

Les services d'aide ménagère se caractérisent par la nature de leur financement provenant d'une prestation d'aide ménagère. Cette dernière est légale lorsqu'elle résulte de la mise en oeuvre de l'aide sociale. Elle constitue alors un droit et est imputée sur les budgets départementaux. Elle est facultative lorsqu'elle est servie par une Caisse de retraite.

Les Conseils généraux compétents en matière d'aide sociale, ou les Caisses de retraite ne gèrent pas eux-mêmes les services d'aide ménagère. Ils passent convention avec des organismes gestionnaires qui peuvent être de statut public ou privé. La place du secteur associatif, dans l'activité d'aide ménagère, est prépondérante. Les associations effectuent 62 % des heures prestées en 1992. Dans le secteur public, les Centres communaux d'action sociale (CCAS) réalisent 32 % de l'activité. L'aide ménagère est le principal service organisé permettant de maintenir à domicile les personnes qui ont des difficultés pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Ce service concerne essentiellement les personnes âgées : 96,8 % des bénéficiaires avec les quatre cinquièmes d'entre elles qui vivent seules [SESI, 1991].

Toujours en 1992, le financement de l'aide ménagère repose principalement sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) qui finance 40 % de l'ensemble des heures réalisées. La prestation extra-légale d'aide ménagère, assurée par la CNAVTS et les caisses des régimes particuliers, représente au moins trois quarts des heures financées. De 1980 à 1992, l'élévation du niveau de revenu des personnes âgées a eu pour effet de modifier la répartition des heures entre intervenants, la part de l'aide sociale légale des départements est passée de 40 % à 19 % des heures financées.

Ce mode de solvabilisation via la prestation « aide ménagère » a connu un fort développement au début des années 1980. Le volume de la dépense totale est passé de l'équivalent de 260 millions d'euros pour 391.000 bénéficiaires en 1981 à 560 millions d'euros pour 500.000 bénéficiaires en 1985. Il connaît depuis lors une relative stagnation en termes de bénéficiaires servis. Les données de 1994 font état de 580 000 personnes âgées bénéficiaires de la prestation aide ménagère pour un volume de dépenses de 762 millions d'euros. Près de 130.000 salariées, presque toutes des femmes, sont employées dans la branche professionnelle du secteur de l'aide à domicile ; elles relèvent de différentes conventions collectives, dont la

principale, la convention collective nationale des organismes d'aides à domicile ou de maintien à domicile concernant 80.000 personnes reconnaît la profession d'aide ménagère. L'aide ménagère se voit complétée depuis plusieurs années par le développement de nombreux services périphériques d'aide à domicile comme le port de repas à domicile, mais aussi des prestations de soins.

Les services de soins à domicile (SSAD)

Les services de soins à domicile sont créés pour permettre le maintien à domicile de personnes âgées dépendantes. Ils dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène et apportent simultanément une aide spécifique pour accomplir les actes essentiels de la vie sans empiéter sur les tâches relevant de l'aide ménagère. Les soins sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie sur un mode forfaitaire, à la journée, quel que soit le nombre de visites. Le financement des services de soins (SSAD) s'effectue par le jeu d'un forfait global et annuel versé par l'assurance maladie. Il englobe la rémunération des infirmiers et des autres personnels soignants employés dans le service, le coût de la fourniture du petit matériel médical, les frais de déplacement du personnel ainsi que les frais généraux de fonctionnement du service.

Les SSAD se sont créés à partir de centres de soins infirmiers ou de services d'aide ménagère gérés par des associations. En 1996, les services de soins à domicile offrent 56 650 places, soit en moyenne 37 places par structure. Depuis 1986, la capacité totale a été multipliée par deux, et de 1991 à 1996, elle augmente encore de 30 %.

Un quart des personnes bénéficiant de l'intervention d'un SSAD sont confinées au lit ou dans un fauteuil. 65 % sans être immobilisées ont besoin d'aide pour s'habiller et se laver, et les deux tiers souffrent d'incontinence. L'âge moyen des bénéficiaires est de 82 ans. Près de la moitié atteint 85 ans et 21 % sont nonagénaires. 39 % sont seuls à domicile ou en logement-foyer et 30% vivent avec leur conjoint ou une autre personne âgée, 19% avec des personnes plus jeunes et 12 % avec des personnes de la même génération ou d'une génération proche. L'aide à la toilette, seule ou accompagnée d'autres soins, est l'intervention la plus fréquente. Elle concerne 98 % des malades [SESI, 1998]. La quasi-totalité des personnes prises en charge bénéficie en semaine de la visite d'aide-soignante, au rythme de sept visites en moyenne par bénéficiaire. En complément des auxiliaires de vie peuvent intervenir pour accompagner des personnes très dépendantes ou handicapées dans les actes de la vie quotidienne.

Constitué autour de l'aide ménagère, complété par des services additifs destinés à faciliter la vie quotidienne et par des soins infirmiers si nécessaire, le paysage de l'offre d'aide à domicile a été profondément remodelé depuis le milieu des années 1980.

2. LA PRIORITE DONNEE A LA CREATION D'EMPLOIS

A cet égard, la loi du 27 janvier 1987 est symptomatique. Elle autorise aux personnes âgées de plus de 70 ans l'exonération des charges sociales supportées en tant qu'employeur. De plus, elle initie les associations intermédiaires qui ont pour mission d'offrir aux personnes dépourvues d'emploi, un travail rémunéré dans des secteurs d'activités nouveaux, au rang desquelles l'aide à domicile figure en bonne place.

Mis en oeuvre à partir de janvier 1992, le dispositif en faveur des « emplois familiaux » poursuit aussi un objectif explicite de création d'emploi. La mesure principale consiste en une réduction d'impôt sur le revenu pour les dépenses correspondant à l'emploi de salariés à domicile.

La solvabilisation des besoins croissants d'aide à domicile opère dès lors par le jeu des mécanismes de réduction des charges sociales et par le biais de la réduction d'impôt. Cela contribue à accroître la part supportée par les bénéficiaires, notamment ceux qui disposent d'un revenu moyen trop élevé pour bénéficier de l'aide sociale et trop faible pour tirer pleinement profit des exonérations de charge et des réductions d'impôt.

Le développement des rapports de gré à gré

En plus des associations d'aide ménagères et des Centres communaux d'action sociale qui agissent dans le cadre de l'aide ménagère, de nouveaux offreurs de services vont alors faire leur apparition, ce sont avant tout des particuliers qui rémunèrent directement leur employée de maison en bénéficiant des réductions de charges sociales et fiscales, sans passer par une structure médiatrice. L'impact quantitatif du dispositif d'incitation se traduit par l'apparition d'environ 100.000 nouveaux employeurs recensés au cours de l'année 1992, alors que l'augmentation annuelle moyenne constatée les années précédentes s'élevait à environ 15.000. De 1992 à 1994, cette hausse se poursuit régulièrement, la population des employeurs familiaux passant de 515.000 à 742.000.

En décembre 1994, le chèque emploi-service est mis en place de manière additionnelle au dispositif. Cet instrument permet de simplifier les formalités de recrutement et de rémunération d'un salarié à domicile. Il concourt ainsi à une hausse encore plus sensible de la population des employeurs, le nombre d'employeurs familiaux étant de l'ordre de 1.147.000 en 1997, soit une progression de plus de 650.000 en six ans. Les utilisateurs du chèque emploi service sont principalement les ménages pour des tâches d'entretien domestique de courte durée [Audiras, Tanay, Zilberman, 1998].

Les emplois familiaux vont grandement favoriser l'essor des rapports de gré à gré entre l'employeur individuel et le salarié qui vient travailler à son domicile. De ce fait, ils vont

surtout profiter aux services « coup de main » (ménage, jardinage, petite réparation...) comme l'attestent les premières évaluations. Nombre d'emplois officialisent un travail informel ou permettent d'en augmenter le nombre d'heures. 7 salariés sur 10 ont déjà en emploi à temps partiel ou même à temps plein au moment de leur recrutement. 4 emplois sur 5 ont une durée hebdomadaire égale ou inférieure à 8 heures et 8 %, seulement, dépassent les 20 heures pour une durée moyenne de 7 heures trois quarts. Les tâches remplies sont peu qualifiées, 79 % concernent le ménage, et les nouveaux employeurs se recrutent parmi les professions libérales ou les cadres à 45,8 % [Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, 1995].

Les associations non employeuses ou mandataires

En plus des rapports de gré à gré qui se nouent entre employeurs et employés à domicile, un nouveau type d'associations va pouvoir bénéficier des exonérations sociales et fiscales. Il s'agit de l'association mandataire qui a pour caractéristique de ne pas employer de personnel. Ces associations sont répertoriées le plus souvent sous le vocable de services de garde à domicile. C'est la disposition d'exonérations de charges, adoptée en 1987, qui est à l'origine du développement de ces services non employeurs, créés dans le souci de réduire le coût des nouveaux emplois sans que ces opportunités ne soient élargis aux associations prestataires. En effet, dans le cadre du dispositif « emplois familiaux », les particuliers qui emploient un salarié à domicile bénéficient d'une réduction d'impôt sur le revenu représentant 50% des dépenses engagées dans la limite d'une dépense totale de 3.811 ₣ par an. Cette réduction s'applique aux rémunérations déclarées, versées directement à un salarié.

L'association mandataire n'est donc pas employeur des intervenants, elle assure une fonction de simple intermédiation entre offreurs et demandeurs d'intervention à domicile se résumant à cinq tâches : mise en relation de l'offre et de la demande ; constitution des demandes d'exonération de charges sociales ; déclaration sociale trimestrielle ; réalisation des fiches de paie pour le compte de la personne qui bénéficie des exonérations ; organisation du travail et de l'intervention à domicile.

Ces associations vont connaître un développement très sensible puisqu'on en dénombre une vingtaine en 1984 et qu'elles atteignent le nombre de 471 en 1991 [Villez, 1998]. Leurs interventions se situent pour l'essentiel en complément de l'aide ménagère à tel point qu'une mission sur l'aide ménagère [Bas-Theron, Roquel, Salzberg, 1997] a constaté que toutes les associations consultées ont créé une association mandataire. En 1996, un quart des associations exercent seulement une activité mandataire et les deux tiers proposent les deux modes d'intervention. En 1996, le ménage représente environ 40 % des heures effectuées en prestataire contre 25 % en mandataire tandis que la part des tâches d'assistance est plus importante en mandataire (59 % contre 50 %). Les associations mandataires remédient donc à

l'inadéquation des services traditionnels d'aide ménagère (services de garde de nuit et de fin de semaine...).

Le tableau ci-dessous rapporte l'augmentation des heures effectuées en mode mandataire, en comparaison des heures d'aides ménagères.

	Nombre total d'heures d'aide ménagère	Nombre d'heures réalisées par les associations d'aide à domicile sur le type mandataire
1991	72 millions	13 millions
1997	80,7 millions	74 millions

[Source : Villez, 1998]

Alors que la population touchée par l'aide ménagère reste stable autour de 580.000 usagers, les services non employeurs ou mandataires interviennent auprès de 268 000 personnes en 1997, contre seulement 44 934 personnes en 1990.

Les associations intermédiaires

Comme il a été mentionné ci-dessus, un autre type d'association, les associations intermédiaires, fait également son apparition. Elle a pour objet de faciliter l'émergence d'activités nouvelles délaissées par l'initiative privée et non assurées par le secteur public ou para-public. Cette recherche d'activités, susceptibles de servir de tremplin d'insertion, notamment pour les chômeurs de longue durée, représente alors la motivation essentielle du dispositif. Ces associations ont donc pour mission d'irriguer le champ de ces activités qualifiées de nouvelles, réputées inexploitées ou drainées par le travail au noir, en opérant des prêts de main d'oeuvre à des personnes physiques ou morales et en solvabilisant la demande par le bénéfice d'exonération de charges sociales.

Instrument de régulation locale à la fois d'activités nouvelles et d'insertion, les associations intermédiaires doivent, pour ce faire, passer par une procédure d'agrément. Elle sert à fixer, après concertation, les règles du jeu au regard des autres acteurs locaux. La codification nationale du dispositif est donc l'objet de variations locales qui ressortent du libre jeu des relations et des rapports de forces entre de multiples acteurs [Eme, 1989, p. 3].

Deux secteurs d'activités vont être rapidement identifiés comme relativement porteurs et accessibles : le second oeuvre dans le bâtiment et le dépannage dans le cadre d'associations multi-services ; les services de proximité dans le cadre d'associations spécialisées au rang desquelles les associations d'aide à domicile tiennent une bonne place. Une seule règle s'impose dans ce domaine : la durée ou la fréquence des activités assurées dans le cadre des associations intermédiaires doivent impérativement se distinguer de celles dispensées avec une prise en charge totale ou partielle par des fonds publics ou par des organismes de protection sociale. La limitation à 750 heures par an de travail pour chaque salarié ouvrant

droit au bénéfice de l'exonération de charges sociales pour les associations intermédiaires représente à l'évidence une limite intrinsèque à l'amplitude des interventions.

Tout comme pour les associations mandataires, les associations d'aide à domicile spécialisées vont s'impliquer dans la promotion des associations intermédiaires. Mais leur développement est limité du fait de leur articulation complexe avec les associations prestataires. Il semble que leur création relève des stratégies de déploiement propres à chaque structure, à l'exemple des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) qui ont fait le choix de mettre en place les associations intermédiaires dans le cadre des interventions de services ménagers et de garde à domicile 24 h sur 24.

En 1997, 1129 associations intermédiaires sont en activité pour un volume global de 41 millions d'heures travaillées. Près de 40 % d'entre elles, soit 16 millions d'heures, relèvent du champ des services au domicile des particuliers, soit 8000 équivalent temps plein [Audirac, Tanay, Zilberman, 1998]. Le service ménager aux particuliers représente 36 % des heures travaillées et concerne 73 % des utilisateurs pour des missions très courtes de l'ordre du 64 heures par année, soit un peu plus de 5 heures par mois [DARES, 1998].

La diversité des formes associatives

Au total, les associations peuvent intervenir de trois façons différentes :

- par la prestation de services, fournie par l'association avec ses moyens et son personnel propres. C'est le cadre juridique dans lequel opèrent les associations d'aide à domicile et les Centres communaux d'action sociale, principalement en matière d'aide ménagère ;
- par le prêt de main d'œuvre, cadre dans lequel travaillent les associations intermédiaires : le contrat porte ici sur la fourniture d'une main-d'œuvre et non d'un service. L'utilisateur, sans être l'employeur, exerce sur le salarié, pendant sa mission, les prérogatives de l'employeur ;
- enfin, et c'est l'activité qui s'est le plus développée, les associations peuvent, dans le cadre du placement, mettre en rapport employeurs et salariés et s'occuper des formalités administratives d'emploi. En contrepartie de ce rôle de mandataire, elles reçoivent une contribution à leurs frais de gestion.

Pour accéder à la réduction d'impôts, les associations relevant de ces trois formes, peuvent demander un agrément « emplois familiaux » qui, au départ, visait surtout à conforter juridiquement les associations mandataires.

Tableau récapitulatif conduisant aux évaluations des effectifs des branches aide à domicile et employés de maison.

Activité	Source des informations	Effectifs	Nombre d'équivalents temps plein employés	Employeurs ou personnes aidées	Heures en millions	Précisions sur le champ concerné	Type d'approche
Aide à domicile	Fédérations aide à domicile hors mandataire	95 100	39 100		72	Champ limité aux effectifs des sept principales fédérations d'aide à domicile	Par l'offre
	Fédérations aide à domicile y compris activité mandataire		52 200		99	Champ limité aux effectifs des sept principales fédérations d'aide à domicile	Par l'offre
	Enquête Emploi Insee champ restreint	132 000	85 000		170	Champ limité à l'aide à domicile exercée dans un cadre associatif spécialisé fédéré ou non fédéré	Par l'offre
	Enquête Emploi Insee champ large	207 000	141 000		280	Champ comprenant l'aide à domicile exercée dans les services des administrations locales (notamment les CCAS) ainsi que les professions médicales	Par l'offre
	Enquête Conditions de vie Insee		220 000	870 000	440	Champ étendu à l'ensemble des prestataires mais restreint à l'aide à la dépendance	Par la demande
Employés de maison	Enquête Emploi Insee	220 000	115 000		230	Ensemble des activités de services domestiques (y compris jardiniers, chauffeurs...) exercées au titre de l'activité principale	Par l'offre
	IRCEM	448 000	134 000	734 000	270	Ensemble des employés de maison (y compris lorsque la prestation de service domestique est exercée au titre de l'activité secondaire)	Par l'offre
	Enquête Conditions de vie Insee		250 000	1 800 000	500	Champ limité à l'aide domestique courante mais étendu à l'ensemble des prestataires (y compris gré à gré et travail non déclaré)	Par la demande

Source : Ministère du Travail - DGEFP - CEP Aides à domicile et employés de maison, 1998

3. OUVERTURE A LA CONCURRENCE ET AMORCE D'UNE PRISE EN COMPTE DES SPECIFICITES DE L'ACTIVITE

Depuis 1996, les conditions de l'agrément ont été revues afin de tenir compte de la spécificité de certains publics. Un agrément simple est prévu pour les activités de type ménager et un agrément qualité est délivré aux structures dispensant des services portant sur la garde d'enfants de moins de trois ans ou l'assistance aux personnes âgées. Parallèlement, afin d'accroître l'offre de services et d'ouvrir le secteur des services à domicile à la concurrence, le champ de l'agrément est élargi aux entreprises privées se consacrant exclusivement aux services aux personnes, ainsi qu'aux entreprises d'insertion.

L'entrée en lice des entreprises

La grande nouveauté réside dans l'ouverture des services aux entreprises. Elle est le fruit d'un lobbying intense, de plusieurs années, de la part du Centre national du patronat français (CNPFF) pour lequel « l'heure est venue de dépasser les querelles idéologiques, en profitant du consensus national qui semble s'instaurer, pour lever les obstacles à l'émergence d'un marché des services à la personne, lesquels correspondent à une forte demande ». Dans cette voie vers la marchandisation des services de proximité, des mécanismes d'ajustement entre offre et demande, qui prennent en compte les singularités du champ d'activité, sont à concevoir, selon un document réalisé par le Comité de liaison des services [1994] du CNPFF.

Du côté de l'offre, il convient de sortir des « petits boulots » au profit « d'une offre industrielle, seule capable d'apporter l'innovation, la sécurité, la reproductibilité et l'homogénéité qui sont, de l'avis général, les principales attentes à l'égard de la qualité des services à la personne » selon les termes du Comité de liaison. Le succès dépend du « professionnalisme du comportement », c'est-à-dire de « compétences comportementales et relationnelles » que les entreprises de service ont su identifier, développer et qu'elles sont en mesure d'enseigner, en particulier par l'apprentissage.

L'investissement des entreprises dans ce domaine n'est toutefois réalisable que si, en parallèle, des réformes concernant la demande sont apportées. Du côté de la demande, le plaidoyer, pour une régulation marchande, prend appui sur une critique de la régulation telle qu'elle s'est exercée pendant la période d'expansion. Le service est « collectivisé », ce qui le rend « anonyme » et « déresponsabilise » le citoyen. Ce système est « inflationniste » puisqu'il « empêche l'instauration d'une relation client-fournisseur » et que « le bénéficiaire n'est pas, exclusivement et directement, le payeur ». Pire, « trop souvent, c'est l'origine du financement qui guide la définition, l'organisation et le contenu du service, et non l'analyse du besoin, c'est trop souvent la même personne morale qui collecte, commande et réalise, développant ainsi un système pervers ».

Derrière cette attaque en règle des modes de structuration antérieurement adoptés pour ce champ d'activité, se profile la conviction selon laquelle leur marchandisation constitue un gage de crédibilité. Le secteur marchand peut apporter aux services de proximité « sa compétence, sa compétitivité et sa capacité d'ingénierie organisationnelle ». Une offre de qualité émanant des entreprises de services est donc de nature à rétablir la confiance envers le prestataire qui fait défaut, une fois que la liberté sera rendue au consommateur.

En prenant parti sur ce problème, le CNPF, devenu depuis le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) manifeste l'importance prise par le thème des services aux personnes. L'approche qu'il propose souligne, à juste titre, combien la notion de confiance est vitale dans une relation de personne à personne qui distingue ces services d'autres champs d'activité. Mais il va plus loin en affirmant que la marchandisation est le seul mode d'institutionnalisation susceptible de créer les conditions de cette confiance et en confondant professionnalisation et industrialisation sans tenir compte de ce que l'analyse des services démontre qu'il existe deux modes de rationalisation distincts : industriel et professionnel [Gadrey, 1996]. En outre, aucune preuve empirique ne vient confirmer les hypothèses avancées. L'ouverture du secteur aux entreprises privées ne produit pas encore d'effets significatifs.⁶⁴ seulement sont en activité fin 1997 [DARES, 1997], soit autour de 2 % de l'activité alors que les associations en représentent les deux tiers, soit 76 millions d'heures annuelles dont 58 % dans le cadre d'une activité mandataire et 42 % dans le cadre de prestations de services [Cahiers de l'UNIOPSS, 2000].

La faiblesse des réalisations venant des entreprises, n'a pas empêché la poursuite du lobbying. Le projet de loi de finances pour l'an 2000 prévoit la baisse du taux « normal » de la taxe sur la valeur ajoutée de 20,6 % à 5,5 % pour les services à domicile fournis par les entreprises. Elle est censée permettre le développement des entreprises privées en réduisant les « distorsions de concurrence » avec les associations du champ.

Le début d'une réduction des inégalités dans l'offre de services

On assiste, dans le même temps, à des tentatives de correction d'une concurrence par les prix qui s'est instaurée entre services de gré à gré, prestataires, mandataires et associations intermédiaires. La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 modifie les modalités d'exonération de charges sociales pour l'emploi d'une aide à domicile. Elle répond à une revendication des associations d'aide à domicile pour l'égalité des traitements d'exonération de cotisations patronales, puisqu'elle porte à 100 % l'exonération des charges sociales appliquée aux rémunérations des aides à domicile employées par les associations agréées. Celle-ci était initialement limitée à 30 % par une disposition de 1993 complémentaire du dispositif des emplois familiaux.

Cette modification veut limiter les aides à domicile qui opèrent dans le cadre des contrats de gré à gré et les orienter vers les organismes prestataires, dans la perspective du développement d'un secteur concurrentiel lié à la dépendance. Elle fixe alors un plafond d'intervention pour les personnes âgées de plus de 70 ans non dépendantes, équivalent à une quinzaine d'heures par semaine. Cette volonté de neutralité de l'intervention publique vise à éliminer les obstacles qui empêchent une structuration de l'offre favorisant la qualité [Cette, Heritier, Taddei, They, 1998]. Dans le même temps, les réductions d'impôts pour l'emploi d'un salarié à domicile, portées à 13.720 euros en 1995, sont ramenées à 6.860 euros puis à 3.430 euros en 1998. Cette baisse vise à corriger le caractère anti-redistributif de ces aides puisque les principales bénéficiaires sont les ménages aisés, qui profitent à plein de la réduction d'impôt. Ce sont des mesures qui viennent atténuer celles qui avaient été prises avec comme souci prioritaire la création d'emplois.

Les thèmes de la professionnalisation des emplois, de la qualité des services ou de l'égalité d'accès refont progressivement surface dans les préoccupations des pouvoirs publics. Le titre emploi-service peut, à ce titre, être considéré comme une inflexion sensible par rapport au chèque emploi-service. Alors que le chèque emploi-service n'était qu'un instrument de simplification administrative, le titre emploi-service est un outil de solvabilisation de la demande.

Du titre emploi service au ticket-service ?

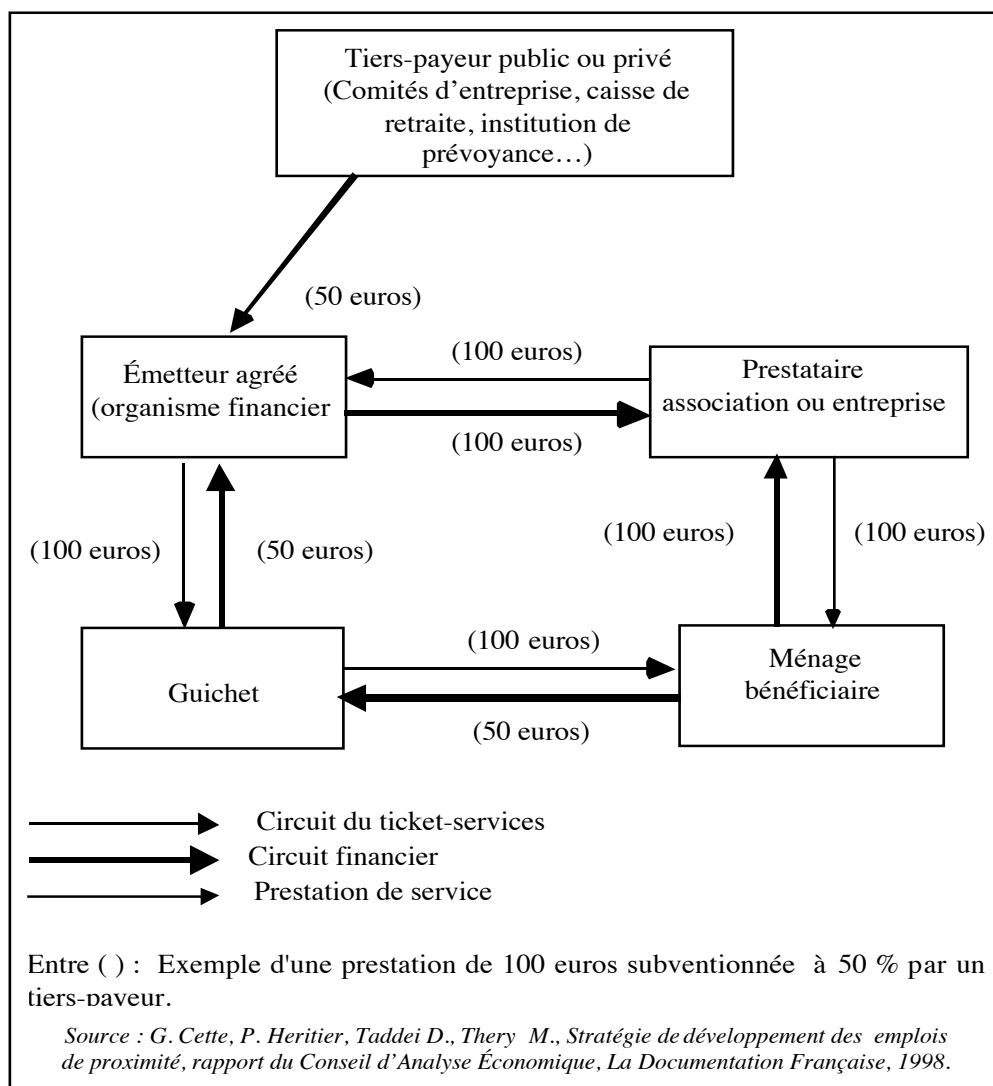
Ce titre un support de paiement, émis par l'un des quatre organismes habilités par le Ministère de l'Emploi, qui permet aux particuliers, avec l'aide financière d'un tiers payeur, de régler une prestation de services fournie par un organisme agréé. Le deuxième volet de cette politique de solvabilisation introduit la possibilité d'une contribution des comités d'entreprise ou, à défaut, des entreprises, aux frais d'aide à domicile engagés par les salariés. Cette aide financière du comité d'entreprise est exonérée de charges sociales dans la limite d'un plafond fixé à 1.829 euros par année.

La qualité essentielle du titre emploi-service réside dans sa souplesse d'utilisation. Il permet de faire face à l'évolution des besoins, que ce soient les petits problèmes quotidiens et temporaires, ou les services qui ne sont plus seulement au domicile mais qui s'étendent « aux activités du domicile » [Cette, Heritier, Taddei, They, 1998] : les services d'entretien du linge, les courses, la préparation des repas... S'il participe de la solvabilisation d'une nouvelle clientèle dans les classes moyennes et les couples dits « bi-actifs », sa portée reste limitée étant donné le montant restreint d'heures de services qui peuvent être financées par ce biais.

C'est pourquoi un rapport du Conseil d'analyse économique, organisme consultatif placé auprès du Premier ministre, préconise l'adoption du ticket service. Il permettrait de distribuer

aux publics visés un pouvoir d'achat subventionné par des tiers payeurs publics ou privés. La simplicité de cet outil assurerait une grande souplesse d'utilisation et sa neutralité éviterait de différencier les utilisateurs et les prestations offertes.

Le circuit du ticket-services



Ce moyen de paiement augmenterait les participations de différents partenaires institutionnels selon les besoins et les ressources des consommateurs de services. Il pourrait s'appuyer sur l'expérimentation du titre emploi-service pour devenir l'instrument d'échange des services aux personnes, en aidant au redéploiement des aides publiques.

La reconnaissance embryonnaire du problème de la dépendance

Il existait une allocation compensatrice pour aide d'une tierce personne (ACTP) accordée par l'aide sociale à la personne dont l'incapacité permanente dépassait les 80 % et sous condition de ressources. Cette allocation, initialement destinée aux personnes handicapées, était essentiellement versée aux personnes âgées du fait de l'absence de limite d'âge. Depuis 1997, la prestation spécifique dépendance (PSD) se substitue à l'ACTP pour l'ensemble des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans. Elle s'inscrit dans un objectif global de

coordination de l'action gérontologique et d'amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes.

La prestation dépendance est une prestation d'aide sociale gérée et servie par les départements. Elle est attribuée, sous condition de ressources, aux personnes âgées de plus de soixante ans qui présentent un certain degré de dépendance. C'est la première fois qu'il y a une reconnaissance de la spécificité du phénomène de dépendance des personnes âgées. Depuis 1995, la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR) est l'outil national qui permet l'évaluation de la perte d'autonomie. Elle permet de déterminer des groupes de dépendance dits GIR qui classent les personnes selon des profils de perte d'autonomie allant de 1 à 6, le GIR 1 correspondant aux personnes les plus dépendantes. La PSD est alors destinée aux personnes relevant des GIR 1 à 3, tandis que les prestations d'aide ménagère de la CNAVTS sont allouées aux personnes relevant des GIR 4 à 6 et aux personnes relevant des GIR 1 à 3 ayant des ressources supérieures au plafond de la PSD.

Le degré de dépendance est évalué par une équipe médico-sociale. Elle élabore un plan d'aide dans lequel est déterminé un nombre d'heures d'aide nécessaire. Il est alors valorisé par le coût de référence pour obtenir le montant de la prestation. L'attribution de la PSD, qui implique la reconnaissance d'un seuil important de dépendance, va à l'encontre d'une gestion souple et temporaire.

De plus, les disparités importantes remarquées selon les départements, échelonnées d'un tarif unique (emploi direct ou mandataire) à trois tarifs en passant par deux tarifs (emploi direct et mandataire ou prestataire) posent un problème d'égalité de traitement. Elles amènent aussi à une situation paradoxale où les personnes les plus dépendantes et aux ressources limitées, bénéficiaires de la PSD, sont conduites à être employeurs de personnes sans qualification [Balland, 1997]. Les départements privilégient le recours à l'emploi direct à domicile, moins coûteux, tandis que les personnes les moins dépendantes ont une aide d'autant plus conséquente que leurs ressources sont faibles ; elles sont bénéficiaires d'une aide structurée de la part des associations conventionnées puisque le montant de la prestation d'aide ménagère est fonction du niveau de ressources donc à taux fixe, tandis que le montant de la PSD est fonction du degré de dépendance.

Le non-cumul de la PSD avec la prestation de la CNAVTS renforce alors d'autant le caractère inégalitaire de la prestation. Sur ce plan, les intervenants associatifs ont fait entendre leurs protestations. « plus d'un an après le vote de la loi, à peine 11.000 personnes touchaient la PSD sur 700.000 personnes âgées dépendantes soit moins de 2 % du public concerné » et « l'insuffisance de la prestation conduit obligatoirement les bénéficiaires à recourir à la formule du gré à gré ou au système mandataire qui demeure un système précaire. L'on arrive ainsi, paradoxalement, à couvrir les besoins des personnes âgées les plus dépendantes par les

systèmes les plus inadéquats, sans suivi, ni encadrement des intervenants ». Compte tenu de ces constats, une réforme a pour objectif de remédier aux défauts relevés dans la PSD.

Succédant à la PSD, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2002 et bénéficier à terme à 800.000 personnes âgées dépendantes. L'APA, qui repose sur le principe d'universalité, prévoit que toute personne âgée ayant perdu son autonomie bénéficiera de la nouvelle prestation, quel que soit son niveau de revenu, mais avec une modulation selon ses ressources. Elle sera gérée par les départements et modulée en fonction du degré d'autonomie et des revenus des bénéficiaires. L'allocation mensuelle sera comprise entre 91 euros, pour une personne moyennement dépendante et disposant de plus de 3.050 euros mensuels, et 7.000 francs, pour une personne très dépendante et vivant avec moins de 1.070 euros par mois. Son coût est évalué, en 2002, à 2,5 milliards d'euros.

4. LES SERVICES FACE AUX RECOMPOSITIONS DE L'ÉTAT-PROVIDENCE ET DE L'EMPLOI

Au-delà de l'état des lieux, sans se perdre dans la technicité des différentes réglementations et dispositions régissant un champ d'activité aux contours flous, il importe de synthétiser les grandes tendances qui permettent de comprendre sa dynamique et d'interroger sa cohérence. A cet égard, deux grandes périodes se dégagent. La première correspond à la conception et la diffusion des politiques sociales. Au cours de celle-ci, dans l'aide à domicile pour les personnes âgées, des interventions professionnelles sont progressivement subventionnées : celles des travailleuses familiales et des aides ménagères, sans oublier les aides soignantes et infirmières pour les soins infirmiers. Il y a donc bien une amorce de professionnalisation, avec comme contrepartie une faible prise en compte de la dimension relationnelle ; les aspects techniques, hygiéniques et médico-sociaux occultent l'interaction dans l'intimité qui est pourtant l'une des caractéristiques distinctives de ces services. Néanmoins, les salariées, vont y gagner des garanties et des protections minimales.

Cette consolidation tardive des services sociaux, datant en grande partie des années 1970, est déstabilisée dans la décennie 1980 par les difficultés financières de l'État-providence. Une seconde période commence alors, où dominent les préoccupations d'emploi et de maîtrise des dépenses sociales. Les services sont convoqués à la fois pour répondre à des demandes sociales émergentes et pour créer des emplois, le tout à coût réduit. Si un développement quantitatif est obtenu, de nombreux effets pervers sont également constatés.

Politiques sociales et place dominante de l'offre associative

Après la Seconde guerre mondiale, l'innovation sociale dont les associations sont porteuses conduit à leur reconnaissance en révélant des demandes sociales non prises en compte par

l'État. Ce dernier, voyant les fonds disponibles pour la redistribution augmenter régulièrement, finance en retour de fortes créations d'emploi dans les associations. La nécessité et l'obligation d'une technicité (connaissance des circuits pour les financements, remise de rapports sur les activités, qualification des permanents) demandées par l'État aux associations renforce la prééminence du professionnalisme sur le bénévolat. Finalement, la régulation propre à la période des « Trente glorieuses » conduit à une forte dépendance des initiatives associatives vis-à-vis des pouvoirs publics et aussi à un effacement des activités bénévoles par rapport au travail salarié dans les associations gestionnaires de services.

L'aide ménagère fournit un exemple illustratif de ces changements. Dans la période d'expansion, l'aide à domicile est prise en compte dans les financements publics alimentés par le développement de l'Etat-providence. Relevant d'abord de l'aide sociale, elle se diffuse ensuite dans le cadre de l'émergence d'une politique de la vieillesse.

L'ancienne assimilation des personnes âgées à la catégorie des indigents facilite initialement l'accès des services d'aide ménagère aux bénéficiaires de l'aide sociale, précédant en cela les réflexions sur la politique de la vieillesse. Le premier financement public de l'aide ménagère, née de l'aide organisée pour les familles au niveau local, est celui de l'aide sociale. Le décret du 29 novembre 1953 mentionne, pour la première fois, une aide sociale spécifique aux personnes âgées. En 1954, l'aide en nature est instituée. Jusqu'en 1962, l'aide sociale est officiellement reliée à l'état médical des demandeurs. L'approche de l'aide à domicile est donc strictement médicale. L'aide sociale est un dispositif d'assistance prolongeant la loi de 1905 sur l'assistance obligatoire. L'aide ménagère se présente comme un moyen de contrôle social et de « désencombrement » des hôpitaux [Nogues, Bouget, Tymen, Brovelli, 1984].

Dans les années 1960, les premiers éléments d'une politique de la vieillesse sont ébauchés. Le rôle de l'État s'élargit. Du fait de l'insuffisance des soins au foyer, de la misère des hospices et des maisons de retraite, alors que les personnes âgées deviennent démographiquement importantes, on met en avant l'aide à domicile et l'aide au logement. En 1960 est instituée la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse. Le rapport de cette commission définit une politique de la vieillesse qui a pour objectif la prévention des dépendances résultant du vieillissement par le moyen de l'intégration de la personne âgée dans son environnement. Ainsi, « l'accent doit être mis en priorité sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, en leur fournissant les moyens de continuer, le plus longtemps possible, à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide ménagère, par la création des services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires, par l'organisation de leur occupation et de leurs loisirs » [Rapport Laroque, 1962]. La protection des personnes âgées à leur domicile doit être à la fois sociale et sanitaire. La politique de la vieillesse, développée par la commission, prend également en compte toutes les questions

socio-économiques relatives à la vieillesse (retraite, emploi, logement, information...) et à la coordination administrative.

Certes, les effets du rapport Laroque se marquent peu dans les interventions publiques en faveur de la vieillesse. Le programme finalisé du 6e plan (1970-1975) et le programme d'action prioritaire du 7e plan (1975-1980) n'atteignent pas leurs objectifs, faute de moyens suffisants. Néanmoins, les services d'aide ménagère s'organisent dans les années 1970, avec les moyens disponibles. La prestation d'aide ménagère aux familles est créée et l'aide à domicile est prise en charge par la CNAVTS. Malgré les difficultés, liées en particulier au cloisonnement entre sanitaire et social, l'aide ménagère s'impose ainsi avec le temps, non sans avoir à supporter l'éclatement entre les différents financeurs.

Les prestations légales relevant du domaine de compétence du département sont seulement prises en charge si elles sont fournies par des services habilités à l'aide sociale. Par ailleurs, après les avoir habilités, le département exerce un pouvoir au niveau de la tarification des services et de la participation des bénéficiaires. La solvabilisation s'opère en général par une aide à la structure qui offre le service puisque la prestation est servie en nature. Le contrôle des coûts salariaux, par le jeu de l'agrément des avenants aux conventions collectives, ne s'exerce qu'indirectement par le jeu des revalorisations des taux horaires de prise en charge de l'aide ménagère : toute revalorisation statutaire ne peut, en effet, être mise en oeuvre tant que le financeur ne l'intègre pas dans sa tarification puisqu'il a un monopole de tarification.

La révélation de la demande est le fait d'une commission d'admission à l'aide sociale qui fixe la nature et la durée des services après avoir évalué les ressources de la personne et son besoin d'aide. La nature de l'intervention faisant essentiellement appel à la ressource humaine, justifie l'absence de contrôle des investissements. Les modalités de tarification autorisent à la fois un contrôle du volume d'heures et du taux horaire, ce qui est particulièrement efficace pour contenir la dépense et relativement simple à mettre en oeuvre. La tutelle exercée par les Caisses de retraite est, hormis la question de l'habilitation au titre de l'aide sociale, sensiblement de même nature. En effet, les services d'aide ménagère passent convention avec la Caisse régionale d'assurance maladie, les Caisses fixant leurs barèmes d'intervention et leurs critères d'attribution.

La professionnalisation de l'aide ménagère s'impose parallèlement. En 1982, le Secrétariat d'État, chargé des personnes âgées, reconnaît la vocation sociale de l'aide ménagère : « l'aide ménagère reste un des services indispensables au maintien à domicile, mais de multiples améliorations sont nécessaires afin d'en renforcer l'efficacité, d'en simplifier la gestion et d'en faciliter l'accès aux personnes âgées les plus dépendantes... Elle exerce une profession à vocation sociale » [Revue de la CFTC, 1988]. Selon la circulaire ministérielle du 7 août 1982, « l'aide ménagère n'est pas une femme de ménage, son travail ne se limite pas aux tâches

domestiques ». Ainsi, les revendications des aides ménagères débouchent sur une reconnaissance et l'obtention d'une convention nationale collective en 1983. Dans cette convention, la profession d'aide ménagère est définie en termes complémentaires des autres intervenants à domicile. L'aide ménagère a pour mission d'accomplir chez les personnes âgées, un travail matériel, moral et social, contribuant à leur maintien à domicile. Son action se définit jusqu'à la limite des actes nécessitant l'intervention d'une personne exerçant une profession autre que la sienne. Les activités de l'aide ménagère ne sauraient se limiter à des travaux ménagers : elles permettent notamment aux bénéficiaires d'assurer leur indépendance et de maintenir des relations avec l'extérieur.

Parallèlement, dans les années 1980, la volonté publique de mettre sur pied un soutien à domicile qui soit, d'une part, une réelle alternative à l'hospitalisation et d'autre part, une réponse plus adéquate aux hospitalisations sans objet pour des personnes âgées dépendantes, induit l'institution des services de soins à domicile.

Ainsi, en dépit d'une sédimentation dans le temps des financements et des professions, l'offre de services d'aide à domicile s'est tout de même structurée, en une trentaine d'années, autour d'associations employeuses. Les résultats obtenus, en termes de services comme d'emplois générés, sont loin d'être négligeables.

Politiques d'emploi et maîtrise des coûts sociaux des facteurs de développement et de fragilisation de l'offre

Avec le ralentissement des taux de croissance s'ouvre la crise de l'Etat-providence. D'où les stratégies mises en oeuvre pour développer les services de proximité qui essaient de concilier création d'emplois et stabilisation des prélèvements obligatoires. Celles-ci ont pour caractéristique d'infléchir l'intervention publique en privilégiant la diminution du coût salarial pour solvabiliser la demande. Ainsi sont institués des exonérations de charges sociales et fiscales pour les particuliers employeurs. Ces innovations introduisent une discrimination négative à l'égard des associations employeuses. Pour en limiter les conséquences, les pouvoirs publics créent un statut particulier d'association mandataire qui ouvre accès aux avantages consentis aux particuliers à condition que ceux-ci restent formellement les employeurs des aides à domicile.

A travers ces différentes mesures, c'est la création d'emplois qui est mise en avant pour elle-même comme l'atteste l'exemple symptomatique des mesures de 1991 destinées à promouvoir les « emplois familiaux ».

Le mode de financement du service est fondé, pour l'essentiel, sur le pouvoir d'achat du bénéficiaire. Une réduction d'impôt et l'exonération des charges sociales pour les particuliers employeurs de plus de 70 ans viennent solvabiliser cette demande. Les services peuvent

trouver auprès des collectivités territoriales des subventions complémentaires d'équipement ou de fonctionnement dont l'octroi est laissé ,dans tous les cas à la discrétion de la collectivité. Le contrôle de la démographie des services est confié au jeu de la concurrence censé éliminer les services les moins performants ou ne répondant pas à une demande solvable.

L'expression de la demande n'est pas médiatisée, le consommateur choisissant l'offre qui lui convient et faisant appel au prestataire de son choix. De ce fait, le mode de solvabilisation prend la forme d'une « aide à la personne » s'opposant à « l'aide à la structure » que représentait l'aide ménagère. La protection de l'utilisateur et l'évaluation de la qualité du service s'effectuent par un agrément. Le dossier de demande d'agrément doit permettre, en principe, de vérifier que des normes en termes de moyens (financiers, matériels, humains) sont remplies.

Une réflexion s'impose sur l'écart persistant entre l'ampleur des besoins et la faiblesse des réponses apportées, malgré l'adoption de mesures destinées à augmenter la création d'emplois dans les services aux personnes âgées. La première raison en est l'éclatement de l'offre qui nuit à l'expression de la demande. La superposition des anciennes formes de financement et de nouveaux modes de solvabilisation engendre une complexification des procédures qui nuit autant à l'action des offreurs qu'à la lisibilité de l'offre par les demandeurs. Comme le note le rapport Hespel-Thierry [1998], le dispositif des services d'aide aux personnes est « d'une indéniable complexité », « efficace sur l'emploi mais peu satisfaisant en termes de professionnalisation » ; il n'autorise qu'« une couverture insatisfaisante des besoins ».

Ainsi, pour le financement, quatre formules coexistent : des prestations en nature telle que l'aide ménagère légale et facultative, des prestations en espèces telles que l'allocation compensatrice tierce personne, des aides fiscales et des exonérations de charges sociales. Il en résulte un paysage inextricable, comme le montre l'exemple du développement rapide des services d'association mandataire. Pour s'adapter à la nouvelle donne, des associations, qui sont employeuses, adoptent en sus le statut mandataire, d'où des contrats de travail et des règles de rémunération différentes d'une heure de la journée à une autre pour une même salariée.

La coexistence difficile de deux formes contrastées de régulation

En somme, la périodicisation ci-dessus renvoie à deux formes polaires de régulation publique, tutélaire et concurrentielle.

Historiquement, les structures d'offre de services qui concourent au maintien à domicile des personnes âgées font d'abord l'objet d'une régulation « tutélaire », dans le sens où la production de services est encadrée par la puissance publique agissant comme « tutrice » du

consommateur et du producteur. Ceci afin d'éviter que la production et la consommation ne soient orientées vers la satisfaction d'autres besoins qui ne justifient pas l'aide publique. La régulation tutélaire met en oeuvre des contrats à coût remboursé entre la puissance publique et les offreurs de service. Dans le cadre de cette régulation, les offreurs sont des associations employeuses ou des organisations publiques, pour la plupart municipales. Elles font ensuite l'objet d'une régulation « concurrentielle » au moins partielle. Dans celle-ci, la puissance publique laisse jouer le jeu de la concurrence et de la liberté du consommateur et du producteur, même si elle oriente la demande, joue sur la formation des prix ou garantit la qualité.

Il est possible de modéliser les deux formes de régulation de la façon suivante :

Formes de régulation Critères	Tutélaire	Concurrentiel
Mode de financement	- Budget, prix de journée ou forfait	Participation financière des usagers Avantages fiscaux et réduction de charges
Fixation des subventions budgétaires	Approbation par la puissance publique du budget d'exploitation	Subventions discrétionnaires éventuelles
Contrôle des investissements	Autorisation d'équipements	-----
Contrôle des coûts	Agrément des conventions collectives	-----
Contrôle de la Démographie des Equipements	Planification Schéma Autorisations	Concurrence
Révélation de la Demande	Commission d'évaluation et d'attribution	Expression libre de la demande
Solvabilisation	Subvention de la structure	Aide à la personne (prestation en espèces, exonération de charges sociales incitation fiscale)
Protection de l'utilisateur	Autorisation Habilitation des prestataires	Agrément (cahier des charges) des prestataires
Tarification	En fonction du revenu - ticket modérateur - barèmes (effet redistributif recherché)	Prix du marché (effet neutre ou anti-redistributif)

Des problèmes d'articulation se posent à partir du moment où ces régulations ne se succèdent pas mais coexistent alors qu'elles sont fondées sur des logiques d'action qui s'opposent. Les normes prises depuis la fin des années 1990 s'efforcent de réduire les disparités et de rendre le système plus équitable, à travers l'abaissement du montant des réductions d'impôts, la modification de l'agrément qualité, l'extension de l'exonération des charges sociales aux associations et l'instauration d'une allocation personnalisée d'autonomie. Ces améliorations ne suffisent toutefois pas à conférer une cohérence au cadre institutionnel des services. Des incitations ont été introduites pour limiter le recours au gré à gré mais l'APA, par exemple,

reste ouverte à ce type de rapport, d'où une tension avec les services associatifs et publics qui demeurent les principaux prestataires, malgré l'arrivée des entreprises, très présente dans des discours mais encore timide dans la réalité.

5. CONCLUSION

Les résultats des stratégies suivies en matière de services de proximité n'ont pas été à la hauteur des objectifs affichés. L'empilement dans le temps de programmes relevant de logiques différentes aboutit à de nombreuses incohérences. Par exemple, il apparaît paradoxal que la collectivité publique consente des aides massives aux rapports de gré à gré quand on sait que la conversion de tâches domestiques en vrais emplois s'avère impossible si l'organisation du travail n'est pas pensée dans un cadre collectif, qui permet une protection pour les salariés comme pour les usagers. L'explication de ce paradoxe est à rechercher dans un volontarisme à court terme, généré par la prégnance des questions d'insertion et d'emploi. Alors que les entreprises, réunies dans le syndicat des entreprises aux personnes, n'ont pas concrétisé leurs annonces de création d'emplois, le développement de l'aide à domicile ne peut être envisagé sans une écoute des fédérations et réseaux associatifs qui restent de loin les principaux acteurs dans le domaine. Leur première manifestation en cinquante années d'existence, organisée le 21 octobre 2000 à Paris et réunissant 8.000 personnes, est révélatrice parce qu'elle dénonce le manque de considération dont pâtit la profession et dont témoignent les mauvaises conditions d'emploi et de rémunération.

Depuis les années 1980, les services de proximité ont été largement financés pour des considérations relatives à l'emploi, mais l'intervention publique ne saurait occulter d'autres dimensions comme le statut de l'emploi ou l'égalité devant les services. L'action publique, si elle est légitimement préoccupée de création d'emplois, peut-elle se contenter de cet objectif ?

Si l'on considère que le maintien de la légitimité de l'action publique est aussi lié au maintien du souci de justice sociale et de reconnaissance professionnelle, l'enjeu d'une politique des services de proximité est aussi de sortir des cloisonnements institutionnels pour amorcer une politique qui concilie la préoccupation de création d'emploi avec d'autres préoccupations d'égalité, de lien social et d'accès à l'espace public. L'une des premières traductions d'une telle politique peut être d'identifier en tant que telles les contributions à la professionnalisation, à la cohésion sociale et à l'expression citoyenne pour prévoir un financement distinct et complémentaire de celui accordé au titre de la création d'emplois.

Les services aux personnes âgées ne peuvent plus être créés par le biais d'une régulation tutélaire qui s'avère dépassée tant en termes de coûts que de déficits de personnalisation. Mais la régulation concurrentielle a généré des inégalités inédites, entre les usagers comme entre les employés. Face aux tensions créées par les changements dans les formes de

régulation, il importe de prendre en compte, dans les régulations à venir, les spécificités des services aux personnes âgées telles qu'elles se dégagent de l'expérience et qui peuvent être synthétisées en trois points.

- La production de ces services ne peut pas être standardisée sur un mode industriel, elle doit être fondée sur des ajustements interpersonnels subtils, sur le traitement de structures et de besoins personnels chaque fois différents.
- Ces services comportent une dimension relationnelle et affective particulièrement forte parce qu'ils induisent un rapport à l'intimité de l'utilisateur, ce qui suppose un travail approfondi d'explicitation des ressorts susceptibles de motiver la confiance de celui-ci.
- Ces services exigent des compétences professionnelles incluant la dimension relationnelle dont il faut prévoir l'acquisition et le développement.

Belgique : l'histoire d'un partenariat associatif - public

par Bruno Gilain et Marthe Nyssens

L'objet de ce chapitre¹ est de retracer le développement progressif du champ de l'aide à domicile en Belgique des lendemains de la seconde guerre mondiale à nos jours. Cette histoire est marquée par une alternance de phases d'innovation impulsées par les initiatives de terrain et de structuration via le développement de régulations publiques. C'est donc dans un processus d'interactions entre les prestataires de services et les pouvoirs publics, régulateurs du secteur que s'est construit progressivement ce champ.

Les premières initiatives associatives, sont nées dans un contexte de nucléarisation de la famille et de l'affaiblissement des solidarités courtes pour répondre à des demandes sociales émergentes. Avec l'essor de l'Etat-providence, le champ de l'aide à domicile a connu une première structuration via un cadre réglementaire accompagné d'un financement public qui a permis un développement des services classiques. Dans un contexte de mutations tant démographiques avec l'augmentation du nombre des personnes âgées, que socio-économiques avec la crise du chômage et la remise en cause de l'Etat-providence, les années 1980 ont connu un foisonnement d'initiatives innovantes qui posent les jalons d'une nouvelle structuration qui est encore en cours aujourd'hui dans le champ de l'aide à domicile.

Dans le cadre de cette étude, nous nous concentrons sur l'évolution des services d'aide à domicile d'aide à la vie quotidienne dont nous avons exclu les soins médicaux et para-médicaux. Pour comprendre l'organisation des services à domicile, il est indispensable de la replacer dans le contexte institutionnel de la Belgique fédérale. Lors de la réforme de l'Etat de 1980, les matières "personnalisables", dont l'aide à domicile, ont été communautarisées et donc transférées de l'Etat national vers les différentes communautés et régions. Nous tenterons donc de contraster les évolutions entre la région wallonne et flamande après cette date charnière².

1. L'ORIGINE ASSOCIATIVE DES SERVICES D'AIDE A DOMICILE

Dès la fin du 19^{ème} siècle, on recense quelques initiatives éparses d'aide familiale à domicile qui reposent sur du bénévolat et émanent de certains organismes familiaux. Ce n'est cependant

¹. Outre les textes de référence, ce parcours historique se base sur une série de rencontres effectuées entre 1996 et 1999 avec différentes personnes ressources ayant participé activement à la construction du secteur de l'aide à domicile. Nous tenons à les remercier.

². Pour être complet, il faudrait y joindre l'évolution en région bruxelloise.

qu'après la seconde guerre mondiale qu'apparaissent les premiers services organisés et orientés spécifiquement vers l'aide aux familles et aux personnes âgées tels que nous les connaissons aujourd'hui [Bode et al. 1998]. Ces services cherchent à assister les mères de familles nombreuses dans l'entretien du ménage et l'éducation des enfants dans un contexte de nucléarisation croissante des familles et d'affaiblissement des solidarités familiales et de voisinage. Ils répondent également à une volonté d'émancipation et de développement de rôles sociaux et professionnels des femmes dont le niveau d'éducation et les aspirations évoluent [Kuty, 1993; ADMR, 1995].

Ces initiatives naissent au sein des mouvements associatifs, dans un contexte caractérisé par la construction de l'« État-providence ». Elles relèvent principalement de la mouvance catholique (ligue ouvrière des femmes catholiques, action catholique rurale, etc.) ainsi que, dans une moindre mesure, de la mouvance pluraliste (par exemple, la Ligue des familles). Ces organisations reposent principalement sur l'engagement bénévole de leurs membres. Cependant, elles témoignent, dès le départ, d'une ambition de professionnalisme et de structuration durable. Aux côtés d'un bénévolat de proximité, elles se dotent ainsi d'un certain nombre de permanents rémunérés, souvent de manière dérisoire, grâce à la contribution financière des usagers. Cette contribution est généralement déjà fixée en fonction des revenus de l'utilisateur. Ces organisations développent également très rapidement des formations pour leurs travailleuses. Selon Dechambre [1989], toutes ces conditions apparaissent nécessaires aux promoteurs des projets, dès leur commencement, afin de pérenniser ces services et de permettre ultérieurement une reconnaissance officielle de la profession. Le mouvement associatif joue donc ici un rôle de pionnier en développant des initiatives locales qui répondent à des demandes sociales émergentes tout en posant les bases d'une construction sociale plus large³.

2. LE DEVELOPPEMENT DES SERVICES CLASSIQUES DANS LE CADRE DES POLITIQUES SOCIALES (1949-1979)

La structuration légale de ces services et leur développement vont se renforcer progressivement durant les décennies suivantes. L'action des associations pionnières est rapidement reconnue par les pouvoirs publics et un premier texte réglementaire traduit, dès 1949⁴, la reconnaissance officielle des services d'aides familiales. Cette intervention publique s'inscrit dans un contexte socio-économique favorable à l'essor de politiques sociales (les "Trentes Glorieuses").

³. Le début du XX^{ème} siècle voit aussi se développer sur une base associative les premiers services organisés d'infirmières à domicile, qui constituent à côté des services d'aides familiales l'autre pilier de base de l'aide à domicile aux personnes âgées [Kluwer, 1998; Decleyre, 1993].

⁴. Arrêté du Régent du 1 mars 1949.

Les pouvoirs publics assurent le financement des services d'aides familiales sous la forme d'une prise en charge à concurrence, initialement, de 75%, de la différence entre le salaire plafonné de l'aide familiale et le prix payé par l'utilisateur. Celle-ci augmente, au fil des années, jusqu'à atteindre 100 % de la différence. Les pouvoirs publics instaurent également un barème légal par heure prestée qui tient compte du revenu des usagers. Le nombre d'heures subventionnées n'étant pas limité, tout service presté est subventionné. Dans ce cadre, il n'est pas étonnant d'assister à la multiplication et à la croissance des services. En 1965, 62 services sont agréés, occupant 2 661 aides familiales qui prestent quelques 3 825 000 d'heures; en 1977, 171 services sont agréés, occupant 9 953 aides familiales et prestent plus de 11 millions d'heures (INS, statistiques régionales).

Ce soutien financier s'accompagne d'un ensemble de conditions d'agrément destinées à encadrer la structuration de l'offre. Les pouvoirs publics ne reconnaissent, dans un premier temps, que l'offre émanant des associations. Ceci traduit leur hégémonie sur le terrain. En 1955, ils étendent néanmoins le champ des prestataires autorisés aux organisations publiques locales — les CPAS ("Centres Publics d'Aide Sociale", succédant aux "commissions d'assistance publique" en 1976). Celles-ci prendront progressivement en charge une partie de l'activité, qui reste toutefois majoritairement le fait des associations : en 1965, 27 associations prestent 96 % des heures subventionnées à côté de 35 services publics et en 1977, 53 associations prestent encore 79 % des heures pour 21 % aux 118 services publics actifs dans ce domaine. L'offre privée lucrative est, par contre, exclue de ce champ d'activités. Elle l'est toujours aujourd'hui.

Outre l'exigence du statut non lucratif des prestataires, les pouvoirs publics réglementent aussi le contenu des services et le type de compétences professionnelles : les aides familiales doivent assister la mère dans ses tâches familiales, en particulier ses travaux ménagers ; cette aide doit être temporaire et motivée par des conditions particulières telles que maladie, accouchement et surmenage ; les aides familiales doivent suivre une formation spécifique, qui traduit la reconnaissance de leur profession et y associe des exigences de qualité (des subventions sont prévues à cet effet).

Au départ, les services d'aide à domicile ne sont donc pas destinés aux personnes âgées. Les aides familiales vont toutefois être rapidement sollicitées par d'autres demandes avec comme conséquence l'élargissement progressif des situations prises en charge [Pierdomenico, 1999]. Entre 1954 et 1968, la législation reconnaît cette évolution en élargissant le champ d'action des services à l'aide aux personnes âgées, malades et/ou handicapées⁵. Cette évolution dans le

⁵. En 1954, le droit d'aider les personnes âgées en difficulté est accordé aux services d'aides familiales. En 1965, le statut d'"aide senior" est créé auquel est associé une formation spécifique. Mis à part le type d'utilisateur différent, les aides familiales et aides seniors prestent pratiquement les mêmes services, si ce n'est que ces dernières prestent également des soins d'hygiène normaux pour des personnes de 60 ans et plus ou des personnes handicapées et ne s'occupent pas de la surveillance d'enfants [Gevers et al. 1994]. Les services aux familles et services aux personnes âgées sont néanmoins traités distinctement jusqu'en 1973 où ils sont réunifiés au sein des

champ d'action des services — qui deviennent officiellement en 1973 "services d'aide aux familles et aux personnes âgées" — entraîne un accroissement considérable des prestations subventionnées ainsi qu'une certaine diversification des besoins rencontrés. Compte tenu du vieillissement de la population, cet accroissement se fait de plus en plus au bénéfice des personnes âgées, qui deviennent ainsi les usagers majoritaires des services d'aide à domicile. En 1970, elles représentent 55 % du public aidé et 10 ans plus tard, cette proportion atteint 78 % [Pacolet et al., 1998b].

Enfin, la législation prévoit que les aides familiales collaborent avec d'autres services sociaux ou médico-sociaux afin de constituer des centres d'aide sociale aux familles au niveau local. Cependant, si les services d'aides familiales intègrent dès le départ l'exigence d'une capacité d'intervention globale, combinant tâches ménagères, soins aux enfants, éducation et prévention, aide administrative, etc., comme en témoigne le contenu légal de la formation d'aide familiale, le principe d'une collaboration avec des intervenants extérieurs dans le cadre d'un projet concerté est peu appliqué dans les faits [Pierdomenico, 1999; Kluwer, 1999; Derieuw, 1993]⁶.

Au cours de cette même période, les soins médicaux et paramédicaux à domicile connaissent une évolution similaire. Par ailleurs, des services sociaux et de prêt de matériel se développent progressivement au sein des mutualités, des CPAS ou de certaines associations. Sans être axés spécifiquement sur l'aide à domicile, ces services contribuent néanmoins au soutien administratif, financier ou psycho-social de certaines personnes dépendantes à domicile et jouent un rôle d'information et de relais vers les services professionnels d'aide à domicile.

Les « Trentes Glorieuses » voient donc se structurer sur une base professionnelle et salariée les services "classiques" de l'aide à domicile : services d'aides familiales, services paramédicaux et services sociaux. Cette évolution s'inscrit dans un partenariat ouvert entre, d'une part, les services, tant associatifs que publics, qui se créent et s'adaptent à l'évolution des demandes et d'autre part, les pouvoirs publics, qui reconnaissent ces initiatives et les inscrivent progressivement dans des cadres réglementaires et financiers. Elle s'accompagne cependant de divers cloisonnements (professionnels, socio-politiques⁷, sectoriels); le

"services d'aides aux familles et aux personnes âgées". A partir de ce moment, la législation en matière d'aide aux personnes âgées évoluera de pair avec celle de l'aide aux familles [Bode & al., 1998].

⁶. Ce manque initial d'organisation globale des différents services socio-sanitaires s'expliquerait à la fois par l'absence d'une instance reconnue pour la réaliser, par la diversité des pouvoirs publics compétents et par la hiérarchisation des statuts et profils professionnels [Decleyre, 1993; Balthazart, 1996].

⁷. La « pilarisation » est une caractéristique fondamentale du paysage belge. Les associations ont joué un rôle pionnier dans le champ social. Cette activité associative, influencée entre autres par la doctrine sociale de l'Eglise catholique [ébauchée par l'encyclique "Rerum Novarum" de 1891], s'est traduite par la création de multiples organisations : caisses de protection mutuelle, écoles, associations de jeunes, de femmes, d'éducation permanente, etc. Notons que si dans les pays voisins, ces associations se fonderont petit à petit à l'action publique, la Belgique voit par contre le courant socialiste fonder ses propres institutions, de même que des initiatives se créent sur une base volontairement "neutre" ou "pluraliste". C'est ainsi que se développeront les "piliers" (catholique, socialiste et pluraliste) qui structurent encore aujourd'hui la société belge et le secteur de l'aide à domicile en particulier; pour un aperçu plus large de la diversité des courants associationnistes de cette

développement des services d'aides familiales n'est pas, à ce stade, explicitement articulé au développement des autres services sociaux et médicaux.

3. INNOVATIONS ET RECOMPOSITIONS DANS UN CONTEXTE EN MUTATION

La fin des années 1970 ouvre une nouvelle période d'innovations et de recompositions dans le champ de l'aide à domicile, répondant à d'importants changements de contexte.

Pour comprendre la dynamique amorcée au cours des années 1980, il est nécessaire de situer plusieurs évolutions importantes qui en constituent la toile de fond.

Tout d'abord, les tendances lourdes du vieillissement de la population, de la nucléarisation des familles et de l'augmentation de l'activité féminine entretiennent la croissance des besoins d'aide à domicile des personnes âgées, malades et/ou handicapées. Le problème du vieillissement devient, également, une source d'inquiétude pour le financement de la sécurité sociale à long terme. Ensuite, la crise économique et sociale généralisée, qui se confirme au début des années 1980, a de profondes implications dans le champ de l'aide à domicile. Le développement du chômage et de la précarité contribue à l'apparition plus fréquente de problèmes sociaux chez les usagers de l'aide à domicile (dépression, problèmes financiers, conflits familiaux, maltraitance, problème d'éducation, etc.) et place la problématique de l'emploi au coeur des préoccupations des politiques publiques. Cette crise a également des implications budgétaires de sorte que les années 1980 sont des années de restriction et de rationalisation des dépenses publiques. Enfin, la Belgique connaît une réforme institutionnelle importante en 1980 qui se traduit par un transfert de compétences de l'Etat fédéral vers les Communautés et Régions⁸. L'aide aux familles et personnes âgées dont dépend l'aide (non médicale) à domicile entre ainsi largement dans les compétences des Communautés, tandis que la politique de la santé et donc l'aide para-médicale à domicile restent principalement gérées au niveau fédéral. Cette nouvelle répartition des compétences introduit la possibilité d'une évolution différenciée de l'aide à domicile en Flandre et en Wallonie, en fonction de leurs politiques respectives. Elle implique aussi une multiplication des niveaux de pouvoir ayant une influence sur l'organisation de l'aide à domicile et du champ socio-sanitaire dans son ensemble, ce qui soulève d'importants problèmes de coordination.

Dans ce contexte, deux types de mesures conditionnent particulièrement l'évolution de l'aide à domicile : celles qui visent à la maîtrise des dépenses de santé et celles qui s'inscrivent dans la lutte contre le chômage.

époque (socialiste, chrétien, libéral ou solidariste) et leurs rapports avec les organisations actuelles publiques et d'économie sociale, voir Defourny et al. [1992].

⁸. Par facilité, nous parlerons indistinctement des Communautés ou des Régions pour désigner ce "deuxième niveau de pouvoir" entre le fédéral et le local. Il faut cependant noter qu'il s'agit d'une simplification ne tenant pas compte de ce que pour Wallonie, il existe une distinction et un partage de compétence supplémentaire entre

Sur le plan de la santé, les années 1980 sont marquées par l'adoption d'une politique destinée à encourager la réduction des dépenses publiques. C'est pourquoi, les pouvoirs publics développent davantage de cadres réglementaires et de planification afin de mieux les maîtriser. En particulier, ils cherchent à réduire les séjours en hôpitaux pour les personnes âgées qui ne nécessitent pas de traitement médical intensif, au profit d'alternatives moins coûteuses à domicile ou en maisons de repos. Au côté de l'objectif budgétaire, cette orientation est aussi validée par un consensus croissant pour les solutions permettant aux personnes dépendantes de rester dans leur cadre de vie habituel aussi longtemps que possible [Pacolet, 1998a]. Durant les années 1980, les possibilités de séjours hospitaliers vont ainsi être réduites, entraînant un reflux de demandes vers les services d'aide à domicile dont les moyens ne sont cependant pas augmentés en conséquence [Pacolet, 1998a ; Kutyl, 1993]. En effet, les ressources publiques ainsi économisées par l'Etat fédéral ne sont pas transférées vers les pouvoirs régionaux dont dépendent ces services d'aide à domicile.

Sur le plan de la lutte contre le chômage, l'Etat fédéral, relayé par les Régions, développe, au fil des années, une série de dispositifs destinés à soutenir la création d'emplois et l'insertion socio-professionnelle des personnes précarisées sur le marché du travail, entre autres dans le secteur non marchand. Il s'agit en particulier des programmes de résorption du chômage et des aides à l'emploi, qui deviennent progressivement une source importante de financement alternatif pour les services d'aide à domicile, que ce soit en compensation du rationnement des subventions structurelles aux services classiques ou en favorisant la création de nouveaux services⁹. La création des Agences Locales pour l'Emploi au niveau communal s'inscrit également dans une perspective de traitement social du chômage. Elles permettent à des chômeurs de longue durée de travailler un nombre limité d'heures dans des "petits boulots" — entretien de ménages et de jardins, petits bricolage, garde d'enfants et personnes âgées, tâches administratives —. Ces prestations effectuées auprès de particuliers ou d'organisations sans but lucratif donnent droit à une rémunération complémentaire aux allocations de chômage.

Les pouvoirs publics communautaires - les nouveaux responsables de l'aide à domicile - font donc face à la double exigence de répondre à la croissance et la diversification des demandes et de maintenir les dépenses dans le cadre de budgets restrictifs. En Flandre comme en Wallonie, deux orientations politiques de fond se dessinent. D'une part, les régions introduisent des limites dans l'attribution des subventions structurelles qui, jusque-là, étaient allouées au rythme des demandes émanant des services agréés d'aides familiale. D'autre part, elles soutiennent le développement de nouveaux services et modes d'organisation, notamment dans la coordination entre les différents acteurs du champ socio-sanitaire, et ce principalement via des programmes qui visent l'insertion des publics moins qualifiés.

la Communauté française et la Région Wallonne. L'aide non médicale à domicile ressort ainsi du pouvoir communautaire à partir de 1980 jusqu'en 1994, date à laquelle elle est transférée à la Région Wallonne.

⁹. Voir par exemple Willaert [1996] pour un aperçu critique de l'évolution des programmes de résorption du chômage appliqué dans le champ social et/ou associatif.

Cependant, la Flandre se différencie de la Wallonie dans la gestion de la dépendance. Dès le début des années 1980, le nord du pays privilégie le développement de l'aide à domicile par rapport aux maisons de repos considérées comme trop onéreuses et qui ne répondent pas toujours au désir des personnes de rester dans leur environnement familial [Hedebouw et al. 1990]. La Flandre encourage tant le développement des services classiques d'aide à domicile que des nouveaux services susceptibles de compléter l'offre existante et de renforcer la capacité de prise en charge par les familles elles-mêmes. En Wallonie, par contre, la croissance des besoins liés à la dépendance est principalement absorbée par le développement considérable du secteur des maisons de repos, en particulier sur une base commerciale. Il faut attendre le milieu des années 1990 pour qu'une politique volontariste soit développée en faveur de l'aide à domicile [Balthazart, 1996]¹⁰.

Dans les deux régions, les modalités de l'intervention publique deviennent donc plus contraignantes : l'intervention dans le salaire des aides familiales devient forfaitaire, indépendamment de la contribution de l'usager. Un système de "contingentement" est instauré. Il fixe un nombre maximal d'heures subventionnées pour l'ensemble des prestataires¹¹ et à plusieurs reprises, un plafond est établi pour le nombre d'heures pouvant être prestées auprès d'un même usager. Les restrictions sont moins marquées en Flandre. De plus, elles sont en partie compensées par un recours important à l'embauche d'aides familiales dans le cadre de programmes de résorption du chômage (plus spécifiquement le Fonds Budgétaire Interdépartemental (FBI) instauré en 1982 pour favoriser la création d'emplois). Ceci permet à l'activité subventionnée des services d'aides familiales de croître légèrement au cours des années 1980 [Hedebouw et al. 1990, p. 87 ; Derieuw, 1993, p. 18 ; Pacolet et al. 1998c]. En Wallonie, le recours au FBI est plus limité et le nombre total d'heures subventionnées diminue sensiblement [Balthazart, 1996]. Au cours des années 1990, l'aide à domicile devient une option prioritaire dans les politiques d'aide aux personnes âgées ce qui se traduit par un nouvel investissement dans ce secteur en Wallonie comme en Flandre : le système de forfaits et de contingentements est maintenu, mais les pouvoirs publics planifient une croissance soutenue de ceux-ci. Le tableau 1 illustre ces différentes évolutions.

Tableau 1 : évolution de l'activité des services subventionnés d'aide aux familles et aux personnes âgées, 1980-1999

	1980	1991	Evolution 80-91	1995	1999	Evolution 91-99

¹⁰. Le moindre investissement des pouvoirs publics dans l'aide à domicile en Wallonie pourrait aussi en partie refléter les problèmes budgétaires exceptionnels de la Communauté française au cours des années 1980.

¹¹. Réparties selon une clé de répartition "historique" entre les différentes composantes socio-politiques du secteur, représentées en partie par les fédérations de services.

Flandre						
Nombre d'aides familiales	7 900	9 700	+22,7%	10 100	12 832	+ 27%
Nombre d'heures subventionnées (x 1000)	9 726	10 290	+5,8%	11 748	14 651	+ 25%
<i>dont part sous budget de l'emploi (FBI)</i>		10%		12%	13%	
Wallonie						
Nombre d'aides familiales	4 700	4 200	- 10,6%	4 424	5 816	+ 31 %
Nombre d'heures subventionnées (x1000)	5 305	4 235	-20,5%	4 721	5 600	+ 19%
<i>dont part sous budget de l'emploi (FBI)</i>		4%		4%	3%	

Sources : I.N.S., *Annuaire des statistiques régionales*; Ministère de la Région Wallonne (DG de l'action sociale et de la santé), *Vlaams Ministerie van Cultuur, Gezin en Welzijn*; *Associations des services d'aide aux familles et aux personnes âgées de la Région Wallonne (note de service)*.

Ces services bénéficient donc depuis de nombreuses années de subventions structurelles qui couvrent aujourd'hui environ 70 % des coûts, dans les limites des contingents d'heures fixés par les Régions. La contribution des usagers constitue, en moyenne, 15 % du financement. Le solde est, entre autres, couvert par les subventions obtenues indirectement à travers les mesures de réduction des cotisations sociales patronales ainsi qu'à travers l'emploi de travailleuses dans le cadre des programmes de résorption du chômage. Il est aussi couvert par le biais de convention de financement passées avec les mutualités et les communes¹².

Si les CPAS ont progressivement été amenés à jouer un rôle dans la prestation de ces services, le secteur associatif occupe aujourd'hui encore, une place prépondérante et ce de manière plus marquée encore en Flandre. Cette situation reflète une différence traditionnelle entre les deux régions. Par ailleurs, si les associations prestent la majorité des heures subventionnées, nous constatons aussi qu'elles sont beaucoup moins nombreuses que les CPAS. Les services associatifs sont donc généralement beaucoup plus grands que les services publics (avec des exceptions notables dans certaines grandes villes, comme à Charleroi, à Anvers ou à Hasselt). Les services d'aides aux familles et personnes âgées ne constituent en effet qu'une des activités développées par les CPAS alors que les associations d'aides familiales se concentrent entièrement sur cette activité. Soulignons que cette répartition entre services publics et privés se double d'une répartition en fonction de l'appartenance des services à l'une ou l'autre des

¹². Ce déficit chronique des services d'aide familiale qui les oblige à passer des conventions de financement avec les mutuelles constitue un moyen de pression et de contrôle de ces dernières sur les associations.

"piliers" de la société belge, à savoir les tendances chrétienne, socialiste et pluraliste (ou neutre). Dans le secteur de l'aide à domicile, l'appartenance socio-politique se reflète en particulier dans l'existence de rapports privilégiés entre les associations et les mutualités, acteurs centraux au sein des piliers.

Tableau 2 : Répartition des services et de l'activité d'aide aux familles et aux personnes âgées entre les secteurs associatif et public

	Associations			CPAS		
	Nbre de services	Nbre d'aides familiales	Nbre d'heures subventionnées (x 000)	Nbre de services	Nbre d'aides familiales	Nbre d'heures subventionnées (x 000)
Wallonie (1998)	28	3 513	3 747,5	52	1 293	1 393,5
	35%	73%	72%	65%	27%	28%
Flandre (1996)	25	8 968	9 783	126	2 433	2 040
	16,5%	79%	83%	83,5%	21%	17%

Sources : I.N.S., *Annuaire des statistiques régionales* et Ministère de la Région Wallonne (DG de l'action sociale et de la santé).

Un foisonnement d'initiatives innovantes

Au-delà de ces évolutions financières au sein des services classiques d'aide à domicile, nous distinguons trois dynamiques importantes qui balisent l'évolution du secteur : une évolution dans le mode d'organisation des services classiques vers plus de flexibilité et de polyvalence ; l'apparition de services "complémentaires" ciblés sur des besoins spécifiques et le développement de partenariats entre les différents acteurs de la dépendance à domicile.

De la flexibilité accrue des services

Différentes études montrent que les organisations classiques d'aides familiales font face à une modification du profil de leurs usagers. La part des personnes âgées (de plus de 60 ans) devient prépondérante avec une proportion importante de personnes très âgées (plus de 80 ans). Un grand nombre d'usagers sont des personnes isolées et près de la moitié des familles aidées, dont la plupart sont jeunes, sont monoparentales. Beaucoup d'usagers ont de revenus modestes, les usagers en âge de travailler étant majoritairement chômeurs ou en incapacité de travail. Des problèmes médicaux sont, dans la plupart des cas, à l'origine des demandes mais se doublent, fréquemment, de problèmes sociaux (dépression, isolement, difficulté à gérer l'éducation des enfants...) [Hedebouw et al., 1990; Derieuw, 1993; Tricot, 1997, FESAD, 2000]. On observe également que la plupart des usagers sont aidés pour des très longues durées.

Pour faire face à cette évolution, les services classiques instaurent une plus grande flexibilité et une plus grande polyvalence dans leur organisation. Les prestations sont fragmentées et étendues aux "heures inconfortables", c'est-à-dire en soirée, le week-end et les jours fériés. Parallèlement, les formations évoluent vers plus de polyvalence et s'adaptent tant du point de vue des compétences techniques que relationnelles. Le travail en équipe se développe, au sein des services et avec des prestataires extérieurs, dans le cadre d'une aide sociale, médicale ou éducative [Pierdomenico, 1999].

Les pouvoirs publics reconnaissent cette évolution. C'est ainsi que des critères stricts d'intervention sont remplacés dans les textes légaux par des références plus larges mettant en évidence l'importance d'un travail social de prévention et d'une organisation plus souple des services. La limitation du nombre d'heures par usager est levée sauf pour l'aide aux familles. Mais, par contre, si l'objectif des services s'élargit, la priorité doit être donnée aux besoins les plus lourds et aux usagers les moins favorisés sur le plan financier (bien que la subvention reste forfaitaire ne tenant pas compte du niveau de participation de l'utilisateur). L'aide devient donc plus sélective reflétant un choix politique dans un contexte de contraintes budgétaires.

L'apparition de nouveaux services

Un ensemble de nouveaux services apparaissent qui viennent compléter et étoffer les possibilités d'aide à la vie quotidienne dans des problèmes spécifiques et/ou sur une base plus flexible : aide ménagère, garde malade, accompagnement, courses et repas à domicile, bio-télévigilance, petites réparations, domotique, etc. Ces services sont soit développés par les organisations de services classiques, ou dans le cadre de nouveaux partenariats avec des mutualités, CPAS et centres de coordination. Ils sont aussi créés par de nouveaux entrants dans le secteur, le plus souvent sur une base associative et à travers l'implication d'une multitude d'acteurs ayant une expérience dans le champ social ou socio-sanitaire, tels que des associations locales, des mutuelles, des communes, des professionnels de la santé, des syndicats, etc.

Une des caractéristiques essentielles de ces initiatives est de s'appuyer sur des ressources alternatives pour compenser le manque de subventions structurelles¹³. Ces ressources proviennent, d'abord, de l'emploi de travailleurs dans le cadre des programmes de résorption du chômage. Ils sont plusieurs milliers à être engagés dans ce cadre en Flandre, quelques centaines en Wallonie [Pacolet et al. 1998c]. Pour la majorité des organisations, le recours à ces programmes ne répond pas à une réelle démarche d'insertion professionnelle des

¹³. Dans le cas d'une enquête réalisée à Charleroi [Gilain, 1998], les subventions structurelles accordées aux services complémentaires ne représentent ainsi que 6,7% de l'ensemble des ressources mobilisées. La principale source de financement est assurée par la contribution des usagers (56%) et dans une moindre mesure, par le recours au bénévolat (dont la masse salariale fictive représenterait 19,4% des ressources). Les subventions obtenues indirectement par le recours aux programmes de résorption du chômage jouent également un rôle important (14,8% des ressources). Enfin, les conventions de financements avec des mutualités et CPAS représentent 1,7%.

travailleurs mais est un moyen pour financer le développement de services destinés à une demande seulement partiellement solvable. Le recours à ces politiques actives implique donc une forme d'instrumentalisation, ce qui ne va pas sans poser de questions [Gilain et al., 1998]. Du point de vue des usagers, le recours aux programmes de résorption du chômage s'accompagne de conditions sur le profil des travailleurs (faibles qualifications, chômage de longue durée, renouvellement régulier) qui posent des difficultés au niveau de la construction d'un service de qualité et dans la durée, en particulier pour les services destinés à des usagers vulnérables et exigeants sur le plan relationnel. De plus, les prestations "bon marché" offertes dans le cadre de certaines initiatives d'insertion (en particulier les ALE et certaines associations) menacent potentiellement la viabilité des mécanismes de solidarité mis en oeuvre à travers le barème des prestations offertes par les services agréés, par exemple d'aides familiales. Du point de vue des travailleurs, ensuite, le développement de ces formes de travail s'accompagne d'inégalités en termes de revenus¹⁴, de couverture sociale, de condition de travail et d'image professionnelle dans un même champ d'activité. Notons enfin que cette évolution implique également un surcroît de travail administratif pour les services, lié à la multiplication des types de contrats et d'aides financières. Un certain nombre d'initiatives, particulièrement en Flandre, poursuivent néanmoins explicitement un tel objectif d'insertion. Elles se concentrent alors principalement sur des services de nettoyage, repassage, petites réparations et autres courses à domicile. Il s'agit en majorité d'associations, fréquemment issues de partenariats entre des CPAS, des organisations d'éducation permanente, des syndicats et autres organisations impliquées dans l'insertion socio-professionnelle. Un certain nombre d'associations reposent, également, sur du bénévolat. Elles se concentrent surtout sur des demandes d'ordre relationnel ou du type "petit coup de main" et sont fréquemment associées à une volonté de promouvoir les liens sociaux au sein d'une localité. C'est, par exemple, le cas des services d'accompagnement de personnes âgées dépendantes dans leur déplacement ou de certains services de petites réparations pour personnes démunies. Ces services essaient généralement de structurer des pratiques existantes déjà sur des bases très locales et informelles [Hedebouw et al., 1990]. Outre les chômeurs remis au travail et les bénévoles, le travail au noir constitue une troisième voie utilisée par certaines organisations et plus souvent, directement par les usagers, pour rendre plus accessibles certains services ménagers et de garde, en particulier.

A côté du recours à ces formes « alternatives » de travail, les services s'appuient aussi sur de nouveaux partenariats financiers avec des mutualités ou des pouvoirs publics locaux (provinces, communes et CPAS). Un certain nombre d'initiatives demandent une contribution importante aux usagers. Le secteur de l'aide à domicile au cours des années 1980 s'accompagne, d'ailleurs, d'une hausse relative des prix, posant clairement la question de

¹⁴. Inégalités qui désavantagent en principe les emplois hors contrats classiques, avec des exceptions parfois notables, comme dans le cas des aides ménagères engagées sous statut PRIME qui bénéficient d'un barème plus

l'accès à ces services [Hedebouw et al., 1990; Gilain, 1998]. Pour certains types de services comme les services ménagers, la structuration de l'offre reflète une segmentation. Les usagers solvables s'adressent aux ALE ou au travail en noir, voire à des indépendants s'ils en ont les moyens, tandis que les associations prennent en charge les demandes non solvables.

Le développement de nouveaux partenariats et formes de coordination

Avec la réorganisation des services classiques et l'émergence de services complémentaires, une troisième dynamique balise l'évolution du secteur, le développement de partenariats afin de coordonner les différents acteurs concernés par la problématique de la dépendance à domicile. Un certain nombre d'initiatives pionnières sont apparues dès la fin des années 1960 dans une perspective de décloisonnement professionnel destiné à permettre d'approcher les situations individuelles des usagers dans toute leur complexité et de manière personnalisée. Avec les années 1980 et les efforts de rationalisation du champ socio-sanitaire, une impulsion nouvelle est donnée par les pouvoirs publics à la structuration systématique des initiatives de coordination : la coordination entre les professionnels de l'aide et des soins à domicile, la collaboration avec les familles des personnes dépendantes et enfin, le partenariat avec les institutions d'hébergement et de soins.

La coordination des services et soins à domicile

Si le principe d'une approche globale des personnes aidées à domicile est inscrite dès le départ dans la réglementation des services, nous avons souligné que les différents services d'aide et de soins à domicile se sont développés de manière largement cloisonnée. Néanmoins, certaines initiatives de coordination se développent à la fin des années 1960 et au cours des années 1970, à l'initiative de médecins, de comités locaux, de mutualités ou de certaines institutions publiques. Leur but est de décloisonner les professions afin d'aborder les situations individuelles dans toute leur complexité. Ces expériences pilotes fonctionnent ainsi pendant une dizaine d'années sur des territoires restreints, hors de tout cadre légal et sans subvention spécifique. Ce n'est qu'à partir du milieu des années 1980 que les pouvoirs publics interviennent pour encourager ce type d'expériences, en instaurant progressivement la reconnaissance légale et le subventionnement des structures de coordination¹⁵. La promotion d'une approche globale de l'aide à domicile se double alors d'un objectif de rationalisation des dépenses dans le champ socio-sanitaire. Si des nuances existent selon les communautés, la tendance de fond est d'agréer des structures de coordination impliquant systématiquement les acteurs classiques d'aide et de soins à domicile — les aides familiales, les infirmières, les assistantes sociales et les médecins généralistes — ainsi qu'un minimum de services complémentaires tels que la kinésithérapie, la biotélévigilance, l'ergothérapie, les repas à

avantageux que leurs collègues aides familiales.

domicile, les soins dentaires, etc. Les modalités concrètes d'organisation de ces coordinations restent cependant relativement ouvertes.

Dans ce cadre, les structures de coordination (dénommées "centres de coordination" en Wallonie) se multiplient selon des modèles variables en fonction des acteurs porteurs et de leur conception des services [Balthazart, 1996; Kluwer, 1998]. Une distinction importante apparaît ainsi entre les formules de "coordination interne" ou "intégrée", mises en oeuvre par une structure rassemblant un ensemble de services sous la direction d'un même employeur et les formules de "coordination externe" organisée par une structure qui passe des conventions de collaborations avec des services autonomes. Des formules mixtes se développent également. En Wallonie, un modèle de coordination intégré — le modèle des "centres de services" — connaît un développement important à l'initiative des mutualités (socialistes et chrétiennes). Ces coordinations intégrées regroupent progressivement différents services dépendant de leur "pilier" au sein d'une structure unique. Ce modèle qui bénéficie du soutien logistique et financier des mutualités tend aujourd'hui à dominer le champ. Parallèlement, des coordinations externes ou mixtes se développent à l'initiative d'autres acteurs : par des CPAS en tant qu'acteurs privilégiés de l'action sociale au niveau local, par des associations de médecins généralistes qui jouent le rôle de coordinateurs et s'entourent de différents intervenants pour compléter leur action, enfin par des "groupes de base" initiés par divers professionnels dans le but de promouvoir une approche pluraliste et une action collective au sein d'espaces publics de proximité [Balthazart, 1996 ; Decleyre, 1993]. En Flandre, le modèle de coordination externe prédomine [Pacolet et al. 1998a].

Cette diversité d'approches et de dynamiques traduit plusieurs types de tensions. D'abord, au sein du secteur associatif, le développement des coordinations a mis au grand jour la tension qui existe entre les structures plus proches des piliers, et plus spécialement des mutuelles, et les associations plus indépendantes. Ce clivage traduit également des conceptions différentes de la coordination. Les mutualités ont tendance à privilégier une approche plus sanitaire, axée sur la construction d'une offre pluri-disciplinaire intensive pour des personnes malades et/ou fortement dépendantes, en s'appuyant sur la complémentarité entre différents professionnels. Le repère est alors "l'hôpital à domicile". Par contre, un autre courant d'associations d'aides familiales non intégrées à des centres de coordination tente plutôt de minimiser le nombre d'intervenants et de valoriser le rôle central de l'aide familiale dans la perspective d'une approche plus sociale, préventive et donc inscrite dans la durée.

Ensuite, ces dynamiques multiples reflètent des jeux de positions difficiles dans un champ en recomposition [Decleyre, 1993 ; Kutty, 1989]. Ceux-ci se jouent entre les différentes professions impliquées — aides familiales, infirmières, assistantes sociales, médecins, etc. —

¹⁵. Les premières initiatives datent en Flandre de 1986 ("décret Lenssens") et 1990 ("Décret Weckx"), de 1987 ("Arrêté Bertouille") et 1989 ("Décret Picqué" sur les centres de coordination des services et soins à domicile) en Wallonie [Kluwer, 1998; Balthazart, 1996].

autour de la répartition des tâches. Ils se jouent aussi entre différentes structures. Les mutualités défendent leur rôle dans la promotion d'un système d'assurance-dépendance solidaire et utilisent l'offre d'aide à domicile comme un levier dans la concurrence qu'elles se livrent pour attirer des affiliés. Les CPAS, chargés de développer une aide sociale complète sur une base locale, s'efforcent d'accroître leur visibilité auprès des usagers. Les médecins généralistes défendent quant à eux leur rôle dans une approche globale et préventive face au monde hospitalier [Kuty, 1996].

Le rôle et le soutien des "aidants informels"

L'évolution vers une plus grande prise en charge de la dépendance à domicile s'accompagne aussi de réflexions et d'initiatives axées plus spécifiquement sur le soutien et la participation des "aidants informels", c'est-à-dire issus de l'entourage des personnes dépendantes (famille, amis, voisinage). Ceux-ci restent, en effet, lorsqu'ils sont disponibles, les principaux acteurs d'aide à la vie quotidienne : 95 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent à domicile et rares sont les services professionnels d'aide à la vie quotidienne qui sont utilisés par plus de 15 % de cette population. La faible utilisation résulterait en partie d'un manque d'information mais également du prix. Les aidants informels jouent donc un rôle déterminant comme le montre plusieurs enquêtes [FESAD, 2000 ; Derieuw, 1993]. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte dans ce débat [Hedebouw et al. 1990]. D'abord, ces aidants sont généralement perçus comme importants pour la qualité de vie des usagers. Ensuite, une génération intermédiaire de personnes inactives mais valides se développe. Elle pourrait souhaiter jouer un rôle dans ce domaine. La charge est parfois très lourde pour les aidants : impact négatif sur l'accès à la vie professionnelle et sur l'organisation de la vie familiale, fatigue nerveuse, sans compter les risques de négligence, voire de maltraitance [Kuty, 1993]. Enfin, ce débat s'inscrit dans un contexte de rationnement des ressources publiques au sein duquel le développement d'aides informels est vu comme source d'économie.

Le soutien aux aidants informels paraît surtout marqué en Flandre, à tout le moins au niveau du relais par les pouvoirs publics. Ceci pourrait traduire à la fois un choix politique plus fort en faveur du développement de l'aide à domicile et une orientation plus axée sur le rôle des familles elles-mêmes dans la gestion de la dépendance¹⁶. Les années 1980 voient ainsi se développer des groupes de soutien réunissant des aidants informels dans un but de partage d'expérience et de soutien moral, entre autres à partir d'expériences-pilotes.. En Flandre, ces groupes de soutien conduisent à la création d'une association (« vereniging thuisverzorgers ») ayant comme but de rassembler les expériences et de les relayer dans les débats publics. Cette association est reconnue quelques années plus tard par les pouvoirs publics et appelée à

¹⁶. Une des personnalités flamandes interrogées suggère que la Flandre se distinguerait dans ce sens, par une tradition de « verzorgende Maatschappij » (mettant l'accent sur les initiatives de la société civile) alors que la Wallonie serait plus attachée à une tradition de « Verzorgende Staat » (mettant l'accent sur les initiatives

participer à l'élaboration des politiques en matière d'aide à domicile¹⁷. Certaines mutualités et initiatives de coordination des services d'aide à domicile développent aussi des cours destinés aux aidants informels, pour les aider à gérer différentes situations particulières (maladie, conflit, difficulté financière,...) et faciliter la collaboration avec les services professionnels. L'implication des usagers et des aidants informels dans l'élaboration des formules d'aide et de soins se révèle être un enjeu important et difficile à intégrer par les professionnels peu habitués au partage des rôles [*ibid.*]. Diverses initiatives ouvrent toutefois des pistes intéressantes dans ce sens. En Flandre, certaines organisations développent ainsi l'idée de "plans de soins" définis sur une base contractuelle en partenariat avec les aidants informels et les usagers [*ibid.*]. Ce type d'implication des aidants informels est explicitement encouragé par le décret flamand de 1990 sur la coordination.

Le soutien financier aux aidants informels fait aussi l'objet de débats. En Flandre en particulier, différentes organisations (CPAS, mutualités et autres administrations locales) introduisent progressivement une prime destinée à soutenir et encourager les aidants informels. Cette prime est d'un montant beaucoup trop faible que pour stimuler réellement l'augmentation de la prise en charge par les familles (25 ₣ par mois, en moyenne). Elle nécessite par contre une démarche auprès de ces organisations qui permet de mieux cerner l'étendue des problèmes de dépendance et du rôle des aidants informels [Derieuw, 1993]. Les revendications conduisent en 1989 à une révision de la législation fédérale sur les personnes handicapées qui introduit une allocation d'aide aux tiers âgés de plus de 65 ans et privés d'autonomie, cette allocation étant conditionnelle à un examen de la dépendance et de l'ensemble des moyens d'existence [Hedebouw et al., 1990; Gevers et al. 1994]¹⁸. Cette aide est un des jalons vers le développement d'une assurance-autonomie, en Flandres, dont le principe a déjà été approuvée mais pour lesquelles les modalités pratiques sont en discussion actuellement.

Le rapport aux institutions d'hébergement et les solutions transmurales

La recomposition du champ socio-sanitaire et le développement d'une demande de prise en charge des personnes dépendantes hors institutions s'accompagnent enfin d'un certain nombre de réflexions et d'initiatives axées sur l'articulation entre les acteurs de l'aide à domicile et ces institutions. Ces initiatives sont généralement le fait d'organisations importantes déjà impliquées dans ce champ (hôpitaux, maisons de repos, mutuelles, centres de coordination de services et soins à domicile, CPAS) qui explorent les possibilités de synergies entre différents dispositifs d'aide et de soins et/ou cherchent des réponses intermédiaires plus adaptées aux

publiques). Cette différence serait entre autres liée à la culture politique des partis dominants dans chacune des Régions.

¹⁷. Cette participation aurait par exemple contribué à la révision récente du barèmes des aides familiales destinée à faciliter la prise en charge des personnes dépendantes par leurs conjoints ou familles.

attentes et moyens des usagers : centre de soin de jour, centres d'activités sociales, structures qui assurent la gestion des transitions entre hôpital et domicile. Elles sont cependant assez récentes et lentes à démarrer ; les pouvoirs publics jouent ici un rôle important dans le soutien et la promotion de ce type d'expérience.

4. CONCLUSION

Cet aperçu historique a mis en évidence le rôle pionnier des associations dans l'apparition des premiers services d'aide à domicile aux lendemains de la seconde guerre pour répondre aux demandes émergentes des familles. Dans cette phase d'innovation, ces associations se sont appuyées sur l'engagement des bénévoles et financées via la contribution des usagers. Elles ont ensuite mobilisé leurs relais politiques afin de susciter l'implication des pouvoirs publics dans le financement et la régulation de ces activités porteuses d'enjeux collectifs. L'Etat s'est donc appuyé sur ces expériences pionnières pour structurer sa politique d'aide à domicile dans un cadre d'expansion de l'Etat-providence. La couverture des services classiques d'aides familiales s'est étendue via le développement de services tant associatifs (relevant des divers « piliers ») que publics (via les collectivités locales) via le développement d'une régulation « tutélaire » comme le souligne par ailleurs Jean-Louis Laville [2000]. Cette régulation s'appuie sur des cadres réglementaires et financiers pour développer ces services dont les normes de fonctionnement sont édictées précisément.

Après cette première phase de structuration, les années 1980 ouvrent une nouvelle période d'innovations dans un contexte de crise socio-économique et de rationalisation du champ socio-sanitaire, en particulier autour de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ces innovations s'accompagnent d'une multiplication des acteurs impliqués (organisations traditionnelles d'aides familiales, prestataires de nouveaux services, mutualités, institutions d'hébergement, etc.), des logiques d'action (réponse à de nouvelles demandes d'intervention, maîtrise des dépenses publiques, création d'emplois et insertion, promotion d'une identité professionnelle ou socio-politique) et des modes d'organisations (nouvelles formes de travail et de financement, nouvelles formes de coopération et de concurrence, etc.). Elles soulèvent autant d'enjeux et de débats qui s'inscrivent au coeur de la dynamique actuelle de développement et de restructuration du champ de l'aide à domicile. Relevons en particulier le fait que les pouvoirs publics depuis une quinzaine d'années associe le développement des services à domicile à la remise au travail de chômeurs peu qualifiés entraîne une confusion d'objectifs, voire une certaine instrumentalisation des services qui, comme nous l'avons souligné, soulèvent un ensemble de questions tant du point de vue de la qualité du service que des statuts des travailleurs.

¹⁸. Cette prime qui ne bénéficie donc dans les faits qu'aux personnes à faibles revenus s'élève aujourd'hui en moyenne à 182 € par mois [Pacolet et al. 1998a].

Notre analyse a montré la diversité des acteurs impliqués dans l'évolution du champ de l'aide à domicile (associations, pouvoirs publics, groupements locaux, mutualités, etc.). Différentes pratiques, comme l'implication des diverses parties prenantes (professionnels, bénévoles et usagers) et le partenariat entre différents acteurs au niveau local, sont plus fréquentes au sein du milieu associatif. Ces pratiques expliqueraient en partie le rôle privilégié des associations dans certaines formes d'innovations sociales [Gilain, 1999]. L'implication des mutualités et des pouvoirs publics dans le financement et la régulation des services joue un rôle central dans la diffusion des innovations et la prise en compte des interactions avec des champs d'activité connexes.

Ces spécificités justifient la nécessité d'une réflexion sur les modalités de régulation qui s'écartent tant d'une régulation tutélaire s'accompagnant d'une uniformisation des initiatives autour de règles et des pratiques strictement définies réduisant considérablement la latitude des services pour explorer de nouvelles solutions que d'une régulation d'insertion qui détourne les services de leur vocation première au profit d'un objectif privilégié par les pouvoirs publics. La question posée à la régulation publique par ces services est celle d'une régulation inédite axée sur la participation élargie des parties prenantes aux services dans la construction et l'évaluation de ceux-ci, tant au niveau de chaque service qu'au niveau de la gestion territoriale de l'offre et de la régulation sectorielle.

La réalité passée et présente des services de proximité révèle la coexistence d'une diversité de prestataires aux finalités et pratiques différentes, mais complémentaires. Dans cette perspective, le secteur associatif doit être considéré comme un partenaire, à part entière, dans la régulation de l'offre de services et dans la gestion de leur évolution. L'analyse suggère qu'il restera aussi toujours — au-delà des partenariats organisés — une forme spécifique et privilégiée d'expression de la société civile, dans la constitution de services et de formes de solidarités alternatives, explorant les frontières du monde institutionnalisé.

Québec : un rôle croissant des associations dans les services à domicile

par Yves Vaillancourt, Christian Jetté

Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec étaient, en 2000, estimé à 944 474, soit un pourcentage de 12,8 % de la population totale. En 2011, elles devraient représenter 14,9 % de la population totale du Québec [ISQ, 2000]. Dans le contexte nord-américain, des chiffres comme ceux-ci sont souvent utilisés par les spécialistes des politiques sociales, les gérontologues et les décideurs publics pour dramatiser la présentation des enjeux concernant le vieillissement de la population. Mais dès qu'on les compare avec des données européennes correspondantes, ces mêmes chiffres peuvent être interprétés comme étant le propre d'une société relativement jeune.

En somme, au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus sur l'ensemble de la population au Québec et au Canada (et aux États-Unis) est resté en deça des niveaux atteints dans plusieurs pays européens. Au cours de la première moitié du XXI^e, l'écart démographique entre l'Amérique du Nord et l'Europe devrait se réduire. En conséquence, les besoins socio-sanitaires pour les services à offrir aux personnes âgées seront comparables dans un contexte marqué par d'autres phénomènes comme : la chirurgie d'un jour et les progrès des technologies médicales ; le fait que la qualité de vie progresse souvent moins vite que l'espérance de vie (comme on le voit avec la maladie de l'Alzheimer) ; le désir de mourir à domicile plutôt que dans une institution hospitalière, etc. En outre, comme l'accroissement de la population le plus notable devrait se situer chez les personnes âgées de 75 ans et plus, le système de santé québécois est appelé à faire face, dans un avenir rapproché, à une augmentation importante du nombre de personnes susceptibles de devenir dépendantes, notamment suite à des dysfonctionnements d'ordre cognitif [Éthier, 2000].

Au Québec et au Canada comme dans plusieurs pays européens, le domaine des politiques et services pour les personnes âgées est donc en pleine effervescence. Le contexte de crise de l'État-providence et de crise de l'emploi invite les forces vives sur le plan social et politique à inventorier de nouvelles voies pour l'émergence d'un nouveau modèle de développement socio-économique. Dans ce nouveau modèle, se dessine un nouveau partage des responsabilités entre le marché (premier secteur), l'État et le réseau des établissements publics

(deuxième secteur), les ressources du mouvement associatif, coopératif et communautaire¹⁹ (tiers secteur) et les ressources non rémunérées du secteur informel (familles, groupes d'entraide, aidants naturels, etc.). Les expérimentations en cours dans divers pays montrent que le nouveau modèle de développement pourrait avoir soit un accent davantage néolibéral ou soit davantage solidaire. D'où l'importance pour les acteurs sociaux concernés de ne pas subir le développement de l'histoire mais plutôt de tenter de l'infléchir en fonction d'un certain nombre de principes. Mais avant d'aborder la question des enjeux et des stratégies d'action adoptées par les divers acteurs sociaux concernés par la production des services aux personnes âgées, nous devons au préalable définir certains concepts qui nous seront utiles pour développer notre analyse et mettre en contexte la situation québécoise. Nous procéderons par la suite à une relecture de l'histoire afin de retracer les grandes étapes de l'intervention de l'État dans le financement et l'organisation des services aux personnes âgées de 1960 à 2000, principalement dans le domaine des services de maintien à domicile.

Enfin, après avoir cerné l'impact des transformations de l'État-providence sur les composantes du tiers secteur qui fournissent des services d'aide à domicile aux personnes âgées, et mis en relief les forces et les faiblesses de ces organisations, nous tenterons, en conclusion, d'identifier les principales conditions à respecter afin d'assurer la spécificité et la pérennité de leurs éléments innovateurs dans le processus d'institutionnalisation en cours au Québec.

1. LE PARTAGE DES RESPONSABILITES DANS L'OFFRE DE SERVICES AUX PERSONNES AGEES

D'entrée de jeu, soulignons qu'avec plusieurs auteurs anglais et suédois dans le champ des politiques sociales [Means et Smith, 1994 ; Wistow *et al.*, 1994 ; Le Grand et Bartlett, 1994 ; Taylor, 1995 ; Lorendahl, 1997], nous établissons une distinction entre trois formes d'intervention de l'État susceptibles de se déployer sur trois plans distincts soit :

- la régulation des services (cadres de référence, lois, principes de fonctionnement, normes, etc.) ;
- le financement des services ;

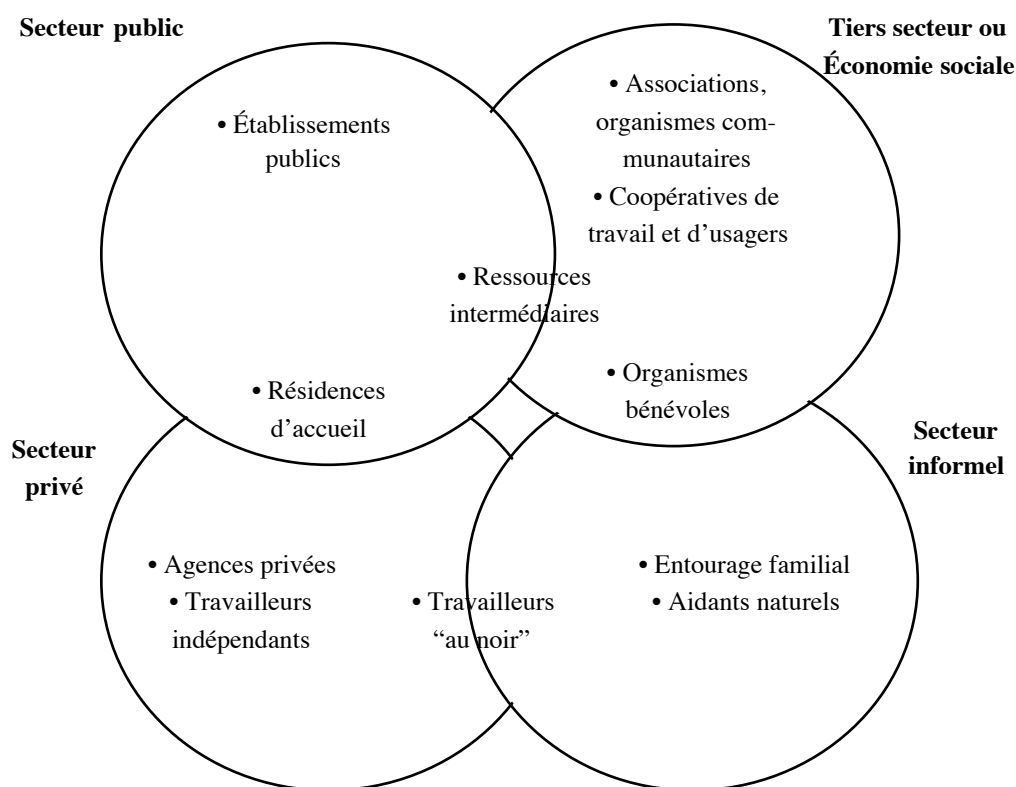
¹⁹. Au Québec, depuis une vingtaine d'années, on utilise l'expression « organismes communautaires » pour désigner environ 7 000 organismes sans but lucratif qui offrent des services et des activités d'intervention, de prévention et de défense de droits aux personnes dans le besoin. Ces organismes communautaires comptent sur les pouvoirs publics pour recevoir une partie importante de leur financement tout en se définissant comme autonomes par rapport à l'État. Ce sont des associations qui jouent un rôle de premier plan dans les services sociaux et de santé, notamment dans les services à domicile. Dans ce contexte, l'expression mouvement communautaire au Québec correspond plus ou moins à celle de mouvement associatif en Europe. Dans le texte qui suit, les organismes communautaires, à côté des coopératives, sont vus comme faisant partie du tiers secteur ou de ce qu'on appelle souvent la nouvelle économie sociale.

— la production des services

La question de la nature juridique des producteurs de services a pris une importance cruciale compte tenu des transformations en cours dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il est donc particulièrement important de bien identifier les principaux acteurs qui se partagent les responsabilités dans la production des services. Ceux-ci sont au nombre de quatre : le secteur privé, le secteur public, le secteur de l'économie sociale ou tiers secteur²⁰ et le secteur informel [cf. figure 1]. Chacun de ces secteurs occupe une place spécifique dans l'offre de services en fonction, notamment, de l'évolution qu'a connue la politique gouvernementale de services à domicile depuis une trentaine d'années au Québec. Nous reviendrons sur ce point dans la partie historique de notre chapitre.

²⁰. Pour les fins de ce chapitre, mentionnons que nous utiliserons comme des équivalents les concepts d'économie sociale et de tiers secteur même si nous sommes bien conscients des réalités différentes qu'ils peuvent recouvrir tant dans la littérature scientifique que dans les pratiques concrètes. Notre position ici s'harmonise bien avec celle que l'on retrouve dans l'ouvrage de Defourny et Monzon Campos [1992].

Figure 1 : Les quatre secteurs de l'offre de services dans le domaine des services aux personnes âgées au Québec



Cette présentation aide à établir une typologie du partage des responsabilités entre les quatre secteurs dans le domaine des services à domicile. Elle prend la forme suivante :

- 1) Le secteur public (i.e. les Centres locaux de services communautaires ou CLSC)²¹ joue un rôle central dans la prestation de certaines composantes de services. On y retrouve les soins médicaux et infirmiers²², les services spécialisés de réadaptation, les services

²¹. Les CLSC, introduits à partir de 1972, sont des établissements publics légers qui offrent sur un territoire local des services de première ligne de type préventif et curatif dans le champ de la santé et du bien-être. Ils sont au nombre d'environ 150 dans l'ensemble du Québec. Ils sont issus eux-mêmes du mouvement associatif des années 1960 et favorisent la prise en charge et la solution des problèmes par le milieu. Ils sont les maîtres d'œuvre de la planification et de la prestation des services à domicile dans leurs territoires depuis le début des années 1980 en faisant appel principalement à deux catégories d'employés : les infirmières pour les soins à domicile (la partie plus médicale) et les auxiliaires familiales pour l'aide à domicile (la partie plus sociale). Les auxiliaires familiales de CLSC ont habituellement reçu une formation spécifique d'environ 960 heures.

²². Il faut toutefois préciser qu'une partie des soins infirmiers est confiée à des agences privées, notamment lorsqu'il s'agit de services à donner en dehors des heures régulières (de 9 à 17 heures du lundi au vendredi). Mais ces transferts ne sont pas effectués à une grande échelle parce que le secteur public n'a pas d'avantage financier

psychosociaux, les composantes de l'aide ayant trait à l'hygiène corporelle (les bains, etc.), aux diètes alimentaires, etc.

- 2) Le secteur privé à but lucratif (i.e. les agences privées et les travailleurs indépendants) assume une partie significative des services d'entretien ménager, de gardiennage et de répit.
- 3) Le tiers secteur (associations et coopératives) a toujours été présent dans le domaine des services à domicile au cours des quinze dernières années. La mise sur pied de près d'une centaine de projets relevant de ce secteur, ces dernières années, témoigne cependant de la recherche d'un nouveau partage des responsabilités qui doit permettre aux entreprises de l'économie sociale d'accroître leur présence et leur influence. On peut donc distinguer une présence traditionnelle et une présence nouvelle du tiers secteur dans les services à domicile. Les types de services où l'on retrouve le tiers secteur sont en partie les mêmes que ceux qui sont convoités par le secteur marchand, soit les services d'entretien ménager, de gardiennage et de répit²³. Nous incluons en outre dans l'économie sociale ou le tiers secteur les associations et les coopératives fonctionnant à partir d'une main-d'oeuvre salariée ainsi que les initiatives bénévoles organisées formellement à partir d'un statut juridique reconnu (le plus souvent sur la base d'un statut d'organisme à but non lucratif).
- 4) Le secteur informel (comprenant entre autres les ressources bénévoles issues de l'entourage familial et de l'entraide) est souvent oublié. Avec d'autres auteurs, nous distinguons les initiatives du tiers secteur qui sont organisées formellement (ce qui peut inclure des organisations structurées comptant principalement sur des ressources bénévoles) de celles qui s'appuient sur des ressources bénévoles informelles (familles, aidants naturels, voisinage, etc.). En effet, dans le domaine de l'aide à domicile, une part importante des activités de soutien aux personnes en perte d'autonomie est dispensée gratuitement par des bénévoles et des aidants naturels, parmi lesquels on retrouve une majorité de femmes [Taylor, 1995 ; Carpenter, 1994 ; Guberman, Maheu et Maillé, 1991 ; Roy, 1994 ; Roy, Vézina et Paradis, 1992]. Le rôle du secteur informel doit être pris en compte même s'il est très difficile de le quantifier en termes de ressources humaines et budgétaires.

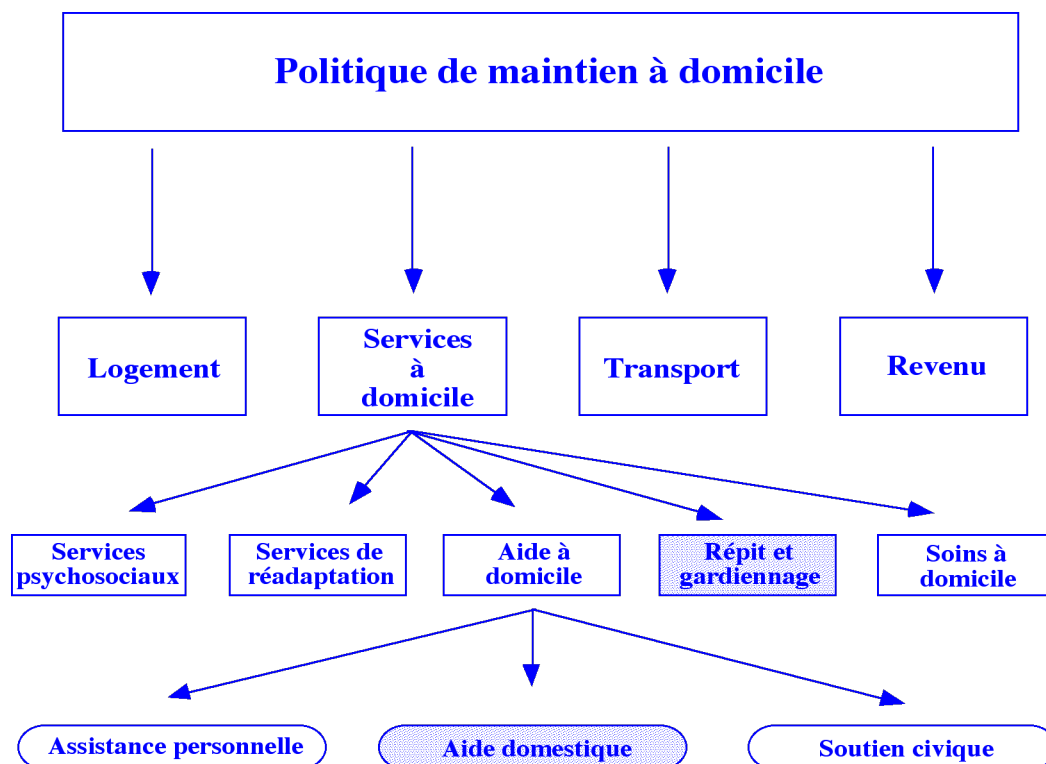
Par ailleurs, il convient de distinguer diverses composantes du maintien à domicile qui ont un impact sur le maintien et la qualité de vie des personnes. Dans cette optique, les principaux

significatif à faire exécuter par le secteur privé les tâches qu'il peut assumer lui-même à partir de son personnel infirmier.

²³. Les services de répit désignent des formes d'aide à domicile qui permettent à un « aidant naturel », c'est-à-dire un membre de la famille de prendre un répit de quelques heures ou de quelques jours à des fins de loisirs ou autres fins.

éléments d'une politique en la matière peuvent être regroupés en quatre composantes, à savoir le logement, le transport, le revenu et, bien entendu, les services à domicile [cf. figure 2].

Figure 2 : Organigramme des diverses composantes d'une politique de services de maintien à domicile telle que définie dans le cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec



Source : Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 1994

Comme le montre la figure 2, les services à domicile peuvent, à leur tour, être décomposés en diverses catégories de services.

- Les soins à domicile (*nursing*) relevant des infirmières ;
- L'aide à domicile (*caring*) relevant traditionnellement des auxiliaires familiales ;
- Les services de réadaptation (ex. : ergothérapie, physiothérapie), relevant des professionnels de la réadaptation (ergothérapeutes, etc.) ;
- Les services psychosociaux relevant des travailleurs sociaux ;
- Les services de répit et de gardiennage
- L'aide à domicile qui peut elle-même être décomposée en :

- services d'assistance personnelle tels les services d'hygiène corporelle (ex. : donner un bain) et les services d'aide à l'alimentation, relevant des auxiliaires familiales de CLSC ;
- services d'aide domestique. Ces derniers peuvent être légers (l'entretien ménager de la maison et les tâches connexes comme la lessive) ou lourds (les travaux de ménages plus conséquents), relevant de plus en plus d'entreprise d'économie sociale, mais avec une présence des secteurs public et privé ;
- services de soutien civique (ex. : accompagnement, démarches administratives, etc.), relevant le plus souvent d'organismes bénévoles.

Dans les transformations en cours, des débats importants portent sur les choix à faire au Québec concernant la meilleure manière d'aménager l'offre de services d'aide domestique. L'importance stratégique de ce secteur dans un continuum de services est reconnue depuis quelques années par les chercheurs, les spécialistes et même le ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS, 1994, p. 4]. On convient de plus en plus que l'accessibilité de tels services peut faire la différence, pour une personne en perte légère d'autonomie, entre la possibilité de rester chez soi et la nécessité de recourir à un service plus lourd. Cette reconnaissance relativement récente de l'importance des services d'aide domestique s'est opérée de concert avec un virage communautaire qui se veut une alternative à l'hébergement et à l'institutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie. Il a pour objectif de favoriser le maintien de ces personnes dans leur milieu de vie, tout en leur assurant une qualité de vie qui soit à la mesure de leurs besoins et de leurs attentes. Dans ce contexte, la qualité des services à domicile dispensés aux usagers (respect de la confidentialité, continuité des services, disponibilité des ressources, etc.) constitue un facteur clé de la réussite de cette réorientation des politiques publiques.

En fait, pendant plusieurs décennies, au Québec, la tendance a été à l'institutionnalisation et à l'hébergement des personnes âgées plutôt qu'à leur maintien dans leur milieu de vie naturel. Or, comment en est-on arrivé à pratiquer, systématiquement, une telle politique ? Pourquoi adopter une nouvelle orientation aujourd'hui ? À quels impératifs répondent les réformes amorcées par le gouvernement québécois depuis quelques années ? Pour être en mesure de répondre à ces questions et de mieux comprendre les enjeux actuels, il est nécessaire de retracer l'histoire des services d'aide à domicile au Québec depuis les années 1960.

2. LES GRANDES ETAPES DU DEVELOPPMENT DES SERVICES AUX PERSONNES AGEES

La construction du dispositif fordiste de l'État-providence dans le domaine socio-sanitaire au Québec s'est faite, notamment au cours des années 1960 et 1970, en suivant étroitement le modèle de l'Angleterre. Cela signifie que le rôle de l'État québécois et du réseau des établissements publics, à partir des années 1970, devient majeur sur le plan du financement et de l'encadrement des services socio-sanitaires. À cet égard, le Québec, en tant que province dans le système fédéral canadien, se distingue d'autres provinces canadiennes, comme l'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan. Ces dernières ont modernisé leur système socio-sanitaire en accroissant le rôle de l'État sur le plan du financement et de la régulation, mais dans une moindre mesure que le Québec sur le plan de la distribution des services. La réforme du système de santé et de bien-être, connue au Québec sous le nom de réforme Castonguay²⁴, qui est planifiée et mise en route dans les années 1960 et réalisée de façon plus intense et officielle au cours des années 1970, s'inspire de la réforme Seebohm en Angleterre [Vaillancourt, 1996 ; Vaillancourt et Jetté, 1997].

Pour l'histoire de l'intervention de l'État et le développement des services aux personnes âgées, et plus particulièrement des services à domicile au Québec, il est possible de dégager une périodisation. Elle tient compte à la fois des transformations de l'État-providence et de leurs impacts sur les services aux personnes âgées en surveillant les interfaces entre les politiques d'hébergement et de services à domicile.

La période pré-fordiste (avant 1960) : des services dispensés principalement par des associations confessionnelles

Jusqu'aux années 1960, les services institutionnels (asiles, hôpitaux, centres d'accueil) et à domicile pour les personnes âgées sont assurés principalement par des organismes privés à but non lucratif, de type confessionnel. Il faut également relever qu'une part significative des services aux personnes âgées est assumée à cette époque par le travail non rémunéré des femmes dans la sphère privée. Dans ce cadre, l'État québécois joue un rôle supplétif. Il commence à intervenir timidement dans les asiles à partir de la fin du XIX^e siècle, dans les autres institutions de santé et de bien-être dans les années 1920 et dans les services sociaux à la famille et aux communautés au cours des années 1940. L'État québécois s'inscrit pleinement dans le courant des sociétés dites libérales de l'époque qui, tout en accroissant graduellement leur intervention sur le plan du financement et des normes, continuent à

²⁴. En l'honneur de Claude Castonguay, consultant en matière de politiques sociales auprès des gouvernements qui ont fait la Révolution tranquille au cours des années 1960. Il a présidé une importante Commission d'enquête sur la santé et le bien-être de 1966 à 1970, a été ministre des Affaires sociales de 1970 à 1973 et a continué par la suite d'intervenir publiquement dans les dossiers de politiques sociales et de relations fédérales-provinciales.

attribuer aux ressources bénévoles (femmes, familles élargies et communautés religieuses) un rôle prépondérant dans la production et la prestation des services aux personnes âgées. À certains égards, le dispositif de protection sociale que l'on retrouve dans la société québécoise d'alors s'apparente au modèle « dual ». Dans celui-ci, le soutien des personnes à domicile constitue un élément fondamental reposant sur une représentation des femmes construite d'abord à partir de leur statut d'épouses et de mères dans la sphère domestique plutôt que de travailleuses dans la sphère publique [Trifiletti, 1999].

La période fordiste I (1960-1971) : une période de transition

La période qui va du début des années 1960 jusqu'en 1971 constitue une étape de transition dans le domaine socio-sanitaire québécois. Même si l'on assiste à la montée d'un dispositif public relevant de l'État-providence dans plusieurs domaines d'activités au Québec, notamment en éducation, cette évolution se fait plus tardivement dans le domaine des services sociaux et de santé. Ainsi, le secteur privé et les organismes caritatifs sont encore très présents dans la prestation des services. Leur financement relève toutefois de plus en plus du secteur public. Les associations démocratiques et solidaires, issues de la société civile, en sont encore à leurs premiers balbutiements (animation sociale, comités de citoyens, maisons de quartier, cliniques populaires, etc.). Elles ne représentent pas une composante importante des services aux personnes âgées.

La période fordiste II (1973-1979) : une étatisation intense des services axée sur l'hébergement

L'intensification du développement des politiques sociales fordistes pour les personnes âgées connaît une évolution décisive avec la mise en oeuvre de la réforme Castonguay-Nepveu (1971-1980). On assiste, en l'espace de quelques années, à un processus rapide de laïcisation, d'étatisation, de syndicalisation et de gestion centralisée à partir de l'État québécois. Cette réforme se formalise officiellement avec l'adoption d'une législation importante, votée en décembre 1971, soit la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* plus connue au Québec sous le nom de « chapitre 48 » ou de « Loi 65 ». Le réseau des établissements publics, issus de cette loi, comprend désormais cinq institutions : 1- Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) qui sont des instances de planification régionale ; 2- les centres hospitaliers (CH) ; 3- les centres de services sociaux (CSS) ; 4- les centres d'accueil d'hébergement et de réadaptation ; 5- les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui sont chargés d'offrir des services de santé et des services sociaux de première ligne sur leur territoire. Les services pour les personnes âgées renvoient à la fois aux centres hospitaliers, aux centres d'accueil d'hébergement et aux CSS qui s'occupent du placement dans les familles d'accueil et les centres d'hébergement.

Nous faisons ici référence à des services de type institutionnel, parce que les services à domicile et dans la communauté, au cours de ces années 1970, sont presque oubliés dans les débats et les analyses touchant les politiques sociales et les services aux personnes âgées. La réforme fordiste des services socio-sanitaires au Québec se traduit par un accroissement majeur du rôle de l'État non seulement dans le financement et la régulation des services, mais aussi dans leur prestation. Pourtant, à l'intérieur de cette réforme tardive, ce n'est qu'à la fin des années 1970 que l'État québécois commence à démontrer qu'il s'intéresse aux services à domicile, en adoptant une politique à cet effet en 1979 [MAS, 1979]. En somme, le Québec va donner progressivement la priorité aux services à domicile à la fin de l'ère fordiste, au moment même où la crise de l'État-providence pointe à l'horizon. Ce décollage tardif de la politique des services à domicile au Québec signifie que le système de santé et de services sociaux a misé jusqu'au début des années 1980 sur un recours important aux institutions lourdes pour remédier à des problèmes sociaux qui auraient pu être pris en charge par des institutions plus légères et proches des milieux de vie naturels des personnes et des familles vulnérables.

La période de crise de l'état-providence I (1979-1983) : essouffement du fordisme et instauration d'une politique de maintien à domicile

Au tournant des années 1970 et 1980, les dirigeants politiques et les administrateurs d'établissements publics doivent composer avec des ressources fiscales limitées. Ils commencent, donc, à rationaliser l'utilisation des fonds publics en direction des besoins des personnes âgées et d'autres couches de la population. À partir de la fin des années 1970, le ministère des Affaires sociales (MAS) amorce un virage dans le sens d'une désinstitutionnalisation des services aux personnes âgées. Au terme de l'année 1979, il rend public une politique des services à domicile [MAS, 1979] qui va inspirer les politiques des quinze années suivantes.

Cette politique demeure toutefois silencieuse sur le rôle du secteur marchand dans la prestation des services à domicile. De fait, elle se penche plus explicitement sur le rôle des ressources étatiques et communautaires²⁵. L'apport de l'État devient central sur le plan du financement et de la régulation des services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les adultes présentant des limites fonctionnelles (ex. : les personnes handicapées). Toutefois, sur le plan de la prestation des services, tout en conférant un rôle de maître d'oeuvre aux institutions publiques, notamment aux CLSC, le monde politique prend soin de répéter que le secteur public ne peut prendre la responsabilité de répondre à tous les besoins.

²⁵. L'appellation "communautaire" dans la politique ministérielle de 1979 renvoyait de fait à des ressources bénévoles plus qu'à des ressources rémunérées du tiers secteur.

Au cours des années 1980 et 1990, le gouvernement du Québec, en dépit de promesses maintes fois réitérées, ne parviendra jamais à donner aux CLSC des budgets suffisants pour répondre à l'augmentation exponentielle des besoins de services à domicile. Cette augmentation des besoins s'explique par les effets combinés du vieillissement de la population, de l'allongement de la durée de la vie avec les progrès de la médecine, du resserrement des critères pour l'admission des personnes âgées en centres d'hébergement et, à partir de 1995, d'un virage ambulatoire fort accéléré, destiné à raccourcir la durée de séjour des patients dans les centres hospitaliers.

La période de crise de l'État-providence II (1984-1990) : l'essor de la privatisation

Au milieu des années 1980, le document ministériel de 1979 tient toujours lieu de politique officielle, ce qui favorise le développement d'un programme régulier offrant des services à domicile de moins de 15 heures par semaine. Mais, dans le domaine des services à domicile, la diffusion des idées néolibérales, couplée aux contraintes budgétaires, amène les décideurs publics à favoriser un recours accru aux ressources du secteur marchand et du tiers secteur pour la prestation de certains services à domicile.

Ainsi, depuis le milieu des années 1980, les contradictions n'ont pas cessé de s'aviver. Sans désavouer sa politique de 1979 et sans se prononcer en faveur de la privatisation, le gouvernement du Québec va constamment placer les décideurs publics dans les régions et les territoires de CLSC dans une situation qui les obligent *de facto* à malmener certains principes de la politique. La régulation publique invite alors les CLSC à offrir une gamme de services relativement universels sur leur territoire. Le financement public est assuré, mais de manière insuffisante. En conséquence, les CLSC prennent l'habitude, notamment à partir du milieu des années 1980, de favoriser une offre plurielle de services : publique, privée, associative et bénévole [Vaillancourt et Jetté, 1999].

La période de crise de l'État-providence III (1991-1995) : la réforme Côté et l'expérimentation

Au début des années 1990, le système socio-sanitaire québécois est entré dans une nouvelle réforme, qu'on a appelé la réforme Côté (en référence au ministre qui l'a impulsée, Marc-Yvan Côté). Cette réforme s'apparente à la recherche d'un nouveau compromis institutionnalisé pour répondre à la crise du fordisme. Dans le compromis recherché, les axes principaux invitent à miser moins sur les ressources lourdes et coûteuses (par exemple, les institutions hospitalières) que sur les ressources légères et moins coûteuses de type parapublic comme les CLSC et de type non public comme les ressources marchandes, les ressources du tiers secteur et les ressources du secteur informel. Cela signifie que les politiques de maintien à domicile revêtent une importance accrue dans le discours gouvernemental. Le livre blanc qui lance la

réforme en 1990 va même jusqu'à annoncer, dans un contexte de compressions budgétaires, que les budgets alloués aux services à domicile (autour de 115 millions d'euros en 1990), devraient augmenter de 66 millions d'euros au cours des cinq années ultérieures [MSSS, 1990, p. 26].

En réalité, au cours des années 1990-1995, les enveloppes budgétaires affectées aux services à domicile augmentent de façon significative, mais à un rythme moins soutenu que ce qui est promis par le Ministre en décembre 1990. En somme, le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre de la réforme Côté, tente de favoriser la politique de soutien à domicile. Mais ces tentatives restent des demi-réussites dans la mesure où le Ministère demeure incapable de mener à terme sa réforme, c'est-à-dire de mettre en branle une véritable opération de réallocation des ressources. Concrètement, la mise en application de cette réforme aurait signifié une diminution des budgets pour les établissements hospitaliers (en fermant des lits et des hôpitaux) afin de canaliser une partie significative des sommes, ainsi épargnées, en direction des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et des organismes associatifs, coopératifs et bénévoles et ce pour augmenter les ressources en services à domicile.

Néanmoins, pendant la première moitié des années 1990, on assiste à l'émergence de certaines expérimentations novatrices dans le domaine de l'aide domestique avec l'apparition d'une trentaine de projets. Les besoins auxquels répondent les services de ces associations ne sont pas pris en charge par le réseau public soumis à de dures compressions budgétaires et non convoités par le secteur marchand peu enclin à s'impliquer dans un secteur où la solvabilité de la demande n'est pas assurée. Parmi ces projets, deux retiennent particulièrement l'attention et favorisent la diffusion de l'innovation. Il s'agit du projet *Défi-Autonomie d'Antoine-Labelle* (à 130 km au nord de Montréal) [Duval, 1996 ; Julien et Guérard, 1994], qui démarre en 1993, et du projet *Aide-Communautaire Limoilou* mis sur pied en 1994 dans un quartier populaire de la ville de Québec [Charest, 1998 ; Bédard et De Koninck, 1997]. Au milieu des années 1990, les expérimentations en cours, notamment dans ces deux projets mentionnés, suscitent beaucoup de débats dans une grande diversité de milieux. L'existence même et la qualité des projets vont aider des acteurs sociaux d'autres régions à développer leurs propres projets.

La mise sur pied de ces projets fait ressortir l'importance de pérenniser et d'étendre l'innovation au risque de voir cette dernière condamnée à mourir ou à ne prendre forme que sur une infime partie des territoires où les besoins se font ressentir. En outre, l'intensité des débats sur les expérimentations, au cours des dernières années, permet de sensibiliser un grand nombre de personnes à la prise en compte des conditions nécessaires et préalables pour que les emplois et les services soient de qualité.

Enfin, pour terminer, au printemps de 1994, le MSSS va finalement adopter non pas une nouvelle politique de services à domicile, mais, plus modestement, un document ministériel qu'on a appelé « Cadre de référence » [MSSS, 1994]. Ce document fournit une définition claire des services à domicile qui font partie du « panier de services » courants à rendre accessibles sur le territoire québécois soit :

« des services de soins infirmiers et de soins médicaux, des services de réadaptation, des services psychosociaux, des services d'aide personnelle, d'aide domestique et de soutien civique, et enfin des services de support aux proches, dont des services de répit et de dépannage » [MSSS, 1994, p. 4].

Cette définition a l'avantage de lever une ambiguïté concernant l'appartenance ou pas au panier des services, des services d'entretien ménager (« aide domestique ») et de soutien aux familles (gardiennage, répit, soutien civique). En revanche, le cadre de référence ne fait pas disparaître la confusion entourant le partage des responsabilités entre les diverses ressources, confusion qui était le propre de la politique de 1979 et qui a marqué les pratiques et les politiques de services à domicile des années 1980 et 1990.

La période de transformation de l'État-providence (1996-2000) : Le passage de l'expérimentation à l'institutionnalisation des entreprises d'économie sociale

Le passage de l'expérimentation à l'institutionnalisation s'effectue dans les années 1996-1998. Le Chantier de l'économie sociale²⁶ joue un rôle majeur à cet effet. Il contribue à synthétiser et relayer, en direction des décideurs publics gouvernementaux, les attentes exprimées à la fois par les promoteurs de projets d'économie sociale et par leurs alliés. Dans son rapport présenté au Sommet sur l'économie et l'emploi à l'automne 1996, le Chantier, parmi une vingtaine de projets chiffrés de création d'emplois en économie sociale, met en avant celui de créer en cinq ans 9 000 emplois dans les services d'aide à domicile [Chantier de l'économie sociale, 1996].

En mars 1997, le ministre des Finances, Bernard Landry, annonce le lancement d'un Programme d'exonération financière (PEF) « pour soutenir le développement d'un réseau d'entreprises d'aide domestique dans le secteur de l'économie sociale ». L'objectif devient alors de créer 6 000 emplois durables en trois ans, dont un bon millier au cours de la première année. L'enveloppe budgétaire permet de soutenir financièrement la demande des usagers des services d'aide domestique, soit des personnes âgées en perte d'autonomie et des ménages

²⁶. Le Chantier de l'économie sociale est un organisme parapluie regroupant des représentants des mouvements de femmes, d'associations, de coopératives, d'organisations syndicales, de regroupements sectoriels, etc. ayant la mission d'assurer le soutien, la promotion et le développement de l'économie sociale au Québec. Le Chantier fut créé en 1996 à l'initiative du gouvernement du Québec suite à la tenue, au printemps de la même année, du premier Sommet socio-économique.

réguliers [Landry, 1997, pp. 125-129 ; MSSS, 1997 ; MSSS et Régies régionales de la santé et des services sociaux, 1997). Les conditions fixées dans le budget Landry de 1997 représentent une ouverture. Mais les paramètres gouvernementaux imposent des marges de manoeuvre très serrées aux promoteurs de projets qui doivent négocier avec le MSSS et les autres organismes concernés (régies régionales, CLSC, etc.). L'imposition de ces paramètres risque en effet d'affecter la solvabilisation des entreprises et de favoriser le recours à une tarification élevée qui aura un effet négatif sur l'accessibilité des services aux personnes âgées et handicapées à faible revenu. C'est ainsi qu'entre le mois de mars 1997 et l'été 1998, le Chantier de l'économie sociale doit intercéder sans relâche auprès des pouvoirs publics pour obtenir une bonification du Programme d'exonération financière [Chantier de l'économie sociale, 1997].

Certes, les limites de la politique gouvernementale contribuent à retarder la mise en route de certains projets tout en alimentant des tensions et des incertitudes dans plusieurs régions. Néanmoins, à l'automne 2000, pas moins de 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) représentant 3 800 emplois sont accréditées par le programme d'exonération financière du gouvernement du Québec [Chantier de l'économie sociale, 2000]. En outre, les trois-quarts de ces entreprises font partie d'un Regroupement des entreprises d'économie sociale en aide domestique du Québec (REESADQ). Créé en 1998, il est destiné à soutenir le développement de ces entreprises en respectant les balises qui ont fait l'objet d'un consensus au Sommet socio-économique de l'automne 1996 [REESADQ, 1998]. Le quart restant des entreprises fait partie d'un autre regroupement, la Fédération des coopératives de services à domicile du Québec (FCSQ) qui est proche idéologiquement du mouvement coopératif Desjardins (institution financière). Elle est moins portée que le REESADQ à défendre le consensus de 1996 selon lequel les entreprises d'économie sociale ne doivent pas faire de la substitution d'emplois et de services avec le secteur public, i.e. les CLSC. Cela se traduit au cours des années 1998 à 2000 par des tensions constantes entre les visions respectives des deux regroupements.

En somme, l'institutionnalisation des services à domicile, amorcée à la fin des années 1970, connaît des ajustements importants à la fin des années 1990, en particulier dans le domaine de l'aide domestique. Sur le plan de la prestation des services, le secteur public conserve le rôle principal. Toutefois, le développement d'un réseau d'entreprises d'économie sociale en aide domestique signifie une amélioration de l'accessibilité à un type de services, essentiels mais non solvables, qui sont négligés par le secteur public et boudés par le secteur marchand depuis dix ans. Ainsi, l'évolution récente de l'institutionnalisation s'apparente moins à une vague de privatisation qu'à une percée de l'économie sociale dans le domaine des services d'entretien ménager destinés aux personnes âgées.

3. LES RAISONS EXPLIQUANT LA PERCEE DE L'ECONOMIE SOCIALE

À l'encontre de ce que suggèrent certains discours officiels et certaines représentations, l'expertise des intervenants expérimentés et les recherches de pointe dans le champ du maintien à domicile tendent à démontrer que les services d'aide domestique reliés aux activités de vie quotidienne, loin d'être négligeables, sont très importants pour la qualité de vie de personnes en perte d'autonomie. Comme nous l'avons souligné précédemment, le cadre de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux a fini par le reconnaître en incluant l'aide domestique dans la liste des prestations faisant partie d'un continuum de services de base à rendre accessibles [MSSS, 1994]. La présence ou l'absence de ces services peut souvent faire toute la différence pour que de telles personnes puissent ou non éviter le placement en institution.

Or, comme nous l'avons vu dans la périodisation, s'il y a eu privatisation des services publics d'aide domestique dispensés par les CLSC, le mouvement s'est réalisé avant 1990. Ainsi, l'émergence d'entreprises d'économie sociale dans l'aide domestique au cours des années 1990 est une réponse à des besoins non comblés par les ressources publiques des CLSC plutôt qu'une substitution à ces ressources.

Dès lors, si les besoins d'aide domestique sont de plus en plus reconnus comme importants pour la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie et s'il n'y a pas eu de privatisation dans ce domaine au cours des années 1990, que signifie l'émergence de nouvelles entreprises du tiers secteur associatif comme forme de réponse à ces besoins ? Comment se fait-il que la réponse à ces besoins n'a pas été assumée dans un passé récent et ne l'est pas davantage dans le présent par les services à domicile des CLSC ?

L'impact des restrictions budgétaires

Les coordonnateurs des services à domicile en CLSC se sont trouvés face au dilemme suivant : dans une conjoncture où les besoins diversifiés de services à domicile acheminés vers les CLSC s'accroissent de façon fulgurante sans que les augmentations de budgets suivent en conséquence, pourquoi utiliser de façon peu efficiente les enveloppes budgétaires pour faire exécuter à 9 euros de l'heure par des auxiliaires familiales de CLSC des services qui peuvent être effectués en dehors du CLSC à moindre coût, c'est-à-dire à environ 5 euros de l'heure.

En effet, aussi importantes qu'elles soient pour la qualité de vie des clientèles concernées, les tâches d'aide domestique n'exigent pas une formation de 600 à 960 heures comme celle des auxiliaires familiales [AAFSQ, 1992, pp. 6-19]. En conséquence, les salaires de 9 euros de l'heure que touchent les auxiliaires familiales en CLSC ne se justifient pas. Au contraire, ces tâches peuvent être accomplies par des personnes peu scolarisées ayant une formation

spécifique de 75 à 125 heures et elles peuvent être adéquatement rémunérées 5 euros de l'heure. C'est ainsi que les coordonnateurs de CLSC, depuis la fin des années 1980, ont eu recours de plus en plus aux contrats avec les agences commerciales dans de grandes régions urbaines comme Montréal et aux allocations directes²⁷ dans d'autres régions (permettant aux usagers d'engager des travailleurs indépendants).

Le recours à des entreprises du secteur marchand va constituer bien souvent le seul choix qui s'offre aux administrateurs de services de maintien à domicile au cours des années 1980 étant donné l'absence ou la faiblesse de l'offre de services associative sur leur territoire. Mais depuis le début des années 1990, et encore davantage depuis 1998 avec la mise en application du programme d'exonération financière instauré par le gouvernement du Québec, la situation s'est radicalement transformée avec l'émergence d'une centaine d'entreprises d'économie sociale dans le domaine de l'aide domestique au Québec. Dans ce contexte, les administrateurs de services à domicile dans les CLSC sont appelés désormais à faire appel davantage au tiers secteur associatif avec lequel, d'ailleurs, ils partagent souvent plus d'affinités qu'avec le secteur marchand.

L'aide domestique et les producteurs de services du secteur public

Les auxiliaires familiales syndiquées de CLSC connaissent fort bien l'importance stratégique de l'aide domestique dans le panier des services à domicile qui doit être rendu accessible aux personnes dans le besoin. Elles ne se sont pourtant pas montrées particulièrement intéressées à accomplir elles-mêmes ces tâches au cours des dernières années. Elles considèrent que leur formation spécifique d'auxiliaire familiale est mieux mise à contribution si elles s'en servent pour accomplir d'autres tâches relevant de l'hygiène personnelle et du conseil social.

L'Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec (AAFSQ), un regroupement professionnel d'auxiliaires familiales²⁸, elle a adopté, au cours des années 1990, une position ambivalente concernant la place de l'aide domestique dans les tâches des auxiliaires familiales. D'une part, pour cette association, l'aide domestique et le gardiennage font partie de la liste des « besoins parfois très diversifiés » auxquels répond l'auxiliaire, au même titre que des activités d'éducation et formation, d'urgence (ex. : sortie rapide de l'hôpital), de support, de soins de base (ex. : bain), de soins particuliers (ce qui se rattache à des actes délégués précis) et d'orientation (ce qui se rattache à l'information communautaire) [AAFSQ,

²⁷. Afin de contrer le travail au noir généré par la formule des allocations directes, le gouvernement du Québec a mis en place à la fin des années 1990 une nouvelle forme de financement des services dispensés de gré à gré appelée « chèque emploi-service ». Contrairement à l'allocation directe, le financement d'une bonne part des services fournis de gré à gré à des personnes ayant des incapacités transite désormais par le producteur de service plutôt que par l'utilisateur, comme c'était le cas autrefois. Ces nouveaux arrangements permettent à l'État d'avoir un plus grand contrôle sur les retenus fiscaux à la source puisque ce sont les producteurs de services eux-mêmes qui disposent d'un chèque à partir duquel ils peuvent offrir leurs services aux personnes dans le besoin.

²⁸. Plusieurs auxiliaires familiales de CLSC sont à la fois syndiquées et membres de l'AAFSQ.

1992, p. 5]. D'autre part, « l'entretien ménager n'est pas au coeur des services à domicile mais une porte d'entrée permettant d'identifier ou de confirmer d'autres besoins ; si le besoin de l'usager se limite à l'entretien ménager, il n'est pas nécessaire qu'il soit dispensé par l'auxiliaire familiale et sociale en CLSC » [1992, p. 5]. En d'autres termes, les besoins d'entretien ménager ne font pas partie des tâches qui relèvent formellement des auxiliaires familiales.

Par ailleurs, les syndicats de CLSC ont longtemps prêché dans le désert en tenant un discours qui valorise l'importance des tâches d'aide domestique tout en ne reconnaissant pas que ces tâches puissent être accomplies par des employés de CLSC affectés à un autre poste qu'à celui d'auxiliaire familiale. Ainsi, en demandant aux directions de CLSC de confier aux auxiliaires familiales des tâches d'aide domestique, les syndicats se placent dans une position qui ne leur permet ni d'aller chercher un fort appui subjectif des auxiliaires familiales — peu intéressées à faire elles-mêmes de l'aide domestique sans pour autant l'affirmer ouvertement — ni de convaincre avec des arguments solides les directions de services à domicile des CLSC. En somme, les syndicats vont refuser de considérer l'hypothèse de négocier l'ouverture d'un nouveau poste de préposé à l'aide domestique, qui serait nettement distingué de celui d'auxiliaire familiale en CLSC et qui justifierait des niveaux de rémunération inférieurs à ceux conférés aux auxiliaires.

En fait, l'apparition de projets d'entreprises d'aide domestique relevant du tiers secteur manifeste une double signification. D'abord, il y a le constat que si ces services sont importants, ils n'ont pas pu être dispensés à partir des CLSC pour les raisons évoquées précédemment. Ensuite, il y a la conviction que ces services, tant qu'à être dispensés à partir de l'extérieur des CLSC gagneraient, sur le plan de la qualité des services et des emplois créés à relever d'entreprises du tiers secteur associatif plutôt que d'agences commerciales ou de travailleurs indépendants, si certaines conditions sont réunies. Si nous sommes capables de distinguer les tâches dévolues aux auxiliaires familiales de celles dévolues aux préposés à l'aide domestique, il est alors possible de parler d'emplois décents pour ces derniers même avec une échelle salariale se situant en deçà de celle des auxiliaires familiales de CLSC [Desmarais et Tremblay, 1994].

Évidemment, malgré le processus d'institutionnalisation en cours depuis 1998 des entreprises d'économie sociale en aide domestique, le débat concernant les conditions salariales des préposés à l'entretien ménager est loin d'être clos. Surtout si on tient compte du contenu relationnel associé à ce type d'emploi, notamment avec les personnes âgées demeurant en milieu urbain qui vivent souvent seules et isolées. Les préposés, en effet, apportent dans ce cas une présence significative auprès de ces personnes et deviennent, de ce fait, créateurs de liens sociaux. La tâche de préposé s'enrichit donc, dans plusieurs cas, d'une composante relationnelle, certes non professionnelle et non thérapeutique, mais tout de même

suffisamment importante pour qu'on puisse s'interroger sur la création éventuelle d'un nouveau titre d'emploi pour ces personnes [Reuzé, Tremblay et Jetté, 2000].

L'organisation tayloriste du travail dans le secteur public

On constate que la percée de l'économie sociale dans les services à domicile est liée à des questions de coûts, mais à d'autres raisons. Au cours des années 1980, on fait souvent référence à une certaine rigidité attribuable aux conventions collectives de CLSC. Cette rigidité empêche alors d'avoir recours aux infirmières et aux auxiliaires familiales pour dispenser des services à domicile tôt le matin, ou en soirée, ou pendant les fins de semaines. Or, le déploiement des services intensifs à domicile (de 15 à 35 heures par semaine), à partir de décisions prises en 1986 pour désengorger les urgences des hôpitaux, sont appelés à compléter le programme régulier auquel se référait la politique de 1979. Ce déploiement va contribuer à augmenter la demande de services à dispenser en dehors des heures de travail régulières.

Dans un tel contexte, certains CLSC sont dans l'obligation de recourir à une main-d'oeuvre non publique pour offrir des services le soir ou les fins de semaines à leur clientèle. Certains services ont été attribués au secteur privé à but lucratif, notamment certaines tâches dévolues spécifiquement au personnel infirmier et aux auxiliaires familiales de CLSC. Mais d'autres services, comme le gardiennage et l'aide domestique, sont transférés, en partie du moins, à des entreprises du secteur de l'économie sociale.

Le développement des mesures d'employabilité

Enfin, à partir de la fin des années 1980, un autre développement aura une influence sur l'essor des associations et des coopératives dans certains services de maintien à domicile. Nous faisons référence au croisement entre certaines mesures de développement de l'employabilité pour les bénéficiaires du revenu minimum aptes au travail, et le financement de certains organismes bénévoles et associatifs intervenant dans le domaine des services à domicile. Ces mesures offrent la possibilité à des organismes, principalement publics ou associatifs, d'engager des bénéficiaires du revenu minimum pour une durée maximale de douze mois et cela sans leur offrir la protection sociale relevant du Code du travail. Plusieurs acteurs privés, publics et associatifs voient dans ces mesures d'employabilité des sources de financement pour leurs projets.

En revanche, ces mesures d'employabilité sont critiquées en raison des effets pervers qu'elles induisent sur le développement des ressources non publiques dans le domaine du soutien à domicile. On leur reproche alors de favoriser, entre autres, le travail au noir et d'encourager le développement d'associations vouées à la précarité. On leur fait surtout grief de subordonner à la logique de l'insertion des exclus les efforts déployés pour répondre à de nouveaux besoins

de services pour des personnes socialement vulnérables comme les personnes âgées. Néanmoins, malgré leurs vicissitudes, ces programmes vont participer, pour un temps du moins, au financement d'organismes du tiers secteur dans le domaine des services à domicile [Comité d'orientation et de concertation sur l'économie sociale, 1996].

4. L'IMPACT DES TRANSFORMATIONS DE L'ÉTAT-PROVIDENCE SUR LES ASSOCIATIONS

Parmi les diverses composantes des services de maintien à domicile dispensés aux personnes âgées, l'aide à domicile constitue sans doute un des champs d'activités les plus pertinents pour les personnes qui s'intéressent aux transformations dans le domaine de la santé et des services sociaux et, plus globalement, à la transformation de l'État-providence québécois. Les services de maintien à domicile représentent un laboratoire vivant dans lequel se déploient les transformations les plus significatives des règles du jeu pour le financement, la régulation et la prestation des services. Pour leur prestation, on observe depuis une quinzaine d'années, l'expérimentation d'un nouveau partage de responsabilités entre l'État, le marché, l'économie sociale et le secteur informel. Et, dans la deuxième moitié des années 1990, on assiste plus particulièrement à l'institutionnalisation d'un nouveau partage de responsabilités entre l'État et l'économie sociale dans un domaine très spécifique de services à domicile, soit les services d'aide domestique.

C'est au cours de la deuxième moitié des années 1990 que s'amorce le passage de l'expérimentation à l'institutionnalisation des projets d'aide domestique en économie sociale au Québec. Ce processus a mené à la mise sur pied d'une centaine d'entreprises. Or, malgré la mise en place du programme d'exonération financière, assurant l'imposition d'un barème de financement relativement homogène pour les services dispensés par ces entreprises d'économie sociale en aide domestique, le processus d'institutionnalisation en cours dans le domaine des services à domicile se réalise de manières fort distinctes en fonction des visions portées par les différents acteurs sociaux (gestionnaires, syndicats, fonctionnaires, etc.) et les territoires concernés et ainsi, selon le cas, avoir des impacts fort différents sur les travailleurs et les usagers du tiers secteur. En conséquence, quatre visions semblent vouloir façonner la configuration institutionnelle que prendront les services d'aide à domicile du tiers secteur au Québec au cours des prochaines années.

La première de ces visions se rapporte au modèle de développement néo-libéral. Elle tend à réduire l'économie sociale à des impératifs strictement économiques, évacuant du même coup les dimensions sociales intégrées à ces projets par leurs promoteurs. Découlent alors de cette vision des entreprises sur lesquelles les communautés locales ont souvent peu d'emprise, des pressions à la baisse sur les conditions de travail des producteurs de services, une

programmation d'activités établie sur la base de la liberté de marché et tenant peu compte de l'offre de services publics. Dans cette vision, les entreprises d'économie sociale en aide domestique sont perçues comme des sous-traitants, en concurrence avec le secteur privé et en capacité de réaliser à moindre coût des services et des activités délaissés par le secteur public.

Dans la deuxième vision, que nous appelons « social-étatiste », les entreprises d'aide domestique relevant de l'économie sociale sont également considérées sous l'angle de la sous-traitance. Elles sont suspectées de favoriser la privatisation des services. Dans cette optique, « les initiatives relevant de l'économie sociale sont confinées à jouer un rôle marginal, l'originalité et l'efficacité de leurs activités ne faisant pas l'objet d'une attention particulière par rapport aux activités du secteur public » [Jetté et Vaillancourt, 1999, p. 9].

Dans la troisième vision, que nous appelons « néo-providentialiste », l'État accepte de faire une place aux entreprises d'économie sociale dans les services aux personnes âgées, mais leur espace d'autonomie est restreint et la programmation de leurs services demeure soumise aux prérogatives d'une instance publique fonctionnant sur une base centralisée et hiérarchique, voire tutélaire [Laville, 1992]. Dans cette vision, les succès de l'économie sociale sont évalués en termes d'emplois créés (surtout pour les exclus) et de capacité à s'autofinancer.

Enfin, dans un quatrième scénario qualifié de « solidaire », les composantes de l'économie sociale forment un véritable secteur d'activité. Si certaines conditions sont respectées, notamment concernant les rapports de partenariat avec l'État (non-substitution des emplois, respect des ententes avec les CLSC, respect de la spécificité des entreprises, etc.), elles seront en mesure de dégager un espace d'autonomie. Elles pourront ainsi fournir leur plein potentiel et développer leurs capacités spécifiques par rapport aux secteurs privé et public. Ces conditions portent également sur la double participation, le double *empowerment* pour reprendre l'expression anglo-saxonne des producteurs de services et des usagers. En effet, les organismes du tiers secteur attachent une importance à la gestion démocratique du travail qui mise sur un lien de proximité et de solidarité entre les intervenants, les usagers et les gestionnaires. D'ailleurs, dans les mécanismes décisionnels ou consultatifs dont ils se dotent, on retrouve souvent une participation significative des usagers (ou de la communauté concernée par les objectifs et le programme d'activités de l'organisme) et des travailleurs. Cette double participation des consommateurs comme des producteurs de services favorise la rencontre entre la mission économique et la mission sociale. Elle facilite aussi les liens d'appartenance entre ceux-ci et la communauté environnante. Elle contribue à démocratiser l'organisme d'une manière qui l'amène à contrer à la fois le taylorisme basé sur l'exclusion des producteurs et le providentialisme basé sur l'exclusion des usagers et des citoyens de la gestion de l'organisme, ainsi que de la planification et de l'évaluation de ses activités [Bélanger et Lévesque, 1991].

Les entreprises d'économie sociale doivent également préserver les mécanismes par lesquels ils assurent leur enracinement dans les communautés locales. Cette caractéristique leur permet de détecter et de répondre de manière plus adaptée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ou en quête de services. Ces organismes sont en effet souvent mis sur pied à l'initiative d'acteurs locaux (organismes communautaires, groupes de femmes, associations de services, bénévoles, etc.) qui connaissent bien les particularités de leur territoire et de leur communauté, ses atouts et ses faiblesses. Ils sont donc davantage en mesure d'apporter des réponses souples et adaptées aux divers besoins de services et d'activités des personnes.

Enfin compte tenu de la capacité du tiers-secteur à mobiliser des ressources bénévoles et militantes au sein de leurs programmes d'activité et de leurs instances internes, ces alliances entre les ressources rémunérées et non rémunérées favorise le renforcement des valeurs de don et de réciprocité. Elles demeurent un atout dans la prestation des services aux personnes comme le sont les services à domicile pour les personnes âgées ou handicapées [Godbout, 1998 ; 2000, Enjolras, 1998].

Compte tenu des caractéristiques inhérentes aux quatre modèles exposés ci-dessus, l'institutionnalisation d'un modèle solidaire apparaît souhaitable. Tout en favorisant l'amélioration et le renforcement des réseaux sociaux au sein des communautés, on peut penser qu'une présence accrue et bien balisée des organismes relevant de l'économie sociale dans la production et la prestation des services sociaux et de santé est en mesure d'insuffler, aux secteurs privé et public, une dynamique organisationnelle et institutionnelle qui leur fait souvent défaut : finalité des services aux membres, autonomie de gestion (qui restera tout de même toujours relative dans le secteur public), processus décisionnel démocratique dans l'organisation du travail, participation des usagers, etc. [Jetté et Vaillancourt, 1999]. L'issue finale de ce processus d'institutionnalisation des entreprises associatives et coopératives en aide domestique dépend ainsi de la capacité des acteurs sociaux à préserver le caractère innovateur de ces entreprises dans un contexte marqué par leur passage de l'expérimentation à l'institutionnalisation [Jetté et al., 2000].

En effet, toute régulation dans le domaine des services à domicile conférant une place à des éléments de la culture associative doit, au point de départ, tenir compte des effets pervers que peut amener un mouvement d'institutionnalisation qui se développe sans balises précises quant au contenu de ses politiques. Dans le cas des services d'économie sociale en aide domestique, ces politiques font principalement référence au respect des protocoles d'entente conclus entre l'État et le Chantier de l'économie sociale. Ils concernent la programmation des services dispensés par les entreprises d'économie sociale en aide domestique (par rapport aux services dispensés par les trois autres secteurs), les barèmes de tarification imposés par l'État aux usagers de ces services et les conditions de travail des personnes (en majorité des femmes) oeuvrant dans le tiers secteur. La configuration que prendra le mouvement

d'institutionnalisation du tiers secteur dans l'aide domestique au Québec sera donc tributaire des compromis qui seront réalisés sur ces questions entre les administrations publiques et les promoteurs des projets d'économie sociale présents sur les différents territoires. De plus, étant donné l'importance accordée par l'État québécois et les mouvements sociaux aux débats actuels pour l'offre de services dans l'aide domestique, il ne fait pas de doute que l'issue de ces négociations aura une influence déterminante sur l'évolution de l'ensemble des services de maintien à domicile au Québec.

5. CONCLUSION

La conjoncture, marquée notamment par l'épuisement du fordisme, les pressions provenant des forces néolibérales, le vieillissement de la population et le virage ambulatoire, pèsent lourdement sur les services aux personnes âgées. De plus, le retour à l'équilibre budgétaire de l'État — et donc l'accroissement des ressources financières disponibles pour un réinvestissement massif dans les dispositifs providentialistes — ainsi que l'intérêt porté par certaines commissions d'étude [Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux, 2000 ; Gouvernement du Québec, 1999] relativement aux problèmes vécus par les acteurs et les établissements de la santé, au détriment des services sociaux (où se retrouvent davantage l'économie sociale) peuvent inciter à l'hospitalocentrisme qui consiste à tout simplement augmenter les ressources budgétaires dans les hôpitaux plutôt qu'à réorienter l'allocation des ressources budgétaires vers les services de prévention et de soutien aux personnes pour leur maintien à domicile. Enfin, à l'intérieur des divers programmes d'aide à domicile, cohabitent de nombreuses formules de financement qui se superposent parfois de manière anarchique sur un territoire (chèque emploi-service, allocation directe, programme d'exonération financière, etc.). Cette situation a pour conséquence de laisser dans le besoin des personnes aux prises avec des incapacités ou des pertes d'autonomie importantes. Ces personnes risquent alors d'être confrontées, à plus ou moins long terme, à une dégénérescence de leur situation qui pourra entraîner une prise en charge plus lourde dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Néanmoins, malgré ces fortes contingences, étant donné la structure mixte de financement (cotisations des usagers et subventions publiques) des entreprises d'économie sociale qui dispensent des services d'aide à domicile auprès des personnes âgées, l'octroi de ressources financières adéquates par l'État pour répondre à la demande de services — notamment par la bonification et la pérennisation du programme d'exonération financière — pourrait favoriser un processus d'institutionnalisation du tiers secteur qui serait davantage imprégné par les principes de la solidarité. Cette « solidarisation » convient davantage aux personnes âgées qui représentent une clientèle captive et souvent vulnérable et qui, en raison même de ces

caractéristiques, doivent être protégées contre les abus auxquels pourraient mener la pratique de la libre concurrence dans la recherche de la satisfaction à leurs besoins d'autonomie.

Dans la même veine, soulignons que cette institutionnalisation doit tenir compte du fait que les personnes qui présentent des incapacités (physiques, intellectuelles ou cognitives) et qui ont besoin d'aide à domicile sont en majorité des personnes à faibles revenus. Elles connaissent à l'heure actuelle des problèmes dans l'accès à ces services. En effet, le montant des allocations, la disponibilité des services et les règles du jeu qui les régissent varient selon les programmes gouvernementaux. L'équité ne sera atteinte, d'une part, que si les associations parviennent à négocier avec l'État des barèmes de contribution vraiment adaptés à la situation des personnes et, d'autre part, que si l'accessibilité des services représente un élément important de leurs revendications. Dans ce dernier cas, soulignons que le processus même d'institutionnalisation des associations contient en soi le germe d'une certaine universalité puisqu'il a permis une certaine reconnaissance de l'État et une généralisation de l'innovation à l'ensemble du territoire québécois.

Par ailleurs, l'un des enjeux à surveiller au Québec réside dans l'élargissement de la programmation des services du tiers secteur à des activités qui viendraient empiéter sur les tâches dévolues aux CLSC et donc aux travailleurs du secteur public. Sur ce point, nous croyons qu'il est primordial que les syndicats locaux de CLSC soient parties prenantes des ententes. Si, sur certains territoires, tous les acteurs sont en faveur d'un élargissement de la programmation des services (usagers, producteurs de services et CLSC), il est difficile d'imaginer comment les ententes conclues pour le partage des responsabilités dans le domaine des services à domicile pourront tenir très longtemps. Le glissement pourrait se faire lentement à certains endroits, plus rapidement ailleurs, mais il va se réaliser si rien n'est fait. L'expérience semble démontrer que là où les syndicats locaux de CLSC se sont impliqués dans la mise sur pied d'un organisme d'économie sociale, il est plus difficile de déborder le cadre strict des ententes conclues sur la programmation des services car les syndicats participent, d'une certaine manière, au développement de l'entreprise [Jetté, 1999].

La question de la formation sociale des producteurs de services constitue également un enjeu de taille quant à l'orientation que prendra la modification de l'institutionnalisation des services d'aide à domicile. On tient généralement pour acquis que les personnes embauchées pour travailler dans les entreprises d'économie sociale en aide domestique vont tout naturellement participer aux structures associatives ou coopératives et adhérer à leurs valeurs. Certains témoignages du terrain donnent plutôt à penser que ces habilités ne sont pas toujours développées chez les travailleurs, et que peu d'énergies ont été consacrées jusqu'ici au Québec à la formation sociale comparativement à la formation professionnelle des travailleurs dans les entreprises [*ibid.*]. Or, les débats actuels pour l'élargissement de la programmation de services souffrent manifestement de cette carence alors que les producteurs de services sont

parfois eux-mêmes en faveur d'un élargissement des services, au détriment des services publics, afin d'augmenter les revenus de leur entreprise et consolider leur emploi. Pourtant, certains bilans d'expériences passées [cf. Comeau, Bourque et Vaillancourt, 1995] ont démontré que la perversion des objectifs initiaux peut avoir des conséquences dramatiques pour l'avenir d'une entreprise associative ou coopérative (développement incontrôlé, partage flou des responsabilités, substitution d'emploi, manque de formation sociale, etc.). L'éducation au fonctionnement associatif et coopératif des entreprises devrait donc constituer un volet de la formation des travailleuses auquel on devrait attacher tout autant d'importance qu'au volet de la formation professionnelle si l'on veut assurer la pérennité des organismes et leur bon fonctionnement.

Cela nous amène à mettre en relief l'importance que nous accordons à l'État comme référence première quant aux divers aspects balisant la production des services aux personnes âgées, c'est-à-dire l'établissement de normes pour la qualité des services, les normes minimales de travail des producteurs de services, etc. Néanmoins, baliser ne veut pas dire contrôler. L'État devra faire davantage confiance à ses partenaires de l'économie sociale et traiter dans le respect de leur spécificité et leur façon de faire. À défaut de quoi, on assistera à un rapport de sous-traitance sur le modèle néo-providentialisme plutôt qu'à un véritable rapport partenarial. Une telle éventualité laisse planer la possibilité, à plus long terme, d'une démotivation et d'un essoufflement des acteurs de l'économie sociale. Cette situation pourrait ainsi ouvrir la porte à toutes sortes d'éventualités, dont l'émergence d'une nouvelle vague de privatisation.

Évidemment, l'engagement des acteurs sociaux, dont au premier chef les producteurs de services et les usagers, dans des stratégies favorisant le développement d'une économie sociale plus « solidaire » ne constitue pas en soi une garantie de réussite. Néanmoins, l'analyse démontre que l'économie sociale, version solidaire, demeure la voie la plus prometteuse pour ceux et celles qui souhaitent l'avènement d'une politique de maintien à domicile globale et généreuse, tant pour les personnes âgées que pour les producteurs de services. Loin de prendre leur essor au détriment du secteur public, les entreprises d'économie sociale livrant des services de maintien à domicile aux personnes âgées devraient, au contraire, permettre d'assurer les transformations souhaitées au sein du système de santé et de services sociaux, tout en maintenant un secteur public fort, gardien de la qualité, de l'accessibilité et de l'universalité des services. C'est dans la reconnaissance de ces nécessaires transformations et dans le nouveau partage qu'elles imposent que se situe, à notre avis, l'essentiel des enjeux pour l'institutionnalisation des services de maintien à domicile au Québec à l'aube du vingt-et-unième siècle.

Grande-Bretagne : une économie plurielle de soins bouleversée par les « quasi-marchés »

par Jeremy Kendall

L'objectif de ce chapitre est de décrire et d'analyser pour la Grande-Bretagne le rôle du secteur associatif²⁹ dans le champ des services sociaux proposés aux personnes âgées. Dans un premier temps, nous abordons le développement historique de ces services ainsi que les mutations politiques récentes les concernant. Ensuite, dans ce contexte, nous nous penchons sur le rôle actuel des associations en les distinguant sur base des finalités et des ressources mobilisées. Nous nous interrogerons également sur leur place aux côtés du secteur privé à but lucratif et du secteur public. Enfin, nous tenterons d'expliquer pourquoi celle-ci varie suivant le type de service (services résidentiels, services à domicile, accueil de jour). Des réglementations de nature différente, héritées de l'histoire, la place potentielle du bénévole ainsi que la structuration interne du secteur associatif apparaissent comme des facteurs déterminants. Ce dernier facteur permet d'attirer l'attention sur l'importance des mutations internes au sein des associations. Elles contribuent à la compréhension de leur rôle actuel dans le domaine des services sociaux aux côtés du secteur public et privé lucratif.

1. EVOLUTION HISTORIQUE : DE L'ORIGINE ASSOCIATIVE DES SERVICES AU DEVELOPPEMENT DE L'ETAT-PROVIDENCE

Jusqu'au vingtième siècle, et avant la consolidation de l'Etat-providence moderne, les associations sont les premiers vecteurs d'une aide formellement organisée aux personnes âgées. Elles viennent compléter le soutien informel apporté par la famille, les amis et les voisins. De nombreux foyers et de partenariats locaux sont créés afin de lutter contre la pauvreté notamment des personnes âgées. Dès la fin du Moyen Âge, ces institutions, gérées par les élites locales et ecclésiastiques hébergent les pauvres, natifs ou résidents, dans une localité, une paroisse ou un quartier particulier, tout en leur fournissant de l'argent, du combustible ou des vêtements.

Jusqu'au vingtième siècle, la contribution des autorités publiques est très limitée du fait notamment de la volonté des classes dirigeantes de maintenir le degré de taxation locale à un niveau peu élevé. En outre, en vertu de la doctrine légale sur la pauvreté (« Poor law

²⁹. Le terme anglais est celui de « Voluntary sector ».

doctrine »), l'aide publique est considérée comme un dernier recours destiné uniquement aux personnes qui "ne sont pas méritantes"; les besoins des "personnes méritantes" - c'est-à-dire celles qui ne sont pas "responsables" de leur situation (cette notion incluant généralement la vaste majorité des personnes âgées dans le besoin) – sont du ressort de la charité privée. En pratique, le sort des personnes âgées, pauvres et vulnérables, dépend alors non seulement de leur désir de s'en remettre à la volonté de (potentiels) bienfaiteurs qui exigent en contrepartie des comportements conformes à leurs normes, mais aussi des hasards de leur naissance et de leur lieu de résidence. En effet, rien ne garantit que l'aide fournie par ces élites locales et les nouveaux groupements sociaux (voir supra n) puisse répondre à l'ensemble des besoins, plus particulièrement dans les zones urbaines massivement peuplées avec l'accélération de la révolution industrielle. En fait, la systématisation de l'aide apportée via les donations et le bénévolat demeure très variable malgré le travail de coordination fourni par la « *Charity Organisation Society* » au niveau national [Lewis, 1995].

Toutefois, l'histoire de l'action collective ne se limite pas aux initiatives publiques et à l'action des élites philanthropiques anglicanes. Les associations de prévoyance (« *Friendly societies* ») sont l'une des formes d'associations mutuelles qui émerge au cours du dix-huitième siècle. Elle contribue, dans un esprit de solidarité et avec un succès mitigé, à la mise en place de formes d'assurance-vie et médicale, essentiellement destinées aux classes sociales inférieures. C'est très nettement au dix-neuvième siècle et au début du vingtième siècle - dans un contexte caractérisé par l'affaiblissement de l'hégémonie anglicane ainsi que par le développement et l'affirmation vigoureuse de l'identité de la classe moyenne – que vont proliférer les groupements religieux, corporatistes et professionnels. La fourniture d'une assistance sociale et de services à leurs membres, y compris aux plus âgés d'entre eux, est au coeur de leurs activités.

Le développement d'une intervention étatique

Au cours du dix-neuvième siècle, la perception quant à l'accroissement de certaines dépenses publiques tend à se modifier. Initialement, l'argument massue utilisé pour justifier les dépenses publiques fait référence à la « construction de la nation » ; il est nécessaire d'investir dans le capital humain afin de permettre à l'Angleterre d'être plus compétitive tant lors de conflits à l'étranger que sur les marchés internationaux. C'est essentiellement pour cette raison que les associations actives dans le domaine de l'éducation et dans celui de la santé sont les premières à bénéficier d'un important apport de fonds publics [Taylor et Kendall, 1996].

Bien évidemment, cet argument est moins persuasif dans le domaine des services aux personnes âgées. La participation à des guerres dans leur chef semble peu probable ! L'implication de l'Etat dans ce domaine, plusieurs décennies après, découle plutôt de la prise

de conscience des limites importantes et des échecs du laissez-faire. L'ampleur de la pauvreté endurée par les personnes âgées est démontrée pour la première fois à travers des enquêtes sociales et des commissions organisées par le secteur associatif³⁰. Celles-ci démontrent également que de nombreux besoins ne sont pas rencontrés par la combinaison de l'intervention marginale de l'Etat, de celle des oeuvres de charité et de l'aide mutuelle [Taylor et Kendall, 1996]. L'évolution des mentalités contribue à l'émergence d'une attitude de moindre hostilité vis à vis de l'Etat. Cette perception plus favorable s'explique par la démocratisation de celui-ci, par le passage d'un Etat confessionnel à une reconnaissance progressive des revendications des non-anglicans, et par la réforme de ses structures internes afin d'améliorer son efficacité [Kendall, 1996a, chapitre 2].

Comment l'Etat peut-il pallier les limites d'une configuration au sein de laquelle le secteur associatif est dominant et l'Etat, marginal, sans porter atteinte aux contributions du secteur associatif – dont le pouvoir politique est considérable et qui inspire une grande confiance- ? Telle est la première interrogation. Le maintien des revenus est le premier objectif politique. Dès 1908, une législation établissant un régime de pensions d'Etat fixées en fonction des besoins des intéressés est adoptée. Ensuite, dès la moitié des années 1920, sous l'impulsion des pouvoirs publics, les associations de prévoyance sont chargées d'administrer la gestion de certaines cotisations. L'Etat intervient également financièrement dans le domaine des soins de santé et des services sociaux à une échelle plus importante, bien que les associations demeurent dominantes dans ce domaine. En effet, si la responsabilité des nouvelles administrations locales et des « institutions d'assistance publique » (anciennes « workhouses » relevant des lois sur l'assistance publique) augmente dans le domaine de la gestion des hôpitaux publics, le secteur associatif ne continue pas moins à fournir l'essentiel des services sociaux. Des services qui sont certes financés partiellement par l'Etat mais surtout grâce à des dons privés, des souscriptions ainsi qu'à la contribution des bénéficiaires.

Consolidation de l'Etat - Providence, continuités et changements au sein du secteur associatif

La législation sociale adoptée après la seconde guerre mondiale modifie considérablement le paysage institutionnel. Grâce aux succès remportés par l'Etat pendant la guerre, sa crédibilité au sein de la société est à son apogée. Le nouveau gouvernement socialiste, issu du mouvement travailliste, fidèle à son idéologie, s'engage résolument dans la consolidation d'un Etat-providence avec l'espoir d'enranger des résultats tant sur le plan de l'efficacité que de l'équité. Cette dynamique aboutit, in fine, au contrôle étatique de l'ensemble des fonctions essentielles dans le domaine des assurances sociales et des soins de santé. Dans ce contexte, le

³⁰. Certains estiment que l'influence des enquêtes menées sur la politique publique au dix-neuvième siècle a été plus importante en Grande-Bretagne qu'ailleurs en Europe et aux Etats-Unis, notamment parce que ces enquêtes ont été menées, précisément, par des associations et n'ont pas été initiées par l'Etat [Mitchell, 1968, p. 129].

rôle des œuvres de charité comme celui des organisations d'assistance mutuelle dans le champ des services sociaux est remis en question avec comme principal argument ce que les théoriciens présenteront ultérieurement comme les « échecs du secteur associatif » [Salamon, 1987]. En dépit de ses limites, on considère toutefois à l'époque que le secteur associatif, tout comme le secteur à but lucratif, doivent continuer à jouer un rôle supplétif extrêmement important. Au sein d'une société où le libre choix est valorisé, ces organisations doivent être une forme d'extension des services publics universels, contrôlée directement par l'Etat [Webb et Webb, 1912 ; Beveridge, 1948 ; voir Kendall et Knapp, 1996, chapitre 1er].

Dès la fin des années 40, la contribution de l'Etat éclipse donc celle du secteur associatif tant sur le plan du maintien des revenus que des soins de santé. Ces deux services sont d'ailleurs, à quelques exceptions près, nationalisés (c'est-à-dire détenus et contrôlés par l'Etat). Les services sociaux aux personnes sont toutefois traités différemment. La responsabilité de ceux-ci est confiée à l'administration municipale plutôt qu'à l'administration centrale, en vertu de un accord intervenu après la guerre. Dans ce cadre, les associations vont continuer à jouer un rôle essentiel dans l'organisation de ces services. A l'image d'autres services sociaux, *l'intention est* certainement d'accroître l'importance du rôle joué par les autorités publiques. Pourtant, dans l'après-guerre, peu des moyens sont consacrés aux services aux personnes et les investissements initiaux sont donc relativement limités. En outre, de nouvelles dispositions légales vont permettre aux autorités locales de subvenir aux besoins des personnes âgées dont elles ont la responsabilité, non seulement par la mise en place de leurs propres services résidentiels et à domicile, mais aussi par le financement des associations qui se voient déléguer ces missions. Par exemple, une grande partie des services résidentiels fournis par les oeuvres de charité traditionnelles – que ce soit les communautés religieuses anglicanes et catholiques ou l'armée du salut – est bien accueillie et considérée comme exemplaire [Kendall et Knapp, 1996, pp. 212-214]. Dans le domaine des services non résidentiels, le dynamisme des associations est évident dans la mesure où elles restent le premier organisateur de services de jour jusqu'à la fin des années 70 [Carter, 1981; voir les définitions actuelles de différents types de services ci-dessous]. Le dynamisme du secteur associatif, dans le champ des services aux personnes âgées, provient également de nouvelles associations et fédérations spécialisées telles que "Age Concern", "Help the Aged" et la "Abbeyfield Society". Ces organisations se distinguent des organisations existantes par leur ouverture sans distinction selon les origines religieuses ou professionnelles à l'ensemble des personnes âgées.

Les pouvoirs publics financent donc tant les organisations publiques qu'associatives. Cependant, lorsque pendant les années 1960 des fonds publics sont davantage disponibles avec le développement de l'Etat-providence [George, 1996], les autorités locales ont alors tendance à développer des services publics qu'elles gèrent directement plutôt que d'appuyer financièrement les organisations indépendantes. Cette approche rencontre relativement peu de

résistance. Les professionnels et les bénévoles du monde associatif - tout comme la société en général - considèrent que cette évolution se situe dans la droite ligne d'un projet jugé incontesté à l'époque, celui de l'expansion de l'Etat-providence [Pierson, 1998]. Dans ce contexte, la plupart des associations envisagent leurs fonctions de la même manière que les autorités locales : essentiellement celles de pionniers, jouant un rôle supplétif et de spécialistes dans des niches particulières plutôt que celles d'un organisateur nanti d'un rôle prépondérant. Les associations et leurs bénévoles sont certes reconnus comme des acteurs essentiels, particulièrement dans le domaine des services non résidentiels, où leurs activités sont considérées comme étant en phase avec une philosophie de maintien à domicile³¹ et de développement de la communauté [Seebohm, 1968 ; Barclay, 1982 ; Brenton, 1985]. Cependant, l'essentiel des dépenses en matière de services non résidentiels (largement plus de 90 %) par les nouveaux départements municipaux de services sociaux (Social Service Departments) est consacré au financement de leurs propres services.

La remise en cause de l'Etat-providence, montée du secteur privé lucratif

Entre la moitié des années 1970 et la fin des années 1980, les fonds affectés aux services résidentiels par les autorités municipales subissent une diminution importante, suite à la limitation des budgets alloués par le gouvernement central. Ce changement est inscrit dans un contexte de défiance par rapport à l'Etat - providence. Il est induit par une série de facteurs politiques et économiques bien connus qui vont toucher aussi bien la Grande-Bretagne que d'autres pays [George, 1996]. De plus, compte tenu du souhait d'accroître la fourniture de services non résidentiels, certains fonds destinés aux services résidentiels sont également réaffectés [Evandron et al., 1990, p. 218].

Dans les faits, les dépenses publiques affectées aux services résidentiels vont dépasser les limites des accords politiques passés entre le gouvernement central et les administrations locales, et ce par le biais d'un canal inattendu : le régime central de la sécurité sociale. En effet, les personnes âgées dont le manque de ressources le justifie ont accès à des moyens financiers relativement importants si elles bénéficient de services résidentiels, que cette forme de services soit la plus appropriée ou non à leur situation [Audit Commission, 1986, Griffiths, 1988]. Au cours des années 80, ces ressources - provenant de l'Etat - jouent, de facto, un rôle de subventions à la demande. En effet, ces paiements ne sont pas affectés à un secteur particulier. Les personnes âgées ont donc la possibilité de choisir entre les services résidentiels privés lucratifs et ceux organisés par les associations à condition, naturellement, que ces deux options soient disponibles.

³¹. Du point de vue politique, l'accent a été mis davantage - à tout le moins depuis les années 60 - sur les alternatives proposées aux personnes âgées aux sein des communautés locales en fonction de leurs préférences, de leurs options professionnelles, des pressions exercées par les organisations associatives et de considérations financières [Tinker, 1992].

En fait, c'est le secteur privé à but lucratif et non le secteur associatif qui va répondre à la formidable croissance de la demande de services financés publiquement via ces fonds. Le graphique n°1 montre l'augmentation plutôt spectaculaire des services résidentiels, ainsi que l'évolution des parts de marché depuis 1980. Il n'est toutefois pas question d'une croissance reposant sur les organisations privées lucratives propriétaires de plusieurs maisons mais dont la faible capacité d'adaptation est mise en évidence par les analyses américaines [Hausmann, 1981; Goodspeed et Kenyon, 1993]. Si l'on sait peu de choses du secteur privé lucratif avant les années 80, une période au cours de laquelle il est peu actif, cette date marque en revanche un tournant. Des petites entreprises - dont la plupart sont détenues et gérées par des personnes initialement formées et employées dans le secteur public - se développent de manière spectaculaire. La plupart de ces professionnels de la santé et des services sociaux se contentent de la gestion d'un ou de deux établissements. Ils y voient un moyen de combiner trois objectifs : le désir d'être plus indépendant, de mieux contrôler leur travail qu'auparavant; et de satisfaire les besoins de personnes âgées, via l'exercice de leurs compétences professionnelles. Cette activité leur permet également de générer un niveau raisonnable d'excédents ou de profits [Kendall et Forder, 1997], aussi bien pour eux-mêmes que pour ceux qui leur ont procuré les fonds nécessaires - généralement des membres de leur famille, des amis ou la banque locale. C'est notamment le cas, parce que le régime de sécurité sociale, mis en place par le gouvernement central, permet de rencontrer efficacement les besoins des personnes âgées.

Durant cette période, les services résidentiels fournis par les associations stagnent. Ils ne représentent plus qu'une portion de plus en plus réduite d'un marché pourtant en pleine croissance. Bien qu'il soit difficile de dégager des tendances, dans la mesure où les informations relatives au secteur associatif ne peuvent être désagrégées, il semble que la plupart des oeuvres de charité qu'elles soient d'origine religieuse, corporatiste, professionnelle sont restées relativement indifférentes aux évolutions. Elles ont cependant connu une diminution en termes absolus à la suite d'une réduction du nombre de leurs affiliés. Cette tendance semble être compensée, au sein du secteur associatif, par une croissance significative dans le domaine des services nationaux spécialisés au même titre que l'apparition de ce que l'on pourrait appeler le "nouvel entrepreneuriat social à but non lucratif".

Ce dernier prend souvent la forme de consortiums ou d'autres types d'organisations mixtes créées aux interstices de différentes compétences de l'administration centrale et de l'administration locale. Les budgets publics, dans le climat budgétaire difficile évoqué ci-dessus, ne sont pas tous réduits dans la même mesure que celui des départements de services sociaux. La combinaison – non sans créativité – de différentes options en matière de services va permettre d'exploiter les ressources de services adjacents, dont les prérogatives sont imprécises, problématiques ou perçues comme devant être destinées à des fins sociales.

Aussi, les dépenses publiques en matière de soins de santé vont rester conséquentes et le secteur de l'hébergement sans but lucratif va connaître une période de croissance importante grâce à ces budgets adjacents réservés au secteur associatif. L'expansion, relativement limitée, de certaines associations dans le domaine des services résidentiels - qui s'est produite dans les années 1980 et au début des années 1990 – provient de la combinaison de fonds provenant de ces budgets centraux [Morton, 1990; Kendall et Knapp, 1996].

Un mouvement parallèle - bien que nettement plus limité – semble se produire dans les services non résidentiels. Certaines organisations existantes ainsi que de nouvelles structures ont accès à des budgets dans le cadre des services à domicile. Nombreuses sont celles qui profitent des fonds dégagés par le gouvernement central dans les années 1980 via des programmes de création d'emplois et de formation professionnelle. En fait, ces fonds sont rendus accessibles aussi bien au secteur privé qu'au secteur associatif, contrairement à ce qui se passe dans le domaine de l'hébergement. Par ailleurs, les budgets destinés à la formation sont réduits dès la fin des années 1980, à l'inverse des budgets des soins de santé et de l'hébergement. Les fonds consacrés aux associations chutent alors de manière spectaculaire [Voir Kendall et Knapp, 1996, pp. 143-146].

En ce qui concerne les dépenses des municipalités, on sait qu'elles sont, dans leur vaste majorité, consacrées au développement de leurs propres services. Par exemple, en 1990/1991, seul 3 % du total des fonds consacrés par les autorités locales aux services non résidentiels aux personnes âgées sont destinés à des services indépendants, dont la quasi-totalité relève du secteur associatif [Wistow et al., 1994, chapitre 3]. Ce soutien financier prend - le plus souvent - la forme d'une subvention générale ou d'une intervention en faveur des services de jour³². Cependant, une grande partie des activités du secteur associatif ainsi que du secteur privé lucratif semble être organisée sans aucun soutien de l'Etat. Leur visibilité n'est certainement pas aussi importante que celle des services résidentiels.

Le développement d'un quasi-marché

Au cours des années Thatcher (1979-1990), la structure des services résidentiels subit, de facto, des modifications sans que le gouvernement central en soit le principal responsable. Les années 90 constituent, en revanche, une période de réformes politiques profondes et étendues. Au cours des années où John Major est premier ministre (1990-1997), le "National Health Service and Community Care Act" (loi relative au service national des soins de santé et aux services à la communauté) de 1990, dont la mise en oeuvre intégrale débute en 1993, a d'importantes répercussions sur toutes les organisations fournissant des services sociaux.

³². Il convient également de mentionner l'existence d'autres formes de soutien indirect, financière (comme les réductions d'impôts) ou en nature.

Cette loi est à l'origine des réformes légales les plus radicales connues par ce secteur depuis les années 40. Elle vise notamment à [Wistow et al., 1994] :

- induire une modification de la ventilation des services en favorisant une augmentation des services à domicile, en décourageant les hospitalisations de longue durée et les placements résidentiels et en maisons de soins;
- stimuler un mouvement visant à limiter les décisions fondées sur l'offre et à favoriser celles fondées sur la demande ainsi que l'adaptation de services;
- accentuer le rôle du secteur privé et associatif par le biais d'accords contractuels et quasi contractuels, ainsi qu'en créant des organisations sans but lucratif destinées à gérer des services "satellites" qui, antérieurement, étaient administrés directement par les autorités locales
- donner davantage de responsabilités aux autorités locales dans le champ des services à domicile en limitant le rôle du gouvernement central (National Health Service et Department of Social Security) [Service national des soins de santé et Département de la sécurité sociale], lequel se chargera d'allouer des fonds sous forme de dotations annuelles.

Afin de favoriser la sous-traitance, le gouvernement central met en place d'importants incitants financiers. Tout d'abord, les autorités locales doivent consacrer au moins 85 % des fonds qui leur sont alloués au "secteur indépendant", sous peine de suspension des subventions futures. Ensuite, une réglementation impose aux autorités locales de donner la faculté aux personnes âgées dont elles ont la responsabilité, de choisir le foyer qui leur convient - indépendamment du secteur -, tout en tenant compte de certaines limites de prix et d'adéquation. Les autorités locales qui n'observent pas ces obligations seront, à nouveau, en théorie, gravement pénalisées sur le plan financier.

Ces modifications résultent de la combinaison d'une série de facteurs, dont trois semblent particulièrement importants : l'enthousiasme du nouveau gouvernement central de droite pour une organisation des services orientée vers la demande; le préjugé idéologique au sein de ce même gouvernement - qui révèle un manque de discernement - contre toutes les formes de services municipaux; et enfin le désir de faire porter aux gouvernements locaux la responsabilité politique du manque d'investissements apparent et des scandales concernant des bénéficiaires négligés ou victimes d'abus [Voir Klein, 1995, quant au thème de la décentralisation des responsabilités au niveau du Service national des soins de santé]. Il va de soi que le secteur associatif va manifester une certaine résistance, au même titre que ceux qui voient dans ces réformes un prétexte permettant à l'Etat de se dégager de ses responsabilités

financières fondamentales en matière de bien-être [Lawrence, 1983], ou qui considèrent l'intervention des organisations privées comme fondamentalement incompatible avec la notion de service et de bien-être.

La plupart des observateurs reconnaissent cependant que les services existants (notamment les services à domicile) connaissent alors de sérieux problèmes, tandis que la sous-traitance n'est que l'une des nombreuses options qui mettent l'accent sur les besoins de l'utilisateur et font du choix au bénéficiaire une valeur essentielle. Par ailleurs, au cours des années 1980, les recherches menées au niveau académique comme les rapports officiels contribuent à accumuler les preuves sur le danger d'un statu quo. Un tel statu quo signifie que d'importants besoins ne sont pas rencontrés, ou le sont de manière inadéquate. De même, certaines ressources risquent d'être utilisées de manière inefficace [Baldock et Ungerson, 1993]. L'ancien système comprend notamment une série d'incitants financiers pervers qui encouragent les services résidentiels et institutionnels là où des services non résidentiels sont bien moins onéreux tout en étant plus appropriés du point de vue du bien-être des bénéficiaires. Il s'agit, en premier lieu, des paiements assurés par la sécurité sociale tels que décrits plus haut, et d'abus résultant de conflits territoriaux ou de découpages entre les différentes composantes du gouvernement central et du gouvernement local.

Ces réformes sont généralement bien accueillies dans la mesure où elles visent à modifier la situation existante afin d'assurer une utilisation plus efficace des deniers publics tout en augmentant les opportunités, pour les personnes âgées, de mener une vie indépendante à domicile.

2. SERVICES AUX PERSONNES AGEES DANS LES ANNEES 1990 : LA PART RELATIVE ET LA CONTRIBUTION DES ASSOCIATIONS

En 1995, les organisations du secteur associatif assurant des services sociaux emploient l'équivalent de 185.000 personnes salariées à temps plein et de 221.000 personnes bénévoles à temps plein [Kendall et Almond, 1998]³³. L'histoire met en évidence la grande diversité des activités que recouvrent ces chiffres globaux, mais suggère également l'existence de grandes classes d'organisations, reflétant les circonstances dans lesquelles elles se sont constituées. Bien que toutes les organisations tendent à se modifier et à évoluer au fil du temps, elles conservent l'empreinte de leurs origines [Stinchcombe, 1965]. Dans le cas particulier des oeuvres de charité, les raisons de leur constitution ont été institutionnalisées. Elles jouent ainsi un double rôle en montrant la voie à suivre, d'une part, et en soumettant toute modification à des limites

³³. Ces estimations se basent sur l'ensemble des services aux personnes, dont les services aux personnes âgées ne représentent qu'un secteur particulier.

constitutionnelles (dont le franchissement est sanctionné par la loi)³⁴, d'autre part. En d'autres termes, la structuration de l'offre reflète plusieurs types d'objectifs et de ressources qui véhiculent différents héritages historiques. Il importe donc de définir une méthode permettant de saisir cette diversité. A cet égard, la typologie développée par Smith et Lipsky [1993] aux Etats-Unis constitue une bonne base de départ. S'appuyant sur les recherches empiriques menées dans quatre domaines relevant de la santé publique, Mocroft et Thomason [1993] soulignent l'utilité de ces distinctions pour cerner les services sociaux aux personnes en Angleterre. Le tableau n°1 vise à compléter ces distinctions en y ajoutant deux nouvelles catégories, celle des organisations spécialisées nationales, et celle des organisations créées sous forme de "fédérations sans but lucratif", dérivant directement de la loi de 1990.

Tableau n° 1 : principales formes d'associations proposant des services sociaux aux personnes âgées*

Organisations généralistes de services sociaux fournissant des services destinés aux personnes âgées de même que d'autres services destinés aux personnes dans le besoin. Leur origine remonte généralement à la période précédant la seconde guerre mondiale. Elles sont, généralement, confessionnelles ou basées sur des groupements professionnels, tout en s'articulant autour de structures très variées. Leur financement est mixte et inclut souvent d'importants revenus issus de leur patrimoine historique et de réserves financières accumulées.
Organisations spécialisées destinées aux personnes âgées. Généralement fondées au cours de la période qui a suivi la seconde guerre mondiale, leurs structures sont souvent nationales. Leur financement est mixte et varie énormément selon les organisations affiliées.
Organisations relevant du « nouvel entrepreneuriat social », fondées et/ou agrandies à partir des années 1960, et surtout dans les années 1980, suite à la mise à disposition de fonds publics, notamment pour les programmes de services à domicile, de formation et d'hébergement. Ces entités se spécialisent notamment dans l'organisation de services destinés aux personnes âgées, développent parfois des structures nationales tout en possédant ont généralement des origines locales ou régionales. Elles demeurent le plus souvent très dépendantes des fonds publics et de la participation financière de leurs bénéficiaires.
Groupements évoluant au sein de communautés locales et groupements d'entraide non inclus dans les catégories ci-dessus. Leur financement est mixte.
Fédérations sans but lucratif gérant des foyers dirigés antérieurement par des autorités locales. Leur financement est généralement pris en charge presque entièrement par des fonds publics et par la participations financière des bénéficiaires**

³⁴. Les oeuvres de charité peuvent naturellement changer de moyens pour atteindre leurs objectifs, et modifier ces derniers dans certaines limites conformément au principe de la loi relative aux oeuvres de charité [Kendall and Knapp, 1996, chapitre 2]. Cependant, il est important de souligner que leurs possibilités sont relativement limitées par rapport à celles dont disposent d'autres organisations (indépendantes) qui ne doivent pas surmonter des obstacles légaux ou constitutionnels aussi importants lorsqu'elles souhaitent changer de forme.

* L'accent est mis ici sur l'organisation de services. Nous n'avons pas inclus les groupes, de plus en plus nombreux, qui axent leurs activités exclusivement sur la publicité et les campagnes, tels que "pensioners' for a". Pour plus de détails voir les différents chapitres consacrés à ce sujet par Bernard et Phillips pour plus de détails.

** La question de savoir si ces fédérations sont suffisamment indépendantes du secteur public pour être inclus au sein du secteur associatif [Kendall et Knapp, 1995] mérite d'être débattue³⁵. Toutefois, ces organisations ont été intégrées dans cette catégorie car les données disponibles à leur sujet ne peuvent être distinguées des informations concernant les autres catégories d'organisations dans les données statistiques consolidées présentées ci-dessous.

Les services résidentiels aux personnes âgées dominent les activités du secteur associatif du point de vue financier. Les paiements, destinés à ces services lourds et onéreux, représentent en effet plus de quatre cinquièmes du total du chiffre d'affaires de ce secteur [Kendall et Knapp, 1996a]. A la suite du transfert de responsabilités en matière de fonds publics -évoqué plus haut-les organisations, financées par le secteur public, deviennent de plus en plus dépendantes des contrats passés avec les autorités *locales* qui représentent la majorité de leurs ressources publiques. De manière générale, la sous-traitance implique une dépendance accrue de ce secteur par rapport aux subventions publiques [Kendall et Almond, 1998]. Les recettes privées sont également importantes. On estime que les dons ne représentent qu'une proportion relativement modeste des fonds utilisés pour financer ces types de services [pour plus de détails, voir Kendall, 1996b].

Comme souvent au cours de son histoire, le secteur associatif se retrouve également très impliqué dans l'organisation de services non résidentiels. Les dons constituent des ressources non négligeables pour ces activités. En Grande-Bretagne, les catégories principales de services non résidentiels sont désignées au moyen des dénominations (contestées) suivantes : services à domicile, services d'accueil de jour, et « clubs sociaux ». Les premiers visent à promouvoir le bien-être des personnes âgées à domicile. Ils comprennent les tâches ménagères qui seraient délaissées autrement comme la fourniture de repas et l'aide ménagère (y compris le nettoyage, la lessive, les emplettes et la cuisine). L'objectif des deux autres catégories de services vise également le bien-être des intéressés, mais dans ce cas, les services concernés sont fournis dans un centre ou un club de jour, ou sont à l'initiative d'un foyer résidentiel. Les services d'accueil de jour se distinguent des clubs sociaux dans la mesure où ils emploient des professionnels reconnus ("care givers"). Une autre différence réside dans le fait qu'ils sont ouverts au moins quatre heures par jour [Brearley et Mandelstam, 1992]. Les contacts sociaux et l'esprit de camaraderie, les activités de divertissement ainsi que la fourniture de repas constituent les activités principales de ces deux types d'organisations (de même que le transport des personnes âgées qui y sont conduites).

³⁵. La création de fédérations pilotées par les gestionnaires publics leur a permis de contourner les limites en matière de dépenses imposées par le gouvernement central et de mettre de nouveaux capitaux à l'abri. Requalifier leurs propres maisons de retraite de cette manière permettait aux gestionnaires publics d'arguer que

Si les services non résidentiels semblent relativement peu significatifs en termes *financiers*, l'impression est totalement différente si l'on prend en considération les ressources non financières. En effet, le *volontariat* est relativement rare dans le domaine des services résidentiels, quelque soit le secteur [Ernst et Whinney, 1986; Local Government Management Board and Central Council for Education and Training in Social work, 1997b]. La majorité des bénévoles - dont la plupart sont eux-mêmes des personnes âgées³⁶ - exercent leurs activités en dehors des foyers destinés aux personnes âgées. Les tâches prises en charge (souvent aux côtés du personnel salarié) comprennent les soins, l'assistance en matière de soins et les tâches de soutien évoquées ci-dessus, notamment dans les centres de jour et dans d'autres structures, où une interaction sociale étendue est possible. La collecte de fonds, la participation aux conseils d'administration, les activités de conseil constituent d'autres activités importantes [Lynn et Davis Smith, 1991]. Le simple fait d'offrir leur compagnie aux personnes âgées peut constituer un apport particulièrement apprécié dans le chef des bénévoles [Waddington et Henwood, 1996] au travers des différentes catégories d'activités décrites ci-dessus.

Quelques traits saillants du secteur associatif dans le champ des services non résidentiels

Les activités du secteur associatif coexistent avec celles du secteur public et du secteur privé (à but lucratif). En fait, si l'on évalue le secteur associatif seulement en termes de ressources financières ou d'emploi rémunéré (ce qui, comme nous l'avons vu, ne reflète pas la contribution essentielle des bénévoles), il se classe loin derrière le secteur privé (à but lucratif) et le secteur public. Ceci vaut aussi bien pour l'ensemble des services sociaux aux personnes que pour le sous-ensemble des services aux personnes âgées³⁷. Pour les services non résidentiels, des données récentes et fiables sont seulement disponibles pour les services financés par les autorités locales et ce à partir de 1992. Comme le suggère la section précédente, le tableau est donc partiel. De nombreux services relevant du secteur associatif sont organisés *sans* financement des autorités locales. Ils le sont par des dons privés ou par les usagers. Par exemple, une grande partie des services à domicile, organisés par des oeuvres de

les résidents avaient droit de recevoir des subventions provenant du budget de la sécurité sociale [Wistow et al., 1994 ; Laing et Buisson, 1996, p. A208].

³⁶. Cette affirmation peut être démontrée tant au moyen d'analyses économétriques tirées d'enquêtes nationales que locales. Tandis que la probabilité de bénévolat - tous domaines confondus - augmente avec l'âge jusqu'à 43 ans et diminue ensuite, selon Knapp et al. [1995, pp. 18-19], le "sommet" de la probabilité de bénévolat - en ce qui concerne les personnes âgées - est nettement plus élevé (54 ans), et plus élevé encore en ce qui concerne la visite de personnes âgées malades.

³⁷. Selon les résultats d'une estimation récente, l'emploi rémunéré dans les services sociaux aux personnes s'élevait à 931.000 personnes en 1995, dont un peu moins de la moitié (49.8 %) au sein du secteur privé, environ un tiers (33.8 %) au sein des autorités locales, et 16 % seulement appartenait au tiers-secteur [Local Government Management Board and Central Council for Education and Training in Social work, 1997b]. Il convient toutefois de souligner que cette estimation générale dissimule de très grandes variations selon le type de bénéficiaires concerné. Par exemple, le secteur associatif arrive avant le secteur privé et parfois avant le secteur public en ce qui concerne de nombreux services destinés aux personnes atteintes d'un handicap physique ou sensoriel.

charité ainsi que par de nombreuses sections locales de groupements nationaux spécialisés, le sont à petite échelle et sont peu visibles. L'analyse ci-dessous n'aborde pas directement ces activités, qui n'en sont pas moins fondamentales.

Les graphiques n° 2 et 3 indiquent l'évolution des parts de marché des services non résidentiels, financées par les autorités locales, dans l'aide à domicile et les services de jour. Trois éléments majeurs se dégagent :

- quel que soit le type de services, la part du secteur public est en diminution en termes absolus et en termes relatifs au profit des services indépendants
- en ce qui concerne les services à domicile, la contribution du secteur associatif est très modeste et fortement en retard par rapport à celle des autres secteurs [graphique n° 2]. La croissance des activités du secteur indépendant s'est manifestée dans le secteur privé à but lucratif. Elle est dominée par de petites sociétés détenues et gérées par des entrepreneurs présentant des caractéristiques similaires à celles des entrepreneurs actifs dans le domaine des services résidentiels [cf. infra].
- en ce qui concerne les services de jour, le secteur associatif conserve sa position dominante au cours de ces dernières années. Il s'agit du seul domaine dans lequel il obtient de meilleurs résultats que le secteur privé [graphique n° 3].

Quels que soient les types de services, trois généralisations permettent de caractériser les différences entre secteur public, privé lucratif et associatif.

Tout d'abord, les services proposés par le secteur associatif sont généralement organisés depuis beaucoup plus longtemps que les autres services. Il faut y voir le reflet de l'histoire des associations. Ensuite, le degré de dépendance moyenne des personnes âgées est généralement assez faible parmi les usagers du secteur associatif, du moins au sein des services résidentiels. Quant aux services à domicile et aux services de jour, les éléments de preuve - moins nombreux - [recherches personnelles, ainsi que Knapp et Missiakoulis, 1982] suggèrent que la dépendance moyenne est également inférieure dans le secteur associatif. Enfin, les analyses sectorielles récentes, réalisées à partir de données issues de l'enquête la plus importante sur les forces de travail en Grande-Bretagne, suggèrent que le salaire moyen et la probabilité d'une rémunération faible varient selon le secteur. Les rémunérations sont nettement plus élevées dans le secteur associatif que dans le secteur privé, bien que ces données concernent tous les services sociaux aux personnes et ne se limitent pas aux services destinés aux personnes âgées [voir Almond et Kendall, 1999a, 1999b].

Trois facettes peuvent être dégagées du point de vue de la contribution différenciée du secteur associatif selon le type de services non résidentiels.

Premièrement, dans les services à domicile (financés par les autorités locales), les associations semblent nettement moins en capacité d'offrir une variété de service (plus particulièrement des services d'accueil de jour, de garde de nuit, de veille et de compagnie) que leurs homologues du secteur privé lucratif. Dans les services d'accueil de jour, l'étude de Carter [1981] a démontré que comparativement au secteur public, le secteur associatif propose des services plus limités à ses bénéficiaires [cité dans Knapp et Missiakoulis, p. 342].

Deuxièmement, comme indiqué précédemment, le bénévolat n'est pas représenté de manière égale dans tous les types de services. Les informations disponibles suggèrent qu'il se concentre essentiellement dans les services de jour, surtout parce qu'il s'agit d'un domaine au sein duquel les personnes se rencontrent et interagissent [Gaskin et al., 1993; Ware, 1997].

Une troisième différence concerne les coûts relatifs au sein du secteur associatif selon le type du service et selon son échelle. Bien que les informations disponibles en matière de coûts sont moins nombreuses dans les services non résidentiels que résidentiels³⁸, une évaluation de l'efficacité relative des centres de jour a pu être réalisée. Elle ne comprend cependant qu'une comparaison avec le seul secteur public [Knapp et Missiakoulis, 1982]. Selon cette étude, il s'avère - après un contrôle de tous les facteurs pertinents - que les associations sont plus efficaces dans la gestion des coûts que leurs homologues du secteur public. Ces résultats sont toutefois conditionnés par leur taille relativement modeste. En effet, les estimations semblent indiquer que le secteur associatif perdrait rapidement cet avantage si ses infrastructures étaient plus grandes. Les auteurs attribuent cette plus grande efficacité au recours à des bénévoles réguliers. Deux explications principales se dégagent. Il y a d'une part leur caractère relativement peu formel, avec pour conséquences des charges qui sont proportionnellement moindres en matière de gestion et de services - ce qui rend ces structures relativement attrayantes aux yeux des bénévoles. Il y a d'autre part, les limites imposées par la disponibilité des volontaires.

Une impression assez différente se dégage lorsque l'on se concentre sur les services à domicile (financés par les autorités locales). Dans ce domaine, on constate ceteris paribus que les coûts des associations sont significativement plus élevés que ceux du secteur privé [voir Nuffield Institute for Health et PSSRU at LSE, 1997]. Une affirmation qui doit être nuancée dans la mesure où des problèmes de comparabilité se posent dans ce domaine. Il est difficile d'évaluer un prix "imaginaire" qui serait payé pour ce service dès lors que certaines formes de

³⁸. Des recherches récentes, menées par le PSSRU, ont démontré que pour les services résidentiels - toutes autres choses étant égales par ailleurs (plus particulièrement après contrôle du niveau de dépendance du bénéficiaire) -, les prix pratiqués par les associations sont inférieurs à ceux du secteur privé [Forder et Netten, 1999].

prestations à domicile font l'objet d'accords financiers globaux.. C'est notamment dû au fait que les services relevant du secteur associatif apparaissent souvent comme très différents de ceux qui sont organisés par le secteur privé. Par conséquent, il est peut-être plus pertinent de considérer que la plupart des organisations associatives ne proposent pas uniquement des services différents sur le plan qualitatif mais plutôt qu'elles sont actives sur un marché tout à fait distinct [Forder et aliae, 1998]. A titre d'exemple, les associations qui encadrent du personnel soignant s'occupant de personnes âgées, n'ont pas réellement de pendants dans les secteurs public et privé .Ces activités représentent pourtant une portion significative des activités du secteur associatif financées par les autorités locales.

3. ANALYSE

Que peut-on tirer comme enseignement de ces différentes informations ? Un certain nombre de théories sont développées depuis le début des années 80 afin d'expliquer la structure relative du secteur associatif [Kendall et Knapp, 1996, pp. 11-15; voir également les articles parus dans *Voluntas*, 9, 3]. Les données dont nous disposons ne nous permettent pas de tester ces théories. Cependant, il nous semble légitime de suggérer quelques éléments d'analyse. Tout d'abord, nous pouvons postuler que l'équilibre entre les secteurs, auquel se réfèrent les graphiques n° 1 à 3, peut se concevoir - dans une large mesure - comme le produit d'un choix réflexif et réfléchi, effectué en connaissant les coûts. Il ne s'explique pas essentiellement par les traditions, les habitudes ou les dogmes³⁹. D'un point de vue analytique, il est utile, d'envisager deux étapes dans la prise de décision.

D'une part, un choix s'opère entre le secteur public et les autres alternatives. Le développement de la sous-traitance s'explique, au-delà du contexte général du nouveau cadre légal et politique mis en place par le gouvernement central dans les années 90, par un changement d'attitude au niveau des autorités locales. On assiste premièrement, à une prise de conscience des inadéquations de la situation antérieure caractérisée par la domination du secteur public. Les autorités locales ont largement contribué à la mise en évidence de ses failles. Deuxièmement, l'impact de l'expérience acquise par les autorités locales ne peut être négligé. Les gestionnaires ont réévalué la sous-traitance, à la lumière de l'expérience progressivement acquise. Nombreux sont ceux qui, malgré leurs réticences au départ ont reconnu, avec le temps, l'utilité de cette méthode en tant que solution pragmatique. On constate d'ailleurs une augmentation régulière de la proportion d'autorités locales considérant que ce processus n'est "ni intrinsèquement inadéquat, ni désavantageux quant à la planification et à la fourniture de services sociaux.». En 1996, « le sentiment d'horreur »

³⁹. Cette affirmation, selon laquelle la prise de décision au niveau local repose de plus en plus sur l'information et sur la réflexion plutôt que sur un dogme ou des habitudes semble être devenue *de plus en plus* pertinente au fil

suscité, dans un nombre de cas significatifs, par la perspective du développement d'une économie plurielle, a pratiquement disparu." [Kendall, données non publiées]. Parmi les motifs invoqués pour maintenir un minimum de service issus du secteur public, figurent notamment leur rôle en cas d'échecs éventuels des organisations indépendantes, le désir d'éviter de déstabiliser les marchés locaux, un exemple de bonne pratique, et le souhait de préserver le choix entre secteurs, notamment à la suite) des actions menées par les groupes de pression constitués par certaines personnes âgées et leurs familles [Wistow et al., 1996, p. 24].

D'autre part, la question se pose quant aux facteurs expliquant l'affectation des fonds disponibles à la sous-traitance entre le secteur associatif et le secteur à but lucratif. Nous tenterons aux moyens de trois propositions de répondre à la question de savoir pourquoi l'équilibre entre ces secteurs varie en fonction du type de services envisagés.

des années 1990 : voir les observations concernant le changement d'attitude de la part des autorités locales ci-dessous, ainsi que Kendall et Knapp [1999].

Proposition n° 1

L'existence de différentes réglementations reflétant tant des différences historiques que des différences quant au caractère technique des services constitue une explication majeure de la part relative du secteur associatif par rapport au secteur privé lucratif.

Traditionnellement, la combinaison de solides racines historiques et de la contrainte de non redistribution des profits entretient l'idée dans le chef des gestionnaires des autorités locales, que les associations sont généralement plus fiables que les organisations privées à but lucratif. Cette bonne réputation joue un rôle déterminant, car ces gestionnaires ont pour objectif essentiel d'assurer des services de "haute qualité". Ces critères de qualité ne peuvent toutefois être "définis, mesurés ou contrôlés". Les décideurs "doivent donc se fonder sur des informations informelles et des critères de standing, de confiance et de réputation " [Mannion et Smith, 1998]. Cet avantage en matière d'indices de confiance au profit du secteur associatif semble en passe de s'amenuiser aujourd'hui. Et, en tout état de cause, il ne paraît plus être considéré comme un présupposé. En effet, le développement des services résidentiels privés lucratifs depuis les années 1980 lui a permis d'asseoir une réputation de fiabilité. Les autorités locales - qui, traditionnellement ou par dogmatisme associent ce secteur à des comportements opportunistes - disposent désormais d'informations à partir desquelles elles peuvent se forger une opinion. La prise de conscience de la bonne réputation de nombreuses organisations du secteur privé lucratif - fondée sur leurs antécédents professionnels et l'expérience acquise au sein de leurs foyers - va provoquer une transformation systématique de l'attitude des gestionnaires. Dans les services à domicile et de jour, la montée en puissance de la crédibilité du secteur privé lucratif ne semble pas jouer durant la période 1992-1996 où les marchés sont encore relativement peu développés. Il est fort probable que le développement des services va progressivement entraîner celui d'une réputation à l'instar des services résidentiels.

Ensuite, il faut relever que si les services résidentiels font l'objet d'une réglementation nationale garantissant le respect d'une série de normes quant aux conditions d'organisation, il n'en est pas de même pour les services non résidentiels. Ils ne font manifestement pas l'objet d'une réglementation nationale du même type. Toutefois, des différences importantes apparaissent quant au spectre potentiel de réglementation liées à la nature des services non résidentiels. Les services à domicile semblent se prêter relativement bien à un contrôle contractuel. En effet, des paiements distincts peuvent - si nécessaire - être envisagés assez facilement pour des prestations, limitées dans le temps, correspondant à des services clairement délimités fournis à des clients individuels. En revanche, les services de jour sont nettement plus difficiles à cerner. Le type de demande est très fluctuant et ces services comprennent plus d'interactions sans forme précise. Par conséquent, le financement de ces

derniers est davantage susceptible de prendre la forme de subventions ou de contrats "en blocs" plutôt que celle d'une subvention accordée par bénéficiaire. Dès lors, les comportements opportunistes sont plus probables, car il est comparativement plus difficile d'évaluer leur performance. En d'autres termes, ces organisations peuvent facilement se contenter de fournir des services de qualité médiocre sans pour autant attirer l'attention des gestionnaires publics.

Enfin, les possibilités d'implication des parties prenantes varient d'un service à l'autre. L'implication des bénéficiaires dans le contrôle de l'organisation est l'une des voies empruntées pour développer la fiabilité des services. Cependant, cette approche n'est pas toujours réalisable comme l'indique la proposition n° 2 ci-dessous. Le nombre de personnes âgées qui sont à la fois bénévoles et bénéficiaires varie selon le type de services. Une participation importante n'est donc possible que dans le domaine des services de jour. De plus, dans ce dernier domaine, le contrôle des activités des bénévoles est relativement simple car elles ont toujours lieu au même moment et au même endroit.

L'analyse de la proposition n° 1 est reprise dans le tableau n° 2. La logique de l'argumentation repose sur le fait que, plus il y a de facteurs (marqués d'une croix), plus l'éventail disponible de réglementations est large. Plus les organisations du secteur privé ont de possibilités d'entrer sur le marché, et moins le secteur associatif est en mesure de revendiquer un avantage en matière de confiance. Ces éléments sont importants pour expliquer la contribution relative des associations, car ils suggèrent que l'importance du choix à opérer entre les options institutionnelles susceptibles de répondre à des difficultés sur le plan de la confiance varie systématiquement selon le service concerné.

Tableau 2 : facteurs incitant le développement du secteur lucratif dans le champ des services aux personnes âgées

<i>Type de service</i>	<i>résidentiel</i>	<i>à domicile</i>	<i>de jour</i>
Facteurs contextuels			
Présence d'un cadre réglementaire national	+		
Maturité du secteur privé qui entraîne des effets de réputation	+		
Limites techniques			
Degré de faisabilité de contrat « à la prestation »	+	+	
Marge limitée pour un contrôle effectif des parties prenantes	+		

Proposition n° 2 : Les différents modes d'implication de bénévoles constituent des déterminants majeurs quant à la place relative du secteur associatif dans l'organisation de services.

Trois observations, extraites de la littérature empirique, semblent particulièrement pertinentes pour comprendre la prise de décision des bénévoles dans ce domaine :

- 5) la motivation la plus importante des bénévoles réguliers et engagés réside dans l'opportunité de tisser des liens sociaux - le désir de rencontrer d'autres personnes et de se faire des amis - plutôt que l'altruisme ou l'acquisition de compétences [ces éléments ne sont pas sans importance, mais ils ne sont pas dominants, Knapp et al., 1995, pp 29-30]. Les volontaires préfèrent donc travailler dans un environnement où les chances de contacts sociaux sont les plus grandes
- 6) de manière générale, les bénévoles préfèrent venir en aide à des personnes moins dépendantes
- 7) de nombreux bénévoles - voire la plupart d'entre eux - sont des personnes âgées

Les deux premiers facteurs contribuent à expliquer la concentration de bénévoles dans le domaine des services de jour, le fait que leur contribution soit plus limitée dans le domaine des services à domicile et, enfin, pourquoi les bénévoles jouent un rôle mineur dans le domaine des services résidentiels. Cependant, les motivations des bénévoles ne suffisent pas pour cerner l'éventail du bénévolat formel (bénévolat mobilisé par le biais d'agences). Il est également déterminé par la demande des organisations, ainsi que par l'opinion des gestionnaires publics quant à l'adéquation de leur intervention.

La perception quant à la pertinence de l'intervention de bénévoles varie selon le degré de professionnalisation. Les services résidentiels sont les plus professionnalisés. Cette exigence s'est inscrite progressivement dans la réglementation nationale à la suite de la loi de 1984 concernant les foyers agréés. Même s'il est possible que des bénévoles reçoivent une formation adéquate, on part du postulat que pour offrir des "garanties de niveau professionnel", il est indispensable que le personnel soit qualifié *et* rémunéré. En revanche, dans le domaine des services non résidentiels, le bénévolat n'est pas seulement toléré, il est même vivement recommandé. Il semble que ce soit particulièrement le cas dans le domaine des services de jour, un secteur dans lequel il existe de nombreux centres financés par les autorités locales et gérés par des personnes âgées bénévoles pour les besoins de leurs semblables. Par contre, les gestionnaires publics manifestent une attitude ambiguë quant à l'implication de bénévoles dans le domaine des services à domicile : L'opinion la plus répandue est qu'il ne convient pas de faire appel à des bénévoles pour assurer des services à domicile⁴⁰.

Le tableau n° 3 reprend les arguments relatifs aux relations entre la disponibilité des bénévoles et la réglementation selon les différents types de services. On s'attend, *ceteris paribus*, à observer des conditions de plus en plus favorables à une importante représentation des associations selon un axe allant du haut du côté gauche du tableau au bas du côté droit. Ou inversement, les possibilités d'intervention d'opérateurs du secteur privé devraient s'accroître selon un axe opposé.

Tableau n° 3 : effets joints du cadre réglementaire et de l'intensité potentiel du bénévolat sur la place relative des secteurs dans le champ des services aux personnes âgées.

Cadre réglementaire	Participation potentielle de bénévoles		
	<i>Très limitée</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Importante</i>
<i>Important</i>	Services résidentiels		
<i>Moyen</i>		Services à domicile	
<i>Faible</i>			Services de jours

⁴⁰. Se basant sur la combinaison de dix-neuf interviews téléphoniques d'autorités locales et d'un travail de terrain mené en collaboration avec six autres autorités locales, Ware considère que "De nombreuses autorités locales estimaient que faire appel à des bénévoles ne présentait que peu d'intérêt pour la plupart des services à domicile et elles ont suggéré que le développement de la notion de NVQ [National Vocational Qualification, c'est-à-dire de qualifications professionnelles nationales] et de recommandations en matière de santé et de sécurité impliquait qu'il ne convenait pas de faire appel à des bénévoles... Cependant, des bénévoles jouent un rôle essentiel dans un certain nombre d'organisations d'aide à domicile. L'on dénombre également des associations gérées bénévolement et dont le financement est contractuel" [Ware, 1997, p. 219].

Cependant, ce tableau ne rend pas fidèlement compte des impressions empiriques évoquées à la section n° 2. On observe notamment que l'intervention du secteur associatif dans le domaine des services à domicile financés publiquement est moins significative que son intervention dans le domaine des services résidentiels. Pour expliquer cette situation, il est nécessaire de recourir à une dernière proposition qui nécessite la prise en considération des variations structurelles internes du secteur associatif selon le domaine concerné et d'explicitier les facteurs relatifs aux prix et aux coûts.

Proposition n° 3

Supposons que le prix soit un argument décisif dans le choix des gestionnaires publics des sous-traitants, la capacité des associations à assurer des services à un prix raisonnable ne dépend pas uniquement de la participation de bénévoles et des motivations des organisations concernées, mais aussi d'une série de facteurs structurels liés à leurs ressources.

Dans le domaine résidentiel, la possibilité de disposer de fonds provenant de legs et d'excédents accumulés au fil du temps ainsi que de subventions croisées provenant d'autres formes de financement et d'activités contribue dans une large mesure à maintenir les prix à un niveau relativement bas. L'absence de ces pratiques dans le domaine des services à domicile permettrait d'expliquer le fait que les prix y sont relativement élevés. Pourquoi ? Essentiellement, parce que la représentation des différents types d'organisations figurant dans l'encadré n° 1 semble être différente⁴¹ dans les services à domicile financés par les autorités locales. Les organisations affiliées à des organisations "nationales spécialisées" paraissent relativement plus actives, tandis que les autres types de structures qui peuvent profiter de ce type d'avantage - les entreprises « généralistes » ou sociales – semblent moins représentées⁴². En outre, les organisations généralistes et d'entrepreneuriat social qui proposent des services à domicile préfèrent, peut-être, simplement ne pas utiliser leurs ressources pour intervenir dans le prix facturé aux autorités locales. En fait, il est possible qu'elles compensent les déficits de gestion d'autres services au moyen des excédents générés par les services à domicile, bien qu'aucun élément de preuve ne permette d'étayer cette thèse.

⁴¹. Elle "semble être différente" car les données nationales ne comprennent pas de distinction entre les différentes organisations appartenant au troisième secteur. Cette affirmation se base simplement sur des impressions apparues suite à la comparaison des différents types d'organisations financées par des autorités locales proposant des services résidentiels et des services à domicile.

⁴². Ceci ne signifie pas que les organisations autres que les organisations nationales spécialisées ne sont pas représentées du tout dans le domaine des services à domicile financés par les autorités locales. Elles le sont bel et bien. L'essentiel est plutôt qu'elles semblent y être *relativement* moins actives que dans le domaine des services résidentiels. De plus, comme indiqué plus haut, elles proposent souvent des services à domicile sans recevoir de soutien financier de la part des autorités locales à cette fin : dans les sections n° 2.2 et 3, nous nous concentrons uniquement sur les services financés par les autorités locales.

4. CONCLUSION

Ce chapitre a traité de l'évolution historique et des développements récents du secteur associatif dans le domaine des services au bénéfice des personnes âgées. Il s'est appuyé sur ces informations susceptibles d'évaluer dans quelle mesure ces services diffèrent de ceux organisés par le secteur privé lucratif et par le secteur public.

Bien que de taille réduite sur le plan quantitatif, le secteur associatif joue un rôle non négligeable dans l'économie plurielle du bien-être au sens qualitatif du terme. Sa présence dans ce système ne présente pas moins des avantages et des inconvénients. Parmi les avantages, relevons le fait qu'il est traditionnellement considéré - à raison ou à tort - comme relativement fiable par les gestionnaires publics au sein des autorités locales. Il est manifeste que son existence élargit le choix offert aux personnes âgées du point de vue des milieux de vie, au moins pour celles qui remplissent les différents critères d'admission. Dans certains cas, il applique manifestement des tarifs relativement bas et permet aux gestionnaires publics de réaliser certaines économies. Il constitue également une expression institutionnelle d'une série de motivations et de comportements, tant de la part des gestionnaires que de la part des bénévoles.

Au rayon des désavantages, il faut bien constater - il s'agit, à différents égards, du revers de la médaille - que le secteur associatif, du moins en partie, apparaît comme exclusif sur le plan social ainsi que relativement onéreux dans certains domaines.

Dans la section n° 3, nous avons suggéré - en prenant appui sur des informations plutôt disparates - quelques unes des raisons permettant d'expliquer pourquoi les activités du secteur associatif diffèrent tellement selon de type de services concernés. Trois aspects semblent particulièrement importants pour expliquer ces différences : les différences en matière de réglementation ; la contribution des bénévoles, et les différences de composition interne du secteur associatif, tout particulièrement entre les services résidentiels et les services à domicile.

En raison de la nature des informations disponibles, cet examen s'est naturellement concentré surtout sur le développement d'une analyse comparative des différentes formes de services à *l'intérieur* de la Grande-Bretagne. Nous terminerons cependant par des commentaires tournés davantage vers l'extérieur. Les informations disparates disponibles suggèrent que le secteur associatif britannique ne joue probablement qu'un rôle mineur en termes quantitatifs dans le domaine de l'organisation de services sociaux destinés aux personnes âgées, et ce comparativement avec d'autres parties de l'Europe et de nombreux pays développés.

On peut imaginer que cela s'explique en grande partie par le développement de conditions favorables au marché au cours de ces dernières années, incluant l'idéologie de la nouvelle

droite et, par conséquent, l'absence de limites institutionnelles quant au profit pouvant être réalisé dans le domaine des services. Nous avons vu qu'en Grande-Bretagne, cette évolution est favorisée – au départ - presque par accident, avant de l'être à dessein par la politique menée par le gouvernement national, qui utilise ses compétences centralisées pour donner le ton.

Cette attitude contraste nettement avec celle de nombreux autres pays qui rejettent - pour des raisons morales – le fait que des bénéficiaires financiers privés soient associés à des services sociaux. Cette distinction s'exprime de la manière la plus visible dans l'idéologie des partis sociaux-démocrates d'Europe continentale et du parti travailliste [voir, par exemple, Badelt, 1997]. De plus, même si le secteur à but lucratif avait été mieux accepté, il n'est pas sûr que d'autres pays auraient été capables d'introduire des modifications politiques aussi rapides en l'absence d'une structure de commande et de contrôle très centralisée équivalente à celle dont dispose le gouvernement central britannique [Kendall et Knapp, 1996 ; voir Klein, 1997 pour une application de ce raisonnement au système des soins de santé britannique sous un angle comparatif).

L'élection de Tony Blair en 1997 – dont le gouvernement est le premier à ne pas suivre les objectifs de la nouvelle droite depuis que Mme Thatcher est devenue premier ministre en 1979 - doit encore marquer de son empreinte les systèmes sociaux et le secteur associatif en tant que partie intégrante de ce dernier . Bien que la position adoptée par ce mouvement se rapproche davantage de la politique européenne – la manifestation la plus notable de ce changement étant de revenir sur le retrait de la Grande-Bretagne de l'accord sur la politique sociale de 1989, relatif aux conditions de travail, au partenariat social et à l'exclusion sociale - l'impression qui se dégage actuellement à l'égard des organisations du secteur indépendant est généralement celle d' une large continuité plutôt qu' 'une volonté de changement. Cette impression s'est confirmée récemment avec la publication d'un livre blanc, dont la divergence la plus significative dans le champ qui nous concerne réside probablement dans l'affirmation que le temps est venu de réglementer les services à domicile au niveau national. Selon la logique des arguments présentés dans la section n° 3, ceci peut aboutir à une certaine érosion des avantages que le secteur associatif détient actuellement par rapport au secteur privé lucratif en ce qui concerne ce type de services.

La position de principe selon laquelle les services sociaux sont incompatibles avec la notion de bénéficiaires financiers privés – qui est courante dans certains cercles de la gauche britannique et au niveau syndical – est remplacée, au niveau du gouvernement central et de la plupart des gouvernements locaux, par l'argument selon lequel l'essentiel – dans un contexte

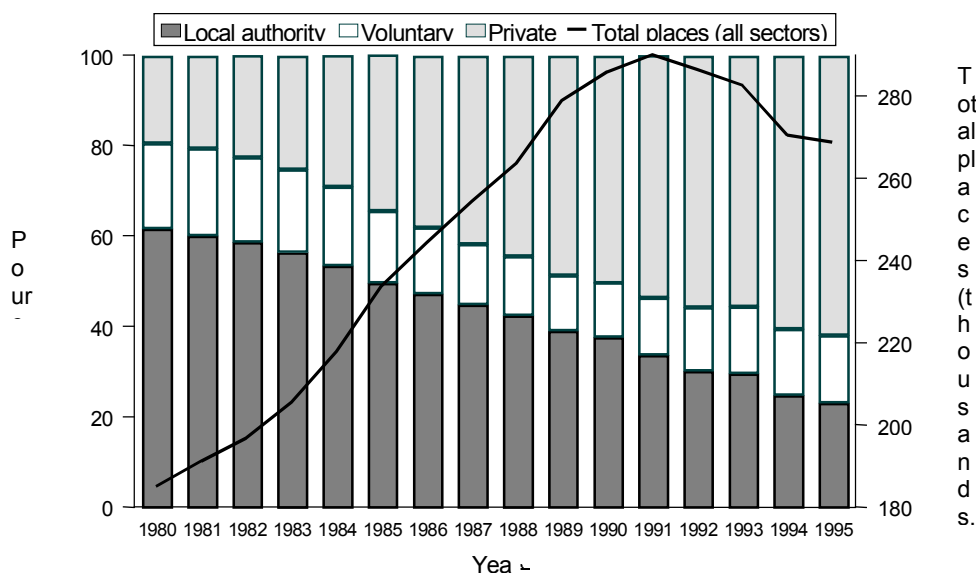
fiscal très étiqué⁴³ – est de trouver la “ meilleure offre ”. Que celle-ci émane du secteur privé lucratif, du secteur associatif ou du secteur public n’a aucune importance. Dans ces circonstances, - comme indiqué plus haut – s’il existe une marge pour une réglementation supplémentaire des services sociaux visant à protéger les bénéficiaires vulnérables contre l’exploitation, on constate peu ou pas d’hostilité envers la notion de profit en tant que telle. En effet, compte tenu du nombre de petites entreprises travaillant dans ce domaine – l’administration actuelle prétend, comme la précédente, qu’elle aspire à protéger et à stabiliser ce secteur tout particulièrement, lequel se trouve dans une zone de turbulences politiques considérables [Wistow et al., 1996].

En acceptant qu’un salaire minimum constitue un moyen légitime de lutter contre « l’exclusion sociale » des bas revenus, le gouvernement a pris une direction davantage européenne⁴⁴. Comme cela est indiqué dans la section n° 2, les associations qui rémunèrent leurs employés à un niveau peu élevé sont les moins nombreuses. La mise en oeuvre de cette politique a donc des effets moindres sur ces organisations que sur leurs homologues du secteur privé. Dans ce domaine au moins, les motifs d’inquiétude pour le secteur associatif sont moindres que ceux du secteur privé lucratif.

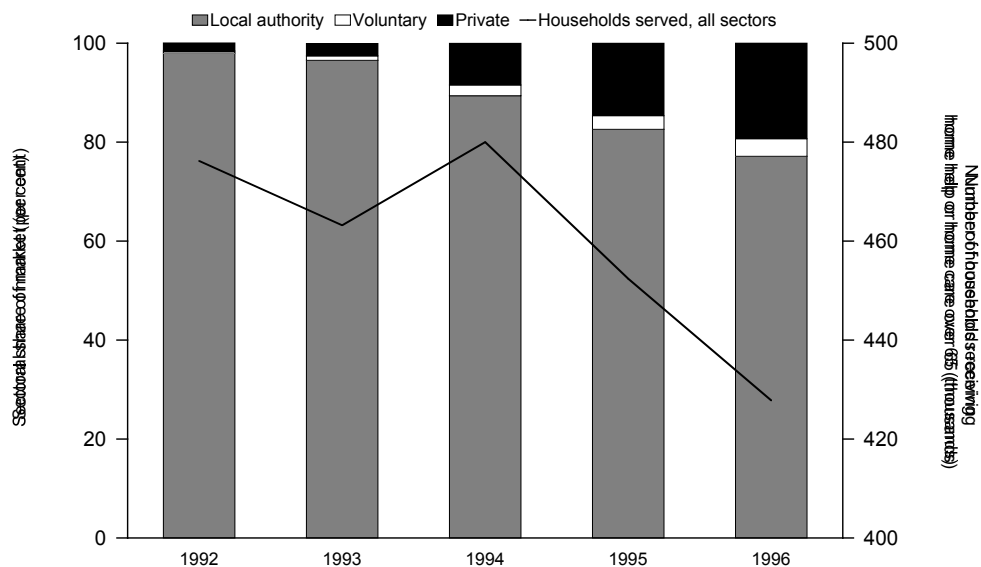
⁴³. Le gouvernement du New Labour se maintient dans les limites budgétaires de l’administration conservatrice précédente.

⁴⁴. La notion d’exclusion sociale est une notion (délibérément) flexible et ambiguë [voir Atkinson et Hills, 1998], mais les questions relatives au marché du travail jouent un rôle important dans la plupart des justifications. Nombreux sont ceux qui reconnaissent que “ l’exclusion sociale ” ne frappe pas uniquement les personnes qui n’ont pas de travail, mais aussi celles qui sont sur le marché du travail et dont le niveau de rémunération est très bas – particulièrement si leur emploi n’est pas sûr -.

Graphique 1 : part sectorielle et nombre total de places résidentielles pour personnes âgées et handicapées.

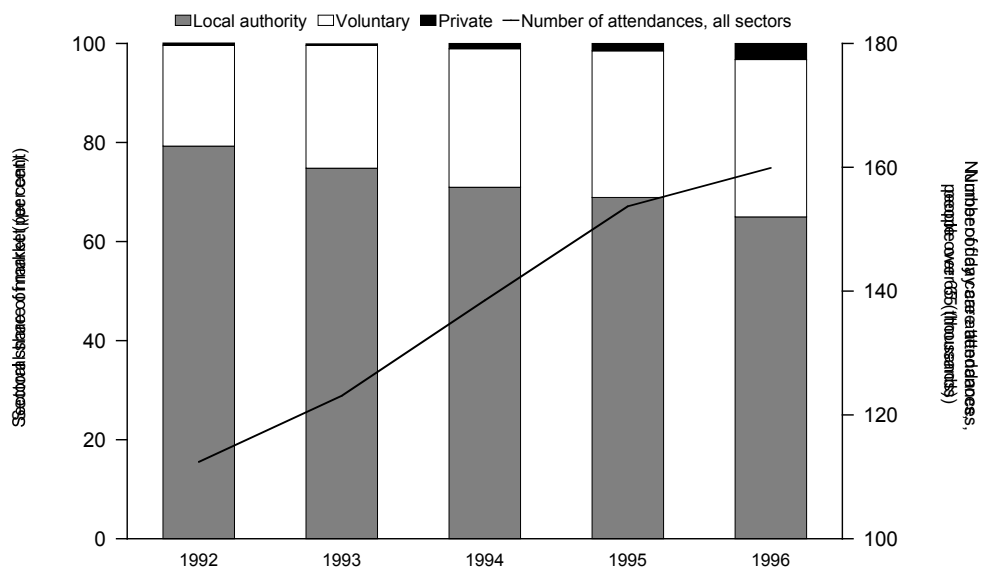


Graphique 2 : part sectorielle et nombre total d'utilisateurs pour les services à domicile pour personnes âgées financés par les pouvoirs publics locaux



Source: Data from DH Statistical Bulletin 1997/8.

Graphique 3 : part sectorielle et nombre total de jours de fréquentation pour les centres de jour.



Source: Data from DH Statistical Bulletins 1994/5 and 1997/8.

Norvège : aide formelle et soutien à l'aide informelle

par Bernard Enjolras

Le système de protection sociale norvégien, à l'instar des autres scandinaves, est bâti sur trois principes qui le distinguent des autres systèmes européens (trois fois protection sociale en une phrase) [Hagen, Hippe, 1993].

Le premier est le principe d'assurance universelle contre les risques de perte de revenu et de maladie. Les droits sociaux individuels en matière de retraite, d'invalidité, de chômage, de maladie et de maternité de même que ceux qui ouvrent l'accès gratuit aux soins ne sont pas dérivés de la situation à l'égard du marché du travail, ni du statut familial. Ils sont constitutifs de la citoyenneté. Les dépenses sociales sont financées par une contribution proportionnelle au salaire acquittée par l'employeur et par l'impôt général sur le revenu. Il n'y a pas, contrairement aux systèmes contributifs, de liens entre la contribution individuelle et l'accumulation de droits. L'objectif poursuivi par ce système unifié et financé par l'impôt est de fournir à chaque membre de la société une garantie de revenu et d'accès aux soins tout au long de la vie et de rendre superflu tout système d'assurance privé.

Le principe d'universalité concerne les conditions d'éligibilité. Il ne doit pas être confondu avec le second principe sur lequel repose le mode de calcul des prestations. En vertu de ce second principe, toutes les prestations services dans le cadre du système universel de protection sociale doivent être proportionnelles (et d'un montant semblable) au revenu actuel ou passé de la personne qui en bénéficie afin que toute interruption involontaire (temporaire ou durable) de l'activité rémunérée ne se traduise pas par un déclin substantiel du niveau de vie de l'individu. Les conséquences de ce principe sont doubles : les prestations sous condition de ressource, considérées comme stigmatisantes, ne sont pas nécessaires et les personnes à revenu moyen ou élevé sont éligibles aux prestations sociales.

Le troisième principe concerne la responsabilité du secteur public dans le financement et la fourniture de la majeure partie des services sociaux. Les services de santé, de protection de l'enfance, de soins aux personnes âgées, de rééducation et de formation des personnes handicapées sont en général fournis soit par les comtés (hôpitaux) soit par les communes (soins de santé primaire, services sociaux). Le secteur à but non lucratif joue un rôle apparemment peu important dans la mise en œuvre des politiques publiques en matière d'aide et de soins aux personnes âgées.

L'offre de services sociaux s'effectue traditionnellement dans le cadre du service public. Cette forme d'offre suppose que les autorités publiques aient la charge de la fourniture des services, du financement de tous les coûts, y compris d'investissement. Ils sont en outre les employeurs du personnel. Cette forme d'offre a fait l'objet de critiques portant sur le manque d'incitation au changement. Il se traduit par une faible sensibilité de l'offre aux besoins du public. Ces critiques ont conduit les autorités publiques à développer une stratégie de contractualisation avec les organisations à but non lucratif [Lorentzen, 1992]. Dans cette hypothèse, le coût des services est financé par des fonds publics mais, les services sont mis en œuvre par des associations. Environ 20 % des institutions (résidences) pour personnes âgées sont gérées par des associations. C'est le cas, également, de 50% des centres de jour pour personnes âgées [ibid.] Les critiques considérant que les dépenses en matière de protection sociale sont trop élevées n'ont pas conduit à un changement notable du système d'offre de soins aux personnes âgées. La probabilité de voir évoluer le mode de fourniture des services d'aide aux personnes âgées semble faible car les valeurs de solidarité et d'égalité sont solidement ancrées dans la société norvégienne [Waerness, 1992].

1. L'OFFRE D'AIDE A DOMICILE

L'offre d'aide à domicile relève en Norvège de la responsabilité des communes qui opèrent dans le cadre législatif et réglementaire défini par le gouvernement national. Elle est financée par des subventions nationales. Le développement de l'offre d'aide à domicile s'est effectué dans les années 1970 et il a connu une restructuration qui s'est traduite par un processus de décentralisation dans le courant des années 1980 [Lingsom, 1994].

Expansion de l'offre et régulation centralisée

Le début de la décennie 1970 connaît un développement important de l'offre d'aide à domicile. De 1970 à 1979, le nombre de bénéficiaires s'accroît de 110 %, passant de 44.000 en 1970 à 92.000 en 1979 [ibid.]. Le volume d'heures s'est, quant à lui, accru de 166 % sur la même période, passant de 6 millions d'heures en 1970 à 15 millions en 1979. Cette croissance s'est également traduite dans les travailleurs avec une augmentation de 114 % passant de 20.000 en 1970 à 44.000 en 1979.

Cette croissance rapide de l'offre d'aide à domicile est rendue possible par l'existence, dès 1979, d'un système de financement national préaffecté à l'aide à domicile. En effet, à partir de 1969, le gouvernement national va rembourser une part substantielle des dépenses engagées en matière d'aide à domicile. La subvention nationale est alors de 35 % des dépenses engagées. La participation nationale est portée à 50 % en 1977 et à partir de 1979, un plafond est fixé, autorisant une croissance de la subvention nationale de 2 % par an. La participation des usagers s'élevant à 10 % du coût et les recettes fiscales s'accroissant du fait

du développement du travail salarié féminin, le développement de l'offre d'aide à domicile ne pèse que faiblement sur les finances locales.

Le principe d'une subvention nationale préaffectée au financement de l'aide à domicile a pour effet de protéger le développement des services d'aide à domicile de la concurrence d'autres domaines de l'action municipale, plus prestigieux et mieux établis.) Ce système de subventionnement national a pour conséquence de récompenser les municipalités en fonction de leur niveau d'activité. Les municipalités ayant un niveau élevé d'activité en matière d'aide à domicile reçoivent davantage du gouvernement national que celles qui ont un faible niveau d'activité. Ce système de régulation est particulièrement efficace pour inciter au développement des services, mais, par ailleurs, il a pour contrepartie l'apparition de grandes inégalités d'accès aux services sur le territoire. Les municipalités qui manquent de ressources propres pour compléter les subventions nationales et ainsi pour développer des services reçoivent de faibles soutiens nationaux. Au sein d'une même région, la subvention nationale (calculée sur la base du nombre de personnes âgées de plus de 70 ans) varie en 1980 de 38 euros à 484 euros par tête.

La seconde conséquence de ce mode de subventionnement préaffecté est la sous-administration des services d'aide à domicile. Les subventions nationales couvrent uniquement les coûts d'intervention au domicile des particuliers et les municipalités bénéficient par ailleurs des financements généraux pour l'organisation des services sociaux. Les autorités locales n'ont donc aucune incitation pour développer l'encadrement du personnel d'aide à domicile, ni les fonctions d'évaluation des besoins et de coordination des interventions. L'attribution de l'aide à domicile s'effectue sur la base d'une rapide évaluation des besoins par un fonctionnaire local. Elle n'est pas réexaminée en fonction de l'évolution des situations. Les aides à domicile qui ont une connaissance précise de la situation des personnes n'ont aucune influence sur l'allocation des heures. Le mode d'intervention standard consiste en la fourniture de 3 à 4 heures d'aide hebdomadaire, le volume étant plus fonction de l'état des finances locales que de l'état des besoins du client. Le système de régulation mis en oeuvre ne permet pas de remplir l'objectif d'une intervention sur mesure, en fonction des besoins et celui d'une adaptation des réponses.

La rigidité du système d'allocation des ressources est en partie compensée par la souplesse des relations informelles qui se nouent entre les bénéficiaires et les aides à domicile, lesquelles interviennent i non pas en fonction des règles formelles, mais en fonction des réalités qu'elles rencontrent. Ce système fonctionne parce que les aides à domicile réalisent du travail non payé, en restant, par exemple, chez une personne plus de temps que prévu parce que le patient se sent seul.

Ce système d'allocation des ressources ne va pas s'accompagner cependant de listes d'attente. Les demandes sont traitées rapidement et se traduisent rarement par un refus d'octroi de prestations d'aide à domicile, qui peuvent d'ailleurs traduire un haut niveau de censure préalable à la demande : seules les personnes ayant un besoin éligible aux normes de l'administration se présenteront aux guichets. Dans ces conditions, la question des demandes insatisfaites se pose plus en termes d'intensité du service (nombre d'heures allouées) qu'en termes de couverture des besoins. Le système de régulation qui prévaut alors conduit à offrir très largement l'aide à domicile tout en saupoudrant en contrepartie les prestations. Un grand nombre de bénéficiaires (un sur quatre) considèrent qu'ils ont besoin de plus d'aide qu'ils n'en reçoivent [*ibid.*].

Ce système de subventionnement national préaffecté est remplacé par un système de subvention globale aux municipalités dans le courant des années 1980. Cette réforme s'accompagne d'une décentralisation du mode d'allocation des ressources.

Restructuration et décentralisation des modalités d'allocation des ressources

L'aide à domicile s'organise de plus en plus en équipes sur une zone géographique (district). Les chefs d'équipe de district sont responsables de l'allocation des ressources dans le cadre d'une enveloppe budgétaire annuelle fixée par la municipalité. La réforme du mode de financement national qui se traduit par le passage d'un système de subventionnement national préaffecté à l'aide à domicile excluant les coûts administratifs à un système de subvention globale va inciter les municipalités à accroître leurs responsabilités en matière de coordination et de gestion des services. Elles sont, dans le cadre de ce nouveau mode de financement national, plus concernées par l'efficacité des services qu'elles ne l'étaient dans le passé. Les équipes de district sont promues dans la perspective d'un meilleur ciblage des ressources sur les personnes qui ont les besoins les plus importants. Il s'agit de confier la responsabilité de l'attribution de l'aide à ceux qui ont la meilleure connaissance de la situation des clients. La décentralisation de la gestion des ressources au niveau des districts a pour objet également de permettre une meilleure sensibilité de l'offre à l'évolution des demandes.

La flexibilité et la sensibilité de l'offre assurées, dans le passé, grâce aux relations informelles établies entre les aides à domicile et les clients doivent désormais être réalisées dans un contexte plus professionnalisé, par le jeu d'une gestion décentralisée au jour le jour.

Le développement des équipes de district modifie le mode d'intervention des aides à domicile. Les contacts avec les collègues et les supérieurs s'accroissent alors que les contacts informels avec les clients diminuent. La combinaison d'impératifs d'efficacité, d'une culture de détachement professionnel vis-à-vis des clients, d'un accroissement de la charge de travail a pour conséquence de réduire la capacité des aides à domicile à répondre aux attentes de

leurs clients en termes de socialisation. Les aides à domicile ne sont plus en mesure de prendre un café ou de discuter avec leur client après leur intervention. De plus, le principe d'allocation des ressources au jour le jour suppose que les clients acceptent de changer fréquemment d'intervenant, ce qui conduit, par ailleurs, à un moindre investissement relationnel des aides à domicile. La régularité et la prédictibilité de l'aide se trouvent également remises en question. Une réforme en 1993 remet en question ce principe d'allocation. Dorénavant, la municipalité est tenue d'informer les clients du volume d'aide dont ils bénéficient et des raisons pour lesquelles, le cas échéant, l'aide n'est pas accordée.

La décentralisation de l'allocation de l'aide a pour conséquence d'en réduire la qualité sans pour autant parvenir à un meilleur ciblage des ressources. Toutes les informations disponibles ne font pas apparaître, depuis la réforme, une meilleure attribution des ressources aux personnes qui sont les plus gravement malades ou handicapées [*ibid.*].

2. LES INCITATIONS A L'AIDE INFORMELLE

Il est communément admis que le volume de soins informels tend à se réduire du fait de l'augmentation du taux d'activité des femmes. En Norvège, le déclin du volume des soins informels est perçu plutôt favorablement dans la mesure où la prise en charge des soins est considérée comme relevant de la responsabilité publique plutôt que de la responsabilité privée. L'existence de services publics de bonne qualité est considérée comme le meilleur moyen de soutenir l'aide informelle. Un intérêt accru est porté à la façon dont l'aide apportée dans le cadre du service public est articulée avec l'aide informelle et à la façon dont elle répond aux besoins des individus. Le développement de services d'aide aux aidants (services de répit) est devenu une priorité budgétaire. L'indemnisation financière des aidants informels est conçue comme un moyen pour permettre, aux familles qui le souhaitent, la prise en charge de leurs proches. Le but est d'éviter ou de retarder l'institutionnalisation, de préférence en l'articulant avec d'autres formes de soutien (service public d'aide à domicile, service d'aide aux aidants). Même les plus ardents défenseurs de l'indemnisation financière des aidants informels doutent que l'indemnisation puisse conduire à un accroissement de l'aide informelle. La politique d'indemnisation des aidants informels est justifiée en termes de justice sociale et d'égalité des sexes. L'indemnisation de l'aide informelle permet de lever l'obstacle financier pour que cette aide, lorsqu'elle est souhaitée, soit mise en œuvre et contribue à reconnaître socialement la valeur de ce travail.

Il reste cependant que l'aide informelle est si étendue qu'il n'est pas envisageable d'indemniser dans sa totalité et ce d'autant plus que du point de vue financier, l'indemnisation de l'aide informelle entre en compétition avec le développement des services publics

professionnalisés qui ont la priorité. Les formes d'indemnisation sont diversifiées. Elles peuvent être analysées selon quatre dimensions [*ibid.*] :

- le bénéficiaire de l'indemnité,
- la nature du droit qui est mis en œuvre,
- le moment où le paiement intervient,
- le principe qui détermine le niveau de l'indemnité.

Du point de vue des bénéficiaires, une distinction doit être faite entre les aidants et les aidés. Certaines mesures indemnisent les aidants, indirectement, par le biais des indemnités qui sont versées aux personnes aidées.

Si l'on considère la nature du droit mis en œuvre, trois niveaux sont à prendre en compte. Premier niveau : le versement d'indemnités repose sur la discrétion des autorités locales ; second niveau : les ayants droit se voient garantis des droits procéduraux (justification des décisions, procédures d'appel) ; dernier niveau : les personnes qui justifient des critères d'éligibilité se voient attribuer, par la loi, un droit à prestation. En plus des droits procéduraux, elles peuvent faire valoir un droit substantiel à des allocations spécifiques.

Les formes d'indemnisation peuvent être spécifiées en fonction de la relation qui est établie entre le paiement et l'aide. L'indemnisation peut être effectuée pendant que l'aide est mise en œuvre (allocations visant à compenser les pertes de revenu) ou après que l'aide soit fournie (allocations visant à compenser le manque de capitalisation du fait d'une activité d'aide).

Enfin, l'indemnité peut être calculée dans la perspective d'une compensation de revenu (elle reflète alors la valeur du temps de l'aidant sur le marché du travail) ou dans la perspective du paiement des services rendus (elle reflète alors la valeur marchande du type de service rendu pour l'aidant).

L'emploi de la parentèle comme aide à domicile

Pour cette forme d'aide, le bénéficiaire est l'aidant. Aucun droit n'est mis en œuvre sur la nature du service. L'emploi de parents proches comme aide à domicile est une modalité, dont le volume est modeste. Un rapport récent de 1999 montre que sur 100.000 personnes ayant un besoin d'aide à domicile seulement 3500 bénéficiait de cette forme d'aide. La décision d'employer un parent proche pour rendre un service d'aide à un client est entièrement laissée à la discrétion des autorités locales. La parentèle est habituellement employée sur un contrat de travail à durée déterminée, sans bénéficier des avantages de la fonction publique. Leur emploi cesse avec la mort ou le placement en institution de leur client. La rémunération est

fixée au niveau minimum de rémunération pour une aide à domicile dans le service public (12,41 € de l'heure). Les aidants parentaux sont payés uniquement pour quelques heures par semaine (en moyenne 209 heures par an, soit 4 heures par semaine) ce qui se révèle insuffisant pour leur ouvrir des droits supplémentaires à la retraite.

Les allocations aux aidants

Ce type d'indemnisation est octroyé aux aidants et fait l'objet d'un droit procédural. Elle est accordée durant la période de fourniture de l'aide et est calculée, en partie, sur la base du service rendu et en partie, sur la base de la perte de revenus. Les autorités locales sont, au terme de la loi, obligées de mettre en œuvre ce programme d'allocations aux aidants (la fourniture d'aide à domicile n'est pas une obligation pour les municipalités même si toutes les municipalités ont développé ce service). Les municipalités ont toute latitude pour définir les critères d'éligibilité à cette allocation, la loi ne garantissant aux ayants droit qu'un droit procédural : droit de voir leur cas réexaminé, droit de voir la décision motivée, droit d'appel de la décision. La municipalité et le bénéficiaire doivent considérer en commun que l'aide informelle est la meilleure formule d'aide dans l'intérêt du bénéficiaire. Cette allocation est ciblée sur les aidants de personnes sévèrement handicapées et concerne en priorité les soins personnels plutôt que l'aide ménagère. En ce sens elle se rapproche d'un soutien aux soins à domicile. Certaines municipalités réservent cette allocation aux personnes pour lesquelles une combinaison de soins professionnels et d'aide professionnelle à domicile est insuffisante pour parvenir au maintien à domicile. Les allocations aux aidants sont une source de revenu suffisamment importante pour constituer une alternative à l'emploi salarié. Si le montant horaire est le même que celui qui est payé aux aides à domicile, le volume d'heure accordé est plus élevé.

Les autorisations d'absence pour les salariés qui fournissent une aide

Il existe en Norvège un système de compensation salariale. Il est inclus dans le système d'assurance sociale pour les personnes qui s'absentent de leur travail afin de pourvoir aux soins de leurs proches. Les salariés reçoivent 100 % de leur salaire durant ces absences, les travailleurs indépendants 65 % de leurs revenus. Les parents salariés d'enfant de moins de dix ans ont droit pour chacun d'eux à 10 jours d'absence par an en raison de la maladie de l'enfant. Ce droit a été étendu pour permettre les soins aux enfants handicapés et aux personnes proches, de tous âges, gravement malades. Le droit d'absence est doublé pour les parents d'enfants handicapés ou chroniquement malades et la limite d'âge de l'enfant est portée à 16 ans.

Par ailleurs, les personnes qui délivrent des « soins terminaux » à un proche ont un droit d'absence de 20 jours par an.

L'ouverture de droits à la retraite pour les aidants

Afin de réduire les pertes de revenu, au moment de la retraite, liées au temps passé à fournir des soins informels, une réforme, votée en 1992, permet d'ouvrir des droits à la retraite (en plus de la pension minimale liée à la citoyenneté) aux personnes qui ont une activité d'aide informelle. Le montant des droits ouvert demeure cependant inférieur à ce qui aurait été généré par une activité salariée à plein temps.

L'allocation d'assistance pour l'aide à domicile

Les personnes ayant un besoin d'aide pour les tâches ménagères, du fait d'une longue maladie ou d'un handicap, recevaient avant 1992 une allocation d'un montant de 1.088 ₰ par an. Le parlement a décidé de mettre fin à cette allocation, considérant qu'il est préférable de développer l'aide à domicile en nature offerte par les services publics locaux. La suppression de cette allocation doit permettre d'économiser 2.600.000 ₰ par an qui seront réalloués aux services d'aide à domicile. Il reste que les bénéficiaires de cette allocation perçue avant la réforme continueront à la recevoir. Cette allocation va donc s'éteindre progressivement.

3. CONCLUSION

L'organisation de l'offre d'aide à domicile en Norvège apparaît comme originale comparativement aux pays de l'Europe continentale. En effet, d'une part, la prestation de services est assurée dans le cadre du service public communal. Elle est fortement régulée et encadrée par l'État, même si la politique de décentralisation donne des marges de manœuvre accrues aux communes. D'autre part, l'aide informelle, considérée comme déterminante pour le maintien à domicile des personnes âgées, fait l'objet d'une politique active de soutien. Elle vise à ne pas handicaper les aidants informels sur le marché du travail et à compenser en partie la perte de revenu liée à l'aide informelle.

Le rôle du secteur non lucratif semble peu important en matière d'aide à domicile. Cette apparence est trompeuse dans la mesure où les associations qui comptent de nombreux membres et bénévoles (en 1998, les associations de service social comptent plus d'un million de membres) ne se considèrent pas comme ayant vocation à produire des services. Elles se définissent plutôt comme des lieux de rencontre et de socialisation au plan local et jouent un rôle important comme porte-parole des besoins des usagers dans les processus de décisions et d'élaboration des politiques publiques. Contrairement aux idées reçues relatives au modèle scandinave d'État-providence, le rôle dominant joué par l'État dans l'organisation et la production de services sociaux ne signifie pas la disparition des associations et de l'aide informelle, mais une forme originale de « welfare mix » impliquant les usagers par le biais de leurs associations, les services publics et les aidants informels. Seul le marché demeure

relativement absent de ce welfare mix, même si de récentes études [Eikås et Selle, 2000] tendent à montrer qu'il se développe (notamment en ce qui concerne les résidences pour personnes âgées) du fait des politiques de contractualisations mises en œuvre par certaines communes.

Autriche : le modèle viennois de municipalité-providence

par Peter Ulrich Lehener

En Autriche, la politique sociale et les services de soins relèvent essentiellement des provinces et des municipalités, qui doivent gérer la plupart des secteurs non couverts par le système d'assurance sociale. Les lois concernant l'aide sociale, promulguées dans les différentes provinces, ont trait à plusieurs aspects, et notamment au mode de coopération développé avec les organisations privées de bienfaisance⁴⁵.

Le principe de la subsidiarité joue à cet égard un rôle important. En Autriche, à l'instar de beaucoup d'autres pays catholiques, le principe de subsidiarité est appliqué dans un sens conservateur. Les services publics offrent une aide sociale dans les seuls cas où celle-ci n'est pas organisée par la famille, l'assurance sociale ou les institutions privées d'aide sociale. La subsidiarité et l'individualisation génèrent avant tout des processus de traitement restrictif dans lesquels l'aide requise est octroyée en fonction de la situation individuelle du demandeur.

1. LE ROLE CENTRAL DE LA MUNICIPALITE VIENNOISE

Dans ce contexte, Vienne constitue un modèle alternatif. Elle n'est pas seulement la capitale de l'Autriche, c'est aussi l'une de ses neuf provinces. Elle compte quelque 1,6 million d'habitants, soit plus d'un cinquième de la population autrichienne. En dépit de la baisse de sa population entre le recensement de 1961 et celui de 1991, la proportion de personnes âgées a toujours été plus élevée dans la population viennoise que dans la population autrichienne en général.

Par une décision du 20 juin 1920, le conseil local viennois fonde le *Bureau central d'action sociale de la municipalité de Vienne*, qui regroupe sept départements spécialisés, dont un ou deux axés sur les personnes âgées. Le fonctionnement de cette institution est guidé par les principes suivants : droit aux soins pour tout individu, coopération avec l'entourage des individus, politique sociale de soins préventifs et globaux.

⁴⁵. Ces œuvres sont des associations enregistrées poursuivant des objectifs d'intérêt collectif (culturels, sociaux, ...) et ne pouvant distribuer de bénéfices. Liées pour la plupart à des églises ou au mouvement ouvrier, elles atteignent des tailles importantes pour certaines d'entre elles.

Ces principes constituent en même temps le socle de la politique qui, les années suivantes, va permettre aux sociaux-démocrates de renforcer leur majorité au conseil municipal viennois et d'augmenter leur part des suffrages aux élections du parlement fédéral. Vienne devient un point de mire à l'échelle internationale et est surnommée « Vienne la Rouge ». Sa politique contraste sur toute la ligne avec la politique conservatrice, fondée uniquement sur la générosité des nantis et sur la charité privée gérée officiellement sous la monarchie. Ce type de politique sociale étant mené au détriment des classes possédantes, leurs représentants s'opposent à la municipalité, en recourant même aux armes en 1934.

Après l'époque du fascisme (1934 à 1945), la politique sociale viennoise est reconstruite sur la base d'une loi spéciale fondée sur les principes suivants : droit légal de la personne à une couverture de ses besoins élémentaires, soins planifiés devançant la demande des personnes, assistance préventive et post-assistance, aide financière personnalisée en espèce ou sous forme d'assistance individuelle [Drapalik, 1986, pp. 13-21].

Depuis la fin des années 1950, une politique de soins axée sur le bien-être apparaît avec le développement de la sécurité sociale, et le recul de la grande détresse.. La Fédération autrichienne des municipalités, lors d'une conférence sur les *Soins aux personnes âgées*, organisée en 1958/59, précise sa nouvelle orientation, qui va marquer la politique viennoise en faveur du troisième âge. Entre autres recommandations, cette conférence approuve la coopération entre soins publics et aide sociale privée dans le domaine des soins aux personnes âgées. En vertu d'une décision du conseil local viennois du 17 décembre 1991, le secteur des *Soins à domicile*, constitue un nouveau département distinct couvrant un champ d'activités spécifiques, responsable de la coopération avec les associations de bienfaisance d'aide à domicile sans but lucratif.

Les institutions de services de soins

Les soins aux personnes âgées sont prodigués par les institutions suivantes :

- 8) les départements et services municipaux compétents ;
- 9) des institutions d'utilité générale de droit privé créées et contrôlées par la municipalité pour assumer des activités spécifiques d'aide aux personnes âgées sans être entravées par les structures et les particularités du droit public ;
- 10) des associations sans but lucratif qui, à travers des procédures de détachement ou de transfert, accomplissent ces tâches avec le soutien financier ou organisationnel de la municipalité, sous le contrôle des pouvoirs publics et selon des barèmes précis ;

- 11) des associations sans but lucratif ou organisations de bienfaisance, ouvertes à toutes personnes nécessiteuses qui, en général, n'en sont pas membres

Les institutions d'utilité générale de droit privé

L'une des principales institutions d'utilité générale pour les personnes âgées est le conseil d'administration des maisons de retraite viennoises. Créé le 7 octobre 1960 par le conseil municipal viennois, il s'inspire des modèles scandinaves. Il est présidé par l'élu municipal viennois chargé des affaires sociales. Outre ce dernier, son comité directeur est composé d'un directeur responsable et de membres du conseil municipal. La première maison de retraite est inaugurée en 1963. Vienne est la première province autrichienne à entreprendre une telle démarche. Elle est suivie progressivement par les autres provinces et municipalités quelques années plus tard.

A partir de 60 ans, toute personne de citoyenneté autrichienne, domiciliée à Vienne, qui ne nécessite pas de soins constants, peut solliciter une place dans une maison de retraite. Elle l'obtient au bout de quelques années. Ces maisons de retraite proposent des appartements pour une ou deux personnes, une salle à manger commune, un poste de soins, des services tels qu'une aide médicale, un coiffeur et une pédicure, ainsi que des activités musicales, ludiques ou sportives [Häuser, 1995, p. 5]. Elles organisent aussi des excursions et l'assistance à des concerts et des représentations théâtrales. Chaque maison de retraite comporte un club de retraités soutenu par la municipalité. Accessible à tous, il permet aux résidents d'entretenir des liens avec des personnes âgées extérieures à l'établissement pour que celle-ci ne soit pas une « institution fermée ».

En 1996, le coût mensuel pour les résidents est de 850 euros pour une personne seule et de 1.500 € pour un couple, ces sommes ne devant pas dépasser 80 % du revenu mensuel régulier des résidents [*ibid.*]. Pour toutes celles et ceux dont les moyens financiers ne suffisent pas à couvrir le prix de pension, la municipalité de Vienne prend en charge la différence. En outre, aucun résident d'une maison de retraite dont l'état de santé a évolué vers un besoin de soins constants n'est exclu de son logement [*ibid.*]. Il est soigné par les institutions spécialisées de la maison de retraite, les frais supplémentaires occasionnés par ces soins pouvant être, en vertu de la nouvelle loi, partiellement couverts par une indemnité de soins.

Jusqu'en 1996, 32 maisons de retraite viennoises font partie du conseil nommé ci-dessus. Ensemble, elles proposent 8.072 appartements et 9.631 lits, y compris les lits des services de soins. Le taux moyen d'occupation des appartements est d'environ 99,41 %, tandis que le taux moyen de recours aux services de restauration est de 88,61 % en 1996. Ces chiffres indiquent que les maisons de retraite accueillent, en moyenne, quelque 8.000 pensionnaires. L'âge

moyen de ceux-ci est de 84 ans, environ 53 % des coûts sont couverts par les paiements des clients, la différence étant supportée par la municipalité.

La municipalité de Vienne propose également un panel de services sociaux d'*Aide à domicile* accessibles par une plate-forme téléphonique ou en s'adressant aux points de soutien social décentralisés (par téléphone, par courrier ou en s'y présentant directement). Ces services se donnent pour objectif commun de permettre aux personnes en perte d'autonomie de continuer à vivre à leur domicile, à y être soignées dans les meilleures conditions, tout en soulageant leurs familles d'une part de l'aide qu'elles leur apportent.

Cette pratique est instituée par la loi viennoise sur l'aide sociale, édictée le 19 décembre 1972, et entrée en vigueur le 1^{er} mars 1973. Mais le premier détachement correspond à un contrat daté du 13 juin 1947. Celui-ci semble représentatif de l'évolution de la pratique dans son ensemble. Juste après la seconde guerre mondiale, la coopération avec les organisations privées se restreint quelque peu. En effet, la plupart de ces organisations sont religieuses ou ecclésiastiques. Elles sont dès lors d'orientation caritative, tandis que la politique de la municipalité se centre sur l'attribution de droits légaux aux personnes ayant besoin de soins. Pour atteindre cet objectif, la municipalité accorde davantage sa confiance à des organisations plus proches d'elle. Ainsi, l'organisation *Soins viennois à domicile*, aujourd'hui rebaptisée *Association des services sociaux viennois*, est fondée en 1947 par un retraité de la municipalité viennoise. Son conseil de direction est alors composé des représentants du conseil municipal et des responsables du bureau social viennois. Ce type d'organisation permet d'atteindre un plus haut degré de flexibilité en ce qui concerne les aspects organisationnels et légaux des prestations de services.

2. LE DEVELOPPEMENT D'UN PARTENARIAT PUBLIC - ASSOCIATIF A L'ERE DE L'ETAT-PROVIDENCE

Toutefois, vu la considérable extension du service d'aide à domicile au milieu des années 1960, la municipalité va rechercher le concours d'autres organisations, en autorisant le recours à celles-ci. C'est le début d'un processus de coopération. Ce mode de fonctionnement se développe à partir de 1973, avec la promulgation de la loi sur l'aide sociale. Le besoin d'une réorientation de l'action sociale publique se fait sentir. Les facteurs historiques et structurels de cette nouvelle conjoncture vont favoriser une refonte du rapport entre les activités des pouvoirs publics et celles des associations d'utilité générale. La coopération entre la municipalité et les associations repose sur des contrats en vertu desquels la municipalité rembourse les prestations de services des associations sur la base de leur prix de revient. Dans les autres villes et provinces, les associations coopérant avec les pouvoirs publics sont financées à une hauteur moindre, à travers l'octroi de subventions forfaitaires

régulières ou irrégulières, et sans engagement légal ou contractuel des pouvoirs publics. Les subventions peuvent être réduites en raison d'impératifs budgétaires, tandis qu'il est difficile de modifier ou de passer outre des obligations contractuelles.

Les nombreux services d'aide à domicile [cfr encadré] sont donc assurés par des associations privées à but non lucratif, d'utilité générale, en collaboration avec le département des affaires sociales de la municipalité viennoise. Le département *Soins à domicile* de la municipalité sollicite les services offerts par différentes associations et développe concrètement avec elles une coopération qui peut aller d'une simple subvention de certaines activités, à un contrat régulier de prestation de services. La seule condition préalable à remplir est que l'association soit une organisation d'utilité générale. Les services sont payés sur la base de barèmes qui résultent de négociations entre les associations et le département. Celui-ci paie le prix de ces services, et reçoit les quotes-parts des clients calculés en fonction de leur situation sociale et de leurs moyens financiers, la différence entre les deux étant à sa charge. De plus, le département verse parfois des subsides aux associations qui sont en déficit en raison de difficultés inattendues.

Sept services d'aide à domicile aux personnes âgées peuvent être distingués :

— *Aide à domicile* : les prestataires de ce service offrent en cas de maladie, une aide à la toilette ou à la prise de médicaments, ainsi qu'une aide au ménage. Ce service est lancé en 1947. A l'époque, il est assuré par une seule association. En 1997, elles sont douze. Le nombre de personnes prises en charge ainsi que les heures d'intervention ont pratiquement triplé tandis que le nombre de personnes bénéficiant de soins est multiplié par neuf.

— *Service de visites* : ce service, lancé en 1974, offre aux personnes, immobilisées en raison d'un handicap physique, différentes formes d'aide : effectuer leurs courses, les accompagner en promenade, chez le médecin ou auprès d'une administration, rédiger leur courrier. Le nombre de ces organisations est resté stable entre 1977 et 1989, puis s'est accru pour atteindre 11 en 1996. Le nombre des visiteurs a triplé et celui des visites a parfois été multiplié par sept, tandis que le nombre moyen de personnes prises en charge est constamment supérieur à 4.000.

— *Service de visites de contact* : ce service est créé en 1975 dans le but de communiquer aux retraités des renseignements et des conseils sur les institutions et les services destinés aux personnes âgées. A cette fin, et avec le concours des chefs de districts, progressivement toutes les personnes de plus de 70 ans ont été visitées à leur

domicile, puis toutes celles de plus de 65 ans. A l'époque, ce service est unique en Europe. Deux associations le gèrent mais, depuis 1981, le nombre de visites est en diminution constante, ce qui prouverait que les retraités sont actuellement plus largement informés.

— *Repas à domicile* : ce service qui vient, depuis 1969, compléter celui de l'aide à domicile, propose aux personnes âgées, 5 à 7 jours par semaine, la livraison d'un choix de quatre types de repas. Les repas se paient à l'avance une fois par semaine. Il est assuré par 4 associations entre 1981 et 1992, puis par 3 depuis 1993, tandis que le nombre de repas fournis a doublé.

— *Service de nettoyage* : ce service qui existe depuis 1973 offre des prestations de gros nettoyage à domicile, (entretien des murs, des fenêtres, des portes, des meubles et des sols). Le nombre d'associations qui l'assurent et celui des interventions ont également augmenté.

— *Service de blanchisserie* : ce service créé en 1974 offre aux personnes la possibilité de prendre mensuellement en charge le lavage, le nettoyage, le repassage et le reprisage de leur linge. Il propose aussi un service express bi-hebdomadaire. Deux associations s'en occupent.

— *Service de réparation* : ce service créé en 1976 intervient au domicile des personnes pour y effectuer des travaux de réparations ou de révision d'appareil ainsi que des aménagements intérieurs pour les personnes handicapées. L'entretien des appareils au gaz ou électriques faisant l'objet d'une concession n'est toutefois pas proposé. Ce service est assuré par une seule association, bien que le nombre de prestations ait doublé.

En 1996, 21 associations, regroupées dans une fédération régionale de coordination, coopèrent avec le département social viennois et proposent tout ou partie des services mentionnés. Ces associations gèrent aussi leurs propres activités caritatives, de sorte qu'elles symbolisent le lien entre le modèle des services publics et le modèle caritatif.

Le modèle viennois semble être basé sur une conception « anti-conservatrice » de la subsidiarité : volonté d'organiser l'aide au niveau public dans la mesure du possible ; budgets publics comme principale source de financement ; maintien des clients dans leur environnement familial ; contributions demandées seulement si elles ne menacent pas

l'équilibre social et économique des clients ; aide de la famille sollicitée uniquement comme supplément ou complément d'assistance. Ces procédures permettent à l'association d'offrir à son personnel des conditions d'emploi décentes et donc d'éviter le risque de faible rémunération et d'exploitation.

Le développement de l'Etat-Providence favorise une forte croissance du secteur des services et l'essor d'activités et de groupes sociaux davantage sensibles aux défaillances et aux coûts du processus de modernisation [Rucht, 1994]. Dans ce contexte, l'évolution particulière connue par l'Autriche dans la seconde moitié des années 1960 et au début des années 1970 stimule la coopération entre les pouvoirs publics et les organisations de bienfaisance sans but lucratif. Après avoir œuvré à la reconstruction du pays après la seconde guerre mondiale, les associations sont en quête de nouvelles tâches à accomplir et de nouveaux défis à relever. Les soins dans les institutions sont assez vivement critiqués, de sorte que les services à domicile apparaissent progressivement comme un substitut intéressant. L'évolution démographique va provoquer certains déficits dans le domaine des soins aux personnes âgées, tout particulièrement dans les villes. Les décisions relatives à l'évolution de la politique sociale entraînent un surcroît de travail pour les institutions publiques, qui conduisent les pouvoirs publics à favoriser un transfert de services vers les associations.

3. CRISE DE L'ETAT-PROVIDENCE ET MARCHANDISATION DES SERVICES SOCIAUX

A partir du milieu des années 1980, quand s'amorce la crise de l'Etat-Providence, ces associations non publiques et non lucratives jouent un rôle croissant dans la mise en œuvre de la politique sociale. Ce que le marché ne produit pas en raison de l'absence de lucrativité et ce qui n'est pas offert par les pouvoirs publics en raison du manque de moyens financiers est de plus en plus fourni par ce troisième secteur, en particulier pour les personnes âgées. Cette évolution est, cependant, marquée par une tendance au glissement des services sociaux, assurés jusque-là par des institutions publiques, vers le secteur dit informel (famille et voisinage) et par l'augmentation des quotes-parts financière des usagers.

L'un des principaux vecteurs de cette marchandisation accrue est le système d'allocation de soins établi à l'échelle nationale en 1993. En 1995, 340.000 Autrichiens reçoivent cette allocation de soins et près de 70 % d'entre eux sont des retraités. L'utilisateur reçoit en moyenne une allocation de 397 euros tandis que les coûts des services sont beaucoup plus élevés. Les provinces autrichiennes, en raison de cette allocation, ont considérablement accru les quotes-parts des clients dans les soins. En conséquence, d'une part, leur quote-part étant plus élevée, les clients ne peuvent utiliser leur allocation de soin en vue d'une amélioration ou d'un complément des soins ; d'autre part, le surplus que représente l'allocation de soins va

être épargné [Hausberger et al., 1995, p. 28]. Pour les clients, les services sont devenus « coûteux » et beaucoup d'entre eux vont décommander certains services. Ceci provoque une baisse du revenu des associations et les conduit à chercher les moyens de fidéliser leur clientèle. Ces deux constats ne favorisent pas un développement des activités de soins des associations et incitent celles-ci à déployer des actions de marketing.

Le modèle viennois, par son héritage historique, cantonne cependant la marchandisation des services. Les pouvoirs publics fixent la quote-part des clients en fonction de leur situation sociale et financière, quel que soit le service dont ils ont besoin. Les contrats entre la communauté viennoise et les associations de bienfaisance sont conformes à un contrat-type. Il assure à ces dernières un certain niveau et les incite dès lors à remplir les conditions requises. Les contributions fixées par contrats sont les mêmes pour toutes les associations. Elles doivent donc fournir des prestations à qualité et à prix égal. Le prix des services n'est donc pas un critère de choix de telle ou telle association pour l'utilisateur. Ce mode de coopération est jugé simple et pratique par les associations et la municipalité. Cette dernière peut remplir très facilement sa fonction de contrôle et dispose d'un mode de règlement qui répond à son besoin de procédures administratives et d'autorité. Ce mode de financement offre aux associations une certaine sécurité en termes de gestion à moyen terme et de garantie de leur continuité.

Concrètement, l'impact considérable des pouvoirs publics viennois, en l'occurrence du département *Soins à domicile*, sur la structure et le financement des associations se traduit donc dans le financement des prestations de services faisant l'objet d'un contrat. Il est complété par des contrôles effectués au domicile des clients. En outre, dans le cas où un client porte plainte auprès d'un point de soutien social, une enquête est ouverte immédiatement. Les factures adressées par les associations au département sont avant paiement soumises à un examen rigoureux. Enfin, autre apport et non des moindres, des dispositifs de formation et de qualification du personnel des associations sont mis en oeuvre par la fédération régionale de coordination dans laquelle le département occupe une place prépondérante.

En outre, l'évolution du système, au niveau national, provoque une fragmentation des soins. Bien évidemment, une infirmière diplômée ne peut pas s'occuper en même temps du service de nettoyage et de réparation, toutefois les « lois du marché » (pression des coûts, concurrence) aggravent la tendance au taylorisme. Les services sont fragmentés en tâches clairement distinctes que chaque prestataire s'efforce d'accomplir dans le délai le plus court possible, sans tenir compte des autres impératifs et des besoins psychologiques du client, en quête de contact et d'attention. Dans le modèle viennois, ces risques sont une fois encore atténués par le mode d'organisation des services qui favorise une certaine approche globale de ceux-ci. Ils sont mis en oeuvre à partir des points de soutien social où sont parvenues les demandes. Chacune d'elle fait l'objet d'une enquête menée par un travailleur social au domicile du client pour évaluer sa situation sociale et familiale. Cette évaluation permet de

définir les modalités de mise en oeuvre du service, les formes d'aide à apporter et les temps d'intervention. Il existe une possibilité d'alliance entre les travailleurs sociaux du service public et le personnel des associations. Le modèle viennois, à l'encontre d'un développement fondé sur l'exploitation prône celui fondé sur la motivation des aidants et la qualité des services offerts aux clients. Ainsi, les travailleurs sociaux de la municipalité viennoise ont obtenu une importante amélioration de leur statut légal, de leur formation et de leurs conditions de travail, due à leurs propres revendications syndicales mais aussi à l'attitude compréhensive de la municipalité.

4. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Malgré le fait que la tendance à la privatisation soit devenue prédominante durant ces deux dernières décennies, le modèle viennois de soins aux personnes âgées demeure extrêmement réglementé.

Vu la progression du groupe du troisième âge au sein de la population, les activités de soins qui lui sont destinées vont elles-mêmes s'étendre, d'autant plus que la part des ménages composés d'une seule personne se multiplie sensiblement. Il faut donc à l'avenir baser les estimations sur le développement d'un marché des services de soins [*ibid.*, p. 28]. Celui-ci va attirer des fournisseurs commerciaux comme les entreprises de soins à but lucratif et les sociétés d'assurance qui ont récemment proposé des polices d'allocation de soins et créé des résidences pour retraités. Bien que ces nouveaux prestataires captent un public bénéficiant d'un certain revenu, une certaine concurrence se manifeste avec les associations. Ce phénomène exerce une pression sur les associations en faveur d'un professionnalisme accru, d'une recherche de clientèle et de calculs de rentabilité.

L'évolution de l'assurance maladie en Autriche incite à la prudence. Au cours des trois dernières décennies, l'assurance maladie légale s'est étendue à près de 98 % de la population autrichienne. Mais cette avancée de la politique sociale a modifié la place de l'assurance maladie privée, qui a progressivement joué un rôle de complément. En théorie, chacun peut légalement prétendre au traitement le plus approprié, mais dans la pratique, on relève une tendance à donner la priorité aux personnes bénéficiant d'une assurance maladie privée. A ce propos, de nombreuses plaintes se font entendre. La question se pose de savoir si l'extension des services de soins à la totalité des personnes âgées n'entraînera pas les mêmes risques.

Espagne : associations et coopératives dans une mosaïque de modes d'intervention publique

par Rafael Chaves et Antonia Sajardo-Moreno

En Espagne, dans le champ des services sociaux, des politiques d'intervention publique propres à l'Etat-providence apparaissent lors du passage du régime dictatorial au régime démocratique durant les années 1976-1978. En 1977, les « Pactes de la Moncloa » sont signés grâce au consensus obtenu entre les représentants des différentes forces socio-politiques. Leur contenu, repris un an plus tard dans le texte de la Constitution espagnole, représente dès lors les directives en matière politique, sociale et économique du pays. La réforme fiscale en est un des principaux axes. Cette constitution de 1978 est au fondement des politiques sociales de la nouvelle démocratie dans la mesure où elle reconnaît, d'une part, de nombreux droits sociaux et, d'autre part, la responsabilité publique en matière de protection sociale. Elle permet d'allouer des ressources financières stables à ces politiques sociales, en dépit d'une crise économique généralisée, et elle va favoriser l'édification d'un Etat-providence.

Dès le XIX^{ème} siècle, des modes d'intervention publique sont mis en place. Mais, les niveaux des critères retenus, correspondent à ceux de réseaux de bienfaisance et non à ceux d'un Etat-providence [Chaves et Sajardo, 1998].

La déresponsabilisation du secteur public face à la demande de services sociaux est palliée par l'action privée [Casado et al, 1994 ; Rodriguez, 1990]. En premier lieu, celle de la famille, et des femmes en particulier, dans une société où la famille représente une institution sociale centrale et où l'intégration de la femme sur le marché du travail est longtemps restée très restreinte. En cas de défaillance de ce premier réseau de solidarité, il y a la possibilité de recourir à d'autres modes de protection publics ou privés. Il s'agit principalement des associations à caractère confessionnel, dépendant directement ou indirectement de l'Eglise catholique.

L'héritage de ces modes pré-démocratiques d'intervention publique se caractérise par une pluralité d'organisations dont les actions se cumulent sans se coordonner. Avec l'avènement de la démocratie, un processus de rationalisation et de coordination de ces organisations s'engage mais les disparités vont alors se déployer au niveau régional puisque les communautés autonomes⁴⁶ deviennent les acteurs centraux des politiques sociales.

⁴⁶. Il existe aujourd'hui 17 régions - Communautés Autonomes, (CA) et deux villes autonomes.

C'est ainsi que, dès la promulgation de la première loi régionale de services sociaux au Pays Basque en 1982, la régulation de ce système de protection sociale s'effectue au niveau régional. Les ressources humaines et budgétaires des services sociaux, sont progressivement attribuées aux communautés autonomes. Ce transfert s'effectue à des rythmes différents, selon les organismes et les régions concernés. Une hétérogénéité de lois, de moyens et de modes d'organisation caractérise dès lors la « mosaïque » espagnole des services sociaux. A cette époque, l'accroissement des budgets publics régionaux en matière de services sociaux est manifeste. L'exemple représentatif de la communauté autonome de Valence est à cet égard significatif. Son budget va tripler en 8 ans, progressant à un taux presque constant. Il passe de 176.552 euros en 1985, année de finalisation des transferts de l'Etat central à cette région, à 508.109 euros en 1992⁴⁷. Ces budgets sont affectés à la création de nouveaux équipements et au renforcement de l'offre associative pour accélérer le développement des services sociaux.

A l'instar de l'ensemble des services sociaux, l'offre publique de services d'aide à domicile se développe tardivement. Née au début des années 1970 comme prestation supplémentaire du système de la sécurité sociale, son champ d'action est à l'origine très limité [Estrada, 1993].

Entre 1979 et 1982, l'aide à domicile est l'objet de changements importants. En 1979, l'Institut National des Services Sociaux (INSERSO), organisme public dépendant du système de la Sécurité Sociale, crée des mesures en sa faveur. Il offre notamment la possibilité de déléguer ces services au secteur privé, avec ou sans but lucratif. Il met aussi temporairement en oeuvre le chèque aux personnes âgées (« cheque abuelo ») attribué directement à l'utilisateur comme mesure de solvabilisation de la demande. C'est surtout dans les années 1980, à partir de la politique sociale des gouvernements régionaux, que l'aide à domicile étend son offre de services à tout public qui réunit les conditions requises, celui des personnes âgées restant le principal bénéficiaire puisqu'il représente encore actuellement, au niveau national, 4/5 des usagers. Parallèlement, la gestion même de ces services se décentralise au niveau communal et, en moindre mesure, régional. Au départ du chiffre dérisoire de 1,1 % de communes qui offrent le SAD en 1981, ce taux progresse jusqu'à 50 % en 1990 et à 78,8 % en 1998, le ratio atteignant 98 % dans les Communes de plus de 10.000 habitants [MTAS, 1998]. L'INSERSO continue cependant à jouer un rôle dans de nombreuses régions, en particulier sur ce qui est appelé le « territoire INSERSO », c'est-à-dire celui sur lequel les régions n'ont pas endossé de responsabilité en matière de services sociaux.

⁴⁷. Mémoires-budgétaires de la Generalitat Valenciana (Gouvernement régional de Valence).

1. L'EVOLUTION DES SERVICES A DOMICILE AUX PERSONNES AGEES

Ainsi, à la fin des années 1980, le secteur des services sociaux se caractérise donc sur le plan national par une forte décentralisation de l'action publique. Face à l'absence d'une régulation au niveau central, on assiste à une prolifération de régulations au niveau régional. Les communes et les provinces ainsi qu'une importante fraction des gouvernements autonomes (les communautés autonomes de Valence, d'Andalousie, du Pays Basque, de Catalogne, de Navarre, des Canaries et de Galice) développent une compétence en matière de services sociaux, au plan des budgets alloués et des structures d'offre. L'INSERSO se maintient comme organisme national mais son champ d'action est circonscrit aux dix communautés de communes du « territoire INSERSO », du moins jusqu'à la nouvelle vague de décentralisation amorcée en 1995-1996.

Au cours de cette décennie, le processus accéléré d'édification d'un Etat-providence sans coordination centralisée est venu accroître les inégalités en termes de protection et de ressources, non seulement entre régions mais aussi entre provinces et communes. D'une part, ce système, très décentralisé, freine la mise en place de mécanismes de solidarité interrégionale qui permettraient d'instaurer une protection minimale sur l'ensemble du territoire ; d'autre part, l'absence de coordination est source de tensions entre les organismes publics mais aussi entre ces derniers et les prestataires privés non lucratifs.

La faiblesse d'équipements sociaux conduit l'Etat-providence à mener une politique intensive de construction d'établissements et de création de services. Cependant, jusqu'à la fin des années 1980, l'offre reste limitée. D'importantes régulations demandent encore à être mise en oeuvre dans la plupart des régions. On pense à un mode codifié de collaboration entre secteur public et associations ou à la possibilité légale d'obtenir auprès de l'administration compétente l'accès à des services - une place en résidence par exemple - à l'instar de ce qui est en vigueur pour d'autres services publics, comme les services éducatifs [Martinez et al, 1996].

La création en 1988 du Ministère des affaires sociales (MAS) a pour objet de pallier ces carences en initiant des leviers nationaux. Dans le champ des services sociaux aux personnes âgées, trois actions sont mises en oeuvre : le plan gérontologique, la loi des pensions non contributives et le plan concerté entre le MAS et les gouvernements de communautés autonomes pour le développement des services sociaux généraux.

Le plan concerté constitue l'axe de développement des services d'aide à domicile. Sa mise en oeuvre en 1988 se traduit par une augmentation significative du flux des ressources affectées aux services sociaux, aux trois niveaux gouvernementaux (central, régional, communal). En quatre ans, il va concerner 80 % des communes et de la population espagnole. Le budget du

plan concerté est multiplié par cinq entre 1988 et 1991, passant de 96.986 à 486.712 euros dont 40 à 45 % sont apportées par le niveau local (communes et provinces), 25% par le MAS et le reste par le gouvernement régional. Les services d'aide à domicile [Casado et al, 1994] en sont les principaux bénéficiaires. Dans le « Territoire INSERSO », les personnes âgées bénéficiaires de l'aide à domicile ont quadruplé en 7 ans, passant de 8.147 en 1988 à 29.807 en 1994. On constate une évolution analogue dans la région de Valence où l'ensemble des bénéficiaires de ce service est passé de 1.245 en 1988 à 5.812 en 1993.

Deux phases peuvent être identifiées depuis la mise en oeuvre du plan concerté. La première phase (1988-1990) se caractérise par la mise en réseau des services sociaux relevant du secteur public sur tout le territoire. A l'instar de l'ensemble des services sociaux dans ce pays, l'aide à domicile se déploie de façon très partielle. L'éventail du ratio de personnes âgées de plus de 60 ans, usagers de l'aide à domicile varie de 0,15 % dans la communauté autonome de La Rioja et 0,16 % en Galice à 1,16 % en Navarre et 2,33 % au Pays Basque (moyenne : 0,48 %) [MAS-FEMP, 1990]. La seconde phase se caractérise par un développement des services déjà existants et la création de nouveaux types de service. Cet essor global s'effectue dans une logique de flexibilisation de la production des services sociaux en employant des travailleurs temporaires et en sous-traitant les services sociaux à des prestataires privés à but lucratif ou non. Cette politique qui s'accompagne donc d'une flexibilisation et d'une sous-traitance de la fonction de production est loin d'être une nouveauté dans ce secteur. Elle se retrouve à différents niveaux de la fonction publique. Ainsi, en 1991, à peine un travailleur sur quatre, employé par les administrations communale et provinciale dans les services sociaux, bénéficie d'un contrat stable de fonctionnaire ou de travailleur en contrat à durée indéterminée comme le met en évidence le tableau 1 ci-après [Casado et al, 1994, pp. 17-68].

Tableau 1 : Evolution des emplois des services sociaux publics locaux dans le cadre du Plan Concerté (1988-91)

	1988	1991	1993
Effectifs internes	1.834	5.721	6.308
Effectifs externes (1)	788	5.269	6.644
Total emplois	2.622	11.990	12.952

Note : (1) représentant le personnel collaborateur non public
 Source : Mémoire du Ministère des Affaires Sociales [MAS], 1994..

L'INSERSO qui, entre 1991 et 1995 n'effectue aucun transfert de compétences aux communautés autonomes, reproduit ce modèle. [Tableau 2].

Tableau 2 : Effectifs employés par l'INSERSO selon la stabilité de l'emploi.

	1991	1993	1995	1996	1997	1998
Employés stables	1.954	1.813	1.466	570	502	459
Employés non stables	8.296	9.499	8.512	2.884	2.539	2.042
Total employés	10.250	11.312	9.978	3.454	3.041	2.501

N.B. En 1995 se produit une nouvelle vague de transfert de compétences et effectifs de l'État central à trois régions de l'ex-territoire INSERMO : l'Asturie, Murcie et Castille-La Mancha

Source : Mémoires de l'INSERSO.

Le Tableau 3 décrit une situation analogue pour la communauté autonome de Valence et souligne le blocage budgétaire opéré dans le secteur. En effet, de 1993 à 1994, en rupture avec la période précédente, le budget du gouvernement régional stagne pour augmenter légèrement les années suivantes. Le secteur public voit ses effectifs se réduire de 10 % entre 1993 et 1996, tandis que le poste de services prestés par des organisations privées en coordination avec des centres non hospitaliers, indicatif de l'importance de la sous-, double au cours de la même période.

Tableau 3 : Évolution d'une sélection de variables d'activités du gouvernement régional en matière de services sociaux

	1993	1994	1996
Budget des services sociaux	500.532	500.422	580.836
Effectifs publics	2.167	2.119	1.926
Dépense en personnel interne (en ₤)	100.277	103.082	116.137
Sous-traitance (en ₤)	28.285	30.149	55.706

Sources : Mémoires de la Sindicatura de Cuentas et Mémoires du Budget de la Generalitat Valenciana.

Dans un contexte de blocage budgétaire, ce modèle se caractérise par une incertitude financière qui se répercute sur la production de services en termes d'instabilité de l'emploi. On retrouve cette tendance à la flexibilité dans d'autres services sociaux, tels les résidences

pour les personnes âgées et les lieux d'accueil pour l'enfance dans la région de Valence. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une privatisation au sens propre. En fait, le déficit manifeste des services sociaux, concernant notamment les résidences, conduit le secteur public à créer de nouveaux établissements dont la gestion est le plus souvent confiée à des entreprises privées, particulièrement des coopératives.

2. LA POLYVALENCE DU SERVICE D'AIDE A DOMICILE

Bien que la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans usagers des services d'aide à domicile augmente sensiblement durant la première moitié des années 1990, atteignant le taux de 1,09 %, ce taux reste bien éloigné des pays voisins européens où ces services profitent d'une longue histoire [MTAS, 1998, p. 31]. Deux études rendent compte des formes d'aides dispensées au domicile des usagers espagnols. Selon la Fédération espagnole des communes et provinces [MAS-FEMP, 1990], la demande concerne essentiellement la fonction domestique : ménage 28,6 % ; courses 12 % ; cuisine 9 %. Dans les autres formes d'aide incluant davantage une fonction relationnelle, on trouve les services de soins, notamment l'aide à la toilette (14,3 %), l'accomplissement de tâches et démarches administratives (16,7 %), la compagnie (7,7 %). Selon l'INSERSO [1992], le service d'aide ménagère est le plus important (40 %), suivi des formes d'aide impliquant une fonction sociale (22,6 %), ou des tâches administratives (7,7 %), de celles incluant la cuisine à domicile (6,2 %) et enfin des services de soins (7 %) et des services de compagnie (1,4 %). Cette dernière étude a également recueilli les souhaits d'usagers ou de clients potentiels en matière de formes d'aide à domicile attendues : 38,8 % d'entre eux souhaitent une aide au ménage, à la cuisine et aux courses, 31,1 % souhaitent une aide au ménage et à la cuisine, enfin, 7,6 % souhaitent qu'on leur tienne compagnie. Quant aux services offerts par le travail bénévole, suivant une étude récente du ministère du Travail et des Affaires Sociales [MTAS, 1998], ce sont pour 59,1 % des « services de relations avec l'extérieur » (faire les courses, aider à tenir le budget), pour 22,7 % des « services de soutien à la maison » et pour 8,4 % ils consistent à « tenir compagnie ».

Le service public octroie aux personnes aidées des prestations de services, selon des critères socio-économiques basés sur la situation économique et sociale des ayants droit. Au-dessus d'un certain plafond de ressources, les usagers paient intégralement le service qui leur est rendu. Au-dessous de ce plafond, le plan d'action du gouvernement régional octroie des aides financières, selon un barème dégressif : les bénéficiaires dont les revenus se situent entre ce plafond et le salaire minimum interprofessionnel sont aidés financièrement pour une partie du coût du service tandis que pour ceux qui se situent au-dessous du minimum interprofessionnel, le plan d'action du gouvernement régional le prend totalement en charge.

En réalité, comme le montre l'exemple des communes de la communauté autonome de Valence, la plupart s'appuie sur un mode simplifié d'attribution d'aide financière. Pour chacune des demandes qui leur sont adressées, leurs travailleurs sociaux constituent un dossier d'évaluation de la situation économique et sociale de l'intéressé. Dans le cas où ce dossier est accepté par la commission ad hoc, le demandeur bénéficie de la gratuité du service d'aide mis en place à son domicile.

Le service d'aide à domicile est géré et organisé au niveau de la commune. Cependant, la direction générale des services sociaux du gouvernement autonome régional conclut des accords avec les communes et associations de communes de la région., En vertu de ceux-ci, elle finance majoritairement le service, régule et contrôle les conditions de réalisation de sa prestation. Dans les communes qui n'ont pas signé d'accord et où il existe des bénéficiaires potentiels, le gouvernement autonome en assume directement les responsabilités.

Il existe trois modes de gestion du service d'aide à domicile : la gestion directe par les services publics (commune, association de communes ou gouvernement régional) assurée par les agents de ces collectivités, la gestion concertée déléguée par les services publics à d'autres organismes ou entreprises privées, et la contractualisation directe avec l'utilisateur-employeur au moyen du « chèque service ». En 1989, 88,4 % des communes de plus de 20 000 habitants utilisent la gestion directe du service qui couvre 66,4 % de la demande en termes d'utilisateurs. Cependant, les communes plus grandes font plutôt appel à la modalité indirecte de gestion du service. Les principales entreprises de sous-traitance sont les coopératives, des entreprises privées et deux grosses associations, la Croix Rouge et Caritas [MAS-FEMP, 1990]. Plus tard, la gestion indirecte va se répandre largement. En effet, en 1995, le nombre de communes de plus de 20 000 habitants utilisant la gestion directe est descendu à 56 %. Parallèlement, cette période accuse un fort accroissement de l'emploi dans l'aide à domicile; le ministère du Travail et des Affaires Sociales estime alors l'évolution des effectifs en Espagne de 4 400 en 1990 à 18 285 en 1995 [MTAS, 1998].

Si l'on reprend l'exemple de la communauté autonome de Valence, le service d'aide à domicile y est géré par une dizaine de coopératives. En effet, les années 1990 sont le fruit d'un essor et d'une structuration des coopératives dans le domaine des services sociaux. Trois grands groupes coopératifs, engagés fortement dans ce domaine, occupent une position hégémonique : le groupe Comismar, qui regroupe sept coopératives, avec 929 travailleurs, le groupe Sercoval-Povinet, avec 869 travailleurs et le groupe Servigrup-Povisad, avec plus de 350 travailleurs. Ces trois groupes représentent plus de 10 % de l'emploi des coopératives de production de la région. A la différence des coopératives italiennes, ces coopératives espagnoles ne mobilisent pas de volontaires. Elles sont des coopératives de professionnels qui sont majoritairement des femmes (83 %) [Hernandez, 2000]. Leurs stratégies de croissance en

réseau (appartenance de l'une d'elles au groupe GECV – le « Groupe de Mondragon de Valence » -, fusions, coopératives de 2^{ème} niveau, section sectorielle dans la fédération des coopératives, alliances en recherche-développement et formation avec les universités et des coopératives de services), leurs efforts en matière de qualité (certification ISO 9000), de gestion de projets européens, de gestion des ressources humaines, de diversification spatiale (extension jusqu'à la Murcie et la Castille) et productive (multiservices), sont à la base de leur succès.

3. UN PAYSAGE RENOUVELE

Les nouveaux modes d'intervention de l'Etat-providence offrent de réelles perspectives de développement aux organismes privés, principalement aux associations et aux coopératives mais aussi aux autres entreprises privées.

La tendance du service public à favoriser le champ de l'économie sociale, regroupant associations et coopératives, plutôt que celui de l'entreprise marchande tient, d'une part, à d'importants avantages fiscaux⁴⁸ et d'autre part, à une plus grande coordination des politiques de l'emploi et des services sociaux au niveau du gouvernement régional. En effet, la plupart des lois régionales concernant les services sociaux privilégient "l'initiative sociale" dont relèvent les associations et les coopératives. De plus, des régions comme celle de Valence, donnent la priorité aux coopératives dans les contrats publics⁴⁹. Toutefois, ces activités se sont ouvertes aux travailleurs indépendants, aux petites et grandes entreprises, aux entreprises d'intérim,...

Le mode d'action de certains gouvernements régionaux (par exemple ceux des régions de Navarre, de Galicie et de Valence) favorise le développement du marché dans ce secteur. A cet égard, la réapparition en 1997, dans la communauté autonome de Valence, de l'allocation-résidence privée (« bono-residencia »), avec un important budget du gouvernement régional, (14.6 millions d'€ pour 1997), est notable. Dans la plupart des autres régions, les entreprises bénéficient d'un accès croissant aux contrats de services, aux aides et aux subventions publiques [Fajardo et al, 1997]. La concurrence se développe entre associations, coopératives et autres entreprises. Néanmoins, celle-ci n'exclut pas le développement de modes de coopération entre les différents organismes d'économie sociale. Il s'effectue à travers la création de réseaux comme le réseau espagnol d'entreprises d'économie sociale (REDEES) [Fernandez y Martinez, 1997], ou de fédérations, comme le Groupe coopératif valencien Sercoval ou la Fédération sectorielle catalane de coopératives d'initiative sociale.

⁴⁸. Loi 20/ 1990 de l'Etat Espagnol, de fiscalité des coopératives, et Loi 30/ 1994, de l'Etat Espagnol, sur la fiscalité des organisations à but non lucratif.

⁴⁹. Voir Loi 3, 1995 de la région de Valence ; art. 94 et suivants.

4. LES DIFFERENTES STRUCTURES D'ECONOMIE SOCIALE ET LEUR ROLE

Pour préciser les dynamiques présentes dans l'économie sociale, trois types d'organisations peuvent être identifiées : celles gérées par le collectif des usagers des services, celles gérées par un collectif de professionnels, enfin celles que l'on nommera philanthropiques et qui sont contrôlées par d'autres types d'agents, en particulier l'Église Catholique (Caritas, fondations religieuses), l'État (dans le cas de la Croix Rouge), une partie du secteur financier comme les caisses d'épargne et les coopératives de crédit (à travers leurs oeuvres sociales) et dans une moindre mesure des particuliers ou des collectifs (autres fondations et associations).

Les associations de personnes âgées

Une partie de la demande sociale en matière de services, récente dans la société espagnole, va être satisfaite par l'auto-organisation de personnes âgées en associations démocratiques. Ce processus est aussi partiellement induit [Vidal, 1994] par d'autres instances comme les communes et les gouvernements autonomes, et même par certains partis politiques. Les apports de ces instances aux associations se font plus souvent sous une forme non monétaire, comme la mise à disposition de locaux par les communes, et plus rarement sous forme de subventions.

Les organismes de ce premier type apparaissent, sous la forme juridique d'associations de personnes âgées. De par leur petite taille et leur budget réduit, elles dépendent financièrement et politiquement des pouvoirs publics locaux. Leur mode d'action est direct lorsqu'ils s'inscrivent dans le champ des services de loisirs et d'intégration sociale, en particulier dans la gestion de foyers des personnes âgées, et indirect, sous forme d'actions de lobbying vis à vis des pouvoirs publics, dans les autres services. A part leurs sociétaires, ces associations mobilisent peu de volontaires.

Les coopératives de services sociaux et les associations de professionnels

Ces organisations gèrent des services aux personnes pour le compte d'administrations publiques. Elles recouvrent principalement des services d'aide à domicile et la gestion de résidences ainsi que d'autres structures d'accueil. Le volontariat y est très peu mobilisé.

Leur présence dans certains services et leur absence dans d'autres s'expliquent fondamentalement par le rôle intensif du facteur travail. A l'instar d'autres entreprises de travail associé, ces organismes apparaissent dans des champs d'activité économique où la rémunération du capital est limitée mais où, par contre, le travail est valorisé.

L'éclosion de ces coopératives s'explique par l'action des pouvoirs publics en leur faveur. La signature du plan concerté de 1988 entre l'État, les gouvernements régionaux et les communes

est à l'origine d'un important flux de ressources financières. Il est destiné à développer les services sociaux généraux, notamment les services d'aide à domicile sans, pour autant que les communes, acteurs principaux de l'offre de ces services, ne soient assurées de la continuité de ce flux. Les communes choisissent alors d'allouer les financements à des structures extérieures plutôt que de développer leurs propres services. Les municipalités favorisent aussi l'auto-organisation de professionnels sous forme coopérative ou l'intégration de ces professionnels au sein de grandes coopératives existantes. Ces dernières, du moins dans la région de Valence, présentent deux composantes. L'une est formée par des structures centralisées qui coordonnent et articulent les coopératives globalement et l'autre, est représentée par différentes coopératives (résidences, services d'aide à domicile des différentes communes, etc.), lesquels jouissent d'une grande autonomie de gestion.

Les organisations philanthropiques

Quant au troisième groupe, ses modes d'action sont à la fois directs via la prestation de services et indirects via des actions de revendication vis à vis des pouvoirs publics. La littérature économique sur les organisations sans but lucratif [Weisbrod, 1977 ; James, 1987 ; Salamon, 1987], explique leur naissance par les défaillances du secteur public. Cette hypothèse doit cependant être nuancée dans la mesure où, même avant que l'Etat n'assume une responsabilité en matière de protection sociale, de nombreuses organisations, fondées sur des valeurs religieuses ou solidaires, se sont créées pour répondre à certains besoins sociaux. Les dons dont elles bénéficient et le bénévolat qu'elles mobilisent leur permettent de développer des services importants aux personnes âgées : il reste actuellement des résidences pour personnes âgées qui sont animées par des fondations et oeuvres religieuses et des services à domicile gérés par des organismes comme Caritas et la Croix rouge.

Sur l'ensemble des services d'aide à domicile, le poids relatif des trois types d'organisations varie d'une région à l'autre. Ainsi, à Valence, en Catalogne et au Pays Basque, la présence des coopératives est relativement supérieure aux autres organismes à but non lucratif. Ces trois types d'organisations présentent certains atouts dans la production de services. Dans les associations de personnes âgées, ce sont les intéressés qui réagissent et expriment leurs demandes. Face à la menace de précarisation de l'emploi, les coopératives et les associations de professionnels, dans la mesure où les catégories dominante et bénéficiaire [Gui, 1987] y sont confondues, ne présentent pas, contrairement à d'autres entreprises contrôlées par des actionnaires, d'incitation organisationnelle à exploiter les travailleurs en termes de salaires, de conditions de travail et de contrat. Enfin, les organisations philanthropiques animées par des personnes, sensibilisées à ces problèmes, sont en mesure d'identifier des problèmes sociaux qui, sans elles, pourraient rester inconnus. Suite à cette détection, elles parviennent souvent à

solliciter le secteur public, en induisant son intervention directe ou indirecte, en appuyant financièrement leurs actions.

Comparativement au secteur public, toutes ces organisations ont l'avantage d'offrir une grande capacité de réponses individualisées. N'étant pas soumises aux contraintes propres à l'administration, elles peuvent intervenir au domicile des personnes sur de larges créneaux horaires (nuit, fin de semaine, jour de fête, ...). Elles peuvent aussi répondre, plus efficacement, à des demandes qui se situent au-delà des frontières légales. On pense ici aux associations centrées sur les problèmes des migrants ou ceux des réfugiés.

De plus, la contrainte qui leur est faite de réinvestir leur bénéfice dans le cadre de leur propre activité favorise en leur sein une optimisation des ressources publiques et privées en faveur des objectifs de la politique sociale. Dans le cadre des entreprises commerciales, cet effet serait moindre dans la mesure où la redistribution de leurs bénéfices au profit des actionnaires viendrait soustraire une partie des ressources publiques fournies par les politiques sociales.

En outre, ces organisations développent, en leur sein, l'implication et la participation sociale. Elles mobilisent d'autres types de ressources, humaines, à travers le volontariat et le bénévolat quand il est présent, et économiques, eu égard aux dons qui leur sont faits. Ces ressources sont significatives de la mobilisation et de la dynamisation de la société civile. Par exemple, quand ces organisations rencontrent des problèmes économiques (difficulté de trésorerie, retard de paiement des subventions publiques, rentrées insuffisantes, etc...), elles font preuve d'une réelle aptitude à mobiliser de nouvelles ressources, ou à valoriser au mieux leurs ressources disponibles.

La littérature économique anglo-saxonne [Salamon, 1987] identifie comme typiques quatre défaillances propres aux associations : leur insuffisance financière, leur amateurisme, leur particularisme et leur paternalisme. Si la première des défaillances est confirmée empiriquement par la situation espagnole, les autres doivent être nuancées et non généralisées. La déficience relative au registre financier se vérifie sur l'ensemble de ce secteur. Elle justifie le financement par le secteur public de tout ou partie des activités associatives. Ce financement ainsi que les critères retenus dans le choix des structures implique une certaine relation de dépendance conditionnant leur marge d'autonomie politique et économique et leur type de développement. Si les critères retenus sont exclusivement économiques, les associations encourent le risque de perdre leur indépendance, leur dimension de mobilisation et de revendication, devenant de simples structures précaires de sous-traitance. L'amateurisme est plus lié à la taille, l'âge et la qualité des ressources humaines d'une organisation qu'à sa forme institutionnelle. Ainsi, on en trouve peu de traces dans les associations et les coopératives de professionnels. L'existence d'un grand nombre de volontaires, oeuvrant aux côtés des professionnels, n'est pas pour autant signe d'un fonctionnement teinté d'amateurisme

dans la mesure où il existe des modes d'articulation et d'organisation entre ces deux collectifs. Quant au risque de résurgence de paternalisme ou d'un particularisme philanthropique dans les associations et coopératives de professionnels dépendant du secteur public, il est très atténué par l'effet de la régulation publique. Les risques de comportement particulariste sont plus développés au sein des associations philanthropiques, liées à des réseaux d'affinité idéologique ou religieuse.

5. CONCLUSION : LES SCENARIOS POSSIBLES

En Espagne, le secteur des services sociaux est, nous l'avons dit, actuellement dans une phase de développement et de mutation. Depuis la fin des années 1970, le secteur public en est le principal opérateur, et ce aux trois niveaux : central, régional et local. Il a progressivement régulé, financé et créé un nombre croissant de services. Cette offre s'est accompagnée d'un développement des organisations soutenues par le secteur public, en particulier des coopératives, des associations philanthropiques et d'usagers. Un grand nombre d'entre elles se sont regroupées en fédérations et en structures d'action collective, ce qui a favorisé leur professionnalisation et créé en leur sein une dynamique organisationnelle et économique.

La période actuelle est décisive dans le type de développement de ce secteur et celui des organisations d'économie sociale. La façon dont va évoluer le mode d'intervention public permet de profiler deux scénarios.

Un premier scénario est celui qui favorise le développement d'un secteur des services sociaux « marchands », dans lequel les entreprises capitalistes imposent leur logique au détriment de celle des autres organismes. Ce scénario vient limiter le développement et la consolidation des associations et, par contre, favorise un processus d'isomorphisme marchand en leur sein. Comme nous l'avons souligné précédemment, il risque de nuire aux intérêts des travailleurs et à ceux des usagers au profit des actionnaires. Ce scénario pourrait s'imposer si la régulation et le mode d'intervention publics privilégient le critère du prix au niveau des appels d'offres pour les contrats de services sociaux publics. La focalisation sur le critère du « moins disant » peut engendrer un double risque de précarisation, au niveau de la qualité des services amputés de certaines dimensions sociales et de celle des emplois mais aussi au niveau des organisations de l'économie sociale elle-même. La diffusion de titres de paiement, du type chèque-résidence et chèque-service, en tant que mécanisme de solvabilisation de la demande directement à l'utilisateur, si elle était privilégiée, irait aussi dans le même sens.

Le scénario alternatif se caractérise par un secteur des services sociaux fondé sur le partenariat avec les autorités, dans le cadre d'une régulation publique. Il favorise un développement diversifié des prestataires et la qualité de leurs relations avec le secteur public,

notamment en veillant à la qualité de ces services et en limitant la précarisation de l'emploi. Ce scénario suppose une évolution de la régulation publique dans plusieurs directions complémentaires.

En premier lieu : la garantie des droits sociaux, l'établissement de conventions collectives et la reconnaissance d'une légitimité des nouvelles professions en émergence dans ce secteur sont de nature à circonscrire les dangers de précarisation et à conforter la valorisation des ressources humaines salariées.

En second lieu : une régulation appropriée au fonctionnement des différents types d'associations peut faciliter la coordination et l'optimisation de l'action des professionnels et des volontaires, en évitant la détérioration des conditions de travail des premiers et l'essoufflement des seconds. Elle peut favoriser également une différenciation des objectifs au sein de l'économie sociale, le souci de production et de gestion professionnalisées des services dominant dans les coopératives, le souci de revendication étant confirmé dans les associations, accroissant ainsi leur degré d'efficacité et d'autonomie.

Enfin, dans ce scénario, il faudrait également mettre en place une régulation facilitant le développement d'une collaboration entre le secteur public et les organisations d'économie sociale sur deux axes. D'une part, l'intérêt des usagers et celui des associations nécessiteraient d'introduire des critères de qualité dans le cadre des appels d'offre de contrats de services sociaux, d'autre part, la codification permettrait de formaliser, à travers l'établissement de règles écrites, l'actuel « pacte implicite public-associatif » dans lequel le premier finance et les secondes produisent.

DEUXIEME PARTIE

DES QUESTIONS SPECIFIQUES : DEPENDANCE, QUALITE, EXTERNALITES

La deuxième partie de cet ouvrage se penche, à partir d'observations nationales complémentaires, sur certaines questions spécifiques soulevées par les services aux personnes âgées.

Le premier se penche sur le développement de l'assurance dépendance en Allemagne (Klie) et donc sur la reconnaissance sociale progressive par les différents acteurs (partenaires sociaux, pouvoirs publics...) de la dimension collective des soins et services à domicile. Le cas des coopératives sociales italiennes et plus particulièrement le type de contractualisation qui s'est construit entre celles-ci et la région d'Émilie-Romagne, Bologne est, quant à lui, éclairant sur l'élaboration de critères de qualité, centraux dans les services aux personnes (Fraisie, Gardin, La Rosa et Laville).

Ces différents regards soulignent, via des cas concrets, le rôle-clé des régulations publiques dans la construction sociale du champ d'activité qu'est l'aide à domicile. Cette thématique de la qualité est développée dans les deux textes suivant rendant compte du point de vue des usagers (Gounouf) et d'une dimension citoyenne (Gautrat) qui commence à être relevée dans un domaine antérieurement marqué par l'approche médicale. Pour que la demande d'aide à domicile augmente, il faut non seulement que les prix les rendent accessibles mais aussi que les ménages soient convaincus de déléguer un certain nombre de tâches accomplies auparavant dans la sphère domestique. Ces « services-clés » pour la qualité de la vie soulèvent des questions inédites autour de la confiance entre usagers et prestataires du fait qu'ils entrent dans l'intimité des usagers et interfèrent avec leur vie personnelle et familiale.

De plus, le développement de ces services engendre non seulement des bénéfices privés pour les usagers mais aussi des bénéfices collectifs. La réduction des dépenses de chômage ou de santé publique, le meilleur fonctionnement du marché du travail via une plus grande disponibilité de l'entourage des personnes dépendantes au travail, sont autant d'exemples d'externalités collectives. L'accessibilité à ces services soulève, en outre, des questions de justice sociale. Or le marché n'intègre pas, dans son fonctionnement, ces bénéfices collectifs. Dans ce contexte, l'intervention financière des pouvoirs publics, aux côtés de la participation des usagers, se justifie pour asseoir un développement efficace et équitable de ce champ d'activité. Les auteurs (Fraisie, Gardin et Laville) du dernier article de cette partie développent la thèse selon laquelle la reconnaissance des externalités, et donc leur financement par les pouvoirs publics, résulte d'une construction sociale qui prend des formes différentes suivant les pays.

Allemagne : la garantie des soins et l'assurance-dépendance

par Thomas Klie

En Allemagne comme dans les autres pays européens, les lois en matière de sécurité sociale relatives à la dépendance sont récentes, sinon en voie d'émergence [Sieveking 1998 ; Evers, Leichsenring, Pruckner, 1993).

Ce qu'on appelle aujourd'hui « dépendance », est encore, dans une large mesure, pris en charge par les réseaux sociaux traditionnels. Au niveau démographique, les pronostics concernant l'accroissement du nombre de personnes très âgées et celui des personnes ayant besoin de soins atteignent un point culminant en 2030 ; le thème de la « dépendance » deviendra de plus en plus un sujet public. En même temps, la société est confrontée à des phénomènes de modernisation. Les modes de vie changent, les échelles de valeur se multiplient, les connaissances techniques se renouvellent rapidement. La grande mobilité de la population fragilise les réseaux sociaux. La famille restera-t-elle la « cellule de soins », continuera-t-on d'assigner la mission de soigner aux femmes comme une évidence dans la distribution des rôles entre les sexes, les enfants se sentiront-ils encore moralement obligés d'accompagner leurs parents en cas d'infirmité et seront-ils en mesure de le faire ? Toutes ces questions font l'objet de débats en Allemagne.

Il est probable que les systèmes d'assurance publics, les aides professionnelles et les institutions d'assistance, telles que les services de soins et les hôpitaux, vont s'accroître. Auparavant, la dépendance était soumise à de nombreux tabous culturels et circonscrite aux frontières de l'intimité. Elle représente désormais de plus en plus une préoccupation pour les pouvoirs publics et un risque à prendre en charge par la collectivité.

Mais elle relève, dans le cadre européen, d'une politique sociale à caractère expérimental. Actuellement, dans le domaine de l'assurance dépendance, il n'existe pas de pratiques institutionnelles stabilisées. Et c'est précisément dans ce domaine, que les réseaux sociaux et de solidarité sociale plus abstraite ont à se conjuguer dans le but de garantir des prestations conformes aux besoins et à la qualité requise dans les soins aux personnes. Ils rejoignent en cela les objectifs de politique sociale au sens strict, ceux d'assurer des moyens d'existence aux couches sociales défavorisées et de redistribuer les moyens en fonction des besoins.

En Allemagne, d'importants changements sont en cours dans les services et les institutions de soins. Les six principales organisations de bienfaisance allemandes ont perdu leur suprématie

et leurs privilèges. Elles se trouvent à présent en concurrence avec des services privés orientés vers le profit, et notamment au plan international. On ne parle plus de l'hospice de la ville, du service de soin communal, de l'infirmière communale, mais, comme le préconise le discours sur l'assurance-dépendance allemande, de possibilités de choix pour la personne ayant besoin de soins et de concurrence entre les prestataires de services de soins. Dans l'ensemble, il s'agit d'un phénomène nouveau qui constitue un défi lancé par l'évolution démographique à la société moderne. Les relations intergénérationnelles doivent s'adapter et la société doit assurer des prestations sociales massives pour un groupe croissant de personnes ayant besoin de soins. Jamais dans le passé, des obligations d'une telle envergure n'ont été réalisées.

1. L'HISTOIRE DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE EN ALLEMAGNE

« L'assurance sociale en cas de dépendance » est un sujet débattu depuis longtemps dans les instances de la République fédérale. De nombreuses solutions ont été proposées. Au début des années 1970, le problème de la situation financière des personnes âgées dépendantes est à l'origine de l'élaboration de vastes concepts de sécurisation du risque général « dépendance ». L'aide sociale et l'« argent de poche » attribués à la majorité des habitants des maisons de repos sont considérés comme un scandale social ou du moins comme un problème de politique sociale. Au début des années 1980, plusieurs projets de loi sont proposés, aussi bien par les Länder, le gouvernement que par le groupe fédéral des « Verts ». Ils proposent d'une part l'instauration d'un droit à l'assurance et à des soins, financé par les impôts et d'autre part des solutions pour les personnes âgées ayant besoin de soins. A la fin des années 1980, on trouve une « solution d'admission » en intégrant, dans des cas d'infirmité grave, les prestations de soins à domicile et les soins de courte durée dans le droit des assurances-maladie légales. Au début des années 1990, le combat pour l'adoption de l'assurance-dépendance est acharné. Le recours à des assurances privées entre en concurrence avec l'assurance sociale. Le débat politique quotidien se concentre essentiellement sur les incidences financières de l'introduction de l'assurance-dépendance ainsi que la problématique de la compensation pour les employeurs. Au mois de mai 1994, la loi sur l'assurance-dépendance est finalement adoptée Elle entre en vigueur le 1er avril 1996, avec ses prestations pour les soins à domicile, les soins de clinique de jour ainsi que pour les soins à courte durée et le 1er juillet 1996, pour les prestations hospitalières.

2. LA GARANTIE DES SOINS PAR LA SECURITE SOCIALE LEGALE

Après de longues discussions, la couverture des soins est donc intégrée au concept de sécurité sociale allemande. L'assurance-dépendance sociale a été introduite comme cinquième pilier de la sécurité sociale légale en Allemagne. Elle est financée par le biais de *cotisations*

obligatoires. Chaque citoyen qu'il dépende du régime légal obligatoire ou qu'il soit affilié à une caisse privée doit cotiser au système de l'assurance dépendance. La cotisation représente 1,3 % du revenu brut, dont 50 % sont financés par l'employé et 50 % par l'employeur. Le financement est ainsi conforme à celui de l'assurance-maladie légale en République Fédérale. Afin de pouvoir introduire le financement de l'assurance-dépendance, sans pour autant augmenter les charges salariales, un jour férié légal est supprimé, pour compenser les cotisations des employeurs à l'assurance dépendance. Dans la loi de l'assurance dépendance, les dépenses pour les personnes ayant besoin de soins ne peuvent en aucun cas dépasser les rentrées garanties par les cotisations.

Ce principe, de prudence postule clairement, dès le départ, que les prestations des assurances dépendance légales ne peuvent représenter qu'un supplément destiné à compléter les réponses aux besoins de soins des personnes dépendantes. Une contribution financière individuelle de la personne dépendante sera exigée, tant pour les soins à domicile que pour les soins en établissement. Les prestations des assurances dépendance seront fournies par des entreprises ayant passé un accord avec des caisses d'assistance. Ces dernières sont intégrées dans les caisses de maladie, au niveau de l'organisation et du personnel, mais elles disposent d'un budget propre. Elles signent avec des maisons de repos et de retraite des contrats portant sur les prestations de soins ambulatoires ou hospitaliers. Toutes les offres, proposant des prestations de qualité garantie, ont un droit d'accès au marché des soins.

3. LES PRINCIPES DE BASE DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

Le droit de prestation de l'assurance-dépendance privilégie, dans ses objectifs, l'autodétermination et l'indépendance de la personne dépendante de la manière suivante : dans le respect de la dignité de l'être humain, les prestations de l'assurance-dépendance doivent aider la personne, malgré sa double dépendance (par rapport à son infirmité, par rapport à des soignants et des institutions), à mener une vie la plus autonome possible. Les prestations de soins doivent être conçues dans un souci de préservation des forces physiques, spirituelles et psychiques de la personne. Le principe essentiel de l'autodétermination est fondé sur le droit au choix des personnes, sur le type de prestation (prestation financière ou de service, au domicile, en clinique de jour ou en milieu hospitalier).

Les mesures de prévention médicale permettent non seulement d'éviter, mais aussi de diminuer et de stabiliser la dépendance. Elles sont prioritaires sur les prestations de soins et doivent être entièrement prises en charge par les caisses de maladie. La critique portant sur le fait que les prestations de prévention et de soins ne sont pas centralisées, est justifiée [Meyer 1997, p. 49]. En effet, les caisses maladies, responsables de la prévention médicale, ne tirent aucun avantage fiscal en assurant ces prestations à des personnes dépendantes, et ces mesures

ne leur permettent pas de réduire leurs dépenses dans d'autres domaines. De leur côté, les caisses d'assistance ne tirent aucun bénéfice en assurant ces prestations, car en cas d'économies dans le domaine des soins, celles-ci doivent être réinvesties dans un fonds de compensation national. Par conséquent, toute stimulation fiscale pour l'encouragement de la prévention fait défaut au niveau du droit d'assurance-dépendance allemand.

En tant que principe de base, assez vague dans son contenu, mais signifiant du point de vue politique, les soins à la population relèvent d'une mission sociétale. Les institutions sont exhortées à la coopération et à la coordination de leurs efforts pour mettre en oeuvre une assistance de soins harmonisée au niveau régional, proche de la population, et rechercher ensemble des solutions innovatrices. La volonté de couvrir les besoins d'assistance futurs, est aussi affirmée. Elle passe par le développement de la filière professionnelle et du bénévolat sur les missions de soins (remplies par les parents, voisins ou par d'autres initiatives citoyennes). On aboutirait ainsi à une nouvelle culture de l'aide. Etant donné que la solidarité et l'entraide se réalisent sur le terrain, les communes, souvent négligées par le droit des assurances dépendance, se voient ainsi attribuer un rôle essentiel. [Evers 1995, pp. 23-28]. Elles peuvent apporter leur contribution dans le cadre de « tables rondes », de conférences sur le thème des soins, ou par le soutien à des services de consultation et des bourses d'aide tels que les bureaux des seniors et des citoyens.

Le droit des assurances dépendance ne désigne pas de responsable attribué en ce qui concerne les infrastructures de services et d'institutions de soins. Il se limite à une réglementation assez vague, reflétant une responsabilité d'ensemble de tous les participants. Cet état de fait peut impliquer un manque de planification [Klie, Spiegelberg 1998] car seule la coopération et la coordination permettent de réaliser une « responsabilité d'ensemble » pour la nouvelle assurance de soins dans la société [Fachinger, Rothgang, 1995, p. 279].

4. CONDITIONS DE PRESTATION ET BESOINS D'ASSISTANCE

Le besoin d'assistance naît de l'incapacité d'une personne à exécuter, elle-même, certaines activités habituelles et essentielles dans le domaine des soins corporels, de l'alimentation, de la mobilité, des tâches domestiques.

Par ailleurs, pour déclencher un droit aux prestations sociales, ce besoin d'assistance doit être la conséquence d'une maladie ou d'un handicap. Ainsi, le droit des assurances dépendances se conforme aux définitions socio-légales des besoins d'assistance en usage et applicables jusqu'alors en Allemagne. Des critères d'appréciation sont publiés en 1997, dans le but d'éliminer les méthodes d'appréciation très divergentes, utilisées durant les premières années de l'assurance dépendance. C'est sur cette base, que des médecins et infirmiers donnent leurs avis en tenant compte des constatations et des dossiers des médecins traitants, des

appréciations de la vie domestique de la personne concernée. Le terme de dépendance du SGB XI ne repose ni sur un concept scientifique définissant les soins, ni sur les échelles d'activités de la vie quotidienne, ADL appliquées, par exemple, en gériatrie, ni sur un processus d'évaluation lors de l'appréciation de la détermination et de la qualification du besoin d'assistance. Le problème de l'approche médicale dont fait l'objet l'approche de la dépendance réside dans le risque que des aspects de besoins essentiels, qui se rapportent moins à des limitations physiques qu'à des déficits sociaux et psychiques, ne soient pas suffisamment pris en considération. Par exemple, le besoin de soutien de malades mentaux n'est pas réellement présent.

Trois niveaux de dépendance sont différenciés selon l'intensité des besoins d'assistance et la durée préconisée.

<p>Niveau 1 Dépendance importante</p>
<p>Les personnes qui, pour l'hygiène corporelle, l'alimentation ou la mobilité, requièrent l'aide pour au moins deux activités, au moins une fois par jour et qui, de surcroît, ont besoin plusieurs fois par semaine de l'aide dans les tâches ménagères</p> <p>En moyenne 90 minutes de soins journaliers</p>
<p>Niveau 2 Dépendance très importante</p>
<p>Les personnes qui, pour l'hygiène corporelle, l'alimentation ou la mobilité requièrent l'aide au moins trois fois par jour, à des heures différentes de la journée et qui, de surcroît, ont besoin plusieurs fois par semaine de l'aide dans les tâches ménagères</p> <p>En moyenne 3 heures de soins journaliers</p>
<p>Niveau 3 Grande dépendance</p>
<p>Les personnes qui, pour l'hygiène corporelle, l'alimentation ou la mobilité requièrent de l'aide quotidiennement, 24 heures sur 24, même la nuit, et qui, de surcroît, ont besoin, plusieurs fois par semaine, de l'aide dans les tâches ménagères</p> <p>En moyenne 5 heures de soins journaliers</p>

Dans les cas extrêmes, qui représentent un pourcentage réduit par rapport à l'ensemble des grandes invalidités, les niveaux de dépendance peuvent dépasser les limites de prestations prescrites pour les différents niveaux.

Les caisses d'assistance déterminent des contrats cadre, négociés avec les principaux prestataires. Les services sont définis de manière assez détaillée. Des mesures allant dans le sens du processus de structuration et celui de la qualité sont inscrites dans les conventions de garantie de qualité qui prévoient l'intervention d'une personne qualifiée et la mise en oeuvre des modalités de la prestation. Les indemnisations perçues par les prestataires sont établies avec les caisses d'assistance. Elles sont conçues de manière à ne pas entraver la libre concurrence et sont donc établies en fonction du type de prestations et des spécificités de l'institution de soins concernée. Ce type d'indemnisation a remplacé le système de recouvrement autonome des coûts par les institutions de soins.

Soins à domicile

Les prestations de soins à domicile sont allouées sous condition que l'intéressé habite « chez lui ». La personne ayant besoin de soins a, par principe, le droit d'opter pour des prestations de soins en nature (c'est-à-dire des aides apportées par un service de soins de son choix qui a passé un contrat avec sa caisse dépendance) ou pour des prestations de soins sous forme d'allocation financière (afin de rémunérer les services de soins de parents ou de personnel de soins indépendant). Si elle choisit l'allocation financière, elle devra régulièrement faire appel à un expert de sa caisse dépendance qui la conseille et qui se prononce sur le bien fondé des soins prodigués. Des prestations peuvent être assurées en cas de défection de la personne soignante (vacances ou autres motifs d'absence de la famille), grâce à la prestation de « soins de vacances ou d'absence » par un « soignant intérimaire » pour une période maximale de 4 semaines par année civile. Les deux types de prestations ne sont pas exclusifs et il est donc possible de combiner des soins prodigués par des professionnels et des bénévoles. Une somme proportionnelle à la quantité de soins fournies par des prestations en nature est alors déduite de l'allocation financière.

L'assurance-dépendance n'a pas uniquement pour but d'améliorer la situation des personnes dépendantes, mais aussi les personnes de l'entourage chargées de les soigner. Est considérée comme personne soignante, celui ou celle qui soigne à domicile une personne dépendante, en-dehors du contexte professionnel et pour une durée d'au moins 14 heures par semaine. Le législateur a prévu des mesures pour ces personnes. Elles comprennent des prestations de sécurité sociale (assurance accident, de pension et assurance-chômage) ainsi que des possibilités de qualification dans le cadre de formation. Les personnes n'atteignant pas ces quotas horaires, pourront participer aux mesures de qualification mais ne pourront pas bénéficier des prestations pour la sécurité sociale.

Contributions matérielles et techniques

Du matériel de soin ainsi que des aides techniques peuvent être mis à disposition par les caisses de maladie. Il convient d'en distinguer trois types :

- 1) produits consommables (produit de désinfection, gants jetables, produits d'hygiène corporelle, support de soins non remboursés par la mutuelle) : jusqu'à 30,68 ₣ par mois,
- 2) améliorations techniques (par ex. lit d'hôpital, lifter) : apport de la personne dépendante de 10%, mais maximum de 25,56 euros par ressource technique,
- 3) mesures pour l'amélioration de l'environnement d'habitation individuelle de la personne ayant besoin de soins (ascenseur d'escalier, transformation de la salle de bain, élimination des seuils) : allocation financière jusqu'à 2.556,46 euros par mesure.

Soins en hôpital de jour

Les soins en hôpital de jour ou de nuit constituent une nouveauté. Ces prestations ont la priorité sur l'hospitalisation et doivent permettre à la personne dépendante de rester chez elle, même si les soins à domicile ne suffisent plus, ou si, le cas échéant, la personne assurant les soins n'est plus en mesure de les prodiguer seule [Winter, 1996]. Les prestations dans le cadre de l'hospitalisation de jour comprennent aussi les trajets de la personne dépendante de son domicile à l'institution d'hospitalisation de jour ou de nuit. Si l'allocation maximale n'est pas complètement épuisée par la prestation en nature, les personnes dépendantes recevront si nécessaire, en plus des prestations des institutions d'hospitalisation de jour, une allocation partielle.

Soins de courte durée

Les soins de courte durée recouvrent des soins limités dans le temps, dispensés en institut hospitalier. Ils sont accordés suite à une hospitalisation ou à d'autres situations de crise, dans lesquelles des soins à domicile ou en hôpital de jour ne sont pas envisageables ou suffisants (hospitalisation, altération de la situation de soins).

Hospitalisation

Depuis le 1er juillet 1996, des prestations d'assurance-dépendance sont octroyées dans les hôpitaux et les hospices. Elles sont aussi définies selon le niveau de dépendance. Contrairement aux soins à domicile, il s'agit de prestations de « traitements médicaux »

(injections et autres soins relevant du domaine de la responsabilité médicale) [IGL, Welti, 1995, pp. 117-148] ainsi que de prestations de services sociaux. L'intégration des soins médicaux dans les prestations de l'assurance-dépendance est valable pour une période de transition. Une question centrale reste à éclaircir définitivement quant au partage effectif des coûts financiers entre la caisse d'assistance dépendance, la caisse maladie, les assurances complémentaires, l'utilisateur et le cas échéant l'aide sociale suivant le type de soins prodigués (frais de séjour, prestations médicales et de services, ...).

L'ensemble de ces prestations de soins est réglée, par des contrats cadre, au niveau des « Länder », sous l'égide de recommandations homogènes émanant du niveau fédéral. Quel que soit le type de prestataire retenu, soins en nature ou aide financière, des plafonds sont fixés.

Tableau 1 : Les indemnités liées à l'assurance-dépendance

Type de prestation	Niveau I jusqu'à	Niveau II jusqu'à	Niveau III jusqu'à
Prestations de soins mensuelles en nature dans des cas extrêmes	383,46 ₣	920,32 ₣	1.431,61 ₣ 1.917 ₣
Allocation mensuelle de soins	204,51 ₣	409,03 ₣	664,68 ₣
Soins de vacances et d'absence jusqu'à quatre semaines par an (condition : douze mois de soins antérieurs)	1.431,61 ₣	1.431,61 ₣	1.431,61 ₣
Soins mensuelles de jour et de nuit dans une institution de soins de jour	383,46 ₣	766,93 ₣	1.073,71 ₣
Soins de courte durée jusqu'à quatre semaines par an dans une institution hospitalière	1.431,61 ₣	1.431,61 ₣	1.431,61 ₣
Soins hospitaliers - Règlement de transition - cas extrême	1.022,58 ₣	1.278,23 ₣	1.431,61 ₣ 1.687,26 ₣

Source : Süddeutsche Zeitung, 19/20 – 11/1994.

5. EFFETS ET EFFICACITE DES ASSURANCES DEPENDANCE

Même si l'assurance-dépendance allemande remonte seulement à 1994, des premières analyses sur ses effets et son efficacité sont déjà disponibles. Elles ont trait, principalement, aux répercussions de l'assurance-dépendance sur l'organisation des soins à domicile. Dans le domaine de l'hospitalisation, ces premières analyses sont plutôt de type économique. Elles

permettent une première évaluation de l'effet de l'assurance-dépendance allemande aussi bien au niveau des résultats attendus et des objectifs poursuivis qu'à celui des fluctuations des réformes légales, [Klie, 1998]. Rappelons que les objectifs de l'assurance-dépendance sont de stabiliser la situation des personnes, de privilégier les prestations de soins ambulatoires, d'alléger la charge des parents soignants et de développer la qualité des services de soins à domicile.

L'étude pionnière d'Evers met en évidence le choix majoritaire en faveur de l'allocation au détriment des services. Dans cette étude, Evers évalue le degré de cohérence et d'efficacité de cette option. Il en conclut que les cultures et les orientations de soins préexistantes dans le domaine des soins à domicile déterminent le choix de l'allocation en espèces et non l'inverse, comme le supposait le débat sur l'orientation des prestations liés à l'assurance dépendance. Evers constate, à cette occasion, qu'en Allemagne, il existe très peu de typologies portant sur le comportement familial de soins. Une des rares qui soit disponible [Steiner-Hummel, 1991] distingue 3 types de comportement. Il existerait des « communautés de soins » dans lesquelles des membres plus jeunes de la famille, mus par le sentiment du devoir, assurent la majeure partie des soins aux plus âgés ; ces personnes s'appuient sur des valeurs féminines traditionnelles et une distribution spécifique des rôles qui laisse peu de place à l'aide extérieure. Cette difficile ouverture caractérise également les « communautés de vie » dans lesquelles les soins sont dispensés entre partenaires, sur de longues durées. Cette étude révèle, enfin, un dernier type de régulation, celle de parents qui, face à un besoin de soutien, conçoivent des solutions dans lesquelles leur aide propre se conjugue à une aide extérieure. Evers n'a repéré aucun changement, engendré par l'assurance-dépendance, dans la mise en oeuvre des soins. « Les parents soignants font en règle générale ce qui leur semble juste et même s'ils perçoivent des allocations, ils continuent à agir de la même façon ».

La thèse, selon laquelle les allocations de soins intégrées dans le budget du ménage n'ont aucun effet particulier sur la mise en oeuvre des soins, est confortée aujourd'hui. Ce n'est pas l'indemnité en tant que telle qui est moteur de changements, mais bien l'indemnité liée à d'autres facteurs, susceptibles de changer des habitudes. La politique menée au niveau communal est, à cet égard, déterminante dans le conseil aux parents et l'encouragement d'une discussion socio-civique. Le rôle majeur des médecins dans la mise en oeuvre des soins et la conception des formes d'aides ne doit pas en outre pas être sous-estimé. Sans ces acteurs et ces dispositifs, il ne faut s'attendre, du moins à court terme, qu'à peu de changements au niveau de l'organisation des soins.

Un vaste projet de recherche basé sur un sondage effectué auprès de plus de 3.000 personnes dépendantes, mis en oeuvre par Runde, vise les problèmes socio-juridiques liés à l'assurance-dépendance. Les bénéficiaires des prestations des assurances dépendance sont, dans une large mesure, satisfaits. Runde constate qu'en général, l'assurance-dépendance engendre un

accroissement des connaissances dans le domaine des soins et une volonté de professionnalisme. Dans l'ensemble, on constate une large acceptation du modèle de l'assurance dépendance, de ces prestations limitées et de la responsabilité de l'Etat pour la garantie des soins. Chez 40 % des personnes interrogées s'affiche un « effet d'assurance ». Les indemnités sont acceptées par ce qu'on a cotisé, et non parce qu'elles sont considérées comme indispensables (comme c'est le cas pour 30 %). 60 % des personnes sondées voient une incitation pour les parents et les connaissances à prendre des responsabilités et à accepter des missions de soin, sans qu'on constate pour autant les effets tangibles de cette incitation. 40 % des sondés y voient une reconnaissance des personnes ayant besoin de soins. En résumé, l'assurance-dépendance est bienvenue, mais ses effets sont plutôt diffus. D'autres raisons que l'existence de l'assurance-dépendance semblent prépondérantes dans la prise de décision quant à l'organisation des soins.

La catégorisation des soignants, dégagée empiriquement selon la définition de leurs devoirs, de leur rôle et leur degré de responsabilité au regard de l'accomplissement du besoin d'assistance est cependant plus signifiante. Plus de 40 % des sondés ressentent le devoir de soins dans la famille comme naturel et ne voient aucune autre alternative. La majeure partie de ce groupe attend, cependant, certains « avantages », que ce soit sous forme pécuniaire ou sous forme d'une reconnaissance particulière en cas d'héritage. Un autre groupe, qui s'accroît, reconnaît une responsabilité morale pour la prise en charge d'un parent dépendant mais reste aussi ouvert à une intervention extérieure, telle le recours à un service de soin. Dans ce groupe, l'assurance-dépendance semble ouvrir la voie d'un changement dans l'organisation des soins. Une troisième catégorie se voit obligée de prendre en charge une personne dépendante au sein de la famille, non par obligation morale, mais en raison des restrictions sociales et financières. Dans ce groupe, l'assurance-dépendance n'est pas considérée comme un allègement et ne change rien à la mise en oeuvre des soins quotidiens.

Un autre sondage a été réalisé dans la région de Baden-Württemberg. Il porte sur 1.234 personnes dépendantes âgées de plus de 60 ans, soignées au sein du ménage ou dans leur famille [Blinkert, Klie, 1999]. L'étude s'appuie sur une connaissance de réseau social qui fait apparaître des modes différents de soutien chez les personnes dépendantes selon leur milieu social et géographique. La majorité des personnes se caractérise par une qualité des réseaux de soutien informels : 85 % possèdent un réseau de soutien stable. Ils vivent avec des parents ou en couple, dans le même logement. Presque toutes ces personnes mentionnent qu'elles bénéficient régulièrement d'une aide en fonction de leurs besoins. Les réseaux de soutien instables ou précaires ne concernent actuellement qu'une minorité de personnes (15 %). Chez certaines d'entre elles, environ 10 %, on décèle une tendance vers « un mode de vie moderne ». Elles n'ont pas d'enfant ou un seul, sont célibataires ou divorcées ou séparées. Elles possèdent un diplôme d'études moyen ou supérieur et n'habitent que depuis peu de

temps dans le contexte donné. Le milieu de vie urbain ou rural entre aussi en ligne de compte. L'urbanisation accrue contribue à diminuer les réseaux stables. Dans l'organisation de soins, les réseaux stables se distinguent très fortement des réseaux précaires ou instables (ampleur de l'aide, répartition entre aide professionnelle et de l'entourage, utilisation des services ambulatoires et des soins de courte durée...). Par exemple, pour les personnes dépendantes inscrites dans un réseau de soutien précaire ou instable, l'aide apportée par les conjoints et les enfants est moindre mais par contre, pour les plus jeunes d'entre elles, le réseau informel de soins intègre de façon remarquable des membres qui ne font pas partie de la famille (amis, connaissances ou voisins). Les « personnes dépendantes modernes » arrivent, apparemment, à activer des ressources d'aides informelles qui ne reposent pas sur les obligations familiales en puisant dans un capital social qui suppose des modes antérieurs de socialisation. Toutefois, avec l'âge, ces ressources d'aides mobilisées par les relations d'amitiés, de connaissances et de voisinage se raréfient.

Cette étude confirme le rôle des réseaux de soutien informels prépondérants dans les soins octroyés aux personnes dépendantes : 87 % de l'ensemble des aides sont dispensées dans ce cadre. L'assurance-dépendance n'a pas apporté de modifications sensibles. L'introduction de l'assurance-dépendance fait apparaître une situation paradoxale. Un nombre imprévu de personnes dépendantes - environ 80 %, donc la grande majorité - opte pour la prestation en espèce bien que son montant ne correspond, en général, qu'à la moitié de la prestation en nature. L'étude attire l'attention sur le fait que la probabilité du choix entre prestation en nature ou indemnité est en étroite corrélation avec la stabilité des réseaux de soutien. Celui qui est ancré dans un réseau stable, ne choisit presque jamais la prestation en nature. Dans un réseau précaire ou instable, les prestations en nature, ou le cas échéant les prestations combinées, bénéficient d'une nette préférence.

La prestation en nature de l'assurance-dépendance permet aux personnes dépendantes de rémunérer leurs aides informels. Le fait qu'ils aient ou non bénéficié d'une gratification, avant l'introduction de l'assurance dépendance, est difficile à déterminer, vu le manque de données à ce sujet. Il est plus que probable que cette possibilité ait fait naître des attentes de la part des personnes concernées. Cependant 30 % des soignants du réseau informel ne reçoivent pas de rémunération. Peut être en raison de valeurs traditionnelles, dans lesquelles la monétarisation des relations de soins est rejetées comme étant « étrangères » à la culture familiale.

L'assurance-dépendance a aussi pour objectif la meilleure organisation des soins, entre autres via les formules d'hybridation entre aides professionnelles et non-professionnelles. Ce type de structure, appelée « mixage » de soins », représente encore une exception : seuls 11 % des usagers de l'assurance-dépendance y ont recours, en majorité « des personnes dépendantes modernes ».

La grande majorité des personnes ayant besoin de soins ou de leurs parents, qui bénéficient de l'assurance-dépendance (90 %), se montre satisfaite. Seul un nombre restreint de personnes (14 %) se disent insuffisamment aidées. Les insatisfaits se retrouvent plutôt parmi les personnes dépendantes « modernes » et, parmi l'entourage de personnes dépendantes atteintes de démence. Trois quarts des personnes dépendantes ou de leur entourage supposent que le soutien des soins sera encore garanti lorsque le besoin d'assistance augmentera. Cette garantie est jugée incertaine par les personnes impliquées dans un réseau de soutien instable. Dans l'ensemble, environ un quart des personnes dépendantes envisage la possibilité du placement en institution. Cette part atteint 40 % chez les personnes dépendantes faisant partie d'un réseau instable ou précaire. C'est donc dans les milieux traditionnels, où les réseaux de soins sont plutôt stables, que les prestations de l'assurance-dépendance et, plus particulièrement les prestations pécuniaires, donnent le plus de satisfaction. Lorsque la dépendance se situe dans des milieux plus « modernes », nous l'avons dit, la motivation ne repose plus uniquement sur des valeurs morales et les personnes dépendantes ne peuvent plus compter sur un soutien entier au sein de la famille. Dans ce contexte, les effets de l'assurance-dépendance sont les plus perceptibles à travers l'utilisation des prestations en nature. Pourtant, ces prestations sont insuffisantes pour couvrir les besoins et, ici, la satisfaction quant aux prestations des assurances dépendance est proportionnellement moindre. Du point de vue socio-politique, l'organisation de l'assurance-dépendance en Allemagne est ouverte aux critiques et à travers elle, le sujet des soins et de la dépendance est plus profondément ancré dans le débat public.

6. LES PERSPECTIVES DE LA GARANTIE SOCIALE EN CAS DE DEPENDANCE

De nombreux pays européens se préoccupent, de façon plus ou moins importante, d'une conception nouvelle des systèmes de sécurité sociale en cas de dépendance. Dans une période de restructuration de l'Etat social, mais aussi en raison des limites imposées par la démographie aux capacités de sécurité sociale classique, des questions sont aujourd'hui abordées, alors qu'elles ne l'étaient pas au temps de l'expansion d'un Etat-providence. Il s'agit notamment des questions d'ordre fiscal, ou celles concernant l'efficacité des politiques sociales. En même temps, les nouvelles conceptions de sécurité sociale sont confrontées à la modernisation de la société, qui rend caduque une prestation de soins semblable aux prestations antérieures encore présentes dans l'imagination de la population [Klie, 1999]. Deux mythes chancellent : celui laissant supposer que les soins peuvent être prodigués principalement ou en totalité par le partenaire ou les membres de la famille, et celui selon lequel, en cas de défaillance de la famille, il est possible de se retrouver à l'abri du besoin grâce à un hospice ou un service de soins. Ces changements confirment la nécessité de poursuivre des réflexions et d'ouvrir des négociations sur la problématique de la dépendance. Il n'existe pas de solution simple qui soit équitable : il n'est pas juste d'attendre d'un membre de la famille qu'il dispense les soins à un conjoint ou à un parent sans être aidé. A contrario,

on ne peut pas non plus décréter qu'il doit être hébergé dans une institution. L'avenir des soins recouvre un éventail de solutions incluant la participation des parents, la mise en oeuvre de soins, d'offres de soins semi-stationnaires, comme les soins de jour (qui ne sont encore que rarement acceptés) et, particulièrement dans le cas de démence grave, le placement en institution.

Afin de rendre opérationnelles ces solutions, il est autant nécessaire d'approfondir les concepts de dépendance, que de concevoir des dispositifs de grande envergure. Ceci signifie que des lieux de conseils soient mis en place, qu'ils soient susceptibles de soutenir et de développer la mise en oeuvre de soins, adaptée en fonction des ressources existantes en coopération avec les personnes dépendantes, l'entourage soignant et en lien avec les médecins traitants, les thérapeutes, les familles et les autres réseaux sociaux. Ici, l'expérience néerlandaise est encourageante. Les Pays-Bas ont réussi à élaborer un modèle de sécurité, en cas de dépendance, qui garantit la qualité des soins et satisfait tant les personnes dépendantes que les soignants, à partir d'une réforme du principe rigide de prestations en nature ou purement financières [Klie, Miltenburg, 1995]. Ce modèle néerlandais semble intéressant dans le contexte allemand en regard des premières analyses sur l'efficacité de l'assurance-dépendance en Allemagne. Il garantit un conseil professionnel dans lequel l'orientation s'effectue au cas par cas, selon l'évaluation des besoins et le type d'utilisation des allocations de l'assurance dépendance. Contrairement à l'assurance-dépendance allemande, il prend davantage en compte la coopération avec la famille.

Le terme de « dépendance » est récent dans le contexte socio-juridique, mais aussi du point de vue professionnel. La signification des termes « maladie » et « handicap » est, dans une large mesure, précisée au niveau national et international. Ce n'est pas le cas pour la notion de dépendance. La définition du besoin d'assistance dans le droit de l'assurance-dépendance allemand trouve son origine dans la définition des soins aux victimes et mutilés de guerre. Sa définition, très socio-juridique, est liée à une visée de stabilité politique. Le cercle de personnes dépendantes ayant droit à l'assurance-dépendance devait être limité afin de maintenir les dépenses de l'assurance-dépendance dans un cadre raisonnable. D'un point de vue professionnel, une telle manière d'agir n'est pas satisfaisante. Elle conduit à une sélectivité de la notion de dépendance, qui par exemple, s'il ne rejette pas complètement les personnes dépendantes atteintes de démence, un des groupes principaux des personnes âgées ayant besoin de soins, les discrimine clairement. Il reste à espérer que la notion de dépendance dans le droit d'assurance-dépendance allemand pourra, dans le futur, être défini professionnellement, sans qu'interfèrent des objectifs de stabilité politique.

La culture locale de soins revêt une signification prépondérante pour leur garantie. L'analyse des effets et de l'efficacité de l'assurance-dépendance démontre que, par exemple, les petites communes se différencient clairement des grandes villes en ce qui concerne leur manière

d'aborder la dépendance. Des différences se font jour aussi au niveau régional entre l'Allemagne de l'Ouest et de l'Est, de même qu'entre les différentes régions, selon leur histoire et leur contexte géographique. L'assurance-dépendance allemande met en évidence la nécessité de développer une « nouvelle culture des soins ». Toutefois elle néglige le niveau local, pourtant essentiel. En effet, les communes jouent un rôle majeur au plan des offres locales de conseils. Il serait judicieux d'imputer la fonction d'expertise des services médicaux de l'assurance maladie au niveau communal ou de l'y relier, afin de développer de futures fonctions de conseil et de « case management ». Les communes sont responsables des services complémentaires (aide de voisinage, aide ménagère, etc.) et assurent donc une fonction non négligeable, complémentaire, dans la problématique de l'assurance dépendance. Le niveau communal reste aussi un niveau important de coordination et de liaison entre les services sociaux et les institutions. S'il existe une concurrence entre les services de soins et les institutions, une coordination et une transparence pour le consommateur « dépendant » sont indispensables.

Italie : Coopératives sociales et construction d'un champ d'activité

par Laurent Fraisse, Michele La Rosa, Jean-Louis Laville et Laurent Gardin

En Italie, la mise en place de l'État-providence s'est faite tardivement, si l'on compare à d'autres pays européens, et elle a été instaurée par la crise budgétaire de l'État dès les années 1980. En outre, si les lois sont nationales, leur mise en œuvre est régionale. Ceci va entériner des inégalités dans la redistribution entre le nord et le sud du pays.

En raison de ces insuffisances de moyens et des problèmes de répartition propres aux politiques sociales, les réponses aux besoins sociaux sont basées traditionnellement sur l'économie domestique complétée par une intervention des associations. Or, les changements dans les modes de vie rendent de plus en plus difficile le maintien de la dépendance des femmes qui conditionne le fonctionnement de l'économie domestique. En outre les associations rencontrent des limites dans leur accès aux activités économiques. Ces divers phénomènes reliés entre eux expliquent en grande partie l'émergence des coopératives sociales.

Les coopératives bénéficient de plus d'un atout : la référence à la solidarité est inscrite, en Italie, dans l'histoire des politiques sociales. Le développement de formes organisées de solidarité est déjà prévu dans la législation italienne, par les articles 2 et 3 de la Constitution italienne. L'article 2 établit que la solidarité sociale, tout comme l'égalité politique et économique, est un « droit inaliénable » que la République doit s'efforcer de garantir. L'article 3 stipule ensuite qu'il « est du devoir de la République de détruire les obstacles économiques et sociaux qui réduisent la liberté et l'égalité des citoyens en empêchant le plein développement de l'individu ». Et, par le mot « République », on n'entend pas seulement l'État ou les citoyens, mais aussi toutes les composantes de la société. De plus, l'article 45 de la Constitution précise que la fourniture de certains services jugés nécessaires par l'État peut être confiée à « des communautés de travailleurs et d'usagers ». Cette large place concédée aux actions organisées et gérées par les communautés elles-mêmes s'est nourrie de l'échec de l'État à remplir ses propres objectifs. Dans les années 1970, l'inachèvement dit État-Providence renvoie les autorités locales à une confrontation avec des demandes sociales attestant l'inadéquation de la liaison opérée entre droits sociaux et détention d'un travail. Pour combattre les marginalités sociales, nées en particulier du chômage, des initiatives de citoyens se multiplient pour pallier les insuffisances institutionnelles.

1. UNE NOUVELLE FORME COOPERATIVE

Les coopératives de solidarité sociale, dénommées aussi coopératives sociales, appartiennent au mouvement coopératif italien qui a, à son origine, pour objectif de répondre aux besoins primaires (alimentation, habitation...) des personnes les plus en difficulté s'est ensuite progressivement orienté vers des activités commerciales. Ce n'est, qu'à la fin des années 1970, que ce mouvement renoue avec des objectifs de solidarité visant à résoudre des problèmes locaux [Fondation Roi Baudouin, 1994, pp. 135-139].

L'une des premières coopératives de solidarité sociale est lancée en 1966 pour apporter un service à des enfants orphelins. En fait, jusqu'en 1976, seule, une dizaine de ces coopératives existent en Italie. Leur nombre commença à augmenter durant les années qui suivirent, lentement jusqu'en 1980 puis de plus en plus rapidement. En 1998, 4.500 coopératives environ sont présentes sur le territoire national. Elles regroupent près de 100.000 membres dont 9.000 bénévoles et 75.000 travailleurs rémunérés pour un chiffre d'affaires annuel de 1,2 milliards euros (1995) [Borzaga et Santuari, 2000].

L'action bénévole, nécessaire mais limitée, trouve un nouveau souffle quand elle fait la jonction avec un mouvement coopératif en quête de nouveaux axes de développement, soucieux de création d'emplois et de réponse aux demandes sociales. La multiplication de ces coopératives permet d'éclaircir et de préciser la notion de coopérative de solidarité sociale. S'agissant d'un mouvement qui a pris de l'ampleur durant les dix dernières années, ses enjeux et ses caractéristiques ne sont pas encore complètement clarifiés. Ils peuvent toutefois être éclairés par les conditions de son émergence.

Une genèse difficile

Les coopératives de solidarité sociale reçoivent une première définition en 1981 : « coopératives qui exercent des activités dans le but de satisfaire les intérêts de membres et de non-membres, intérêts qui peuvent être moraux, assistantiels, sociaux, culturels, sportifs ou de loisirs ». Elles s'interdisent, contrairement aux autres coopératives, de distribuer une partie du surplus à leurs membres. Atypiques, elles sont groupées dans la catégorie législative des coopératives mixtes, une catégorie résiduelle ne leur permettant pas l'accès aux traitements préférentiels pour ce qui est de la fiscalité, des programmes ou des financements étatiques. A l'époque, ces coopératives sont l'objet d'une controverse. Soutenues par la "Confcoopérative", Confédération coopérative catholique de sensibilité chrétienne-démocrate, elles émanent, pour la plupart, de groupes et d'associations volontaires catholiques qui cherchent à élargir leur action. On y retrouve des militants venus du MOVI (*Movimento di volontaristi italiani*), de l'AGESCI (*Associazione guide e scout d'Italia*), de l'ACLI (*Associazione cristiana lavoratori italiani*) ou de Caritas. Ces coopératives sont d'emblée accusées par la Lega, la plus puissante confédération coopérative, d'orientation communiste, d'être le bras armé d'une Église décidée à s'infiltrer dans de nouveaux pans de la société

civile. Exploitant les volontaires, enlevant du travail aux salariés, elles cherchent, selon la Lega, à s'imposer par le clientélisme auprès des collectivités locales. La Lega défend un autre modèle, la coopérative intégrée, qui procure des emplois pour les personnes handicapées, qui peuvent constituer jusqu'à 40 % de ses membres. Derrière la polémique se profilent aussi les valeurs de la Lega qui est fondée sur une culture ouvriériste, attachée à la croissance du mouvement coopératif dans sa vocation universelle et forcément réticente à tout ancrage territorial perçu comme limitatif.

Progressivement, la Lega doit pourtant se rendre à l'évidence : les coopératives de solidarité sociale peuvent fournir des opportunités pour une meilleure qualité de service et une diminution des coûts des services sociaux. De tels atouts peuvent être importants pour des créations d'emplois dans le sud du pays alors que les emplois publics stagnent. La loi régionale du 22 octobre 1988 dans le Trentino Haut-Adige montre la voie d'un compromis. Elle institue un nouveau type de coopératives, les « coopératives sociales » qui viennent s'ajouter aux « coopératives économiques ». Y appartiennent les trois catégories qui rendent des services sociaux : les coopératives de solidarité sociale, les coopératives intégrées et les coopératives de services sociaux. Ce compromis est entériné dans la loi nationale de 1991.

Deux types distincts

L'apport de la loi 381 du 8 novembre 1991, qui est débattue durant presque une décennie avant d'être votée, est de reconnaître la finalité de solidarité propre à ces entreprises. Ce n'est pas la maximisation des intérêts de ses associés qui est recherchée mais « l'intérêt général de la communauté pour la promotion humaine et l'intégration sociale des citoyens ». Les bénéficiaires de l'activité sont avant tout les associés de la communauté locale, ses habitants et plus particulièrement ceux qui sont en difficulté [Borzaga, Lepri, 1993, p. 9]. Cette loi instaure ainsi le principe, auparavant réservé aux associations, d'une solidarité tournée vers son environnement social. Elle institutionnalise un retour aux fondements du mouvement coopératif qui s'en était éloigné pour poursuivre des objectifs principalement économiques et financiers.

Cet objectif se réalise « à travers :

- la gestion des services socio-sanitaires et éducatifs ;
- le déroulement de diverses activités — agricoles, industrielles, commerciales ou de services — ayant pour but l'insertion dans le monde du travail de personnes défavorisées ».

Le mouvement des coopératives sociales et la loi qui vise à les soutenir, distinguent ainsi deux types de coopératives de solidarité sociale. Les coopératives dites de type A gèrent des centres sociaux, des centres d'hébergements, des services d'aide à domicile, d'aide aux personnes

âgées. Les coopératives dites de type B, appelées coopératives de solidarité sociale pour l'insertion par le travail, ont une double production qui les rapproche de la définition que l'on donne en France des entreprises d'insertion par l'économique : elles réalisent, à la fois une production sociale en favorisant l'intégration de personnes défavorisées sur le marché du travail et une production économique par leur activité agricole, industrielle, artisanale ou de services. Les coopératives de type B sont des instruments économiques basés sur une démarche d'entreprise qui s'oblige à intégrer dans ses propres forces de production des personnes désavantagées.

La loi prévoit que l'Etat italien peut déroger aux normes en termes de marché public avec les coopératives sociales. L'intérêt pour les pouvoirs publics qui offre des marchés à ces coopératives est double :

- elle reçoit des biens et des services au prix du marché ;
- elle répond à sa mission d'insertion sociale et professionnelle de publics désavantagés.

Cette loi a permis de redéfinir et d'organiser ces nouvelles structures s'appuyant sur les pouvoirs publics, le marché et les contributions volontaires. Elle a, par-dessus tout, contraint l'Etat à réinterpréter son rôle face à ces nouvelles initiatives. Toutefois, si la loi 381 a donné une reconnaissance législative, elle révèle également des limites comme son excessive connotation assistantielle et l'absence de politique de promotion et de développement. La loi 381 définit le champ d'action de l'expérience à un moment donné plus que les potentialités de cette nouvelle organisation. Il existe une forte dépendance au secteur public et en particulier aux collectivités locales. La question est donc posée de savoir si le développement des coopératives est lié au désengagement et à l'incapacité de l'Etat ou à une véritable émergence de nouveaux modes d'organisation d'activités.

Une définition commune

La coopérative de solidarité sociale peut être définie comme une coopérative qui, constituée librement par un groupe de citoyens sensibilisés par des besoins sociaux particuliers, cherche à fournir les services nécessaires pour répondre à ces besoins, et cela grâce à l'organisation de ressources humaines (travail volontaire et rémunéré) et matérielles (avec des financements privés et publics). La coopérative de solidarité sociale se distingue des associations et des organismes publics, parce qu'elle cherche, en même temps, à être une entreprise et à maintenir une démocratie interne.

Les coopératives de solidarité sociale émanent parfois de collectivités locales. Mais, pour la plupart, elles sont à l'initiative de promoteurs militants bénévoles qui choisissent la forme

d'organisation coopérative pour s'attaquer aux problèmes rencontrés dans leur région. Plusieurs groupes interviennent dans ces coopératives :

- les membres salariés ont un emploi dans la coopérative, touchent une rémunération et garantissent la continuité de l'action ;
- les salariés non-membres : toutes les coopératives n'ont pas de salarié non-membre. Les plus nombreuses s'arrangent pour que les salariés, dont l'emploi est le premier contact avec la coopérative, deviennent des membres travailleurs ;
- les usagers-clients aux besoins desquels la coopérative cherche à répondre ;
- les membres volontaires travaillent de façon bénévole et sont surtout intéressés par les valeurs de référence de la coopérative (solidarité avec les gens dans le besoin, soutien affectif...) ; la loi permet dans cet objectif l'inscription statutaire de « membres volontaires qui ont une action bénévole ». Leur nombre ne doit toutefois pas être supérieur à la moitié du nombre total des associés qui sont donc majoritairement les salariés de la coopérative.
- les volontaires non-membres : les volontaires qui participent aux activités de la coopérative ne sont pas tous membres. Les volontaires non-membres établissent des liens avec la communauté locale et apportent une aide quand un personnel extérieur s'avère nécessaire (soirées, événements culturels, excursions, etc...) ;
- les objecteurs de conscience sont des jeunes qui choisissent d'effectuer ce service social plutôt que leur service militaire, et qui travaillent dans la coopérative pendant un an.

L'ampleur des problèmes d'emploi, le chômage des jeunes y compris des diplômés de l'Université obligent le mouvement coopératif traditionnel à mieux utiliser ses ressources humaines et financières dans le but d'apporter sa contribution à la définition de nouveaux emplois. Le développement des services, les nouvelles professionnalités, le décalage accru entre les intérêts des producteurs et des consommateurs conduisent parallèlement la coopération à la recherche de nouvelles organisations plus en phase avec des modèles culturels évolutifs. Avec les coopératives de solidarité sociale se réalise un mixte entre l'approche caritative et la tradition d'aide mutuelle engendrant de nouvelles formes d'action sociale. Les sensibilités représentées sont venues s'articuler avec le « secteur privé social » dont les coopératives constituent un pilier en Italie. De ce fait, les coopératives de solidarité sociale bénéficient des habitudes de partenariat local déjà mises en place autour des

coopératives existantes. Les coopératives de solidarité sociale peuvent profiter de ces acquis tout en les adaptant à leurs propres préoccupations, d’ancrage local et de préservation d’une dimension humaine. Pour ces raisons, elles bénéficient de réseaux politiques, ce qui représente à la fois une opportunité et un risque. En tout cas, dès 1986, 41,3 % des coopératives de solidarité sociale ont des conventions ou accords avec des organismes publics, pour l’essentiel avec les communes et les unités sanitaires locales.

Le fonctionnement et l’organisation

La coopérative sociale reposant sur le principe de la mutualisation élargie, ne recherche pas strictement la coopération entre des sociétaires mais sur l’ensemble du territoire. Pour cela, la coopérative sociale s’appuie sur trois principes fondamentaux :

- la petite dimension : elle est destinée à faciliter une flexibilité, une participation intégrée et active dans la gestion de l’entreprise. La taille doit permettre que tous les sociétaires se connaissent ;
- la territorialisation : la démarche implique une connaissance fine du territoire à travers les personnes qui y vivent. Elle permet une appréhension des besoins qui favorise une réponse évolutive ;
- la spécialisation : elle implique une professionnalisation et une qualité de service efficaces. Elle n’est possible qu’avec une connaissance de son service et une capacité d’innovation.

Ces trois postulats ont permis le développement de la coopération sur le principe (selon la métaphore de Felice Scalvini alors président de Feder Solidarietà - confédération des coopératives d’obédience chrétienne) du « champ de fraises ». A l’instar des fraisiers, ces sont de petites entités reliées entre elles, capables de transférer des ressources et promouvoir la naissance de « nouveaux fruits ». Cette organisation en réseau permet de concevoir, développer, réguler, et évaluer la dynamique.

Les coopératives sociales reposent aujourd’hui sur trois paris :

- poursuivre des objectifs sociaux au travers d’un système économique non orienté vers le seul objectif du profit. Ce sont des entreprises cherchant à fonctionner avec les règles du marché tout en étant orientées vers une démarche solidaire ;
- faire de ces entreprises des outils d’éducation et de développement social. Elles visent une démarche adaptée aux besoins ;

- organiser une démarche économique et entrepreneuriale au travers de règles démocratiques et participatives. Le rôle et l'implication des personnes ne sont pas déterminés par leur apport financier mais par leur contribution en tant que personne.

Une convention collective des travailleurs des coopératives sociales régleme les statuts des salariés. Signée le 1er avril 1992 entre les différents mouvements coopératifs et les mouvements syndicaux. Elle instaure des relations entre les différents partenaires, allant jusqu'à identifier et valider la démarche d'insertion des personnes désavantagées. Le texte a prévu pour faire face aux particularités locales, l'établissement de commissions paritaires à l'échelon de la province. Ces commissions doivent vérifier l'application de cette convention collective, les procédures de soutien et les parcours d'insertion des publics désavantagés.

Un certain nombre de règles sont donc établies pour régir le fonctionnement interne des entreprises, mais l'organisation en réseau suppose de dépasser le niveau de celles-ci afin d'envisager les outils de développement, de régulation et d'évaluation. C'est dans cette optique que s'est structurée une organisation de second niveau. Il s'agit des consortiums provinciaux et régionaux. La pertinence d'une telle structuration est attestée pour l'aide à domicile par le cas de l'Émilie-Romagne.

2. L'INTERVENTION DES COOPERATIVES SOCIALES DANS L'AIDE A DOMICILE EN ÉMILIE-ROMAGNE

L'étude des coopératives d'aide à domicile de Bologne révèle que le mouvement coopératif a largement influencé les réformes du secteur et a participé à la réforme des politiques sociales. La principale contribution est sans doute l'intégration en 1997 de critères de qualité dans les cahiers des charges des appels d'offres régionaux en complément du critère prix. C'est une revendication portée par les coopératives sociales.

Les travaux de concertation entre les coopératives sociales de la ville de Bologne ont contribué, de manière importante, à la définition des critères de qualité dans les services à la personne, au niveau régional. Selon le responsable de la politique sociale de la Legacoop à Bologne, la révision de l'article 10 de la loi régionale sur les coopératives s'inspire de propositions du mouvement coopératif.

Depuis vingt ans, les coopératives jouent un rôle fondamental dans la gestion des services de la ville de Bologne. L'administration publique a, au fil du temps, confié de plus en plus aux coopératives, des responsabilités étendues dans ce domaine. On peut dire que, si de 1977 à 1990 l'attribution s'est faite de manière directe, de la collectivité locale à la coopérative, depuis 1990, la donne a changé. Une logique d'appel d'offres prévaut avec attribution sur la base du critère du moins-disant. Depuis la loi nationale de 1991, qui reconnaît le statut des

coopératives sociales et qui contribue fortement à la légitimation du rapport entre collectivités locales et coopératives, la législation régionale cherche à définir les règles d'attribution des services par appel d'offres. En s'inspirant de la Directive européenne CEE 92/50 sur l'application des appels d'offres et de la loi nationale 142/1990 sur la transparence dans la gestion des administrations locales, la Région Emilie-Romagne intègre, dans la loi régionale 7/1994, des dispositions pour les appels d'offres qui gèrent l'attribution des services pendant les années 1990.

Les limites de la procédure d'appel d'offres

Ces années sont caractérisées par une très grande dépendance des coopératives sociales à l'égard des fonds publics, attribués selon des standards quantitatifs. Il est évident que, même si la loi réclame des paramètres distincts de la simple baisse des prix, dans cette disposition manque une réelle évaluation des projets et des contractants sur des critères qualitatifs. Et c'est en raison de ce manque que les coopératives sociales, réunies en groupe de réflexion, ont entamé l'écriture d'une « charte de la qualité » capable d'identifier des indicateurs pour évaluer la réelle qualité des services à la personne.

En effet, les coopératives ont constaté, et donc dénoncé, que l'administration publique, plutôt que d'effectuer de véritables contrôles de qualité, continuait à attribuer la gestion des services selon le seul critère du moins disant. De plus, l'instauration de rapports privilégiés de confiance entre certaines coopératives, toujours les mêmes, et l'administration publique pour l'attribution de services, conduit à une dégradation progressive des relations entre les différentes coopératives et les collectivités locales.

Jusqu'en 1997, l'unique critère de choix des opérateurs concourant aux appels d'offres municipaux pour les prestations d'aide à domicile est donc le prix, malgré les préconisations en vigueur dans la loi. La mise en concurrence par les prix désavantage les opérateurs qui privilégient la carte de la professionnalisation et de la qualité du service. En outre, cela va encourager des pratiques de « dumping social » de la part de certaines coopératives au détriment des conditions de travail des salariés et de la viabilité économique du service.

Évaluer et prendre en compte la qualité du service : les propositions des coopératives

Dès mars 1997, les coopératives, dans leur groupe de travail ont regretté, ce qui constituait une autocritique, la baisse progressive des « valeurs et principes » à la base de leurs actions depuis l'origine et le glissement vers une action plus proprement entrepreneuriale, fondée uniquement sur la baisse des prix. Le but du travail sur la « charte de la qualité » est donc de faire ressortir l'aspect « valeurs » comme fondement nécessaire de la pérennisation de l'activité, pour conjuguer équité et efficacité.

Après une confrontation entre les partenariats coopératifs, un débat avec l'administration publique est organisé pour redéfinir les critères de qualité prévus par la loi régionale de 1994.

Tout d'abord, des indicateurs et de nouveaux instruments pour le contrôle véritable de la qualité de l'offre de services à la personne sont construits. La méthodologie suivie pour la définition de tels indicateurs se fonde sur la « sélection de certaines typologies de services affectés par les coopératives participant au projet de la charte, et à partir de l'analyse du cycle de service, des modalités de fonctionnement, ont été mises en évidence les variables essentielles pour l'identification de la qualité du point de vue des différents acteurs impliqués dans le processus d'affectation des services sociaux correspondant à une demande publique » [Legacoop, 1997]. Tout cela en faisant la nécessaire différence entre les exigences de qualité des coopératives de type A et de type B. La proximité avec les usagers permet d'intégrer dans le volet qualité la prise en considération de l'utilisateur, non pas sur la base d'évaluations abstraites, mais à l'aide d'indicateurs construits avec lui après un travail d'information. Le groupe de travail régional, après six mois d'activité, présente des propositions de réforme de l'article 10 de la loi régionale 7/1994.

Les dispositions de l'article 10 se divisent en trois volets :

1. Conditions pour l'accès aux appels d'offres
2. Éléments pour l'évaluation de la qualité et de l'offre
3. Méthodologie pour l'attribution des points

Pour ce qui est du premier volet la loi indique onze conditions. Le respect de ces conditions doit être attesté par des déclarations signées par le responsable légal et par la présentation de bilans d'activité. Cela implique un contrôle systématique de l'administration publique sur les déclarations faites par le garant de l'appel d'offres. Le groupe de travail dénonce le manque effectif de contrôle dans les trente jours qui suivent l'adjudication de l'offre pour attester la véracité des déclarations faites par le gagnant. Il propose donc, tout au long de l'octroi du service, des contrôles périodiques sous la forme d'une certification trimestrielle de qualité.

Si sur le troisième volet, le groupe n'a pas formulé d'observations, elles ont par contre été nombreuses en ce qui concerne le deuxième volet. Pour celui-ci la loi prévoit six conditions : stabilité de l'entreprise ; standards fonctionnels sur la base des normes nationales et régionales ; respect des normes contractuelles du secteur ; capacité de projet, d'organisation, d'innovation ; qualification professionnelle des opérateurs ; évaluation comparée des coûts/qualité par rapport à d'autres homologues du service public ou privé.

Le groupe de travail fait les remarques suivantes.

- a) *La solidité de l'entreprise* est constatée à travers l'indice d'endettement, le degré de spécialisation et de capitalisation. Pour ce qui est de l'indice d'endettement, le groupe de

travail dénonce la responsabilité de l'administration publique et de ses retards de paiement qui sont à l'origine même de l'endettement. De plus, le critère de capitalisation défavorise les coopératives sociales lorsque des grands groupes privés entrent dans le « marché des services à la personne » car ces dernières ont des capitaux bien plus importants que ceux du monde associatif et coopératif. Mais, en ce cas, rien ne garantit la qualité des services octroyés. Il vaut de même pour la spécialisation. Ce critère de qualité n'est pas suffisant car rien ne prouve que, lorsqu'une instance est spécialisée dans un seul type de service, elle soit capable d'offrir un service de meilleure qualité par rapport à des entités qui s'occupent de plusieurs types d'action à la fois.

- b) *Le traitement des travailleurs* : la loi prévoit l'adoption du salaire moyen conventionné pour les employés des coopératives sociales. Cependant, souvent des coopératives choisissent, en assemblée générale, de réduire leurs salaires pour réaliser des investissements. Il serait donc nécessaire que l'administration publique puisse vérifier trimestriellement les salaires réels des travailleurs sociaux à partir de leur qualification et de leur bulletin de paie.
- c) *La qualification professionnelle des opérateurs* : il manque dans cette disposition une véritable définition de ce que l'on considère comme activité de formation.
- d) *Le projet et la recherche* : il n'y a pas de moyens, ni d'instances qui peuvent vérifier la réelle implication des candidats dans des activités de recherche et de projet. La loi, selon le groupe de travail, n'établit aucun moyen institutionnel pour vérifier que les financements prévus pour ce volet soient réellement utilisés dans ce but.
- e) *Le niveau d'organisation de l'entreprise* : aucune observation n'est formulée.
- f) *Le rapport avec le territoire* : il n'existe, comme au point "d", aucune instance prévue pour vérifier le respect de cette condition qui reste difficile à évaluer.

Le groupe de travail propose donc une amélioration des conditions que l'on vient d'énumérer et ajoute une autre condition "g" : *projet du service* qu'il faut, selon lui, intégrer.

La modification de la loi régionale

Tous les questionnements et propositions jusqu'ici décrits font partie du document « charte de la qualité » qui est présenté aux administrateurs publics pour solliciter une modification de l'article 10 et de l'ensemble de la loi régionale 7/1994.

En effet, les pouvoirs publics vont accueillir les observations faites par les coopératives sociales et délibèrent en 1997 pour la modification de l'article 10 qui est définitivement intégré à la nouvelle loi régionale n° 6/1997. La modification fondamentale concerne la reconnaissance du fait que l'indicateur prix peut déterminer le choix du candidat à l'appel

d'offres seulement pour 50 %, l'autre 50 % doit être réservé à la reconnaissance de la qualité, telle que définie par la « charte de la qualité » des coopératives sociales.

Pour la reconnaissance de la qualité, le groupe de travail définit des indicateurs et des standards pour les services socio-sanitaires, d'assistance, éducatifs, auxquels correspondent des systèmes de contrôle. Dans la démarche, les schémas de référence sont construits à partir de l'expérience de chaque acteur coopératif, dans un domaine spécifique de service à la personne. Le groupe valide ainsi l'expérience de l'un ou de l'autre acteur pour en faire un modèle de référence.

Les observations spécifiques à chaque domaine sont résumées dans un schéma général et transversal pour l'ensemble des acteurs, un schéma qui définit les « domaines de qualité » et les indicateurs correspondants. D'après l'analyse de l'article 10, après modification, on peut dire que *la plupart des propositions ont été acceptées*. Le troisième volet « Éléments d'évaluation de la qualité de l'offre » comprend deux dispositions, l'une concernant le mérite technique et l'autre, la qualité du projet et du service. Pour ce qui est du second, il est prévu que la qualité du projet soit établie, entre autres, sur la base des indicateurs du contrôle de qualité.

L'introduction de critères de qualité, dans les appels d'offres pour la délégation des services municipaux d'aide à domicile peut être interprétée comme une production de règles collectives à partir des pratiques d'acteurs privés. Il s'agit d'un projet que l'on pourrait définir de « subsidiarité sociale », car les acteurs eux-mêmes se sont mobilisés pour faire des propositions à l'administration publique dans le but précis de modifier la loi. Autrement dit, la charte de la qualité qui est d'abord une convention privée entre les coopératives de Bologne est devenue une norme sectorielle faisant loi pour l'ensemble des opérateurs de l'aide à domicile dans la région de l'Émilie-Romagne. Le travail interne des coopératives rejaillit finalement sur l'ensemble du secteur de l'aide à domicile. On voit par-là comment le législateur a intégré les propositions faites par les acteurs coopératifs, pour des dispositions de loi concernant l'ensemble des acteurs, coopératives ou opérateurs commerciaux participant aux appels d'offres. La régulation publique du secteur d'aide à domicile s'en trouve clarifiée et renforcée pour les usagers, puisque la qualité globale des services d'aide à domicile sur Bologne s'en trouve améliorée et pour les pouvoirs locaux. Pour les salariés également, la présence d'un contrat de travail régulier est désormais un facteur de sélection.

Qualité : le point de vue des usagers

par Marie France Gounouf

La qualité est particulièrement difficile à appréhender dans les services aux personnes âgées. Affirmée comme une nécessité, elle ne bénéficie pas pour autant d'un consensus sur les critères qui permettraient de l'attester. C'est pourquoi il paraît intéressant de partir du point de vue des usagers pour repérer ce qui leur semble constitutif de la qualité des prestations fournies.

Ce texte s'appuie sur les propos recueillis, dans le cadre de plusieurs études, au cours d'une soixantaine d'entretiens effectués auprès de personnes âgées bénéficiant d'un service d'aide à domicile par le biais d'une association. En s'exprimant sur la qualité du service qui leur est rendu, sur la profession de leur intervenante et sur l'association qui gère leurs services, les personnes âgées nous offrent leur vision du champ professionnel de l'aide à domicile. Confrontées à l'existant, aux pratiques et procédures en cours dans les associations, ces perceptions viennent en redessiner les contours en fonction de leurs attentes.

Il ne s'agit pas ici de présenter un recensement exhaustif des procédures et des pratiques en activité dans les associations, mais seulement d'évoquer certaines de leurs facettes sur lesquelles les personnes aidées ont apporté un éclairage original qui vient en confirmer la pertinence. Deux volets du fonctionnement d'une association semblent garants de la qualité professionnelle de l'intervenante à domicile : celui des procédures de recrutement qu'elle adopte et celui des modes formatifs qu'elle développe.

Un mode spécifique de recrutement

Brossé à grands traits, le profil de l'intervenante tel que le perçoivent les personnes aidées est celui d'une professionnelle dont le comportement révèle certaines qualités et aptitudes particulières qui se manifestent dans les multiples savoir-faire et savoir-être que requiert leur activité professionnelle dans des contextes spécifiques. C'est, semble-t-il, ce registre de qualités et aptitudes personnelles que les modes de recrutement doivent prendre en compte. Non que nous plaitions pour un recrutement élitiste mais les apports que privilégient les personnes aidées au regard de l'intervenante qui leur est affectée supposent chez celle-ci certaines ressources, certaines facultés qui peuvent se développer, s'enrichir, dans des processus de formation mais doivent être initialement présentes et être testées dans le parcours d'embauche :

- une faculté de discernement qui se révèle dans sa capacité d'écoute et d'évaluation des besoins des personnes qu'elle aide,
- une faculté à entreprendre, proposer, organiser, qu'elle exerce dans la gestion de son service,
- une capacité de compréhension qui lui permet de répondre de façon adéquate aux attentes relationnelles des personnes aidées,
- enfin, une réelle volonté d'apprendre qui se manifeste dans sa façon d'aborder son activité professionnelle dans une dynamique d'apprentissage, de développement de ses connaissances.

Chez la candidate, ces aptitudes, doivent pouvoir être décelées au moment de son recrutement. Ainsi, le parcours professionnel, l'expérience de vie peuvent laisser supposer que la candidate dispose de telles ressources. De même la teneur de l'entretien va aussi être révélatrice d'un certain niveau de compréhension, d'appréhension de sa future fonction. Enfin, dans certaines associations on soumet à la candidate des tests de situations pour lesquelles elle doit dire quel comportement elle adopterait, celui-ci pouvant être significatif de la façon dont cette candidate se projette dans sa future fonction.

Dans les procédures de recrutement, souvent l'accent est mis sur la motivation des candidates à exercer une activité d'aide, comme critère d'embauche prioritaire. Ce critère est à relativiser. En effet une candidate peut investir cette filière professionnelle tout simplement parce qu'elle se révèle la seule à lui offrir une opportunité d'embauche. Est-elle pour autant initialement motivée à une fonction d'aide ? Il est bien évident qu'elle doit manifester un certain intérêt pour ce métier et surtout n'éprouver aucune répulsion ou rejet. Mais l'expérience première sera déterminante pour en savoir plus sur ce qu'elle ressent face à de telles tâches. Elle peut y trouver un attrait inattendu, à l'inverse il peut s'avérer que cette mission soit incompatible avec sa personnalité. Dans ce cas, elle quittera la filière.

L'inscription dans un processus de formation qualifiant

La notion de formation comme vecteur de professionnalisation de l'intervenante à domicile et de la qualité des services rendus apparaît en filigrane des propos recueillis auprès des personnes aidées. Il ne s'agit pas ici de reconstruire un dispositif de formation à partir des représentations des personnes aidées mais de voir quels modes formatifs ces représentations privilégient. Trois éléments sont considérés comme prioritaires : la diffusion de connaissances spécifiques, la tenue régulière de réunions formatives d'équipes de travail et la mise en œuvre de formations internes à la structure.

La pertinence de l'acquisition de connaissances spécifiques chez les professionnelles apparaît aux personnes aidées dans les savoir-faire et les savoir-être dont fait preuve leur intervenante. Ainsi, pour exemple, leur manière de porter un malade, d'effectuer des toilettes suggère chez elles l'acquisition de techniques ; de même leur comportement révèle une connaissance de la personne âgée acquise dans des formations psychologiques. Ce regard des personnes aidées vient bien confirmer que, quelles que soient les qualités personnelles d'une aide à domicile, elle doit, sur certaines formes d'aide spécifiques, avoir acquis des connaissances ou des techniques.

La pertinence d'une tenue régulière de réunions des aides à domicile nous est suggérée à travers les apports relationnels et techniques que les personnes âgées déclinent à propos de leur intervenante et de la qualité du service rendu. En effet, ces services foisonnent de formes d'aides multiples sur lesquelles une nouvelle recrue ou une remplaçante peut rencontrer des difficultés dues à une connaissance insuffisante de la situation et des attentes de la personne aidée, voire une incompétence sur certaines des réponses à apporter. Pour ces professionnelles la rencontre avec d'autres intervenantes leur permet d'exprimer leurs difficultés et de recueillir des informations et des conseils à travers une mutualisation des connaissances, des savoir-faire et des savoir-être transmis par chaque participante à partir des situations qu'elles vivent. En ce sens, ces réunions remplissent en soi une fonction endo-formative et constituent un lieu de soutien individuel. C'est aussi dans le cadre de telles réunions, et à partir de l'expression des participantes, que certaines pourront exprimer des besoins en formation qui se sont révélés dans l'exercice de leur fonction sur un service spécifique.

Des ateliers animés par des bénévoles, voire des personnes adhérentes, peuvent se monter à partir de besoins d'apprentissage repérés sur des services. Dans le même registre de modes de formation initiés en interne dans l'association, des réunions thématiques peuvent être organisées et animées par des bénévoles professionnels (médecins gériatres, psychiatres, ergothérapeute, etc...) pour enrichir les connaissances des intervenantes et participer directement à l'accroissement de la qualité des formes d'aide qu'elle apportent. Enfin, la mise en oeuvre d'un système de tutorat relève aussi d'une procédure formative interne aux associations. Elle se traduit par différents types d'accompagnement réalisés sur son service par une professionnelle auprès d'une autre intervenante sur son service.

Si la qualité professionnelle de l'intervenante est au centre de la qualité du service, celle-ci suppose qu'aux deux pôles de sa mise en oeuvre et de son suivi, l'association se montre, elle aussi, professionnelle, dans une démarche qui est garante de son développement. Dans les petites associations, cette mission est gérée par des responsables, voire des responsables bénévoles dans certaines fédérations, et dans les grandes associations urbaines par des responsables salariées appelées responsables de secteur. Les propos renvoyés par l'ensemble des personnes aidées font apparaître les facteurs déterminants de ces missions sur la qualité

des services et ceci, quels que soient la spécificité des publics aidés, celle des formes d'aide dispensées ou leur contexte géographique, rural ou urbain.

En amont du service, sa mise en oeuvre

Les attentes des personnes sont toutes singulières, liées à leur mode de vie, aux priorités qu'elles privilégient aussi bien sur les tâches à assurer que sur les compétences à manifester. A l'origine de la mise en place d'un service, ce travail d'évaluation échoit aux responsables de l'association chargés de cette mission.

Ces clarifications se font jour au cours de la visite que le responsable effectue au domicile de la personne intéressée en présence ou non d'un proche. Ce premier échange a pour but de faire connaissance avec la personne, de l'amener à décrire ses conditions de vie quotidienne, son état de santé et, dans le cours de cette description, de formuler ses besoins, le type d'aide qu'elle attend. Il a aussi pour but d'instaurer un climat de confiance qui préfigure le rapport qui pourra dans le cours du service se développer entre la personne et l'association. Souvent les personnes ont besoin de raconter les circonstances de leur vie qui les ont conduites à demander une aide. Quand il s'agit d'une première demande, elles ont souvent une idée encore assez floue du contenu de cette aide. Leurs besoins réels d'aide émergent justement de leur récit, de la description de leur quotidien. C'est la qualité d'écoute du responsable qui va permettre de "verbaliser" les besoins effectifs de la personne, d'identifier avec elle les problèmes qu'elle rencontre et de définir les buts que la mise en place du service se propose d'atteindre, de mieux cibler les tâches à accomplir pour la future aide à domicile, de définir les moments et la fréquence des interventions.

Le responsable pourra aussi s'enquérir des autres services éventuellement déjà mis en place auprès de la personne (aide-soignante, infirmière, kinésithérapeute, médecin, etc....) pour une meilleure coordination de ceux-ci avec la future aide à domicile. Dans certaines situations, notamment celle où la demande est formulée par la famille ou les proches de la personne à aider, des responsables disent avoir dans ce premier dialogue une volonté de ne pas faire à la place de la famille. C'est-à-dire de ne pas se substituer à elle mais plutôt de venir la seconder, la soulager, dans le soutien qu'elle apporte à son parent.

Le second objectif de cette première rencontre c'est l'évaluation des ressources de la personne à aider. Celle-ci conditionne le cadre juridique dans lequel le service va s'effectuer, soit en service mandataire, soit en service prestataire, selon que les ressources de la personne dépassent ou non le plafond d'aide des caisses.

Enfin cette visite permet aussi au responsable de cerner un peu la personnalité et le caractère de la personne. C'est dans un souci d'adéquation avec ces éléments qu'elle effectuera son choix de l'aide à domicile à affecter sur le service. Cette affectation sera, bien entendu,

infléchié aussi en fonction de la disponibilité des aides pressenties ou de compétences spécifiques requises auprès de la personne si celle-ci souffre de certain handicap.

En aval du service, son suivi

Cette mission de suivi des services mis en place constitue un apport associatif bénéfique aux personnes aidées mais aussi à l'association, et à l'image qu'elle renvoie. Pour les personnes aidées, elle répond à une attente clairement formulée, celle d'être reconnue, d'être prise en considération par leur association au double titre d'adhérente et de bénéficiaire de ses prestations. Chez certaines personnes en perte d'autonomie et vivant seules, cette mission répond à une demande implicite de visites qui viennent rompre leur solitude. Chez d'autres personnes ce suivi a pour objectif d'évaluer leur satisfaction sur la qualité du service qui leur est rendu, voire de réévaluer les formes d'aide qui leur sont apportées par rapport à une évolution de leur état de santé.

Ces quelques éléments font bien apparaître que, dans ce suivi, il y a pour les associations un autre enjeu que celui de témoigner d'une convivialité propre à la culture associative. Cette démarche peut être aussi bénéfique à son développement aussi bien dans le repérage de nouveaux besoins que l'accroissement de la qualité des services rendus.

La réalisation d'un contrat tripartite

Selon les associations, la mise en place d'un service donne lieu à un contrat verbal ou écrit. Certaines réalisent un contrat écrit tripartite qui lie les trois parties en présence : l'association, la personne aidée et l'intervenante affectée. Ce contrat rappelle les droits et les devoirs de chacune de ces parties et explicite les formes d'aide et les temps d'intervention définis sur le service. La réalisation de ce contrat permet de s'y référer en cas de litige, de malentendu entre la personne aidée et son intervenante, mais aussi en cas de réévaluation des besoins d'aide de la personne, notamment pour une extension des temps d'intervention de son intervenante. Enfin, ce contrat confirme chez la personne aidée la conscience de se faire aider à son domicile par une « professionnelle » et non une « bonne à tout faire », puisque justement ce « faire » est l'objet d'un contrat qui en précise le contenu.

Enfin sur deux registres certaines associations développent des formes spécifiques d'accompagnement et de reconnaissance de la personne âgée qui viennent accroître la qualité des services rendus : l'animation d'un réseau de bénévoles et l'élaboration de formes d'implication de leurs bénéficiaires.

L'animation d'un réseau de bénévoles

Certaines associations s'appuient sur un bénévolat qui vient répondre à des attentes spécifiques des personnes aidées qui ne peuvent être satisfaites dans le cadre du service fourni par les professionnels. Cela suppose que ces associations aient constitué un réseau de bénévoles qui puissent répondre à de multiples attentes, telles que des visites amicales pour venir la rompre la solitude de certaines personnes âgées ou handicapées, la lecture pour les non-voyants, l'accompagnement à l'extérieur (courses, promenades,, etc...), le soutien en fin de vie dans le cadre de soins palliatifs à domicile, etc...

A partir de ce réseau de bénévoles, le responsable intègre à sa mission de repérer ces attentes non satisfaites et de mettre la personne en lien avec un bénévole susceptible de pouvoir y répondre.

Elaboration de formes d'implication de la personne aidée

Quand les personnes âgées s'expriment sur ce registre, c'est bien en termes d'acteurs du champ de l'aide à domicile et non de simples consommateurs de services. En ce sens ces associations élaborent des formes d'implication de leurs usagers qui vont au-delà de la seule invitation aux assemblées générales. Celles-ci développent des modes de communications qui viennent répondre au désir d'un certain nombre de personnes aidées, celui d'être informées de la vie de l'association, ses projets, les évolutions concernant la profession de leur aide à domicile, etc...

Elles répondent à ces attentes de diverses façons : en informant régulièrement les personnes à travers l'envoi d'un bulletin ou d'une lettre ; en les conviant à des réunions ponctuelles quand la profession est questionnée par l'édiction de nouvelles règles législatives ou des problèmes soulevés dans la vie associative.

Enfin certaines structures ont élargi leur objectif en faveur des personnes âgées ou handicapées : non seulement elles leur permettent de continuer à vivre à leur domicile en leur offrant des prestations de qualité mais, de plus, elles élaborent des actions qui peuvent produire en leur faveur un surcroît de lien social et les constituer en acteurs. Citons le cas de cette structure qui a mis en œuvre en faveur des personnes âgées de sa commune, une « action de lutte contre l'isolement » portée par une équipe mixte de salariés et de bénévoles. Cette action se déploie sur deux volets : l'organisation d'animations au domicile des personnes aidées et dans des lieux d'accueil de personnes âgées d'une part et divers modes d'information à destination de celles-ci., d'autre part.

La qualité demain : une dimension citoyenne

par Jacques Gautrat

La qualité du service aux personnes âgées qu'elles soient hébergées en maison de retraite ou qu'elles bénéficient de services à domicile représente un enjeu à plusieurs titres : ces services s'appliquent à une population de plus en plus nombreuse ; ils s'inscrivent dans des législations qui ouvrent ces services aussi bien au service public, au secteur marchand qu'au secteur associatif ; la qualité du service s'inscrit dans la rencontre d'une double démarche, qualité jugée du point de vue de la personne âgée et qualité des conditions de travail des salariés.

Les personnes âgées en situation de dépendance ou semi-dépendance dans les maisons de retraite ou à domicile sont caractérisées par leur isolement. Les prestations qui se sont développées, se sont axées essentiellement sur le traitement des déficits de mobilité de ces personnes par des services qui sont copiés sur le modèle de l'hôpital. Ainsi, pendant longtemps on a considéré que les personnes âgées dépendantes relevaient du statut de malades hospitalisés. Cependant la problématique de la personne âgée en dépendance est différent : ce sont des personnes qui n'ont pas d'espérance de guérison et qui doivent s'installer jusqu'à la fin de leur vie, parfois pour des décennies, avec leur handicap. La question qui est posée est de savoir si le simple fait d'avoir un handicap de mobilité, ce qui est statistiquement fréquent pour le grand âge, doit condamner ces personnes à une privation de vie sociale qui est aussi la condition élémentaire de citoyenneté.

Certains gérontologues signalent depuis quelques années que, contrairement à l'hôpital où l'isolement est indispensable à certains soins, l'isolement au lieu de soigner les personnes âgées, contribue à détériorer leur santé mentale et leur envie de vivre. Le confinement dans sa chambre qu'elle soit celle du domicile ou de la maison de retraite ne fait qu'ajouter aux manques physiologiques d'autres déficits de liberté et de socialisation. Il ajoute des rapports de dépendance qui génèrent des maladies d'ordre psychologique : la mélancolie, la détresse, la régression mentale, la perte de mémoire, la neurasthénie, le dégoût de soi-même.

Des sociologues, des gérontologues et des humanistes estiment aujourd'hui que ces usagers doivent bénéficier de prestations qui aillent au-delà de l'aide à la mobilité afin de combler les déficits de lien social. Mais ces conceptions émergentes, éprouvent des difficultés à être reconnues par des institutions dominées par le corps médical.

Une nouvelle conception de la citoyenneté

Parallèlement à l'opposition entre la logique centrée sur les soins hospitaliers et celle centrée sur la santé mentale des personnes âgées un débat de société apparaît dans les années 1970 sur l'élargissement du concept de citoyen. La citoyenneté qui consiste à user de ses droits civiques donnant accès aux différents scrutins est considérée de plus en plus comme une citoyenneté très réductrice de la démocratie à laquelle les individus aspirent. On veut la compléter par une autre citoyenneté au travers d'instances associatives ou institutionnelles comme les comités de quartiers, les comités de locataires ou de résidents, la participation à des manifestations publiques de protestation ou à des démonstrations commémoratives ou festives. Etre citoyen signifie dans ce début du vingt-et-unième siècle, participer ouvertement à la vie sociale et à ses multiples facettes publiques. La critique de l'individualisme est associée soit à une représentation moderne du modèle ancien de la vie du village soit à une représentation moderne de la démocratie de proximité. Tout ce qui gêne l'accès aux espaces publics tend à être considéré comme de l'exclusion sociale. De multiples exemples de ségrégation sont dénoncés : priver des personnes de l'accès au logement à cause de leur couleur de peau, refuser l'emploi à une personne qui risque d'être enceinte, refuser l'entrée d'un restaurant à une femme seule, etc. En corollaire, il est de plus en plus admis que des personnes confinées à l'isolement physique relèvent de l'exclusion sociale non pas à cause du rejet de l'autre mais tout simplement parce que l'accès aux autres ne peut se faire pour des raisons idéologiques (le racisme) mais aussi pour des raisons matérielles (les gardes parentales). L'isolement est une sanction, c'est pourquoi l'on a tendance de plus en plus à considérer que lorsque l'isolement n'est pas redevable de la justice, mais de faits contingents il devient une contrainte inacceptable. Raison de plus pour s'opposer à des situations où des personnes sont privées de capacité d'avoir des relations avec leurs semblables. On peut estimer qu'elles subissent un préjudice de socialisation ou encore que le droit de pouvoir être avec les autres apparaît comme un droit aussi fondamental que d'être muni d'une carte électorale.

Pour le formuler plus abruptement : ce n'est pas parce que l'on a des difficultés à se déplacer que l'on perd sa citoyenneté d'autant plus que pour un groupe important de personnes âgées, cette privation ne sera pas temporaire, mais s'étendra sur une partie de la vie qui peut aller au-delà d'une décennie. Il s'agit donc de traiter cette catégorie de population comme une catégorie de citoyens et non comme des malades, avec comme conséquence de les soustraire à

la dépendance inhérente à la logique médicale. La maison de retraite ou le domicile de la personne âgée doit effacer les caractéristiques médicales pour apparaître comme un lieu de vie que l'on doit traiter comme un espace domestique (la maison), un espace de voisinage avec les proches et les amis (le quartier, le village). Les services aux personnes âgées, en plus des aides matérielles pour suppléer au handicap, vont donc consister à construire artificiellement cet environnement social dont ces usagers sont éloignés uniquement en raison de leur difficulté de mobilité.

Les professions de services aux personnes âgées

Il ne suffit pas de reconnaître que la personne âgée dépendante doit pouvoir jouir de cette citoyenneté moderne, encore faut-il mettre en place les moyens pour qu'elle y accède. Or, face à l'augmentation du nombre des usagers dépendants, les professions médicales et paramédicales qui ont été mises en place ne sont ni formées ni recrutées pour accomplir cette mission.

La « massification » des usagers et la multiplication des intervenants poussent les institutions à trouver des critères de qualification qui homogénéisent les services dans le cadre de la division du travail. Les normes empruntées à l'industrie et aux administrations deviennent des références. C'est dans ce double univers d'usagers dépendant des aides à leur mobilité et d'institutions moulées sur les principes tayloriens que devront se frayer les nouvelles exigences de citoyenneté.

Que devront faire les prestataires de services ? Ils devront créer de toutes pièces un monde de type communautaire où les personnes isolées participent à une vie collective, pour certains avec des droits et dans un cadre de démocratie participative, où ils puissent avoir accès aux manifestations de quartier qu'elles soient artistiques, politiques, religieuses, sportives et enfin qu'ils puissent avoir accès à des décisions qui les concernent et créer ensemble des activités collectives. Ce modèle de communauté à reconstituer n'est pas celui de l'entreprise, de l'administration ou de l'hôpital mais celui de la maison, du quartier et du village. C'est d'une part la facilitation à l'accès des activités de la société civile qui existent dans l'environnement mais aussi dans le cas des résidences, la construction d'un modèle communautaire avec des personnes qui n'ont aucun passé commun, aucune affinité préalable si ce n'est celle qui unit une génération.

Les enquêtes faites sur les services montrent que cette activité est souvent assumée par le personnel mais d'une manière informelle et parfois illégitime. Les aides ménagères en plus des travaux ménagers informent les personnes sur les rumeurs du quartier, les mettent au courant de leur propre vie familiale, les faisant entrer comme spectateur dans l'intimité d'une

famille. Elles discutent avec l'utilisateur sur l'émission de télévision qu'ils ont vue la veille, autant de temps qui s'ajoute à leurs prestations et n'est pas rétribué mais joue un rôle énorme dans la reconquête des liens sociaux des personnes âgées. Toutefois, cela ne suffit pas, surtout dans les maisons de retraite où l'arrivée d'animateurs devra aider les résidents à entreprendre des activités communes qui aillent au-delà du ludique et qui puissent mobiliser leur intelligence et les tenir éveiller sur le monde extérieur.

Le professionnel devra assumer la reconstitution d'une communauté sociale inventée de toutes pièces en attribuant aux acteurs des rôles qu'ils n'ont pas hérités. Il est ainsi soumis à une injonction paradoxale : il faut que les résidents ou les usagers des services à domicile reconstituent eux-mêmes une communauté qui n'est plus là mais dont le modèle leur est familier puisqu'ils y ont été immergés pendant leur vie active et il faut qu'ils consentent à la reconstruire eux-mêmes. Il s'agit de convaincre les acteurs d'être volontaires pour construire ce qui était déjà là naturellement dans leur environnement et leur histoire. Autrement dit, inventer de la communauté avec des communautaires virtuels qui n'en font pas la demande explicite puisque seul un regard surplombant peut prétendre que cette construction communautaire aura un effet bénéfique sur la santé physique et mentale de l'acteur. L'élaboration communautaire comme thérapie revient à l'intervenant qui, par ailleurs, ne se présentera pas aux acteurs comme le seul préposé à entretenir ce type de relation car c'est l'ensemble des salariés qui vont eux aussi se transformer en acteurs de cette communauté en plus de leur statut de fonctionnel. Tous ceux qui sont chargés de soins, du ménage, ou de l'aide physique accompliront, s'ils ne le font déjà, ces tâches et infléchiront les interrelations qu'ils ont avec les usagers vers d'autres objectifs d'information, de dialogue dépassant leur fonction l'ouvrant à des préoccupations vers l'extérieur, vers les autres. Contrairement à la conception du poste dans la logique industrielle et taylorienne où l'acteur a un domaine d'intervention strictement défini par des règles bureaucratiques et conventionnelles qu'il ne doit pas transgresser, le professionnel de service a, en plus de sa tâche prescrite, une activité de dépassement qui tend à inscrire l'utilisateur dans une communauté, à le faire aller au-delà de sa préoccupation individuelle, à le faire sortir de lui-même en l'inscrivant dans un collectif. Ce relationnel qui ne figure pas dans le contenu du poste et ne possède pas de crédit de temps devient ici un aspect important qui requiert des qualités et des compétences de socialisation. Le professionnel en plus de sa fonction spécifique a une fonction de généraliste du social qu'il a pu apprendre soit dans le cours de sa vie (militance dans une association, responsabilité syndicale, activité publique de commerce, animation d'éducation populaire), soit par une formation lui donnant accès aux sciences humaines.

Contrairement à l'organisation industrielle où l'action de renforcement de la cohésion sociale, de régulation des conflits est confiée à un spécialiste des relations humaines, dans le service à la personne, l'action généraliste est confiée à tous les professionnels du service sans qu'il y ait

de demande explicite à cet égard. Ils conseillent les formes collectives de la revendication dans les cas de requête, mais suscitent aussi des désirs, ouvrent les portes du possible, font envisager des imaginaires, poussent à l'initiative et à la créativité des usagers qui n'en feraient pas d'eux-mêmes la demande. Le professionnel du service à la personne emboîte ainsi trois séries de fonctions : celle de son métier spécifique, celle de généraliste des relations humaines et celle de conseiller qui se rapproche du rôle du représentant des intérêts de l'utilisateur. Nous ne sommes plus dans une configuration d'opposition des intérêts où la finalité serait que l'utilisateur s'inscrive dans une structure syndicale de défense, mais dans une structure où les usagers, les professionnels et les responsables de l'organisation sont invités ensemble à faire fonctionner la structure en sachant que celle-ci est composée d'acteurs hétérogènes en information, en capacité d'élaboration et d'augmentation. Le souci de socialisation des professionnels de service doit toujours être éclairé par la question de l'égalité de l'accès au débat démocratique.

La finalité du service consiste pour les salariés à construire des cercles concentriques de liens dans les espaces de plus en plus larges : la maison, le voisinage, le quartier, la commune. La reconstitution de communautés primaires qui a souvent disparu avec les effets de la modernisation, de la division du travail, de l'urbanisation et de l'éclatement des familles devient une urgence à la fois thérapeutique et sociétale qui ne pourra pas s'effectuer spontanément sans aides : ce sont tous les prestataires de service qui seront chargés de cette mission.

La démarche concernant l'établissement de critères de qualité s'articule aujourd'hui autour de la définition de la qualité de vie des personnes âgées en situation de dépendance. Elle doit tenir compte de plusieurs critiques : une critique des services hospitaliers ayant une conception strictement médicalisée du service ; une critique du statut de la personne âgée en dépendance qui a été établie à partir de la dépendance les plus extrêmes (démence, handicap) sans tenir compte que cela n'a rien à voir avec le vécu de la majorité des personnes âgées en dépendance ; une critique des formes de ségrégation subies par certaines personnes âgées qui est d'autant plus partagée que les classes moyennes sont particulièrement attentives aux dimensions affectives et psychologiques de la vie humaine.

Il s'avère ainsi que la formation à la qualité s'inspirera de plus en plus des sciences nouvelles que sont la gérontologie et la gériatrie en basculant du modèle de référence de l'hôpital vers un autre modèle de référence, celui de l'espace domestique qu'est la maison de la personne âgée. Cette orientation interpelle l'ensemble du personnel des services aux personnes âgées.

Les externalités positives dans l'aide à domicile : une approche européenne

par Laurent Fraisse, Laurent Gardin, et Jean-Louis Laville

Comme il a été indiqué en introduction, les services aux personnes âgées ont pour caractéristique de générer des bénéfices individuels pour les usagers, mais aussi des bénéfices collectifs. La terminologie économique définit l'externalité comme un effet positif ou négatif de l'action d'un agent sur le bien-être d'autres agents et cela sans que ces interactions ne soient régulées par le système de prix, dire que les externalités sont "hors marché" signifie simplement qu'elles ne sont pas médiatisées par un prix. Les prix des biens et services mis sur le marché ne reflètent pas leurs coûts et bénéfices sociaux réels.

Les externalités peuvent être positives ou négatives. Une externalité est qualifiée de positive lorsque l'action d'un agent améliore la situation d'un autre agent sans que ce dernier n'ait payé le premier. Inversement, une externalité est négative lorsque l'action d'un agent détériore la situation d'un autre agent sans dédommagement monétaire. Les externalités sont collectives lorsqu'elles touchent la collectivité dans son ensemble. Dans le cas de services aux personnes âgées, les externalités sont positives et collectives. Le développement de services d'aide à domicile aux personnes dépendantes peut engendrer, par exemple, une réduction des dépenses de chômage ou de santé publique, voire un meilleur fonctionnement du marché du travail, en permettant une plus grande disponibilité de l'entourage des personnes dépendantes au travail.

La question qui se pose est de savoir quelles conséquences en tirer. Face à l'existence d'externalités, les économistes ont proposé des procédures d'internalisation des externalités, c'est-à-dire l'introduction de mécanismes marchands là où ces derniers étaient absents. Il s'agit dans cette contribution d'examiner quelles solutions ont été proposées pour réaliser cette internalisation, puis de voir en quoi la dimension de proximité et la dimension collective propres aux services considérés influent sur la manière de concevoir cette internalisation. En tenant compte de ces dimensions, il devient alors concevable de proposer une méthode de validation et d'évaluation des externalités, avant de tirer des premiers enseignements transversaux d'une recherche exploratoire qui a testé cette méthode auprès de 18 expériences dans 6 pays européens [Fraisse, Gardin, Laville, 2000].

1. L'INTERNALISATION DES EXTERNALITES

Dans la théorie néo-classique du bien-être, l'internalisation d'une externalité permet le retour à l'optimum social défini comme optimum de Pareto. Par optimum de Pareto, on entend une situation d'équilibre général entre offre et demande qui est jugée optimale pour la collectivité dans la mesure où l'on ne peut augmenter le bien-être d'un agent sans détériorer le bien-être d'au moins un autre agent économique. C'est notamment dans le cadre de la théorie des externalités que l'intervention fiscale et redistributive de l'Etat va être justifiée par la théorie économique standard. Dans les années 1920, Pigou suggère, pour ce faire, une intervention des pouvoirs publics auprès de l'émetteur d'externalité. Dans le cas d'une externalité positive, Pigou indique de "subventionner" l'émetteur d'externalité à hauteur du bénéfice social qu'il produit. Inversement, l'internalisation d'une externalité négative implique de taxer l'émetteur d'externalité à hauteur du coût social subi par la collectivité. Cette action étatique est également pertinente pour les biens et services collectifs c'est-à-dire non rivaux et non exclusifs. C'est le cas par exemple des travaux d'infrastructures (routes, ponts, éclairages, etc.) qui bénéficient non seulement aux habitants de la commune ou région où ils sont effectués, mais également à l'ensemble des habitants des autres communes ou régions qui les utiliseront.

Dans les années 1960, le futur prix Nobel américain Coase va proposer une alternative à la solution fiscale. Coase attribue l'existence d'externalités à une mauvaise définition des droits de propriété. L'internalisation d'une externalité passe non pas par l'intervention des pouvoirs publics, mais par une négociation bilatérale entre agents. Suivant l'allocation initiale des droits de propriété, la négociation aboutit soit à une compensation monétaire par l'émetteur des dommages subis par la victime, soit à un paiement par la victime pour que l'émetteur cesse de lui nuire.

L'exemple le plus connu est l'expérimentation (dont les Etats-Unis proposent la généralisation pour l'émission de gaz à effets de serre) de marché des droits à polluer. Supposant que le marché est un système plus efficace que l'intervention de l'Etat, cette solution est alors présentée comme préférable. Mais elle est d'autant plus facile à implanter que les externalités sont bilatérales, à savoir qu'elles peuvent faire l'objet d'un échange entre deux agents. La situation est plus complexe dans le cas d'externalités multilatérales pour lesquelles plusieurs agents émettent ou sont affectés par les externalités, et a fortiori dans le cas d'externalités collectives qui affectent l'ensemble de la collectivité, surtout si les externalités générées par une production donnée sont de plusieurs types. Le caractère collectif des externalités leur confère un caractère plus « social » parce que non réductible à une somme de transactions individuelles.

2. LES SERVICES AUX PERSONNES AGEES : DES SERVICES A LA FOIS DIVISIBLES ET COLLECTIFS

Les difficultés spécifiques des services aux personnes âgées viennent de ce que ces services sont à la fois individuels et collectifs. De plus leur dimension collective concerne différents agents. La complexité de traitement de la question des externalités est particulièrement marquée pour ces raisons.

Dans le cas des services aux personnes âgées, on ne peut parler de services collectifs purs car ils sont divisibles, leur consommation est rivale et exclusive. Par exemple, quand le nombre d'interventions sur un territoire donné est limité, la satisfaction d'une famille se fait au détriment d'une autre. En outre, la consommation est également exclusive dans la mesure où il est possible de soumettre l'accès au service au paiement d'un prix. Petrella [1996] parle de *services quasi-collectifs* au sujet de ces services. En effet, ils entraînent une consommation privée, mais ils engendrent, en plus de la satisfaction directe des individus qui les consomment, des bénéfices collectifs.

Dans les services à domicile, on peut considérer que l'intervention d'une aide engendre, outre la satisfaction directe de la personne âgée qui peut rester chez elle tout en restant autonome, une externalité positive pour son entourage (famille, voisinage, etc.) qui se trouve en partie déchargée d'une attention parfois trop lourde à assumer psychologiquement et matériellement. Cet allègement des charges familiales facilite l'accès à l'emploi et à la formation des femmes. De plus, ces services peuvent avoir un impact sur la réduction du travail au noir, des dépenses d'indemnisation de chômage via la création d'emplois et sur les dépenses sanitaires et sociales. Enfin, l'aide à domicile peut permettre le maintien de la population et le développement d'activités économiques locales comme le commerce de proximité dans les quartiers d'habitat social ou en milieu rural. Ainsi, comme le souligne Petrella [1996], les services de proximité s'inscrivent davantage dans le cadre d'externalités multilatérales pour lesquelles plusieurs agents émettent ou sont affectés par les externalités.

3. SERVICES AUX PERSONNES ET INTERNALISATION DES EXTERNALITES

Notre hypothèse est que les externalités sont construites socialement. Ce sont moins les caractéristiques techniques intrinsèques aux services qui déterminent si leurs modalités de production sont ou non génératrices d'externalités que le cadre de référence « socialement » accepté qui indique ce qu'il est « normal » de produire et de consommer dans ces services.

La norme est le résultat d'une négociation sociale qui met en jeu des controverses d'arguments et d'expertises. Les acteurs impliqués dans cette identification des bénéfices

collectifs sont d'abord les pouvoirs publics qui, par les politiques en faveur de l'aide à domicile et le niveau de solvabilisation des services, indiquent fortement où sont les priorités (création d'emploi, accès aux services, alternative à l'hospitalisation) pour la collectivité. Elles donnent une indication sur la norme sociale vers laquelle il faut tendre. Mais la qualification des bénéfices collectifs produits par les services à domicile, leur reconnaissance dans les politiques publiques et le niveau de solvabilisation sont également l'objet de discussion, de contestation argumentées et parfois chiffrées par les professionnels, les usagers et les experts intervenant dans le secteur. C'est à partir de ces controverses que l'on peut estimer l'écart entre les externalités déjà internalisées et ce qui serait souhaitable du point de vue des expertises issues du débat de société.

L'un des apports d'une comparaison européenne est de pouvoir montrer le caractère relatif des externalités en comparant leurs perceptions sociales dans les différents pays européens. Parce que le chômage est plus ou moins élevé et récent, parce que le travail au noir est plus ou moins toléré, parce que le travail des femmes est plus ou moins favorisé, les effets sociaux engendrés par les initiatives dans le domaine de l'aide à domicile seront, selon le pays étudié, considérés comme plus ou moins bénéfiques pour la collectivité.

Cette approche fondée sur l'hypothèse de construction sociale des externalités cherche à prendre en compte les obstacles à l'identification des externalités dans le domaine de l'aide à domicile et se distingue de la démarche préconisée dans le cadre de l'économie néo-classique. En effet, l'internalisation abordée par Pigou ou Coase implique que :

- 1) Les externalités constatées sont socialement identifiables et légitimes ;
- 2) Les bénéfices ou coûts sociaux qu'elles induisent sont connus et calculables de sorte que l'on peut leur attribuer une valeur monétaire.

Si ce cadre de référence est souvent implicite dans les démonstrations économiques, c'est que les externalités sont définies comme des déficiences du marché. Autrement dit, elles sont pensées par rapport à l'existence d'une situation d'optimum dans le cadre d'un équilibre de concurrence pure et parfaite. Comme le souligne Godard [1984, p. 11], « le paradigme de marché parfait sert de référence normative pour définir les objectifs à poursuivre et les actions à entreprendre pour les atteindre de manière «efficace». L'action publique reçoit pour mission de parvenir à mener l'économie vers l'état où l'aurait conduit le marché parfait ne souffrant pas d'externalités ».

L'internalisation consistant à donner un prix à l'externalité qui n'en avait pas, on suppose donc que cette situation d'optimum social est accessible à la connaissance. C'est bien en

référence à un coût social marginal ou un bénéfice social marginal connu que les pouvoirs publics peuvent déterminer le niveau de taxe ou de subvention à même d'égaliser les bénéfices ou coûts privés d'une activité productrice d'externalité aux bénéfices ou coûts sociaux engendrés pour la collectivité.

Or, la base d'un tel calcul renvoie aux hypothèses nécessaires à la réalisation d'un équilibre général en situation de concurrence, en particulier celle de *l'information parfaite* également distribuée entre chaque agent économique. Elle stipule que l'ensemble des choix possibles (biens et services présents et futurs, techniques de production disponibles, etc.) sont parfaitement connus de tous les individus, de sorte que tout comportement opportuniste, créateur de rentes et de monopole, est a priori exclu. En outre, le modèle néo-classique postule une rationalité optimisatrice des comportements individuels, c'est-à-dire l'égale capacité des agents à maximiser leur bien-être. Disposant d'une connaissance parfaite, l'agent économique rationnel sélectionne le meilleur choix en fonction de ses préférences et de sa contrainte budgétaire.

Il est classique de dire que le postulat de la rationalité optimisatrice est irréaliste, les capacités cognitives des agents, c'est-à-dire leurs capacités à traiter l'information, sont inégales et limitées. Face à une situation d'incertitude, ils s'appuient sur des règles et mécanismes collectifs d'apprentissage ou des procédures d'essais-erreurs qui rendent dans la réalité, exceptionnels les comportements de maximisation. Les agents économiques appréhendent donc l'information de manière fondamentalement imparfaite. Cette information imparfaite liée aux limites cognitives des agents se renforce du fait de situations où l'information est asymétrique c'est-à-dire détenue de manière inégale par les agents économiques. D'ailleurs, si l'intervention de l'Etat est souvent justifiée pour internaliser les externalités, c'est que les économistes admettent qu'il s'agit d'un agent particulier qui peut se donner les moyens d'une recherche de traitement de l'information sans commune mesure avec les autres individus. Ces deux caractéristiques, informations asymétriques et limites cognitives, pouvant être appréhendées comme des traits liés à la proximité dans les services aux personnes âgées.

Enjolras [1995] montre bien que *les asymétries informationnelles* sont très fortes dans le cas du maintien à domicile. En effet, il existe une forte incertitude sur la qualité du service rendu. Deux raisons à cela. Premièrement, il s'agit de services relationnels dont la qualité ne peut être ramenée uniquement à l'exécution de tâches prédéterminées en fonction de normes standardisées, leur bonne réalisation dépend de la confiance entre le prestataire et l'utilisateur. La faible professionnalisation, la dispersion de l'offre, l'absence d'institutions de référence, la difficulté d'établissement d'un prix face à la complexité des aides publiques rendent tout calcul économique individuel fortement aléatoire. Faute de pouvoir faire un choix sur des

critères bien établis, l'usager regarde habituellement comment font les autres. D'où l'importance de la recommandation, du « bouche à oreille » et de la renommée du prestataire d'aide à domicile. Deuxièmement, la décision de consommer est souvent prise par un tiers, la famille ou un professionnel, qui n'est pas à même d'évaluer l'attention et l'effort fourni par le prestataire du service. De manière générale, on peut considérer que les usagers sont désavantagés en termes d'information par rapport aux prestataires.

Les *limites cognitives* tiennent aux spécificités des services relationnels. L'acte d'achat n'a pas la même signification quand il concerne l'acquisition d'une automobile ou d'un réfrigérateur et quand il concerne la prestation de services pour l'aide à un parent âgé. Les dimensions affectives et psychologiques (comme la culpabilité de ne pas s'occuper suffisamment d'un parent) qui entrent en jeu lorsqu'il s'agit de choisir un prestataire viennent perturber les capacités des agents à formuler une demande explicite. Ainsi, beaucoup d'intervenants dans le maintien à domicile ont pu constater qu'il existait une demande compulsive de services jamais comblée ; plus on obtient de services, plus on en veut de nouveaux parce que derrière une demande qui apparaît rationnelle se cache un appel au secours pour rompre la solitude ou pour sortir de la relation familiale devenue invivable. Une réponse appropriée passe alors, non par une réponse aux besoins exprimés, mais par un travail collectif sur la demande associant le prestataire de service, l'usager sa famille et ses proches [Croff, 1994].

La présence de fortes asymétries informationnelles et la prise en compte des limites cognitives des usagers dans la formulation d'une demande de services d'aide à domicile rendent l'identification des externalités et leur évaluation monétaire particulièrement complexes.

Autrement dit, la situation de l'aide à domicile s'éloigne considérablement du référent normatif que constitue dans la théorie économique standard l'optimum de Pareto non seulement parce que l'information est fondamentalement imparfaite mais aussi parce que les préférences et les choix économiques des agents ne sont en mesure d'être révélés et de s'ajuster à travers le seul système des prix. En fait, ils donnent lieu à des comportements permanents d'imitation, de concertation et de contestation entre prestataires, usagers, entourage familiale et institutions publiques. En conséquence, il existe de fortes disparités spatiales et sociales sur les paramètres (offre existante, nature des demandes exprimées, contenu et qualité du service, prix du service, etc.) empêchant la connaissance de ce que serait une allocation optimale dans les services de l'aide à domicile des personnes âgées.

Compte tenu de l'existence d'asymétries informationnelles et des limites cognitives des acteurs en présence, quelles sont les procédures d'identification et de légitimation des externalités dans le domaine de l'aide à domicile ?

Dans la méthode présentée ici, le rôle des régulations publiques, est privilégié. Les politiques publiques mises en place, pour développer l'aide à domicile, selon des modalités propres à chaque pays, peuvent être considérées comme des formes d'internalisation partielle des bénéfices sociaux engendrés par les services.

4. METHODOLOGIE DE VALIDATION, D'EVALUATION ET DE QUANTIFICATION DES EXTERNALITES COLLECTIVES

Les économistes utilisent plusieurs méthodes de révélations des préférences pour tenter d'estimer la valeur qu'une société ou un groupe social accorde à un bien ou service. Plus généralement, il s'agit de mesurer le consentement à payer des consommateurs pour garder les bénéfices sociaux non payés qu'ils tirent de la présence de services d'aide à domicile dans leur quartier ou commune.

Notre hypothèse de construction sociale des externalités suppose d'identifier celles-ci, moins à partir de l'agrégation « artificielle » des préférences des consommateurs déduites d'un panel supposé représentatif, que de l'analyse des éléments scientifiques, politiques et culturels existants qui concourent à définir ce qui constitue, dans chacun des pays, la prestation « normale » en matière d'aide aux personnes âgées et quel est son apport pour la collectivité.

La validation des externalités

Pour cela, trois éléments nous semblent pouvoir être mobilisés pour identifier et valider les externalités : les travaux des équipes de recherche ; les enquêtes existantes au niveau national ; les études existantes au niveau local.

Les études et recherches scientifiques

Les travaux des experts et chercheurs sont une des sources importantes de détermination de la présence d'externalités qui trouvent ainsi une légitimité scientifique, par exemple quand une étude psycho-médicale montre que l'autonomie et la santé d'une personne âgée se détériorent plus rapidement lorsqu'elle est mise en maison de retraite plutôt que lorsqu'elle peut rester à son domicile.

Une partie du travail consiste à vérifier la pertinence de chaque externalité en s'appuyant sur les recherches et études existantes dans chaque pays.

Les politiques publiques

Le second vecteur à partir duquel on peut également apprécier la présence d'externalité est l'existence de politiques publiques qui touchent directement ou non au secteur de l'aide à domicile.

L'existence de politiques de soutien à l'aide à domicile, par le biais de subventions ou d'exonérations, peut témoigner d'un certain degré d'internalisation d'externalités. Les politiques publiques sont une forme de reconnaissance sociale, à travers des priorités politiques affichées et des textes de loi, des bénéfices collectifs engendrés par telle activité ou type d'organisation. Il faut se référer aux textes de lois pour comprendre si les objectifs de cette politique font référence explicitement aux externalités supposées émises par ces services.

Les acteurs

Les prestataires de services concourent fortement à la construction sociale des externalités. En répondant à des besoins sociaux non couverts, en inventant de nouveaux services et métiers, en favorisant des comportements d'entraide et de solidarité producteurs de liens sociaux, en interpellant les élus dans la mise en œuvre de politiques publiques, les organisations peuvent être productrices de compétences et de savoir-faire qui se diffusent et bénéficient progressivement à l'ensemble de la collectivité.

Les acteurs eux-mêmes peuvent être amenés à mettre en avant les externalités positives qu'ils engendrent lorsqu'ils ont à justifier auprès des pouvoirs publics telle demande de subvention de convention d'objectifs. Autrement dit, ce sont les professionnels ou les usagers du secteur qui sont souvent les premiers à percevoir les bénéfices collectifs de leur action.

Les entretiens auprès des responsables, salariés et usagers des expériences d'aide à domicile dans les différents pays européens permettent de comparer les externalités revendiquées par les acteurs avec celles constatées par les chercheurs.

L'évaluation et la quantification des externalités

Une fois effectué le travail de validation des externalités engendrées par les services d'aide à domicile étudiés dans les différents pays, une valorisation monétaire des bénéfices est proposée pour certaines d'entre elles.

La méthode adoptée vise à chercher un coût de référence de manière à disposer d'une base pour calculer le bénéfice social des initiatives étudiées. Par exemple, il s'agit à partir des données existantes dans chaque pays d'estimer le manque à gagner fiscal lié au travail au noir par personne et par an. De la même manière, le montant moyen des indemnités chômage

annuelles pour une personne ou le prix d'une journée en maison de retraite ou à l'hôpital sont recherchés. Une fois ce coût social évalué, on peut mesurer la contribution de chaque initiative à sa réduction. Par exemple, en déterminant le nombre de salariés qui sont sortis d'une situation de travail au noir, de chômage ou d'inactivité grâce aux emplois créés par les organisations étudiées, il est possible de calculer l'apport de chaque initiative à l'augmentation des rentrées fiscales ou à la réduction des dépenses de chômage.

Pour obtenir la contribution nette de l'initiative, il convient de retrancher de ces bénéfices, les aides publiques, subventions ou exonérations que touche l'initiative au titre de lutte contre le travail au noir ou de la création d'emploi. Dit autrement, il faut tenir compte du degré d'internalisation des externalités par les politiques publiques existantes.

Mais la valorisation monétaire n'est pas toujours possible, notamment pour des externalités positives sur le développement territorial ou sur l'innovation socio-économique. Dans ces cas, il n'y a pas de bénéfice ou coût social de référence évident. Comment estimer monétairement le transfert de savoir-faire qu'implique la participation d'un responsable de service d'aide à domicile à une commission de travail pour l'élaboration d'un référentiel métier ? On peut l'approcher par le biais de subventions existantes au regard du contenu des conventions contractées. Si par exemple, l'initiative a reçu une aide publique, par exemple, pour l'organisation d'un colloque sur l'innovation dans l'aide à domicile, on peut considérer qu'il s'agit d'une internalisation approximative d'une externalité positive (diffuser et faire connaître aux professionnels les expériences innovantes). Mais ce type de rapprochement est difficile à systématiser et trop approximatif. Aussi, le plus souvent il s'agit davantage d'identifier que d'évaluer monétairement des éléments qualitatifs susceptibles de montrer l'importance de ces externalités.

5. EXEMPLES D'ANALYSE D'EXTERNALITES

Plusieurs types d'externalités peuvent être retenus. Les exemples qui suivent explorent les hypothèses liées à la *réduction des dépenses passives liées à l'indemnisation des chômeurs*, à l'impact sur *les dépenses sanitaires et sociales*, et à une externalité plus qualitative de type réglementaire concernant la *construction de nouveaux champs d'activité*. Dans un premier temps, il convient de valider leur pertinence au regard des contextes nationaux et dans un second temps de mesurer monétairement leur impact sur l'environnement.

Le développement de l'emploi et la réduction des dépenses passives

Cette externalité positive provient d'un meilleur fonctionnement du marché du travail par une réduction du chômage. A priori, on ne peut qualifier d'externalité l'impact sur l'emploi des intervenants dans ces services, il s'agit ici d'un effet direct et non d'une externalité produite

par le service lui-même. L'externalité tient à la réduction des dépenses passives que permet ce meilleur fonctionnement du marché du travail. Les organisations situées dans le champ de l'aide à domicile sont très créateurs d'emploi. Mais, il ne suffit pas d'être dans un secteur potentiellement créateur d'emploi pour que les initiatives aient un effet sur la réduction des dépenses passives (allocations chômage, revenu minimum...), elles doivent aussi se situer dans des zones géographiques où le chômage sévit et recruter des personnes qui dépendaient et recouraient à ces allocations.

En France, on a relevé que dans les services d'aide à domicile, environ la moitié des salariés de ces initiatives étaient auparavant au chômage ou au RMI. Ainsi, sur 123 personnes salariées d'un réseau étudié⁵⁰, 29 des salariés étaient au RMI et 39 étaient d'anciens chômeurs dont 33 avec plus d'un an de chômage. Les économies réalisées par la collectivité sur les dépenses passives directes se montent à 288.128 euros. Pour approcher le coût du chômage, nous ne nous sommes intéressés ici qu'aux économies sur les dépenses passives et n'avons pas pris en compte les coûts indirects du chômage. C'est donc à partir d'un coût du chômage estimé a minima que se construit ce calcul. En outre, on a relevé un gain pour la collectivité de 359.780 euros lié aux cotisations sociales patronales et salariales engendrées par l'activité soient au total 632.663 euros de gains pour la collectivité. Mais ces services représentent aussi un coût pour la collectivité de 682.971 euros représentés par les déductions d'impôts aux personnes faisant appel à ces services, estimées à 50 % des montants versés soit 608.271 euros et les exonérations d'une partie des charges sociales patronales pour 74.700 euros. Ainsi, les aides publiques indirectes au fonctionnement du réseau d'aide à domicile qui emploie 123 personnes sont quasiment couvertes grâce aux économies engendrées par la réduction des dépenses passives de 68 de ces personnes qui étaient auparavant au chômage ou au RMI.

Les aides publiques en faveur du développement des services aux personnes ont concentré leurs priorités sur les externalités liées à l'emploi à partir de la fin des années 1980 en accordant des déductions d'impôts, des exonérations de charges pour l'embauche de personnes travaillant à domicile. Or les responsables d'initiatives sont très critiques face à cette approche de leur activité perçue essentiellement comme un "gisement d'emplois". En effet, pour eux, cette approche ne permet ni de structurer durablement et de professionnaliser leur service, ni de le rendre attractif pour les demandeurs d'emplois. Ainsi, les services se trouvent confrontés à des difficultés de recrutement liées aux faibles rémunérations qu'ils peuvent proposer. Il faut savoir que le salaire brut moyen d'un intervenant est environ de 686 € mensuels, soit un niveau inférieur au montant moyen d'allocations chômage pour le chômeur type français qui est de 713 €. Cette faible attractivité explique pourquoi l'association recrute principalement des personnes recevant des allocations chômage minimales ou le revenu minimum d'insertion.

⁵⁰. En l'occurrence, le réseau ETRE – Écouter Travailler Rencontrer Espérer, 6 rue Broca, 14000 Caen

En conclusion, les services d'aide à domicile en France voient leur externalité produite en termes de réductions des dépenses passives reconnue par les politiques publiques, mais les acteurs sont réservés par rapport aux objectifs de ces dernières les orientant vers l'embauche de personnes en difficulté d'insertion professionnelle. Les critères de recrutement des associations visent à ce que les services soient réalisés par des personnes ayant un savoir-faire et un savoir être. Dans une telle logique, à terme, les effets sur la réduction des dépenses passives sont amenés à diminuer. C'est pourquoi les promoteurs d'expériences souhaiteraient faire mieux reconnaître la nature du service rendu et montrer les externalités qu'ils produisent sur d'autres dimensions comme les réductions de dépenses en termes d'hospitalisation ou de placement en institution afin d'orienter la rédaction de critères de qualité des services dans les appels d'offres. Cette construction sociale de la reconnaissance d'une externalité sur les économies en termes de dépenses sanitaires et sociales serait un moyen d'obtenir des pouvoirs publics une meilleure considération financière de ces services et de la condition salariale de leurs employés. Une reconnaissance focalisée sur l'externalité liée à la réduction des dépenses passives ne facilite pas la négociation entre les acteurs du champ et les pouvoirs publics.

L'impact sur les dépenses sanitaires et sociales

Cette externalité en termes de santé publique au sens large apparaît quand on *compare le coût de services d'aide à domicile à celui du séjour à l'hôpital ou en maison de repos*. Les services d'aide à domicile créent alors une externalité pour les pouvoirs publics en termes de réduction des dépenses de santé, en offrant une alternative moins coûteuse. La médicalisation a un coût que nos sociétés cherchent à réduire et l'aide à domicile peut y contribuer.

L'ensemble de ces comparaisons montre un coût moins onéreux de l'aide à domicile que les placements en institution des personnes dépendantes. Par exemple, en Italie, le coût total d'une journée d'hospitalisation est estimé à 155 euros le coût total d'une journée de résidence est de 93 € et celui d'une aide à domicile intégrée est de 62 euros. On entend par aide à domicile intégrée une intervention sanitaire multidisciplinaire et multiprofessionnelle à domicile qui implique le médecin de famille, l'infirmière, les assistantes de base, kinésithérapeute et autres intervenants dans le domaine social.

Mais, pour comparer ces coûts, il faut voir *dans quelle mesure l'aide à domicile peut se substituer aux placements en institution, voire à l'hospitalisation*. Or il n'existe pas à ce jour de données chiffrées précises sur l'ensemble de ces variables. Outre l'état de dépendance de la personne aidée, les initiatives tiennent compte de ses ressources monétaires, de l'entourage familial, du voisinage, de la situation géographique de son logement. pour mettre en place le service. Des typologies sont à dresser suivant ces niveaux de dépendance, les aides apportées par l'entourage et les ressources de personnes. L'autre difficulté tient à la comparaison des modes de financements de l'aide à domicile à ceux des placements en maison de retraite.

Suivant les pays, les ressources et les niveaux de dépendance des personnes, le recours aux maisons de retraite grève les financements publics de manière différente. En France, c'est quand les personnes ont le moins de ressources et sont donc prises en charge par les services sociaux que le coût pour la collectivité de leur placement en institution est le plus fort.

L'hébergement au domicile demande moins de dépenses que d'autres lieux d'hébergement mais surtout une comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement [Bouget, Tartarin, 1990, pp. 192-197] montre l'importance des aides bénévoles réalisées par la famille et l'entourage selon les lieux de résidence des personnes aidées. La mobilisation bénévole est beaucoup plus forte dans le cas de l'aide à domicile. *Ce maintien des relations sociales et des soutiens informels permet de réaliser des économies pour les individus aidés mais aussi pour les financeurs publics.* Ces données sont à prendre avec prudence vu leur date d'établissement. Toutefois elles montrent que les services d'aide à domicile permettent de mobiliser un réseau social que ne permettent pas d'autres types de résidences.

La construction d'un champ d'activité

La capacité des associations à influencer sur les régulations des politiques publiques et à participer à la construction sociale d'un champ d'activité peut être qualifiée d'externalité lorsqu'elle bénéficie à l'ensemble de la collectivité. Il s'agit d'une externalité qualitative au sens où ses effets sont moins mesurables monétairement en termes de coûts évités que juridiquement en termes de production de règlement d'intérêt général.

L'exemple de l'introduction de critère de qualité dans les appels d'offres pour l'attribution des services municipaux d'aides à domicile à Bologne, présenté dans le chapitre sur l'Italie, est une illustration de ce type d'externalité. L'étude auprès des coopératives d'assistance à domicile de Bologne montre comment le mouvement coopératif a largement influencé les réformes du secteur d'aide à domicile et a accompagné l'évolution des politiques sociales régionales et municipales.

L'introduction de critères de qualité dans les appels d'offre pour la délégation des services municipaux d'aide à domicile peut être interprétée comme une externalité qualitative au sens où il s'agit d'une production de règles collective à partir des pratiques d'acteurs privés. Cette externalité peut être qualifiée de positive pour les usagers puisque la qualité globale des services d'aide à domicile s'en trouve améliorée, pour les pouvoirs locaux puisque la régulation publique du secteur d'aide à domicile s'en trouve clarifiée et renforcée, pour les salariés puisque la présence d'un contrat de travail régulier est désormais un facteur de sélection. Il est très difficile d'évaluer quantitativement et monétairement les effets d'une telle externalité qualitative. Les responsables des coopératives analysées reconnaissent que le

montant des conventions a augmenté depuis la prise en compte de critères de qualité dans l'attribution de la gestion des services à domicile et les prix pratiqués se rapprochent des prix du service public mais avec un niveau de qualité supérieur.

6. ENSEIGNEMENTS TRANSVERSAUX

Issus d'études de cas, ces résultats sont à interpréter avec toutes les précautions méthodologiques liées à cette recherche exploratoire. La confrontation des analyses dans les différents pays conforte l'hypothèse centrale selon laquelle les externalités sont la résultante d'une construction sociale qui prend des formes différentes suivant les pays. Ainsi la contribution à la diminution des dépenses passives ne peut pas être approchée de la même manière dans un pays où le chômage est faible comme la Suède et dans un pays où il est à un niveau élevé comme la France. Si la validation des externalités peut s'appuyer sur plusieurs sources (les études et recherches scientifiques, les politiques publiques, les initiatives elles-mêmes), il faut toutefois reconnaître que les politiques publiques jouent, le plus souvent, un rôle central dans la reconnaissance des externalités. Elles peuvent en privilégier certaines, comme l'emploi en France, sur d'autres, comme l'impact en termes de santé publique. Un décalage existe alors avec les dimensions que cherchent à faire reconnaître les initiatives elles-mêmes.

Les politiques publiques ont une place cruciale dans l'internalisation de tel ou tel type d'externalité, car ce sont elles qui déclenchent tel ou tel type de financement. Pour parvenir à une véritable construction sociale de cette internalisation des externalités prenant mieux en compte les initiatives elles-mêmes, il serait nécessaire de parvenir à des modes de régulation entre pouvoirs publics et initiatives prenant mieux en compte la parole de ces dernières, ce qui est précisé dans le dernier chapitre de ce livre.

Au niveau de la validation à partir des recherches scientifiques, il convient de souligner les difficultés à mesurer les externalités en raison du caractère incomplet de l'information à plusieurs niveaux. Il faut noter l'insuffisance de données et leur manque de fiabilité : les enquêtes locales manquent sur ces sujets et des moyens importants seraient nécessaires pour mener de telles investigations. En outre, une série d'informations émanent des responsables des initiatives. Une vérification systématique n'a pas été toujours possible. Si le calcul de l'impact des initiatives sur l'environnement est parfois possible au niveau micro, il faut *se garder d'une généralisation hâtive des résultats* à l'ensemble d'un secteur même si la démarche méthodologique nous semble pouvoir être utilisée pour approcher d'autres initiatives et domaines d'activités.

Une spécificité des associations et coopératives

Les externalités positives ont été étudiées dans les associations et coopératives. On doit se demander dans quelle mesure elles peuvent aussi être produites par les organisations privées lucratives ou publiques. Ainsi les économies sur les dépenses passives, que permettent de réaliser les organisations étudiées, peuvent être réalisées par toute entreprise qui dans des conditions locales semblables recrute des personnes au chômage. Mais, il faut préciser que *sur les champs étudiés, les organismes privés lucratifs ne sont pas, ou très peu, présents*. De même le secteur public rencontre des difficultés pour apporter une réponse aux demandes sociales en matière d'aide à domicile. Les associations et coopératives relèvent ainsi *une capacité à investir des domaines délaissés* par le privé ou le public et donc la production des externalités peut être perçue comme un gain pour la collectivité qu'aucune autre organisation n'a pu mettre en œuvre.

Ce qui fait aussi la différence entre les organisations étudiées et les autres services privés ou publics c'est *la capacité de mobilisation de volontaires* sur ces services. Par rapport au privé, les éléments de comparaison, outre les difficultés méthodologiques qu'ils posent, n'existent pas du fait de l'absence d'une offre importante et ancienne de l'offre lucrative. On peut toutefois formuler l'hypothèse que des services qui ne cherchent pas à vendre le maximum d'heures d'intervention mais qui ont plutôt comme objectif d'aider la personne à rester chez elle en ne la coupant de ses liens familiaux et sociaux, *renforcent le potentiel d'intervention bénévole*. Cette démarche permet de réaliser des économies pour l'utilisateur mais aussi pour les pouvoirs publics qui financent ce type de services. Par rapport au public, dans un premier temps, cette mobilisation contribue à comprimer les coûts, mais on peut noter que progressivement, comme en Suède ou en Italie, les coûts des services tendent à se rapprocher de ceux du secteur public. Ainsi, au fur et à mesure de la professionnalisation de l'activité, le bénévolat tend à ne plus devenir un avantage financier compétitif sur le secteur public et les externalités produites, via le bénévolat, en termes d'économies sur les dépenses sociales tendent à diminuer.

L'externalité produite tend à devenir plus qualitative par opposition à des externalités que l'on peut chiffrer monétairement. Ici, les effets positifs, pour la collectivité s'apprécient en termes de changements réglementaires ou d'évolution dans les modes de régulation dont les bénéficiaires profitent à l'ensemble d'un secteur d'activité ou d'un territoire. Le fonctionnement des associations et des coopératives qui combinent à divers degrés activité salariée, contribution bénévole et participation des usagers, donne une capacité à interpeller sinon mobiliser les différentes parties prenantes d'un secteur d'activité sur un territoire. La prise en compte d'une finalité sociale en interne peut alors déboucher sur l'intégration dans les

politiques publiques locales ou nationales de critères sociétaux qui, parce qu'ils touchent l'ensemble des opérateurs et usagers, peuvent être considérés comme une externalité positive.

Cette dernière externalité qualitative est difficile à chiffrer et mériterait dans une perspective comparative, d'être explorée dans des domaines et des pays où les associations et coopératives sont en concurrence avec des initiatives privées lucratives ou publiques. Mais, pour l'avoir tenté, il faut reconnaître les obstacles à ces mises en perspective avec le secteur privé lucratif ou le secteur public qui ne sont pas disposés à des évaluations comparatives, à la différence des associations et coopératives.

L'articulation aux politiques publiques

La révélation des bénéfices produits pour la collectivité a par ailleurs permis de montrer le décalage entre les externalités positives engendrées pour la collectivité et les critères d'attribution des financements publics. Néanmoins, à l'inverse, ces initiatives, quand elles parviennent à se regrouper, peuvent avoir une influence sur les politiques publiques et participer à la construction sociale de domaines d'activités avec une prise en compte de leur utilité sociale par les pouvoirs publics. Une des questions majeures est de savoir si ces méthodes de valorisation de l'impact sociétal permettent d'objectiver les demandes sociales et de calculer la contribution publique nécessaire à leur internalisation. L'idéal pour les responsables publics serait dans ce cas de pouvoir financer les initiatives à hauteur de « la plus value sociale » qu'elles apportent à la collectivité.

Il faut toutefois être vigilant et ne pas préconiser une conception des politiques publiques qui ne soutiendrait les initiatives que par rapport aux économies et aux gains que celles-ci procurent à la collectivité sous forme d'externalités positives collectives. Les pouvoirs publics peuvent financer des services à orientation solidaire pour d'autres raisons comme la contribution à l'innovation socio-économique, l'accessibilité aux services...

Une mise en garde est à formuler contre toute forme d'instrumentalisation des initiatives de l'aide à domicile et particulièrement celles des coopératives et associations à partir d'une lecture « économiciste » de leur activité. Outre le fait que l'estimation chiffrée de « la plus-value sociale » demeure souvent partielle au regard de techniques utilisées et du manque de données de base, l'expertise ne saurait se substituer au débat politique sur la place de ces initiatives dans le système économique. Comme toute approche coûts-avantages, l'évaluation des externalités repose sur un « réductionnisme monétaire » qui, s'il permet de visibiliser et légitimer des innovations socialement non reconnues, ne saurait remplacer les justifications politiques et sociales des choix de société.

Dans une société où seul ce qui peut être quantifié ou acheté prend de la valeur, le processus de production et d'utilisation des chiffres et des statistiques devient un enjeu. Il s'agit de savoir non seulement comment, mais par qui ces nouveaux outils de comptabilisation et valorisation sont définis et utilisés. Ils sont utiles s'ils sont conçus comme un élément parmi d'autres de la négociation sociale entre les pouvoirs publics ou les prestataires de l'aide à domicile. Ils peuvent aider les initiatives à valoriser leurs activités auprès de la collectivité et à accroître leur capacité de négociation. Ils ont peu d'intérêt s'ils deviennent un simple élément comptable de « contrôle administratif » des organisations au risque de limiter leur champ d'expérimentation. L'incertitude inhérente à toute innovation sociale repose sur une prise de risque qui n'est ni calculable, ni probabilisable. Cette incertitude laisse place à l'espace du politique dont les associations et coopératives sont, par leur activité socio-économique, l'un des acteurs.

TROISIEME PARTIE

CONCLUSIONS TRANSVERSALES

Dans cette dernière partie, les analyses économiques des associations sont interrogées à partir des données fournies par la comparaison internationale. Au-delà du rôle pionnier reconnu aux associations, ont-elles une place légitime et permanente dans la production des services ? A cet égard, le critère de non lucrativité n'apparaît pas déterminant, ce sont plutôt les régulations internes et externes qui s'avèrent décisifs. C'est pourquoi les deux derniers textes portent sur les formes évolutives de l'associationnisme et ses rapports à l'intervention publique. En effet, il s'agit de mettre en évidence l'encastrement public, c'est-à-dire l'ensemble des relations entre initiatives et politiques publiques se traduisent par des effets mutuels dont l'intensité et les modalités varient considérablement dans le temps.

Une analyse économique du rôle des associations

par Jean-Louis Laville et Marthe Nyssens

On pourrait croire que le fonctionnement des associations n'intéresse pas la science économique puisqu'une des hypothèses sous-jacentes à cette démarche est que l'entreprise, au sens générique du terme, est organisée sous forme capitaliste ou, autrement dit, que son but est bien la maximisation des revenus des actionnaires. Pourtant, il existe toute une littérature théorique d'inspiration néo-classique consacrée aux organisations non lucratives qui s'interroge sur la persistance du secteur associatif dans des économies largement structurées par les entreprises à but lucratif et par l'Etat [Nyssens, 2000].

Rappelons que, dans ce cadre théorique, il s'agit de viser l'efficacité appréhendée à travers l'optimum de Pareto comme il a été rappelé dans le texte précédent sur les externalités. La théorie du rendement social est alors un point de départ pour expliquer les limites du marché et la présence de mécanismes alternatifs d'allocation des ressources. Cette théorie repose sur le théorème fondamental selon lequel l'allocation des ressources par le marché est efficace lorsque celui-ci est composé de consommateurs et d'entreprises qui maximisent leur profit. Mais ce résultat est valable pour un marché de concurrence pure et parfaite, c'est-à-dire lorsque des conditions particulières d'échange sont rencontrées parmi lesquelles l'absence de pouvoir des agents, une information parfaite sur les biens et les services échangés ou encore l'absence d'externalités et de biens publics. Il suffit qu'une de ces conditions ne soit pas remplie pour que l'allocation des ressources par le marché ne soit plus efficace. Le marché est alors en situation d'échec. Les services d'aide à domicile caractérisés par une dimension collective et une composante relationnelle importante nous éloignent de cette situation de référence de la concurrence pure et parfaite et donc d'une situation optimale d'allocations des ressources par le marché.

Dans ce contexte, différents élargissements de la théorie économique néoclassique sont apparus progressivement afin de dépasser les limites du modèle d'équilibre concurrentiel. D'autres formes de coordination des agents sont envisagées aux côtés de la coordination décentralisée opérée par le marché via le système de prix. Comme le note Favereau [1989], si les économistes ont longtemps et largement ignoré le fonctionnement interne des organisations et leur impact sur l'allocation des ressources, la tradition de recherche néo-classique propose depuis quelques années des analyses qui tentent d'éclairer les raisons d'être des organisations. C'est le cas de la nouvelle économie institutionnelle, de la théorie des coûts de transaction, des théories du principal-agent, de l'école des droits de propriété... La novation consiste en fait à admettre que le marché n'est plus le seul

mécanisme optimal d'allocation des ressources. Les analyses économiques qui s'intéressent au fonctionnement des associations et s'attachent à expliquer leurs raisons d'être ont ainsi largement recours à ces théories des organisations.

Ce type d'analyse ne saurait, bien sûr, prétendre expliquer et épuiser la complexité des associations dans le champ de l'aide à domicile. L'intérêt d'un tel détour n'en est pas moins réel : dans un contexte idéologique du « tout marché », les analyses de l'économie standard savent aussi porter leur attention à ses limites. A partir de cette grille d'analyse économique, l'objet de ce chapitre est de mettre en exergue la place des associations dans le champ de l'aide à domicile. Ce qui suppose, au préalable, de rappeler quelques enjeux essentiels dans la structuration du secteur.

1. SERVICES A DOMICILE ET CONFIANCE ENTRE ACTEURS

La nature de l'information, dans le champ de l'aide à domicile, est fondamentalement imparfaite et appelle à la construction de relations de confiance pour pallier ces carences. D'abord, dans de nombreux cas, les prestataires possèdent plus d'informations que les usagers ou que les pouvoirs publics financeurs sur les conditions et les modalités de la prestation des services à domicile. L'information peut donc être asymétrique, mais elle peut être également incomplète. Cela signifie, par exemple, que dans la mesure où il est impossible, de prévoir toute situation qui pourrait advenir dans une situation de dépendance, les contrats entre le prestataire et l'utilisateur ou les pouvoirs publics sont nécessairement incomplets.

Les circonstances de l'information imparfaite

Premier cas de figure : le caractère imparfait de l'information est lié à la nature même des services à domicile. Il s'explique par l'incertitude quant à la qualité demandée pour ces services et la difficulté pour la mesurer. Au mieux, une évaluation ne s'avère possible par l'utilisateur qu'au moment où le prestataire réalise le service. Elle est d'autant plus délicate à effectuer que le service rendu est multidimensionnel, adapté à la situation spécifique de l'utilisateur (aide matérielle, aide sanitaire, soutien psychologique...) et que la composante relationnelle est essentielle. En effet, c'est par l'expérience que l'utilisateur peut éventuellement juger de la qualité d'une relation qui est spécifique à chaque transaction et qui est, plus encore, le résultat d'une co-production entre l'utilisateur et le prestataire.

Second cas de figure possible : des problèmes d'asymétries d'information peuvent apparaître en raison de la configuration des parties prenantes à ce type de service. La demande de services à domicile est fréquemment définie par l'entourage de l'utilisateur (sa famille, son médecin traitant, une assistante sociale...), lequel n'est pas présent au moment des prestations et ne peut donc qu'indirectement vérifier la qualité du service rendu. De même, les pouvoirs publics subventionnent

très souvent ces services à domicile, mais délèguent leur production à un organisme tiers et éprouvent des difficultés à les contrôler.

Les conséquences de l'information imparfaite : les limites des mécanismes marchands

Le prestataire peut profiter de ces différentes situations d'information imparfaite pour se comporter de façon opportuniste et léser les usagers et les pouvoirs publics qui le financent.

On parle de risque *d'opportunisme pré-contractuel* lorsqu'une partie prenante de la transaction connaît la qualité ex-ante du service alors que l'autre partie l'ignore. Dans ces conditions, les questions qui se posent sont les suivantes : comment l'utilisateur peut-il choisir un prestataire de qualité ? A qui l'Etat doit-il confier la prestation d'un service ?

C'est ici qu'apparaît le problème de la « sélection adverse » : sur la base de l'unique indicateur « prix », il est difficile, voire impossible, de distinguer les bons et les mauvais prestataires. Rappelons que, ex-ante, l'utilisateur ne connaît pas le niveau de qualité de la prestation qui lui sera offerte par tel ou tel prestataire. Si le prix de marché du service est trop bas, les bons prestataires auront tendance à se retirer du marché en estimant que leurs efforts sont injustement rémunérés. Si le prix est trop haut, les mauvais prestataires seront surpayés au détriment des utilisateurs. A prendre le prix comme seul indicateur de qualité, l'on court donc le risque que les mauvais prestataires chassent les bons et, plus encore, que les utilisateurs, conscients du danger, renoncent à entrer sur le marché. D'où ce paradoxe de la régulation marchande : alors même qu'il existe des offreurs et des demandeurs de service susceptibles de se rencontrer, les transactions n'auront pas lieu. Comme le note une étude belge [Gevers et al., 1995], si 95 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent à domicile et encore 90 % des personnes de plus de 75 ans, on constate une faible utilisation des services à domicile. En effet, rares sont les services qui sont utilisés par plus de 10 % de la population âgée à domicile. Le prix constitue un obstacle pour 22 % des personnes âgées. D'autres facteurs sont, donc, en jeu dans ce choix entre « faire » et « faire faire ». La confiance relative qu'attribuent les usagers potentiels à ces services, en particulier par rapport aux relations qui se développent au sein des solidarités familiales, joue plus que probablement un rôle important.

Le cas de *l'opportunisme post-contractuel* émerge, dans le champ de l'aide à domicile, parce que le prestataire entreprend une action alors que l'utilisateur et le financeur ne peuvent observer ou contrôler parfaitement l'exécution de l'action. Pour bien comprendre la portée de ce constat, il faut distinguer trois exemples liés respectivement à l'incomplétude des contrats, à l'asymétrie d'information et enfin aux pouvoirs acquis sur les quasi-marchés de service à domicile.

Des comportements opportunistes peuvent d'abord se développer lorsque surviennent des situations qui n'étaient pas prévues dans le contrat initial. Pour répondre aux besoins nouveaux (dans le cas, par exemple, d'une personne âgée dont l'état de santé se détériore et qui nécessite plus de soins), le prestataire de service doit réaliser des investissements spécifiques (prendre plus de temps avec la

personne, se spécialiser dans une opération de soin complexe...), ce qui lui octroie à la fois une position de monopole et lui donne tout en même temps plus de marges de manœuvre pour ne pas honorer systématiquement tous les engagements prévus. En conséquence, même si l'utilisateur n'est plus satisfait du service, il hésite à changer de prestataire compte tenu du coût spécifique de l'investissement relationnel.

Le second cas de figure renvoie à des situations d'aléa moral qui se développent parce qu'on ne peut qu'observer le résultat de l'action et non l'effort déployé pendant l'action. En effet, comment juger de l'effort déployé par le travailleur pour ces services qui résultent d'une co-production avec l'utilisateur sachant que certaines parties prenantes, – que ce soit l'entourage de la personne âgée, l'employeur des travailleurs ou les pouvoirs publics qui financent – ne sont pas présentes lors de la prestation du service ?

L'aléa moral se décline en particulier dans les pratiques d'« écrémage » pour des services bénéficiant de subventions. Si les subventions ne tiennent pas suffisamment compte des caractéristiques des usagers, les prestataires auront tout intérêt à prendre en charge les usagers les moins « coûteux » et délaisser les usagers les plus difficiles à satisfaire. L'on tombe alors à nouveau sur des problèmes d'opportunisme. En outre, d'importantes différences quant au contrôle de la qualité apparaissent suivant les services. Ainsi, comme le note l'analyse du cas anglais, certains services à domicile, notamment les actes techniques, semblent se prêter relativement bien à un contrôle contractuel. Des paiements distincts peuvent être envisagés assez facilement pour des prestations, limitées dans le temps, correspondant à des services clairement délimités fournis à des clients individuels. En revanche, les services où la dimension relationnelle est plus centrale sont nettement plus difficiles à cerner, et à délimiter, car ils sont beaucoup plus imprévisibles et comprennent davantage d'interactions sans forme précise⁵¹. Les comportements opportunistes y sont plus probables car il est difficile d'évaluer les résultats engrangés dans ce domaine.

L'opportunisme post-contractuel est enfin explicable par la structure de l'environnement et le pouvoir acquis dans ce cadre. Les organisations agissent souvent dans des univers où la demande excède l'offre. La faiblesse des subventions publiques au profit des services à domicile crée des barrières à l'entrée et explique l'importance du rationnement sur certains segments du marché des services. Dans la mesure où la concurrence ne peut exercer ses effets, certains prestataires peuvent tenter d'en profiter et servir au mieux leurs propres intérêts. Le mécanisme est d'autant plus puissant que, en raison du faible nombre d'organisations en présence sur le marché, les usagers ne sont pas sûrs de trouver mieux ailleurs. Comme on peut le constater, l'exploitation des usagers n'est pas due ici à des asymétries d'informations, ni à l'incomplétude des contrats mais bien à l'existence d'un pouvoir sur les quasi-marchés des services.

⁵¹. Voir à ce sujet la distinction opérée entre services ménagers et services aux personnes dans le dernier chapitre.

Ces différents risques découlent du caractère fondamentalement incomplet de l'information dans le champ de l'aide à domicile. La confiance des usagers et leur entourage que des pouvoirs publics constitue donc un enjeu déterminant pour les prestataires. Les modes d'organisations, les régulations mises en place doivent rencontrer ces exigences de confiance entre les différentes parties.

C'est compte tenu de ces enjeux de financement public et de confiance dans la qualité de ces services à domicile, qu'il est possible de développer l'hypothèse d'un double rôle pour le secteur associatif dans le champ de l'aide à domicile, dans l'innovation sociale et dans la réponse structurelle à certaines demandes [Gilain, Nyssens, 1999].

2. L'INNOVATION SOCIALE

L'histoire de la structuration des services aux personnes âgées révèle que les associations ont eu un *rôle d'innovation sociale*. Des initiatives associatives imprégnées par les valeurs de charité ou d'entraide mutuelle ont très souvent joué un rôle de pionnier pour remédier aux carences de la sphère domestique dans les soins apportés aux personnes âgées. Relevons, par exemple en Belgique ou en France, les premières initiatives associatives d'aide à domicile nées aux lendemains de la Seconde guerre mondiale pour répondre aux nouvelles demandes dans un contexte de nucléarisation de la famille et d'affaiblissement des solidarités de proximité ; ou encore au Royaume-Uni, le développement des œuvres de charité venant en aide aux personnes âgées démunies et l'organisation au sein des « friendly societies », reposant sur le principe de l'entraide mutuelle, de services destinés à leurs membres. Dans cette phase d'innovation, les associations se sont appuyées largement sur l'engagement de bénévoles et elles ont été financées grâce à des dons et à la contribution éventuelle des bénéficiaires. Ces ressources volontaires ont soutenu l'action innovante. Elles s'expliquent par la présence de bénéfices collectifs auxquels étaient sensibles les promoteurs d'associations alors que l'absence de toute perspective de gain financier éloignait les prestataires commerciaux.

Dans une deuxième phase, avec le développement de l'Etat-providence selon des modalités contrastées dans les divers pays, comme le montre la contribution suivante sur les régulations publiques, ces associations ont mobilisé leurs relais politiques. Elles cherchaient à susciter l'implication des pouvoirs publics dans le financement et la régulation afin de promouvoir un développement plus structuré de ces services porteurs d'enjeux collectifs.

Cette implication des pouvoirs publics révèle les limites des associations car, comme le souligne Salamon [1987], il ne faut pas ignorer les risques d'échecs du secteur non lucratif. Selon lui, la philanthropie a ses limites. La mobilisation continue de bénévoles et de donations est difficile (« insuffisance philanthropique »). Ainsi plusieurs textes nationaux soulignent les difficultés

financières des associations lorsqu'elles ne bénéficient que de peu de soutien public. Quant à la mobilisation du bénévolat, elle semble plus aisée pour certains types de services que d'autres, notamment en fonction de l'importance de composante relationnelle et du degré de professionnalisation exigé par les cadres réglementaires. Ainsi au Royaume-Uni, les centres de jour pour personnes âgées mobilisent plus facilement des bénévoles que les maisons de repos. En effet, ces centres de jour offrent principalement un accueil de type relationnel et ne sont encore que très peu réglementés dans leur fonctionnement. En Norvège, les associations qui comptent de nombreux bénévoles sont avant tout des lieux de rencontre et de socialisation plutôt que des organisations productrices de services. Ensuite, certaines associations, notamment liées à des réseaux d'affinité idéologique ou religieuse, peuvent restreindre l'action auprès de groupes défavorisés ou prendre en charge uniquement certaines situations (« particularisme philanthropique ») et cantonner la définition des situations de besoin à ceux qui sont sélectionnés par les financeurs des services d'aide (« paternalisme philanthropique »). Tant les contributions anglaise qu'espagnole soulignent ce type de limite à l'action de certaines associations. Enfin, le statut associatif peut inciter à une faible efficacité organisationnelle compte tenu de la contrainte de non redistribution des profits (« inefficacité philanthropique »). Cet argument touchant au lien entre le statut juridique et l'efficacité moindre des associations est au cœur de la théorie économique. Cependant, les informations empiriques sont loin d'être évidentes à ce sujet. Comme le montre la contribution anglaise, si les coûts semblent plus élevés, pour les services à domicile, dans le secteur associatif que dans le secteur privé à but lucratif, le contraire apparaît pour les maisons de repos. En outre, ces comparaisons sont à considérer avec précaution dans la mesure où des problèmes de comparabilité se posent car les services offerts par les différents types de prestataires peuvent être très différents.

Pour toutes ces raisons, l'on peut logiquement comprendre, à la façon de Salamon, la nécessaire implication des pouvoirs publics dans des services porteurs d'enjeux collectifs, leur intervention dans le financement et la régulation se justifiant pour soutenir leur développement et favoriser l'accès sur la base de critères définis par des normes publiques. L'histoire des différents pays révèle des modes d'interaction différenciés entre initiatives associatives et soutien public privilégiant soit le relais par les pouvoirs publics dans la prestation des services soit le maintien et l'encadrement des services dans le cadre associatif. Ainsi, des pays comme la France, la Belgique, l'Allemagne ou l'Autriche, ont privilégié un partenariat entre le secteur public et associatif dans la prestation de services à domicile largement financés par les pouvoirs publics tandis que des pays comme le Royaume-Uni, le Québec ou la Norvège ont connu une expansion du service public relayant, bien souvent, l'action pionnière des associations. Ce type d'interaction dépend, comme le montre le chapitre suivant, des différentes conceptions de l'Etat-providence.

Mais le rôle des associations dans l'innovation sociale n'est pas qu'une histoire ancienne qui aurait eu pour seule fonction de préfigurer les politiques publiques. L'histoire récente de l'aide à domicile

renvoie aussi à ce rôle d'innovation sociale. De nombreuses nouvelles initiatives dans ce secteur – comme par exemple les entreprises d'économie sociale Québec ou les coopératives sociales en Italie – se font sur une base associative. Elles s'inscrivent dans un contexte en mutation lié, entre autres, à la montée de la précarité socio-économique de certaines couches sociales ainsi qu'aux tendances lourdes du vieillissement de la population, de la modification des familles et de l'augmentation du taux d'activité féminin.

Si les premières associations reposaient principalement sur des valeurs philanthropiques, nous assistons ici à des initiatives émanant d'une diversité d'acteurs locaux, reflétant des intérêts multiples et particulièrement enracinées dans les communautés locales. En effet, elles rassemblent des professionnels, des usagers, des acteurs de développement local, voire des représentants des pouvoirs publics locaux. Pensons au cas du Québec où des entreprises d'économie sociale se sont développées grâce à des groupes de femmes, des bénévoles, des associations de service pour faire face, dans les années 1990, aux carences des secteurs privé et public face à l'augmentation des demandes. Notons également le cas de la Belgique où des initiatives associatives, reposant sur l'implication de bénévoles et de travailleurs salariés, se sont développées ces dernières années, pour répondre à des demandes émanant d'usagers à revenus modestes non prises en charge par les services classiques d'aide à domicile (garde-malade, déplacement des personnes dépendantes, courses, petites réparations...). Le modèle des coopératives sociales italiennes dont l'une des originalités est le caractère hybride des membres (travailleurs, usagers, bénévoles) renvoie également à des « entreprises à parties prenantes multiples » [Borzaga, Mittone, 1997]. Cette diversité de parties prenantes permettrait de mieux défricher les demandes, bien souvent latentes, et serait une façon de garantir que les objectifs de l'entreprise ne puissent être réduits aux seuls intérêts d'un groupe particulier. En effet, les ressorts de l'engagement commun de cette diversité d'acteurs tiennent à la recherche de ces bénéfices collectifs déjà évoqués, en termes d'équité dans l'accès, de recherche de cohésion sociale ou d'inscription dans une perspective de développement local.

Dès leur émergence, ces initiatives récentes dans le champ de l'aide à domicile mobilisent tant des financements marchands et publics que des ressources volontaires via l'implication de bénévoles. Caractérisées généralement par une volonté de répondre à la multidimensionnalité des demandes des bénéficiaires, elles se heurtent, cependant, à une segmentation des financements publics au sein des systèmes institutionnels qui ne facilite pas leur prise en compte. Dès lors, quand elles n'ont pas été écartées des financements publics, elles ont été grandement instrumentalisées par rapport à

d'autres objectifs des politiques publiques (traitement social du chômage, compression des dépenses publiques...), ce sur quoi revient le texte sur les régulations publiques.

Si les acteurs impliqués sont divers, les associations sont porteuses d'une dynamique d'innovation, particulièrement en phase avec les réalités locales et soucieuse de prendre en compte les enjeux collectifs. Les pouvoirs publics seraient à cet égard plus limités par le caractère centralisé de leur gestion et par leur dépendance par rapport au processus politique. Quant aux entreprises privées à but lucratif, leur finalité de profit suppose que leurs initiatives se limitent aux actions sous-tendues par une espérance de gains tangibles et appropriables dans des délais raisonnables, ce qui réduit sensiblement leur champ d'action du point de vue de l'intérêt collectif.

3. UNE PLACE POUR LES ASSOCIATIONS AU-DELA DE LA PHASE D'INNOVATION ?

Les associations ont-elles un rôle permanent dans la structuration du champ de l'aide à domicile ou sont-elles amenées à disparaître une fois que les besoins sociaux ont été révélés et relayés par les pouvoirs publics ? C'est la question qui succède logiquement à la mise en évidence de leur capacité d'innovation.

Reconnaissance des enjeux collectifs et demande excédentaire

A cet égard, le relais par les pouvoirs publics, que ce soit par un financement public ou par la prestation des services eux-mêmes, dépend de la reconnaissance effective par la société des enjeux collectifs dont ils sont porteurs. Les externalités attachées à tel ou tel type de service sont-elles valorisées par les institutions publiques, l'enjeu d'un accès équitable est-il admis comme essentiel au point d'amener une intervention de l'Etat ? La contribution sur les externalités, dans ce livre, montre en quoi cette valorisation relève d'une construction sociale.

Si l'on considère que la reconnaissance institutionnelle est acquise, le financement peut être pris en charge par l'impôt. Les décisions de financement public, comme le montre la théorie du choix public, ont alors tendance à répondre aux attentes de l'électeur médian c'est-à-dire à celles valorisées socialement par la majorité de la population. Ce processus entraîne que de nombreuses demandes, pourtant porteuses d'enjeux collectifs, restent insatisfaites. Au-delà de la phase d'innovation sociale, les pouvoirs publics peuvent opter pour ne pas participer au financement de certains services estimant que ce n'est pas dans leurs priorités. La conception de l'équité ainsi que le choix dans les externalités valorisées sont nécessairement relatifs au contexte. L'Etat n'est donc pas plus que le marché une institution apte à satisfaire tous les besoins sociaux.

Face à ce double échec, on peut alors comprendre le rôle de certaines organisations sans but lucratif [Weisbrod, 1975]. Leur fonction consiste à répondre à des demandes non satisfaites par le marché

et l'Etat. Par exemple, les associations, financées par des ressources marchandes et volontaires mais ne profitant pas en revanche d'aides directes de l'Etat, tentent de répondre à des demandes insatisfaites de biens collectifs et quasi-collectifs. Le bénévolat associatif joue ici un rôle central. La contribution anglaise souligne ainsi que de nombreuses associations actives dans le champ des services à domicile reposent sur des dons et du bénévolat et sont en dehors du champ réglementaire de l'aide à domicile. En Espagne, la construction de l'Etat-providence, encore récente, explique le rôle prépondérant joué par des associations philanthropiques dans l'accueil des personnes âgées en dehors de toute subvention publique. Ce même type d'argumentation peut expliquer le rôle du bénévolat pour répondre à des demandes non entièrement satisfaites sur une base monétaire. Nous pensons en particulier au rôle important joué par des services bénévoles d'accompagnement destinés à procurer des opportunités de rencontres et de relations à des personnes dépendantes. Là encore, les situations nationales diffèrent. Les associations en Norvège ont principalement un rôle de socialisation et de lobbying, les activités de services sociaux étant du ressort des pouvoirs publics. D'autres pays sont caractérisés par une tradition de partenariat entre le secteur public et le secteur associatif.

Décentralisation d'une mission d'intérêt collectif et capital de confiance

Pour expliquer la situation de collaboration entre Etat et associations, la théorie économique standard mobilise à nouveau l'argument de la défaillance de l'Etat. Il ne s'agit plus cependant d'en appeler à des mécanismes de financement qui laisseraient dans l'ombre une partie des besoins comme avec la théorie de l'électeur médian. L'analyse se déplace vers un autre registre : en raison d'un mode de gestion bureaucratique, l'Etat serait limité pour répondre à des demandes sociales différenciées et hétérogènes. L'option la plus rationnelle consisterait dès lors à déléguer à des instances plus décentralisées le soin de remplir une telle fonction. Un autre argument, parfois plus implicite, est celui de la recherche d'une réduction des coûts pour les pouvoirs publics, soit grâce à une participation financière accrue des usagers, soit grâce à des coûts moins élevés que dans la fonction publique. Ce type de justification explique les résistances que de nombreuses analyses de cas nationaux soulignent vis-à-vis d'une place accrue du secteur associatif craignant par cette « privatisation » des services sociaux un désengagement de l'Etat. Les associations, dotées d'un capital de confiance particulier, sont, dans ce cadre, vues comme un partenaire idéal d'autant plus qu'elles ont souvent joué le rôle de pionnière dans ces services porteurs d'intérêt collectif.

Traditionnellement, le statut juridique de l'association avec sa contrainte de non-redistribution de profit est désigné pour expliquer le capital de confiance dont jouit le monde associatif. Celle-ci est, en effet, un garde-fou face aux incitations à tirer profit de l'imperfection de l'information au détriment des usagers ou des pouvoirs publics financeurs. Mais, si cet argument a été central au sein de la littérature anglo-saxonne qui traite des organisations non lucratives [Hansmann,1987], il est de plus en plus reconnu que cette condition n'est pas suffisante, voire même nécessaire pour construire une relation de confiance [Ortmann et Schlesinger, 1997]. L'absence de but lucratif

n'empêche pas les gestionnaires des associations de poursuivre des objectifs ne rencontrant pas les intérêts des bénéficiaires. Ainsi il a été montré que certaines pratiques associatives se sont accommodées de rémunérations excessives des dirigeants ou de confiscation des objectifs collectifs par des petits groupes dont le pouvoir peut favoriser des dérives considérables.

Malgré tout, le secteur associatif jouit d'un capital de confiance relativement élevé par rapport à des services d'intérêt collectif. Nous observons d'ailleurs que l'accès du secteur privé lucratif aux subventions publiques dans le champ de l'aide à domicile ne constitue encore que l'exception. Si la contrainte de non-redistribution des profits n'apparaît plus suffisante comme gage de confiance et de qualité, quelles sont les autres voies empruntées par le secteur associatif ?

D'abord, l'implication des parties prenantes généralement extérieures dans la conception et la coproduction des services (usagers et leur entourage, aidants informels) est de plus en plus avancé comme une voie complémentaire pour bâtir la confiance par rapport à ces services qui exigent un degré de personnalisation important. Les usagers sont ainsi représentés. La participation observée de certaines institutions qui participent au financement (mutualités, pouvoirs publics locaux) au conseil d'administration des services est également un moyen de contrôle, voire un moyen d'accroître leur pouvoir d'influence, ce qui peut signifier une perte d'autonomie, voire une instrumentalisation des services. C'est ce que révèle le cas belge où les mutualités cherchent à étendre leur champ d'influence dans le domaine socio-sanitaire. Soulignons que Ben-Ner et Van Hoomissen [1991] distinguent deux dynamiques à l'origine des organisations sans but lucratif en vue de développer un environnement porteur de confiance. Certaines associations naissent à partir des parties prenantes extérieures comme les usagers qui veulent contrôler l'organisation et qui engagent des professionnels pour développer le service. C'est le cas notamment des « clubs sociaux » qui ont été fondés à l'initiative de personnes âgées en Grande-Bretagne. D'autres associations se développent à l'initiative de professionnels qui, conscients des problèmes d'informations dans ce champ, s'entourent de représentants des parties moins informées comme les usagers, pour développer leur action en phase avec leurs demandes. Ainsi, des entreprises d'économie sociale au Québec sont dotées d'instance de participation des usagers qui renforcent les liens de proximité avec les intervenants.

Ensuite, l'implication des travailleurs dans le contrôle de l'organisation, l'organisation démocratique du travail sont autant de voies pour renforcer la motivation des travailleurs et donc s'assurer de la qualité de leur engagement dans des services où il est particulièrement difficile, non seulement pour les usagers mais aussi pour les employeurs, de contrôler leurs efforts [Borzaga, 2001]. La multiplication de coopératives de travailleurs en Espagne ou en Italie peut s'expliquer

par le mode d'organisation particulièrement adapté à un service à forte intensité en travail et particulièrement complexe à évaluer. L'hypothèse faite est que les travailleurs, quand ils sont inclus parmi les propriétaires de l'organisation, sont particulièrement motivés à fournir des services de qualité. Les salariés peuvent apporter, également, une part de travail volontaire en préférant une rémunération moins élevée que dans d'autres structures parce qu'ils retirent des gratifications non monétaires de leur contribution productive. Néanmoins, cet argument est à double tranchant parce qu'il peut déboucher sur la justification d'une auto-exploitation, d'autant plus menaçante que la reconnaissance professionnelle n'est pas toujours acquise dans les champs d'activité considérés.

Enfin, la présence de bénévoles peut constituer une garantie quant aux objectifs réellement poursuivis par l'association. Lorsque les bénévoles sont membres, leurs objectifs qui ne peuvent se confondre avec la recherche de gains financiers, peuvent être identifiés, du moins pour partie, par la recherche de bénéfices collectifs. La mobilisation de telles ressources volontaires ne serait pas possible sans la valorisation d'enjeux collectifs au sein de l'organisation. En effet, l'engagement bénévole, s'il peut être motivé par un désir d'insertion sociale, peut également renvoyer à un engagement citoyen concrétisant l'adhésion à une volonté de changement social [Mossé, 1998]. Néanmoins, la question de la compatibilité du bénévolat et d'un objectif de professionnalisme des services demeure : le volontariat souffre-t-il d'amateurisme ou représente-t-il un apport dans la qualité du service en termes d'intensité relationnelle, de personnalisation des services et de confiance ?

Ces différentes modalités d'implication tant des usagers, des travailleurs que des bénévoles montrent, à nouveau, les avantages d'une organisation à parties prenantes multiples, i.e. d'une organisation dont la propriété économique est aux mains de différentes parties prenantes [Borzaga, Mittone, *op. cit.* ; Pestoff, 1995]. Ces organisations auraient un rôle privilégié dans la construction de relations de confiance entre les parties prenantes et par rapport à la production durable de bénéfices collectifs, en impliquant cette diversité d'acteurs. La question de la gestion de cette pluralité d'acteurs et d'intérêts, au-delà de la phase d'innovation, au sein de l'organisation reste cependant une interrogation centrale. Par exemple, dans le cas italien, si on observe au sein des coopératives sociales de services sociaux, une grande diversité d'acteurs à leur origine, celle-ci tend à s'atténuer au fil du temps pour se rapprocher de coopératives de travailleurs. Si l'on suit l'argumentation de Gui [1992], l'on peut dire que l'engagement d'une partie dépend du bénéfice net qu'elle retire de cette action collective, lui-même dépendant, entre autres choses, de la valeur de la transaction qu'elle y attribue, de sa fréquence et de sa durée.

Secteur privé à but lucratif et prestations de services sociaux : des logiques antagonistes ?

S'il y a encore quelques années, le champ de l'aide à domicile était réservé au secteur dit « non-marchand » (c'est-à-dire les secteurs public et associatif) dans la plupart des pays, la question de l'accès du secteur privé lucratif se pose de plus en plus fréquemment par rapport au développement de nouveaux cadres réglementaires. Citons le cas du Royaume-Uni où les réformes légales qu'a connu le champ des services sociaux ont ouvert la porte aux entreprises lucratives. Le développement de nouveaux modes de solvabilisation de la demande comme en France et au Québec, l'assurance dépendance en Allemagne, pose également la question de la place du secteur privé dans ce type de services.

Le secteur privé lucratif peut-il développer le capital de confiance nécessaire dans ce champ ? Comme le souligne la contribution anglaise, la construction d'une réputation au fil du temps est un élément central en vue du développement d'un capital de confiance et à la portée, a priori, de l'ensemble des prestataires, tant lucratifs que non lucratifs. Depuis les années 1980, le Royaume-Uni a connu la multiplication de petites entreprises qui ont acquis une bonne réputation. Ces entreprises sont aux mains de travailleurs qui, pour la plupart, ont connu une expérience professionnelle au sein des services sociaux des pouvoirs publics et étaient à la recherche d'une plus grande autonomie... Moins que le statut juridique, il semble ici que l'ancrage local, la culture professionnelle et la petite taille des entreprises suscitent la confiance des usagers. Par contre en France, les grandes entreprises privées semblent avoir des difficultés à pénétrer ce marché des services aux personnes alors que les nouveaux modes de financement, les y autorisent.

Il n'est donc pas possible de statuer simplement sur la réussite ou l'échec des entreprises privées dans ce domaine. Ce sont plutôt deux types de réflexions finales qui s'imposent suite à la comparaison internationale : l'une sur l'évolution propre aux organisations associatives, l'autre sur les rapports entre États, associations et marchés. Ces deux questions sont traitées successivement dans les deux textes conclusifs qui complètent et relativisent l'analyse menée du point de vue de la théorie économique néo-classique.

Vers l'entreprise sociale ?

par Jean-Louis Laville et Marthe Nyssens

Le regard économique a éclairé un double rôle du secteur associatif, celui d'innovation sociale dans le défrichage de demandes porteuses d'enjeux collectifs et celui de réponse structurelle à des demandes de services dotés d'une importante composante relationnelle. Certaines initiatives récentes, dans le champ de l'aide à domicile, apparaissent portées par une diversité d'acteurs – usagers, bénévoles, professionnels...- et articulent divers types de ressources économiques tant marchandes, non marchandes que non monétaires. C'est particulièrement le cas des entreprises d'économie sociale au Québec, des coopératives sociales en Italie ou encore d'initiatives associatives récentes en France ou en Belgique. Ces dynamiques renvoient au modèle de « l'entreprise sociale » tel qu'il a été repéré dans des recherches européennes. Selon celles-ci, l'entreprise sociale [Borzaga, Defourny, 2001], repose sur une initiative venant d'un groupe de citoyens qui intègre une dimension de service élargie et d'ouverture à la communauté locale tout en mettant l'accent sur un degré élevé d'autonomie et de prise de risque liées à une activité continue de production. Le terme générique d'entreprise sociale ne manifeste pas une rupture par rapport aux associations mais un infléchissement et un élargissement de leurs formes possibles. Il souligne certaines caractéristiques des dynamiques associatives contemporaines.

L'entreprise sociale apparaît comme porteuse d'une logique à la croisée des chemins [Laville, Nyssens, 2001]. Tout en développant des échanges marchands, elle se différencie d'une entreprise privée traditionnelle dans la mesure où le pouvoir ne se base pas sur la détention du capital. Elle se distingue également d'une entreprise publique bien que bénéficiant, le plus souvent, de subventions. Il s'agit donc de spécifier les processus de création et de consolidation qui lui sont propres tout en précisant en quoi elle se démarque d'associations ou de coopératives plus anciennes.

Création, services à la collectivité et parties prenantes multiples

Dans l'entreprise sociale, l'acte d'entreprendre n'est pas subordonné à l'attente d'un retour sur investissement comme c'est le cas dans une société de capitaux. La détermination des objectifs n'est pas le résultat d'une décision prise par des élus dans le cadre de la démocratie représentative comme c'est le cas dans le service public. Mais ce n'est pas non plus la poursuite des intérêts d'une catégorie homogène qui est en jeu, comme dans de nombreuses autres associations ou coopératives. L'entreprise sociale se réclame de l'intérêt général par une finalité de service à la collectivité, elle-même définie comme la recherche explicite d'externalités collectives positives et de référence à la

justice sociale. Comme il a été montré dans le texte qui est consacré à celles-ci, les externalités relèvent de la cohésion sociale, de la santé publique ou encore du développement local. Toute entreprise peut engendrer de telles externalités, mais l'originalité de l'entreprise sociale réside dans l'option en faveur de ces externalités positives et de l'équité, constitutive de l'action économique des promoteurs. Si dans l'entreprise privée, il est possible d'affirmer comme Callon [1999] que « les externalités positives découragent les investissements privés en socialisant les bénéfices », dans l'entreprise sociale elles constituent au contraire une incitation déterminante pour les créateurs de l'activité.

L'entreprise sociale se situe dans la tradition de l'associationnisme civique remontant au dix-neuvième siècle, tout en attestant d'une inflexion de celle-ci. En effet, cette dimension civique s'exprime moins par un mouvement social que par une critique en actes qui prend la forme d'une activité économique menée à partir de valeurs et de règles différentes de celles existant dans les autres services, privés et publics. L'action collective ne s'organise pas une référence au modèle du mouvement social. Le changement institutionnel visé passe moins par une structuration, plus ou moins hiérarchisée, inhérente aux expressions revendicatives voulant montrer leur capacité de mobilisation, que par une action locale qui cherche à prouver son bien-fondé par la production de services originaux du point de vue de leur conception et de leur fonctionnement. C'est donc l'une des traductions de la modification des formes d'engagement public privilégiant le changement concret et limité au détriment des grands rassemblements idéologiques.

L'activité, dans l'entreprise sociale, est moins conçue à partir d'une identité commune qu'à partir d'une réflexion et d'une gestion collectives de l'incertitude qui concourent à la définir. L'existence de structures à multiples parties prenantes, dans laquelle sont membres à la fois des usagers, des bénévoles et des travailleurs salariés [Borzaga, Mittone, 1997 ; Pestoff, 1995, pp. 152-167], est congruente avec la fourniture de services générant des bénéfices collectifs parce qu'elle aide à les cerner et à mutualiser leurs approches dans des environnements complexes.

D'où la pertinence dans ce cas d'une structure juridique admettant une pluralité des parties prenantes (usagers, salariés, bénévoles, financeurs, ...). Ce n'est pas un hasard si, suite à l'expérience pionnière des coopératives sociales italiennes, de nombreuses réformes ont été adoptées pour aller dans ce sens en Belgique, en Espagne, au Québec ou en France. Alors que les législations antérieures de l'association et de la coopérative gênaient le regroupement de ces différentes parties prenantes autour d'un objet commun, en Italie, la loi de 1991 confère un statut national aux coopératives sociales dont le but est « l'intérêt général de la communauté pour la promotion humaine et l'intégration sociale des citoyens ». Cette loi débattue durant presque une décennie avant d'être votée légitime la finalité de solidarité propre à ces entreprises. En Belgique, une loi de 1995 reconnaît des « sociétés à finalité sociale » qui « ne sont pas vouées à l'enrichissement de leurs associés ». Avec des structures comme la société anonyme à responsabilité limitée d'utilité publique en Autriche, la coopérative d'initiative sociale et la

coopérative de solidarité sociale, respectivement régies par des lois de 1999 et 1998 en Espagne et au Portugal, la coopérative sociale au Québec, ce sont des formes de légalisation d'un entrepreneuriat social qui se font jour dans d'autres pays européens. En France, la question de l'opportunité de la création d'une entreprise à but social est posée en 1999 par le ministre du Travail et un rapport de mission y est consacré [Lipietz, 2000], une loi sur les sociétés coopératives d'intérêt collectif est soumise au vote parlementaire en 2001.

Selon Sabel [1996], de nombreux partenariats locaux initiateurs d'activités économiques provoquent des tensions parce qu'il existe une contradiction entre la mobilisation des ressources requises pour le succès de chaque projet et la répartition des fruits de l'effort commun entre un nombre réduit de personnes qui contrôlent les activités ou ont l'opportunité d'y être employés. Si l'on admet cette analyse, alors une structure à multiples parties prenantes est en mesure de réduire ces tensions par une propriété s'élargissant à différentes catégories de membres impliqués tout en gardant les traits historiques des organisations d'économie sociale : constitution d'un patrimoine collectif et limites apportées à la distribution de dividendes.

La dimension de service à la collectivité rend possible la constitution d'un réseau social promoteur dont la composition variable traduit la sensibilité commune à un problème ressenti comme pressant et appelant l'action. La conception de l'activité économique part de la perception partagée par les parties prenantes impliquées de l'absence de réponse appropriée au problème qu'ils identifient. L'entrepreneur à travers lequel se réalise le projet n'est pas dans ces conditions un acteur isolé, mais plutôt un catalyseur qui s'appuie sur un collectif. Cette articulation entre service à la collectivité et réseau social porteur de projet amène à s'interroger sur les rapports entre entreprise sociale et capital social.

Activité économique et capital social

Le capital social a été appréhendé par Putnam [1993] comme « les caractéristiques des organisations sociales telles les réseaux, les normes et la confiance qui facilitent la coordination et la coopération en vue du bénéfice mutuel ». Si la définition reste très floue et polysémique, cette expression a permis néanmoins de mettre en évidence le rôle dans l'action économique de ressources, qui ne peuvent être réduites ni au capital financier ou physique, ni au capital humain. Ce capital social, synonyme de confiance mutuelle, constitue une ressource économique quand il est intégré dans le fonctionnement d'une entreprise venant ajouter ses effets aux ressources financières et humaines pour améliorer la combinaison productive. Toutes les formes d'entreprises sont le siège de politiques destinées à développer cette coopération interne. Toutefois dans l'entreprise sociale, le capital social n'est pas seulement important dans le processus productif, il participe de la détermination de la finalité productive. Alors que dans une entreprise aux mains des actionnaires, la mobilisation du capital social améliore la rentabilité du capital, dans les entreprises sociales, cette mobilisation se cristallise autour du projet parce qu'il comporte une dimension de

service à la collectivité. Le développement du capital social à l'intérieur de l'entreprise comme à l'extérieur constitue un des objectifs explicites de l'entreprise sociale.

Les entreprises sociales ont des pratiques spécifiques de mobilisation de capital social particulièrement appropriées à la régulation de certains coûts de transaction comme ceux liés à la confiance. En effet, pour contrecarrer l'apparition des comportements opportunistes liés à l'information fondamentalement imparfaite dans le champ des services à domicile, le capital social peut y participer à la consolidation de la confiance spécialement entre les usagers, leur entourage et les professionnels. De nombreuses structures fournissant des aides à domicile se donnent pour première mission de sauvegarder l'équilibre familial ; l'intervention professionnelle soulage les tensions en associant les personnes âgées et leurs familles à la définition d'un projet d'aide. La relation triangulaire entre l'association, les usagers et les salariés confère un rôle actif aux familles tout en facilitant une prise de recul par la réflexion collective incluant usagers, bénévoles et professionnels, ce qui au demeurant, ne va pas sans difficultés.

L'intégration des usagers, des bénévoles, le recours aux donations, le développement de partenariats locaux, sont, d'ailleurs, autant de pratiques rendues possibles grâce à une mobilisation du capital social qui réduisent non seulement les coûts de transactions mais les aussi les coûts de production.

Du capital social au capital civique

L'un des problèmes de Putnam [2000, pp. 18-19] est qu'il superpose à la conception du capital social comme ressource économique, une idée différente selon laquelle le capital social est étroitement relié à la vertu civique [Evers, 2001]. Or, « des contacts sociaux affectant la productivité des individus et groupes » ne sont pas assimilables à un engagement civique, ils peuvent aussi se développer dans le cadre de rapports sociaux cantonnés à des espaces privés.

Cette confusion peut être évitée si l'on dissocie le capital social, terme le plus générique qui désigne tout réseau de coopération, et le capital civique, expression plus précise réservée aux formes de coopération basées sur un engagement volontaire dans des « rapports d'association » autour desquels « peuvent se cristalliser des espaces publics autonomes » [Habermas, 1992].

La caractéristique de l'entreprise sociale ne s'arrête pas à la mobilisation d'un capital social. Par l'affirmation d'un projet collectif dans l'espace public, l'entreprise sociale transforme un capital social en capital civique qu'elle participe à créer, à accroître ou reproduire. La grande différence avec l'économie domestique, informelle, souterraine est que l'entreprise sociale ouvre des « espaces publics de proximité » au sens où elle permet que les questions relevant de la sphère privée puissent commencer à être abordées dans une sphère publique dont les formes soient respectueuses de l'intimité des personnes. Elle favorise une auto-reflexivité par la mise en débat du type de service approprié aux familles introduisant ainsi « dans le domaine discursif des aspects de la conduite sociale qui étaient auparavant intangibles ou réglés par des pratiques traditionnelles »

[Giddens, 1994, p. 120]. En cela elle revêt bien comme d'autres formes d'associationnisme « une dimension d'espace public dans les sociétés civiles » [Evers, pp. 120-121].

Les entreprises sociales qui produisent des services avec la volonté de promouvoir l'égalité d'accès et une qualité de réponse aux demandes des usagers manifestent leur capacité d'invention par l'institution d'espaces tiers qui peuvent réaliser une médiation entre professionnels prestataires et usagers. Quand ces entreprises s'appuient sur les ressources familiales, c'est pour les conforter et non pas pour entériner l'enfermement qui peut être, par exemple, celui des femmes ayant à s'occuper de leurs parents âgés. Comme Ben-Ner et Van Hoomissen [1991, pp. 519-549] l'ont noté, c'est la place des usagers qui s'avère déterminante pour constituer l'offre, que ce soit par leur initiative propre ou par l'intervention de professionnels qui sont devenus conscients des demandes insatisfaites en raison de leur immersion dans la production de services. Mais, ce qui est essentiel, c'est le dépassement des logiques fonctionnelles permettant d'aborder les services à partir du « monde vécu » des usagers pour reprendre l'expression d'Habermas. Les entreprises sociales se fondent sur les valeurs de leurs promoteurs qui doivent se confronter à celles des usagers dans leur diversité. C'est par la prise en compte de ces réalités multiformes que demande et offre peuvent s'ajuster. La pertinence des services aux yeux des usagers s'explique par le dépassement du rapport aux demandes tel qu'il s'établit dans les études de marché ou les études de besoin. Les projets arrivent ainsi à s'attaquer à un obstacle majeur pour l'essor des services qui impliquent une entrée dans l'intimité de l'utilisateur, à savoir l'incertitude informationnelle qui va au-delà de l'asymétrie informationnelle et désigne l'insécurité fondamentale ressentie par l'utilisateur. L'espace tiers de médiation par sa dimension d'espace public concourt à rendre possible une relation de confiance. Par l'attention portée à leur expression ces projets peuvent surmonter les craintes des utilisateurs de voir des intervenants s'immiscer dans leur intimité, ils contribuent de ce fait à la formalisation de demandes très hétérogènes tout en élaborant l'offre. Ils pratiquent ainsi ce qui peut être défini comme une construction conjointe de l'offre et de la demande.

La mobilisation d'un capital civique autour de ce type de projet permet, dans les services aux personnes âgées, de mieux défricher des demandes collectives bien souvent latentes. Ce qui est déterminant, c'est bien l'engagement personnel au-delà des appartenances institutionnelles car c'est la mise en relation d'ordres et de logiques habituellement séparés qui déplace les problèmes, permet de les aborder différemment, met à jour d'autres potentialités. Avant de réunir un partenariat interinstitutionnel, c'est donc le caractère autonome de l'espace public de proximité qui est décisif.

Au demeurant, l'existence d'entreprises sociales n'est pas réservée aux territoires dans lesquels il existe un capital social déjà constitué. La probabilité d'apparition est évidemment supérieure dans des régions qui se distinguent par la richesse du capital social déjà constitué, mais les entreprises sociales peuvent aussi résulter de réactions de rejet vis-à-vis de relations locales bloquées par l'emprise du clientélisme et affectées par la pauvreté. Ainsi, dans des quartiers défavorisés ou dans

des villages en voie de désertification, les entreprises sociales peuvent représenter une voie de développement difficile à emprunter parce que se heurtant à de multiples résistances mais porteuse de changements socio-économiques fondamentaux si elles ne sont pas réduites au silence par les coalitions d'intérêts notabiliaires qui leurs sont opposés.

Autrement dit, les entreprises sociales en s'appuyant sur un capital civique dans leur phase d'émergence produisent des effets qui ne sont pas seulement internes mais aussi externes puisqu'ils affectent la société. Ces effets tiennent à la construction d'espaces publics de proximité qui sont « des espaces de socialisation et d'individuation permettant l'intégration sociale des individus » [Eme, 1998]. Par leur action, les entreprises sociales stimulent des liens sociaux de type démocratique, y compris dans des milieux qui pourraient en être dépourvus en densifiant des réseaux sociaux basés sur les principes d'engagement volontaire, de liberté et d'égalité juridiques entre les membres.

La question de la consolidation

L'importance pour la société de l'entreprise sociale ne tient pas seulement au volume d'emplois créés. Elle réside dans la création de ce capital civique qui la différencie des entreprises à but lucratif dans lesquelles le capital social est instrumentalisé dans une recherche de maximisation de la rentabilité. L'originalité de l'entreprise sociale réside dans l'articulation de différentes relations économiques, marchandes (via la contribution des usagers) et non marchandes (via les subventions publiques) mais aussi réciprocaires (via cet engagement volontaire des membres dont atteste la création). En effet, la mobilisation du capital social relève d'une logique propre qui est celle de la réciprocité, c'est-à-dire de l'échange dans lequel la circulation des services ne prend sens que dans la volonté de manifester un lien social et une intercompréhension.

Mais, contrairement à ce que certains pourraient penser, l'entreprise sociale ne se cantonne pas dans le défrichage de demandes et l'innovation de services, elle est légitime pour s'installer comme prestataire permanent même quand la production d'externalités collectives peut être prise en compte par de nouvelles formes de politiques redistributives dont toutes les entreprises peuvent bénéficier.

Quelle est alors l'aptitude à inscrire dans la durée la mobilisation d'un capital civique ? La dynamique réciprocaire dans l'espace public peut-elle se prolonger, au-delà de la mobilisation initiale ? C'est la question de l'institutionnalisation de l'entreprise sociale qui est posée car elle n'est pas uniquement axée sur l'élaboration de nouvelles combinaisons entre financements publics et privés. Elle cherche à les articuler avec des ressources non monétaires qui viennent de l'implication des parties prenantes et sont un gage de confiance entre celles-ci. A cet égard, l'expérience historique des initiatives d'économie sociale confirme que si les caractéristiques de cette troisième dynamique réciprocaire sont délaissées au cours du temps, elles ont une tendance à

développer des manifestations d'isomorphisme institutionnel [Enjolras, 1996 ; Di Maggio, Powell, 1993] : au fil du temps les coopératives se sont ainsi rapprochées des autres entreprises de l'économie marchande et les mutuelles sont devenues des quasi-administrations publiques par leur intégration dans le système de protection sociale. Cette trajectoire traduit en grande partie une inflexion ou une disparition de leur mission initiale. Comme les formes antérieures d'économie sociale, les entreprises sociales peuvent être sujettes à des comportements opportunistes qui conduisent à l'effritement du capital civique ; leur occurrence est d'autant plus probable que la gestion d'une entreprise sociale la soumet aux contingences issues de son immersion dans l'économie marchande et que la teneur de ses interactions avec les politiques publiques peut la rendre dépendante des financements issus de la redistribution.

La tension entre le maintien du capital civique engendré par la structure à parties prenantes multiples et l'isomorphisme institutionnel est caractéristique de la consolidation de l'entreprise sociale. Le devenir dépend donc des modes de régulation interne adoptés, mais aussi des normes institutionnelles dans lesquelles elle mène son activité.

L'interrogation fondamentale concerne la coexistence entre prestataires privés, publics et associatifs dans ce champ et leurs interactions avec les politiques publiques. Les modes de régulation vont-ils favoriser une uniformisation des initiatives qu'elles soient publiques, privées lucratives ou associatives autour des règles et des pratiques imposées par les acteurs dominants, réduisant au minimum la latitude des services pour explorer de nouvelles solutions ? Vont-ils instrumentaliser les initiatives suivant les objectifs privilégiés par les politiques publiques que ce soit en termes de compression des dépenses publiques ou d'insertion des travailleurs précarisés par exemple dans le cadre des politiques actives ? Ou au contraire, les régulations vont-elles reconnaître la place spécifique de ces entreprises sociales ? Ces interrogations sont au cœur du dernier chapitre.

États-providence et services sociaux

par Jean-Louis Laville et Marthe Nyssens

Avec le mouvement de globalisation, les États-providence sont soumis à une injonction contradictoire. Pressés de contenir les dépenses sociales pour ne pas grever la compétitivité des entreprises et continuer à attirer des capitaux sur un marché international concurrentiel, ils sont par ailleurs appelés à financer un nombre croissant d'inactifs. En effet, au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée de vie s'ajoutent le chômage et le raccourcissement du temps de vie consacré au travail pesant sur les coûts de soins et de santé comme sur le volume des retraites. Face à ces pressions, les États-providence ont été sommés de se renouveler ou de s'effacer et leur « crise » a été déclinée sur tous les tons [Merrien., 2000]. En résulte-t-il un « tournant néo-libéral » comme le dit Jobert [1996] ? Passe-t-on, comme l'avance Jessop [1994] d'un modèle « keynésien de welfare », recherchant la croissance conjuguée de l'économique et du social, à un modèle « libéral schumpeterien », subordonnant le social aux impératifs de l'économie productive ? Au contraire, comme le prétend Pierson [1994] malgré les discours de remises en cause radicales, les réformes sont-elles en réalité rares et limitées ? En somme, le déclin annoncé de l'État social est-il confirmé ou infirmé empiriquement ? Ce texte a pour objet d'alimenter la réflexion sur ces questions en reprenant les principales évolutions constatées dans le champ de l'aide aux personnes âgées.

Pour ce faire, il applique à ce champ d'activités économiques une perspective qui a déjà été largement développée [Laville, 1997, 1998]. Considérant que les services aux personnes âgées ont des implications en termes de bénéfices collectifs et de justice sociale qui appellent une prise en compte de la part des pouvoirs publics, il s'agit d'étudier leur encastrement politique. Si l'on retient le terme d'encastrement, c'est qu'il ne suffit pas d'analyser la contingence institutionnelle à laquelle les politiques soumettraient les initiatives. La construction de ces services émane plutôt d'un processus d'interdépendance entre initiatives locales et politiques publiques. Les choix qu'expriment les pouvoirs publics sont tributaires dans chaque État-providence de « l'empreinte des origines » [Merrien, 1990], et des représentations dominantes au sein des élites, mais ils sont aussi liés à la configuration des initiatives émanant des familles, de travailleurs sociaux et depuis peu, d'entreprises privées, ce qui constitue indéniablement une nouveauté. C'est une restitution des modalités de construction des services, sous l'effet de ces influences croisées, qui peut aider à saisir l'ampleur des changements contemporains et à se prononcer sur le devenir de l'État social dans ce champ. Sans traiter de l'ensemble des services aux personnes en Europe, pour

lesquels des données sont disponibles par ailleurs [Laville, 2000, 2001], il importe de synthétiser les principaux apports des études nationales pour mettre en évidence les enjeux tels qu'ils se dégagent à l'examen de l'encastrement politique des activités d'aide aux personnes âgées.

1. ASSOCIATIONS, ÉTATS-PROVIDENCE ET SERVICES SOCIAUX

L'« externalisation » des services aux personnes âgées, c'est-à-dire leur sortie de la sphère domestique est initiée par des dynamiques associationnistes. Le lent processus de reconnaissance du travail féminin de proximité, auparavant « invisible » socialement, passe dans tous les pays par la constitution d'initiatives associatives qu'elles soient philanthropiques ou d'entraide mutuelle, laïques ou confessionnelles. C'est par la médiation associative que les services aux personnes âgées sont intégrés aux programmes de l'État-providence et aucun pays ne fait exception. Cette prise en charge manifeste une « démarchandisation », selon l'expression d'Esping-Andersen [1990], puisque ces services sociaux sont par définition considérés comme n'étant pas du ressort du marché.

Grâce aux ressources publiques, ce sont à la fois des femmes qui peuvent accéder aux protections liées à la condition salariale en réalisant des prestations de soins aux personnes et les usagers concernés qui peuvent s'émanciper de la dépendance vis-à-vis des solidarités de proximité liées aux réseaux de la famille et du voisinage. L'État établit des règles concernant les professions des salariés et les modalités de prestations. C'est par le biais de la démocratie représentative que sont édictées nationalement les normes régissant les aides et elles s'appliquent uniformément sur l'ensemble du territoire, ce qui restreint la prise en compte des professionnels comme des usagers dans la conception des services.

Par ailleurs, cette institutionnalisation basée sur l'instauration d'un financement public n'est pas identique dans tous les pays, son ampleur dépend du degré de « défamilialisation », c'est-à-dire de collectivisation des responsabilités liées à la famille [Orloff, 1993, pp. 303-328]. C'est pourquoi, au total, les pays peuvent être appréhendés à partir de la typologie des États-providence proposée par Esping-Andersen basée sur le critère de démarchandisation, infléchie par l'apport de la critique féministe [O'Connor, 1993 ; Hernes, 1987 ; Lewis, 1992] centrée sur le degré de défamilialisation. En croisant ces deux critères, deux configurations contrastent nettement. Dans les pays à *régime universaliste* d'État-providence, le service public est considéré comme responsable de l'organisation des services sociaux et il a pour mission de soulager les familles en leur conférant des droits à prestations. Les associations émettent des revendications mais ne se posent pas en producteurs permanents de services. A l'autre extrême, dans les pays à *régime dual*, les services publics sont quasi-inexistants et les services associatifs ne sont financés publiquement que sur des bases clientélistes. La famille

reste de loin le prestataire principal des services de soins. Entre les deux, dans un modèle intermédiaire correspondant au *régime corporatiste*, les services sont une préoccupation secondaire dans la structuration des États-providence. Leur implantation n'est que progressive et les services associatifs restent longtemps prestataires, tout en faisant l'objet d'une régulation tutélaire de la part de pouvoirs publics locaux ou nationaux, dans le sens où la production de services est financée et encadrée par la puissance publique agissant ainsi comme « tutrice » du consommateur.

La Norvège est représentative du régime universaliste. Le développement important de l'aide à domicile, à partir de 1970, s'est appuyé sur un système de financement national, qui rétribue les collectivités locales en fonction de leurs efforts dans le domaine. C'est le cas également de la Suède, un pays de référence en la matière. Sur ce plan, depuis les années 1950, « les services sociaux et de bien-être ont été fortement dominés par le monopole public. D'autres producteurs de services sociaux se sont graduellement retirés de ce domaine, ou bien ont été absorbés par le monopole public » [Lorendahl, 1997, pp. 51]. Le régime universaliste des pays scandinaves implique un recours étendu à l'État comme organisateur du social. Il se traduit dans les services sociaux par une « collectivisation des besoins » [Leira, 1992] Les associations dans ce cadre jouent un rôle de pression sociale en permettant l'expression de ces « besoins » et en privilégiant comme objectifs l'intégration sociale et l'égalité entre les sexes. Elles vont mobiliser des réseaux afin d'inciter à la création des prestations délivrées par le service public. Le modèle viennois de municipalité-providence, en réaction à l'approche subsidiaire dominant dans le reste de l'Autriche, s'est lui aussi ancré sur le principe socio-démocrate d'ouverture de droits à services pour l'ensemble des personnes âgées du territoire.

A l'inverse, le faible degré de développement de l'Etat-providence est caractéristique du régime dual. L'Espagne en témoigne, comme d'autres pays d'Europe du Sud à tel point qu'il a pu être qualifié de méditerranéen, mais on peut aussi y rattacher le Québec d'avant 1960, alors marqué par l'influence de l'Église catholique. Polarité sur les transferts monétaires, ce système délaisse les services et confère des protections aux personnes bien intégrées sur le marché du travail au détriment des groupes enfermés dans la précarité, l'économie souterraine ou informelle : « l'accès aux droits n'y est ni universel, ni inégalitaire mais fonctionne au contraire sur la base de connaissances personnelles, de sélection et de patronage » [Ferrara, 1996]. Ainsi, en Espagne, avant 1988, l'absence de coordination centralisée a généré de fortes inégalités en termes de ressources non seulement entre régions mais aussi entre provinces et communes.

Dans le régime corporatiste, en Allemagne et en France, les associations vont occuper une position de pionnières sur les services en défrichant des demandes sociales émergentes. Elles seront ensuite intégrées au service public ou maintenues dans le cadre associatif tout en étant encadrées par l'État. Les associations gardent une place importante de prestataires de services,

mais sont l'objet d'une régulation tutélaire de la part des pouvoirs publics. En Belgique et en France, les pouvoirs publics élaborent des cadres réglementaires et financiers pour promouvoir l'aide à domicile. Cela se fait principalement en dégagant des fonds qui sont alloués à des professionnelles dont les attributions sont édictées précisément. Ce sont d'abord les aides familiales pour la Belgique ou les travailleuses familiales pour la France qui soutiennent temporairement les familles dans des moments difficiles. Puis, en France, le métier d'aide ménagère émerge alors qu'en Belgique les services « classiques » d'aide s'élargissent aux personnes âgées avec la création d'un statut d'« aide-senior » en 1965. La progression est notable, en France, par exemple. Les aides-ménagères rendent des services à plus d'un demi-million de bénéficiaires au milieu des années 1980. Pour la plupart, ce sont des associations qui emploient ce personnel. Leur organisation est « pilierisée » aussi bien en Belgique qu'en Allemagne. Autrement dit, les associations se regroupent, au niveau national, en piliers, selon leurs appartenances idéologiques et politiques. En Belgique, les trois piliers sont respectivement catholique, socialiste et pluraliste, ce dernier revendiquant sa neutralité. En Allemagne, il existe six regroupements d'œuvres de bienfaisance, trois contrôlés par les églises, un proche du mouvement ouvrier, un formé par la Croix-Rouge, enfin le dernier, qui est la fédération allemande des organismes de bienfaisance, regroupe sur les plans national et local des groupes volontaires non affiliés aux autres fédérations. Pour ce qui est des services aux personnes âgées, le Royaume-Uni présente un type de régulation qui est proche⁵². Les associations sont longtemps restées les premiers prestataires d'aide à domicile avant d'être largement relayées par des services municipaux qui vont bénéficier de plus de 90 % des dépenses réalisées pour des services non résidentiels entre les années 1960 et 1976.

Les modalités contrastées de mise en place des services dans les divers pays européens ne doivent pas occulter que la « démarchandisation », si elle est d'un poids inégal selon les degrés de « défamilialisation », a constitué le moyen considéré comme le plus approprié pendant les « Trente Glorieuses » pour développer les services sociaux. Sous l'impulsion d'actions collectives visant à résoudre, au sortir de la guerre, des problèmes sociaux considérés comme importants par ceux qui les révèlent, se produit donc un transfert partiel du travail de proximité vers des services aux personnes âgées auxquels les pouvoirs publics attribuent des moyens, tout en édictant des normes les concernant. Les avantages de ce mode d'institutionnalisation des services réside dans les acquis des salariés, même s'ils restent limités, et dans l'instauration de financements publics intégrant les bénéfices collectifs liés à

⁵². Le constat serait différent pour les services aux enfants pour lesquels le Royaume-Uni penche vers un régime libéral entérinant une vision conservatrice de la famille attachée à « renforcer la maternité à plein temps afin de restaurer la stabilité familiale » [Lewis, 1992] et décourageant l'activité professionnelle des femmes, entre autres par la pénurie de services contre laquelle essaie de réagir la politique de la « troisième voie » menée par le gouvernement Blair. De même, pour ce qui est des services aux enfants, le régime corporatiste connaît deux variantes, l'une plus égalitariste en Belgique et en France qui se donne comme priorité l'institutionnalisation d'une offre de services non marchands, l'autre plus familialiste en Allemagne qui privilégie l'attribution de moyens financiers aux femmes pour qu'elles puissent mieux assumer leur rôle domestique.

ces services, entre autres le souci de justice sociale, puisqu'ils sont modulés selon les ressources des ayants droit. Dans deux régimes d'État-providence, universel et corporatiste, il en résulte un essor de ces services. Dans le premier, les demandes exprimées par les associations sont relayées par le service public qui devient prestataire, dans le second, les associations fournissent les services, mais leur activité est contrôlée et financée par les pouvoirs publics. Dans les deux cas, les articulations entre associations et pouvoirs publics permettent néanmoins de dépasser les insuffisances des initiatives originelles, à savoir le particularisme, lié à la préférence pour certains groupes, le paternalisme, lié à ce que l'aide apportée ne relève pas d'un droit, l'amateurisme et l'absence de continuité liée à la volatilité du bénévolat [Salamon, 1990]. Par contre, dans le régime dual, le caractère embryonnaire de l'État-providence limite le développement des services aux personnes âgées et ce sont les femmes qui continuent à en assumer la responsabilité au sein de la famille, les associations n'ayant qu'un rôle subsidiaire.

2. TRAITEMENT SOCIAL DU CHOMAGE ET REGULATION D'INSERTION

Au milieu des années 1980, on assiste à un changement de décor. Les dépenses sociales de l'État-providence ne font plus l'unanimité et le chômage augmente. Des stratégies publiques sont mises en oeuvre pour concilier création d'emplois et maîtrise des coûts sociaux. C'est l'époque où le problème du financement de l'État social conduit à préconiser l'adoption de politiques nouvelles, à mi-chemin entre les politiques sociales traditionnelles et les politiques d'emploi. C'est l'apparition du traitement social du chômage qui a pour ambition de contribuer à satisfaire de « nouvelles demandes » [Greffé, 1990] en faisant accéder des chômeurs à des emplois transitoires ou occasionnels.

L'activité économique est abordée comme un moyen au service de l'insertion. Il s'agit pour l'État de financer des créations d'emplois dans des domaines « d'intérêt collectif » [Simonin, 1994] qui sont laissés en friche par le marché et par les interventions publiques traditionnelles. Le financement public n'est plus indexé sur le respect de règles régissant les services mais sur le recrutement de chômeurs. Cette nouvelle forme de redistribution est censée endiguer le chômage. Elle présente toutefois plusieurs limites. Les publics susceptibles d'être embauchés correspondent à des catégories particulièrement défavorisées. Les activités ne doivent pas être concurrentielles et ne peuvent être mises en oeuvre que dans des établissements du secteur public, des collectivités locales ou des associations sans but lucratif. Les associations sont donc mobilisées pour mettre en oeuvre le traitement social du chômage, d'autant plus que leurs sources précédentes de financement se tarissent.

Mais, de même que la régulation tutélaire ne s'est pas diffusée partout, cette régulation d'insertion ne se répand pas dans les pays européens avec la même intensité. Les pays

scandinaves ne sont guère touchés, ce qui peut s'expliquer, du moins en partie, par la plus longue résistance à la montée du chômage attribuable à l'ampleur des politiques préventives d'emploi implantées dans les sociales-démocraties. La régulation d'insertion s'est en fait imposée dans des pays, qui ont adopté des politiques d'emploi plus modestes que dans le régime universaliste. Ne pouvant rassembler les ressources pour promouvoir une négociation de grande ampleur entre partenaires sociaux, ils ont opté pour l'implantation de programmes massifs voulant coupler remise au travail des chômeurs et réponse à de nouvelles demandes sociales. Les pays relevant d'un régime corporatiste s'y sont engagés dès les années 1980, les pays à régime dual plus tardivement.

Cette régulation d'insertion ne s'est installée que de façon temporaire en Grande-Bretagne où les services à domicile ont profité des fonds dégagés par le gouvernement central dans le cadre de ses programmes de création d'emploi et de formation professionnelle, mais avec pour contrecoup une forte sensibilité à la restriction de ces budgets dès la fin des années 1980. C'est dans d'autres pays, relevant d'un régime corporatiste, comme l'Allemagne, la Belgique et la France que cette régulation joue le rôle le plus durable, à travers des programmes massifs comme les ABM (*Arbeits Beschaffung Massnahmen*) en Allemagne, les CES (contrats emploi-solidarité) en France ou les PRC (programmes de résorption du chômage) en Belgique. On assiste alors à un double mouvement : le rationnement des financements antérieurement affectés aux services sociaux d'une part le soutien à la création d'emplois et à l'insertion dans les services non marchands d'autre part. Les associations intermédiaires en France comme les agences locales pour l'emploi en Belgique sont, quant à elles, initiées pour enrayer l'exclusion en proposant à des chômeurs des emplois occasionnels ne dépassant pas un seuil mensuel horaire et les autorisant à garder pour cette raison leurs droits aux allocations chômage. Que ce soit pour maintenir des services anciens ou pour générer de nouveaux services, les associations sont donc amenées à opter pour les financements liés au traitement social du chômage.

Cette inflexion est renforcée par une remise en cause de la régulation tutélaire qui prévalait dans ces pays. Les autorités considèrent que son coût est trop élevé. La demande de services ayant tendance à augmenter régulièrement, ils accueillent d'autant plus facilement les suggestions susceptibles de favoriser la création d'emplois pour des chômeurs. Cependant, les effets pervers de la régulation d'insertion ne tardent pas à se faire sentir à leur tour. Étant occasionnels ou temporaires, les emplois ne sont guère propices à une professionnalisation progressive des intervenants et ils contribuent à déstabiliser le secteur en assimilant les tâches qui y sont effectuées à des « petits boulots » [Eme, Laville, 1998]. De plus, la régulation d'insertion ne succède pas à la régulation tutélaire, elle s'y superpose conduisant à des formes de concurrence par les prix qui laissent peu de place à une recherche de qualité.

Dans les pays relevant du régime corporatiste, ensuite rejoints par le pays à régime dual, l'État-providence s'assigne, dans les années 1980, une fonction d'insertion tout en avouant qu'en la matière, il ne peut agir seul. Le rôle indispensable des associations est ainsi reconnu mais il est lié à leur instrumentalisation au profit du traitement social du chômage, entretenant un malaise grandissant dans des associations qui voient leur logique de projet être rabattue sur une logique de programme.

3. LE PASSAGE A UNE REGULATION CONCURRENTIELLE SUBVENTIONNEE

Les limites de la régulation d'insertion dans les pays à régime corporatiste qui l'avaient adopté ont conduit à la recherche d'un autre levier de développement de ces services. C'est l'entrée en vigueur d'une régulation concurrentielle dans laquelle des prestataires de nature différente (public, associatif et privé lucratif) sont mis en concurrence. Une part de financement est attribuée à la demande et non plus à l'offre. Ce ne sont plus uniquement les structures comme dans la régulation tutélaire, ni les publics recrutés, comme dans la régulation d'insertion, qui sont subventionnés mais les consommateurs. Quant aux ressources qui continuent à être dirigées vers l'offre par les pouvoirs publics, elles empruntent moins la forme de subventions que de contrats. En France, ce sont des allocations ou des exonérations de charges sociales et fiscales qui sont allouées. A travers ces différentes aides accordées aux ménages c'est la création d'emplois qui est mise en avant pour elle-même sans préjuger de son impact en termes d'insertion. En 1991, le programme des emplois familiaux porte sur un crédit d'impôt accordé à tous les foyers imposables, créateurs d'emplois à leur domicile. Il est complété en 1993 par le chèque-emploi-service qui est un outil de simplification administrative destiné à faciliter les transactions dans le rapport de gré à gré entre employeurs et salariés. En Allemagne, l'assurance dépendance est instaurée et 700.000 personnes sont concernées par les soins à domicile, la prestation pouvant être fournie en nature ou en numéraire. Ce dispositif entraîne l'émergence d'un véritable marché des soins médicaux, avec l'entrée de nouveaux prestataires privés à côté des grandes associations en position dominante.

Avec l'aide directe aux consommateurs, c'est le monopole des secteurs associatif et public qui est remis en cause puisque les services aux personnes âgées s'ouvrent à des entreprises commerciales. Cette marchandisation des services sociaux, a constitué partout une rupture par rapport à la « démarchandisation » antérieure. Néanmoins, elle ne s'est pas imposée à l'ensemble de l'Europe et de l'Amérique. Elle a peu concerné les pays à régime universaliste où les rares essais sont étroitement cantonnés, sinon arrêtés. La Norvège, par exemple, supprime en 1992 l'allocation pour aide-ménagère versée aux consommateurs pour réallouer les sommes économisées aux services publics locaux. Au sein des pays scandinaves, le fort ancrage du modèle de la prestation publique dans la conception des services n'est que marginalement entamé. Dans ces pays à forte tradition social-démocrate, la possibilité de

réaliser des bénéfices financiers dans les services sociaux fait l'objet d'un rejet culturel [Badelt, 1997]. Même au Québec, bien que récents, l'attachement populaire à des services universalistes et la forte représentation syndicale du personnel des services sociaux confèrent un aspect controversé dans l'opinion publique à toute évolution vers le marché. L'impact de la régulation concurrentielle a également été limité dans un pays à régime dual comme l'Espagne où des expériences, notamment celle du « chèque personne âgée » ou de « l'allocation résidence », ont été tentées mais sont restées modestes.

En fait, les pays emblématiques du passage à la régulation concurrentielle sont les pays qui ont hérité d'une conception libérale de l'État-providence, dans laquelle l'intervention publique reste subsidiaire par rapport au mode d'allocation principal des ressources qu'est le marché. Même s'ils ne sont pas cités dans les études de cas nationales qui précèdent, les États-Unis sont emblématiques à cet égard. C'est d'ailleurs dans ce pays que s'est forgée l'expression de marchandisation des services sociaux [Salamon, 1990]. Elle résulte d'un désengagement de l'État fédéral dont les dépenses sociales ont décliné de 30 % entre 1977 et 1982, chute qui entraîne une hausse des paiements de services par les consommateurs eux-mêmes de 93 % entre 1977 et 1989, avec une augmentation du rôle des entreprises à but lucratif qui créent 48 % des services sociaux entre 1977 et 1987 [Enjolras, 1995, p. 7].

Le pays qui est allé le plus loin en Europe en faveur d'une régulation concurrentielle est le Royaume-Uni. Mais, comme nous l'avons indiqué dans les services aux personnes âgées, la prestation par le service public local généralisée dans les services aux personnes âgées avait atténué l'approche libérale prégnante dans d'autres champs comme les services de garde d'enfants ; ce qui avait amené le Royaume-Uni à se rapprocher de pays à régime corporatiste comme l'Allemagne ou la France. La marchandisation va donc s'opérer moins par un retrait brutal de l'État comme aux États-Unis que par des changements cumulatifs dans les modes de financement publics. Des subventions aux consommateurs sont introduites dès la seconde partie des années 1970 dans le domaine des services résidentiels qui représentent un financement massif ouvert aux entreprises privées à but lucratif. Des réformes de grande ampleur sont mises en œuvre, surtout à partir de 1993 pour remettre en cause la prééminence des services publics et leur substituer des services fournis par le « secteur indépendant ». Cette terminologie est révélatrice parce qu'elle agrège, dans la notion de secteur indépendant, les entreprises à but lucratif et les associations pour les opposer au secteur public. Il s'agit de valoriser les prestataires définis comme privés, quel que soit leur statut juridique, au détriment des prestataires publics. 85 % au moins des fonds alloués par les collectivités locales doivent être attribués à ce secteur indépendant sous peine d'amende ou de réduction des subventions nationales à venir. Cette exigence a engendré la création de fédérations formellement autonomes, mais en fait contrôlées par les responsables publics. Leur statut sans but lucratif a permis de les intégrer au secteur « indépendant » et de leur ouvrir droit à financement. En

effet, la “National Health Service and Community Care Act”, loi nationale, qui promeut les réformes, met l’accent sur les fonctions d’acheteurs et d’organiseurs des services pour les autorités publiques au détriment de leur rôle antérieur de fournisseur, afin de changer l’affectation des budgets par les collectivités locales que le gouvernement central juge trop bureaucratique [Wistow et al., 1994]. Des contrats sont passés entre les pouvoirs publics locaux et différents types de prestataires qui entrent en concurrence sur le territoire concerné. A ces dispositions vient s’ajouter une « directive privilégiant le choix » des consommateurs. L’objectif principal est de promouvoir et d’organiser une concurrence au niveau local dont on attend une amélioration de l’offre disponible. Ce système pariant sur les effets positifs de la concurrence, ne se réduit toutefois pas au modèle classique de marché, c’est pourquoi il a été dénommé système de « quasi-marché ».

La régulation concurrentielle est justifiée au nom d’une plus grande liberté de choix des consommateurs et d’une meilleure personnalisation des prestations. Pour ses promoteurs, elle trancherait avec la bureaucratisation liée aux régulations tutélaire ou d’insertion. Toutefois les recherches effectuées en Grande-Bretagne amènent à relativiser ces arguments [Bartlett, Le Grand, 1993 ; Knapp, Wistow, 1993]. Certes, les problèmes n’atteignent pas l’ampleur de ceux qui sont repérés aux Etats-Unis : niveaux de rémunération faibles, absentéisme et turnover élevés, fréquence des mauvais traitements, des fraudes et des vols, exclusion des services pour 70 % des Américains lourdement dépendants [Salamon, 1993, pp. 16-39 ; Enjolras, 1996]. Néanmoins, des phénomènes d’écroulement, au détriment des clientèles les moins solvables, sont aussi relevés en Grande-Bretagne [Knapp, Wistow, 1993]. En outre, “la culture du contrat” qui s’impose sur les quasi-marchés influence profondément les modes d’organisation des entités sans but lucratif. La complexité technique des contrats remet en cause la direction bénévole de ces organismes en induisant une professionnalisation dans la gestion des services. Elle amène à négliger tous les aspects qui, dans l’intervention associative, ne rentrent pas dans le cadre des prestations négociées, comme la socialisation des personnes aidées et l’action pour la défense de leurs droits [Taylor, Hoggett, 1993 ; Billis, 1993].

La nouvelle répartition des prestataires au Royaume-Uni conduit à questionner l’homogénéité du secteur privé. Les comportements, au sein des entreprises commerciales, ne peuvent tous être amalgamés. Les fonds relevant du régime de sécurité sociale, disponibles pour les services résidentiels, ont davantage favorisé l’essor de petites entreprises détenues par des professionnels venus du secteur public que l’arrivée de sociétés privées à succursales comme aux Etats-Unis. Alors que la faible capacité d’adaptation des grands groupes américains est démontrée [Hansmann, 1981 ; Goodspeed, Kenyon, 1993], les petites entreprises qui se contentent de la gestion d’un ou deux établissements font la preuve de leur pertinence au Royaume-Uni. C’est qu’elles ne sont pas mues par la recherche d’une forte rentabilisation du

capital investi. Les promoteurs combinent au fond trois objectifs : au désir d'être plus indépendant est associé celui de mieux contrôler leur travail ainsi que celui de développer une qualité des prestations basée sur une connaissance du vécu quotidien des personnes âgées. Ils acceptent, avec les financeurs de proximité qui sont associés au montage, des rendements raisonnables et privilégient la rémunération du travail et non celle du capital. Comme le suggère Kendall, dans la contribution anglaise à cet ouvrage, la taille des organisations importe plus que la forme juridique. Selon cette hypothèse, l'opposition entre secteurs lucratif et non lucratif serait moins pertinente qu'une distinction entre une économie localisée gouvernée par les objectifs de satisfaction des demandes émanant du territoire, et une économie internationalisée gouvernée par l'objectif d'optimisation du profit.

Ces constats peuvent nourrir une réflexion plus théorique sur le domaine de validité de la régulation concurrentielle. Si, au Royaume-Uni, avec le thatcherisme, elle s'impose par choix idéologique, dans les autres pays où elle progresse, son adoption est indéniablement liée à la montée d'une nouvelle demande, émanant en premier lieu des ménages bi-actifs, pour des services facilitant la vie quotidienne et allégeant la charge de l'entretien du domicile (ménage, repassage, jardinage, ...). Correspondant à des tâches techniques, ces *services ménagers* relèvent de l'ordre du matériel. Ils peuvent être prestés en l'absence des usagers. Ils se prêtent donc à une rationalisation « industrielle » que les grandes entreprises privées sont enclines à pratiquer. Mais, l'extension de telles demandes et la recherche des moyens de les satisfaire va polariser l'attention, comme le montrent certaines contributions confondant externalisation et services ménagers. Portées par des groupes sociaux relativement favorisés, elles font oublier les autres services, que l'on peut désigner comme *services aux personnes*, dont la dimension relationnelle et collective est nettement plus marquée parce qu'ils impliquent la réponse à des situations de famille et de dépendance beaucoup plus difficiles à cerner et à expliciter. La régulation concurrentielle privilégiant des considérations relatives au soutien à la consommation et à l'emploi ne pose pas de problèmes déontologiques particuliers dans les services ménagers. Par contre, elle incite à l'occultation d'un certain nombre de référents propres à l'action publique antérieure de « démarchandisation » qui sont essentiels dans les services aux personnes : l'accessibilité des services, le rôle de socialisation des individus et familles concernés, la production d'externalités positives pour la collectivité tels une plus grande disponibilité des femmes sur le marché du travail. L'exacerbation de la concurrence peut déboucher sur une baisse de la qualité des services, en l'absence de fixation de normes attestant de la fiabilité des prestataires. La régulation concurrentielle induit aussi un comptage et un contrôle des temps de prestation pour les circonscrire afin d'améliorer la compétitivité, ce qui pose la question de l'articulation avec un temps relationnel où il n'est plus seulement question de professionnalisation et de registre technique au sens de Goffman [1968] mais aussi d'empathie et d'attention.

Enfin, si la possibilité de défection au sens de Hirschman [1970] protège les consommateurs dans des services ménagers, il n'en est pas de même dans des services aux personnes pour lesquels l'offre est bien inférieure à la demande. Ils ont une dimension relationnelle très marquée : « dans une situation de rationnement des services, on voit se produire le mécanisme de la filière inversée : l'offre de services oriente les demandes et les préférences traduisent alors une adaptation réaliste à une situation de carence comme une rationalisation a posteriori de décisions antérieures » [Grefte, 1990, p. 47]. Le degré d'intimité avec les familles, l'interaction avec des relations familiales et d'entraide impliquent également des risques particuliers de dépendance psychosociologique rendant l'utilisateur captif du service en jouant sur la dimension affective. La faiblesse de certains usagers peut prêter le flanc à un gonflement des heures qui leur sont vendues. Des relations pathologiques entre prestataire et usager peuvent s'installer si une attention soutenue n'est pas portée à l'élucidation des ressorts de leur interdépendance [Croff, 1994]. La garantie des droits des usagers passe alors non par le recours à la défection, mais par les opportunités de prise de parole qui leur sont ménagées pour qu'ils participent à la conception et à l'adaptation régulière des services. Pestoff [1998] a montré que ces services aux personnes sont « durables », c'est-à-dire qu'ils supposent une relation dans la durée parce que le changement de prestataire est impossible, coûteux ou douloureux ; face à cette contingence, il souligne bien que l'atout principal dont peuvent bénéficier les usagers est l'expression de leurs avis dans l'organisation des prestations qui leur sont destinées.

4. UNE NOUVELLE REGULATION POUR UNE ECONOMIE PLURIELLE ?

Les régulations introduites dans les années 1970 ou 1980 ont voulu instrumentaliser les prestataires existants au profit de l'insertion et ont contribué à introduire de nouveaux prestataires privés pour créer un marché concurrentiel de services. Ce faisant, elles ont négligé la compréhension des logiques d'action propres à une nouvelle vague d'associations ou coopératives apparues dans tous les pays étudiés, amenant à formuler l'hypothèse d'entreprises sociales détaillée dans le texte précédent.

Ces initiatives collectives veulent promouvoir des services mixtes mobilisant aussi bien des ressources marchandes pour les services et clientèles solvables que des ressources non marchandes pour les parties non solvables des prestations et pour les bénéfices collectifs qu'elles génèrent. Leur caractéristique est non seulement de combiner ces ressources marchandes et non marchandes mais encore d'y adjoindre des ressources non monétaires à travers la participation d'usagers ou d'autres volontaires. De ce point de vue, ces services mixtes apportent une expérience particulière. Comme les services marchands, ils sont attentifs au caractère individuel des services, en cherchant à les adapter au vécu quotidien des usagers à partir de l'implication des familles et des professionnels. Leur tentative d'hybridation des

ressources est toutefois ancrée sur deux conceptions complémentaires : les services doivent être accessibles à tous les usagers sur un espace local ; les autorités publiques sont appelées à intervenir pour prendre en charge les externalités collectives puisque ces services génèrent des bénéfices pour la collectivité dépassant les bénéfices privés fournis à leurs usagers directs. La question posée à la régulation publique par les services mixtes est donc celle d'une régulation inédite, construisant un cadre approprié à des services dont la consommation est individuelle mais qui sont porteurs d'enjeux collectifs.

Par cette originalité, ces « entreprises sociales » posent une question à la régulation publique qui pendant longtemps n'a pas été entendue, les politiques publiques étant historiquement construites sur le cloisonnement entre économies marchande et non marchande, elles n'ont pu remettre en cause cette séparation que marginalement, par le biais du traitement social ou par l'importation d'un référentiel de marché dans des services auparavant « démarchandisés ». Ces démarches ont été plaquées sur un ensemble d'initiatives qui ne s'y retrouvaient pas. Cependant, après une longue ignorance mutuelle les politiques publiques commencent les adaptations législatives enregistrées dans plusieurs pays et détaillées dans le texte précédent.

En complément de ces réformes instituant des sociétés « à finalité sociale » ou des coopératives « sociales », à partir des années 1990, de nouveaux modes de régulation publique sont explorés. Trois lignes-forces peuvent être repérées dans cette recherche d'une régulation différente : le souci de la qualité incluant la professionnalisation des emplois et la reconnaissance du rôle des ressources familiales ; le soutien à l'innovation sociale ; la constitution de réseaux territorialisés de services.

Qualité, professionnalisation et engagement bénévole

Réagissant contre le fait des subventions publiques puissent être accordées sans aucun contrôle sur la nature des services aidés, certaines mesures s'efforcent d'articuler les systèmes de solvabilisation à une recherche de qualité de la prestation. Ainsi le titre-emploi-service en France peut être distribué aux salariés, par les comités d'entreprise ou les entreprises elles-mêmes, comme aux autres usagers, par les collectivités publiques, pour concourir à une prise en charge financière des services consommés. Par rapport au chèque-emploi-service et aux exonérations fiscales qui sont les deux supports privilégiés pour la régulation concurrentielle, le ticket-emploi-service favorise un élargissement des bénéficiaires potentiels et une sélection des prestataires. Il ne peut être utilisé qu'auprès d'associations ou d'entreprises agréées, l'agrément pouvant être « simple » pour les services ménagers et « qualité » pour les services à plus fort contenu relationnel. La distinction entre agréments « simple » et « qualité » entérine la différence suggérée dans le paragraphe précédent entre services ménagers et services aux personnes.

Dans des services relationnels, la qualité dépend largement de la professionnalisation des emplois, d'où l'importance d'actions destinées à améliorer les conventions collectives et le niveau de qualification des salariés, à participer au développement d'emplois qualifiés et durables. Pour ce qui est des salariés du secteur d'aide à domicile, les dispositifs de formation sont à concevoir en interaction étroite avec les situations de travail. Il importe de renforcer les possibilités d'accès aux fonds de la formation continue et d'élargir les types de formation éligibles au titre de formation professionnelle pour inclure tant l'apprentissage par tutorat que des formations qualifiantes reposant sur des réunions d'équipe, des ateliers thématiques, des formes d'échange de connaissances entre collègues. Le financement de formations innovantes est d'autant plus aisé que les fonds de la formation professionnelle ne sont pas découpés a priori en fonction des publics mais sont globalisés sur un territoire et répartis en fonction de l'analyse des besoins qui y est faite.

Cet effort de professionnalisation, enregistré dans plusieurs pays, se heurte toutefois à une conception qui reste prégnante, celle d'un travail de proximité défini comme un travail « entrepris par affection ou par sens des responsabilités envers autrui, sans en attendre de rétribution financière immédiate » [Folbre, 1997, p. 139]. Malgré les difficultés, un équilibre professionnalisation et aide à l'engagement bénévole cherche à s'établir en Norvège et en Finlande. Des aides et chèques services sont conçus pour promouvoir le statut du personnel soignant informel afin de garantir la continuité des soins et d'augmenter la liberté de choix des usagers. Contrairement à ce qui se passe avec l'offre marchande, l'objectif n'est plus de se substituer à l'entourage mais de le soulager pour arriver à une approche intégrant sa contribution. En Norvège, en sus des possibilités offertes aux parents d'être employés comme aide à domicile, des droits leur sont ouverts pour une indemnisation compensant l'abandon d'un emploi salarié nécessité par le soutien à des personnes sévèrement handicapées. Des droits sont également consentis pour des autorisations d'absence en cas de dépendance plus légère et de maintien dans l'emploi salarié mais aussi pour des droits à la retraite. Arguant du fait que l'entourage demeure le principal acteur de l'aide à la vie quotidienne, une politique voisine, est également suivie en Belgique. L'actualité d'une telle orientation n'est pas dénuée d'ambiguïtés puisqu'elle est à la confluence de la montée d'une génération intermédiaire inactive, mais valide du leitmotiv de freinage des dépenses publiques. La frontière reste ténue entre la volonté de favoriser l'engagement bénévole de la famille et le souhait d'utiliser des ressources familiales gratuites pour abaisser le coût des services.

Le refus d'activités au rabais menées avec des sous-statuts passe par l'établissement de combinaisons positives entre un travail salarié bénéficiant de garanties statutaires et un travail bénévole reconnu comme une pratique sociale chargée de signification dans une société où le temps libre augmente. Pour aller dans ce sens, certaines pistes explorées par les pouvoirs publics méritent d'être approfondies ; ce sont en particulier le *financement d'actions de*

développement et de structuration du bénévolat menées par des fédérations et réseaux d'initiative et la *reconnaissance de droits liés à l'exercice du bénévolat* comme la couverture des risques au cours de l'activité bénévole, la possibilité d'une indemnisation forfaitaire non assujettie à cotisations sociales et à impôts, pour les frais encourus par les bénévoles et la validation de l'expérience acquise dans la vie associative.

Soutien à l'innovation sociale

La promotion de l'innovation sociale est l'objectif affiché de l'appel d'offres « Dynamiques solidaires » lancé, en 2000, par le Secrétariat d'État à l'économie solidaire créé en France la même année. Il a reçu plus de deux mille réponses en quelques semaines, ce qui excède de loin les capacités budgétaires dont il disposait, soit un peu plus de 5 millions d'euros. Ce soutien national aux initiatives renforce les efforts déjà engagés par des collectivités locales dans ce domaine.

La région Nord-Pas de Calais finance, depuis 1996, l'investissement immatériel, la formation et l'aide au démarrage de projets qui ont pour double objectif de créer des emplois professionnels durables bénéficiant de contrats de droit commun d'une part, et de contribuer au renforcement de la cohésion sociale d'autre part. Pour éviter de mettre en place des activités qui n'ont pas fait l'objet d'une construction suffisante, il s'agit de financer en priorité l'investissement immatériel qui conditionne la qualité des prestations futures. L'aide au montage prend la forme d'un financement du temps que doivent y consacrer les promoteurs et de la réalisation d'études. Les démarches préalables au démarrage sont rendues nécessaires par la complexité des projets, renforcée par la pluralité des environnements dans lesquels ils s'inscrivent : socioculturel (usagers, réseaux d'entraide, ...), commercial (pour les financements marchands), institutionnel et politico-administratif (pour les financements non marchands). L'aide au démarrage disponible ensuite soutient le recrutement de cadres dirigeants qualifiés qui sont indispensables pour crédibiliser les projets et ainsi le taux de pérennisation des activités. Un tel soutien prend la forme d'un abaissement des charges salariales dont le poids est déterminant dans les problèmes de démarrage sans pour autant obliger les initiateurs à avoir recours aux mesures de traitement social du chômage. Les gestionnaires peuvent être choisis en fonction des capacités requises et non pour des opportunités venant de programmes d'aides sans rapport avec la nature de l'activité exercée.

On retrouve en Italie le souci d'articuler étroitement actions associatives et publiques pour enrichir la gamme de services disponibles pour les habitants. La région de Lombardie, par exemple, favorise l'investissement et le développement de consortiums, c'est-à-dire de regroupements formés entre des petites et moyennes entreprises de services. A ce titre, les coopératives sociales peuvent être aidées dans leurs dépenses de recherche-développement comme dans la constitution d'organisations de second niveau qui peuvent mutualiser des

démarches de formation, de promotion comme de négociation avec les pouvoirs publics et les partenaires sociaux.

Vers des réseaux territorialisés de services

Comme le montre l'existence de politiques régionales qui ont défriché des formes inédites d'intervention publique, beaucoup d'initiatives d'aide à domicile adoptent une perspective de développement territorialisé. Le modèle de l'entreprise internationale obéissant à des logiques financières qui s'est étendu aux services personnes âgées est aujourd'hui questionné par un modèle de réseaux territorialisés de services organisés autour de logiques de proximité. Cependant, la dispersion des financements ne permet pas encore de coordonner les efforts et de les faire converger sur un territoire. Pour conforter ce modèle, il convient d'envisager la constitution de fonds territorialisés de développement des initiatives locales qui puissent mutualiser différentes contributions publiques mais aussi privées. Il s'agit de sortir de la juxtaposition des actions institutionnelles et de concevoir des outils communs au service de principes clairs et affirmés publiquement. La mise en oeuvre cohérente de tels fonds peut être à l'évidence facilitée par un *dialogue social local* regroupant partenaires sociaux, élus et représentants associatifs. Il s'agit, comme au Québec, d'ouvrir un champ nouveau de négociation sur les problèmes de la cohésion sociale et de l'emploi, susceptibles de susciter une véritable mobilisation ; ce qui suppose de pouvoir redéployer un certain nombre de financements existants dans l'aide sociale, l'aide aux entreprises, la création d'emploi et la formation et de mutualiser des financements d'origine différente.

Comme il a été vu dans le cas de l'Émilie-Romagne avec l'adoption par la région des préconisations émanant des coopératives sociales, au niveau territorial il peut même s'opérer une co-construction du champ d'activités entre acteurs associatifs et responsables publics que l'on retrouve partiellement en Flandre. Dans cette région belge, au cours des années 1980, des groupes de familles se sont formés autour d'échanges d'expériences et d'interventions dans le débat public ; ces regroupements ont débouché sur une association qui a été sollicitée pour participer à l'élaboration des politiques d'aide à domicile. Cette tendance à la co-construction du champ d'activité entre acteurs associatifs et responsables publics représente une forme de gouvernance dans laquelle la complémentarité entre associations et secteur public est assumée par les deux parties. « On entre ici dans une problématique qui serait celle de la construction de districts de service » [Eme, Laville, du Tertre, 1998, p. 48] susceptibles d'intensifier les relations entre l'ensemble des acteurs du territoire.

L'émergence d'une régulation conventionnée

Toutes ces formes de régulations s'écartent d'une régulation tutélaire, où la puissance publique établit des critères intangibles à respecter, comme d'une régulation d'insertion, qui ne

retient que la capacité à dégager des postes temporaires pour les personnes en difficulté, ou d'une régulation concurrentielle, qui privilégie la mise en concurrence des prestataires. S'il est possible de les désigner comme expressions d'une *régulation conventionnée* [Du Tertre, 1999], c'est qu'elles soumettent l'attribution d'un financement public à une condition d'accord sur des règles définies à partir de ce que les différents acteurs concernés conviennent de retenir comme critères pertinents pour le développement des services. Ce sont donc, au moins de façon embryonnaire, des conventions d'évaluation qui sont adoptées et ce n'est plus le prix qui est le critère discriminant entre les offres. Elles ont pour fonction de cerner la production économique et sociale de ces services à partir de l'organisation d'un échange de points de vue afin que la régulation publique vienne conforter certains de ses attributs comme participant d'un développement territorialisé.

En s'écartant, par l'attention portée aux réseaux d'acteurs, tout autant d'une régulation tutélaire que d'une régulation concurrentielle ou d'insertion, ces voies explorées au niveau national ou régional contribuent à diversifier les modes d'action publique ; elles sont cependant fort récentes et balbutiantes pour la plupart parce qu'elles se heurtent à la prégnance de l'imaginaire de la « marchandisation », autrement dit cette tendance à « naturaliser » ou « absolutiser » le marché [Barber, 1993, pp. 388-413], propre à la modernité [Comélieu, 2000]. Or, à l'inverse de cette représentation, la réalité passée et présente des services de proximité révèle la nature plurielle des modes d'organisation socio-économique dans ce champ.

La pluralité est d'abord celle des ressources mobilisées. Les ressources marchandes proviennent de la vente des services sur le marché et représentent la contribution payée par l'utilisateur. Les ressources non marchandes sont constituées par l'ensemble des financements attribués par les pouvoirs publics que l'on peut répartir principalement en deux groupes : les subventions liées à la finalité sociale du service, c'est-à-dire permettant de le rendre accessible à tous les usagers, ou liées à l'utilité sociale du service, c'est-à-dire rémunérant les externalités collectives positives qu'il engendre ; les contributions apportées dans le cadre des politiques actives de l'emploi. Les ressources proviennent du travail non rémunéré réalisé dans la famille et de l'engagement des bénévoles qui mettent une partie de leur temps à disposition pour organiser les services.

La pluralité est ensuite celle des prestataires qui combinent différemment les ressources. Le secteur privé mobilise des ressources marchandes, dont certaines peuvent émaner de subventions à la consommation. Il s'adresse à des clientèles solvables, acquises à l'intérêt du recours payant à ces services, disposant sur ceux-ci d'informations qu'elles estiment fiables. Les différentes collectivités publiques, en plus de leur rôle prééminent dans le financement et la régulation des services collectifs et quasi-collectifs, peuvent aussi délivrer certains de ces services. Enfin, les associations ont une place non négligeable et changeante, parties de la

mobilisation de ressources bénévoles, elles ont révélé des demandes sociales et interpellé les pouvoirs publics qui les ont ensuite financées par des ressources non marchandes ; elles sont dorénavant de plus en plus confrontées à la question de l'agencement durable entre ressources marchandes, ressources non marchandes et ressources non monétaires.

La réflexion sur les modalités de coexistence et de gestion de cette pluralité de prestataires peut dès lors être proposée comme alternative à la perspective de création d'un nouveau marché. C'est le renforcement d'une économie plurielle [OCDE, 1996 ; Roustang et al., 1996 ; Aznar et al., 1997] qui peut constituer l'horizon de politiques prenant en compte à la fois les démarches privées, publiques et associatives. Ceci suppose une mutation des modes de régulation impulsés par les pouvoirs publics afin d'englober dans la conception des politiques une réflexion à la fois sur les formes de soutien à la demande et sur les modalités de structuration de l'offre. A travers l'approfondissement de l'originalité des différentes voies explorées, il s'agit de mettre en évidence la diversité des formes de services et de mettre à jour les choix de société, implicites ou explicites, qui y sont associés.

5. CONCLUSION

L'examen de la dynamique des services aux personnes âgées confirme, à notre sens, le caractère heuristique de la perspective théorique de la sociologie économique qui envisage l'encastrement politique de l'action économique dans une perspective historique. Une socio-économie des services appréhendant leur état existant à partir de leur histoire et dans une perspective internationale remet en cause l'idée, selon laquelle ces services ne pourraient générer que des « petits boulots ». La forme juridique de l'emploi, les relations professionnelles, la configuration de la relation à l'utilisateur sont décisives pour savoir si les tâches de soins peuvent ou non faire l'objet d'un travail reconnu. Il n'y a pas de fatalité en la matière et la construction institutionnelle de l'activité est déterminante. La validation des qualifications, la possibilité d'échanges structurés entre collègues, la mise en discussion du contenu des services entre prestataire et usager sont de nature à procurer une consistance à l'identité professionnelle et à accentuer la fonction intégratrice du travail ; encore faut-il que cette consolidation du champ d'activité fasse l'objet de priorités politiques, au-delà du seul objectif de création d'emploi. Si l'on reprend la trajectoire suivie par ces services, deux périodes historiques se dégagent.

Après la Seconde guerre mondiale, dans les pays scandinaves à régime universaliste, les associations ont joué un rôle de pression sociale pour la création de services publics, dans un régime corporatiste ou familialiste comme en Allemagne, Autriche, Belgique et France, les services associatifs non marchands font l'objet d'une régulation étatique tutélaire ; enfin dans le régime dual en Europe du Sud, la régulation tutélaire est limitée par la faible ampleur des

services. En dépit de la diversité des régimes d'État-providence, quelques principes transversaux ont guidé les politiques de cette période : le financement à dominante publique, le contrôle des fonds engagés par l'administration publique, la normalisation de la relation salariale avec l'établissement d'une hiérarchie entre professions et qualifications selon une nomenclature des tâches codifiant les relations à l'utilisateur [Laville, Du Tertre, 1998]. Basée sur le critère d'égalité, cette régulation présente des avantages quand la vieillesse est synonyme de pauvreté et que l'accès aux services peut relever de politiques sociales. Ces principes ont permis que la responsabilité des soins aux personnes âgées ne soit plus endossée exclusivement par les femmes au sein de la famille et que les services deviennent accessibles, y compris aux publics des plus démunis.

Si l'on reprend la distinction de Merrien [1990] entre période « normale » dans laquelle un paradigme s'impose pour penser l'intervention publique sur la société et période de « crise » dans laquelle ce paradigme est contesté, nous sommes, à cette époque, dans une période « normale ». Une période de « crise » lui succède ; l'organisation des services sociaux dans un cadre public ou par la régulation tutélaire y est remise en cause, eu égard à son coût pour la collectivité et à la position dépendante de l'utilisateur soumis à des offres sur lesquelles il ne peut guère influencer. Les pouvoirs publics, voulant s'attaquer au chômage, vont alors promouvoir une régulation d'insertion, surtout dans les pays à régime corporatiste. Dans le prolongement de ces politiques, le financement direct des consommateurs par versements de chèques, par exonérations d'impôts ou par réduction de charges sociales et l'élargissement des prestations aux services ménagers vont diversifier le répertoire de l'action publique. Ils induisent une « marchandisation » des services sociaux, accentuée par l'arrivée d'entreprises commerciales sur ce champ. Cette « marchandisation » prend le contre-pied d'une « démarchandisation » qui avait fait consensus auparavant. Le passage à une régulation concurrentielle subventionnée dans les pays à régime corporatiste et libéral signale une marchandisation partielle de ces services initiée par un État procédant par contrats avec les offreurs et/ou par subventions accordées aux consommateurs, contrastant avec la tradition de « démarchandisation » propre à ces services.

La régulation concurrentielle censée entraîner un essor du secteur, se traduit néanmoins par plusieurs effets pervers : abandon du principe d'équité dans l'accès aux services, précarisation des salariés, priorité donnée au volume d'emploi au détriment de la qualité de l'emploi et des services. Elle se retrouve en outre en décalage face à une dynamique associationniste qui va se réaffirmer alors même que les associations plus anciennes éprouvent des difficultés d'adaptation. Les acteurs associatifs ont été marginalisés, au moins jusqu'aux années 1980, par la faiblesse de leurs moyens, leur distance avec les réseaux notabiliaires, leur décalage dans le mode de définition de la réalité économique, leur volonté atypique de concilier action économique et finalités socio-politiques. Cependant, dans les années 1990, des politiques

publiques différentes esquissent les voies d'une régulation conventionnée, soumettant l'attribution d'un financement public au respect de règles co-définies avec les parties prenantes des services. D'autres formes de régulation publique vont chercher à dépasser les limites de la régulation concurrentielle et à prendre acte de la complexité de l'économie plurielle dans ce champ. Elles reposent sur la modulation des financements selon les types de services, la mutualisation territoriale des actions publiques et associatives, l'encouragement à la qualité par la professionnalisation et la structuration de l'engagement volontaire. Ainsi, la meilleure connaissance des interdépendances entre intervention publique et offre de services peut élargir le champ des possibles et éviter de la cantonner dans le choix entre étatisation et marchandisation.

Dans la période « de crise » contemporaine, l'épuisement des modes d'action publique antérieurs incite à la recherche de nouveaux paradigmes. Elle témoigne à la fois de l'effet de contrainte généré par les interventions socio-politiques antérieures et les réorientations envisagées à travers de multiples échanges entre responsables de l'action publique et réseaux externes, que ce soit par le recours aux experts ou la réflexion sur des expérimentations.

La comparaison internationale amène à mettre l'accent sur des cohérences nationales, héritées de l'histoire. Les configurations actuelles combinent toutefois cette logique "sociétale" avec des échanges internationaux de plus en plus influents sur la modélisation des régulations nationales et sur l'élaboration de régulations régionales et locales. En définitive, l'avènement d'un nouveau paradigme sociétal pour des politiques publiques obligées de traiter des problèmes à la fois économiques et sociaux constitue l'une des questions majeures soulevées par les services aux personnes âgées. La teneur de ce paradigme et son édification apparaissent d'abord liées aux jugements, aux intérêts et aux idéologies des principaux responsables des politiques publiques dans ce domaine, à leurs modalités d'interventions précédentes et aux modes de sélection des expertises et des expériences sur lesquelles ils s'appuient ; elles apparaissent ensuite liées à l'ampleur du débat suscité par ces services, qui peut être soit cantonné dans les cercles spécialisés de « décideurs » soit élargi à d'autres interlocuteurs qui peuvent l'influencer et lui donner une résonance décuplée s'ils s'y impliquent. En l'occurrence, les responsables associatifs et coopératifs ont été en première ligne pour amorcer une réflexion plus ouverte sur la place des personnes âgées dans la cité et la nature des services qui leur sont destinés.

Il ressort en tout cas de la comparaison internationale, deux enseignements qui se démarquent des idées reçues sur les changements dans les services sociaux. Pour ce qui est des associations, l'idée selon laquelle elles favoriseraient un retrait de l'État qui est parfois avancée [Latouche, 2001] n'est pas confirmée par les données empiriques. Au contraire, dans les années de déstabilisation des formes d'intervention de l'État-providence, ce sont les associations qui ont largement œuvré à ce que des critères de qualité et d'externalité soient

pris en compte dans la régulation publique alors que les entreprises commerciales profiteraient de l'instauration d'une régulation concurrentielle.

Pour ce qui est de l'État-providence, dans les pays étudiés, il n'est pas possible de parler de désengagement de l'État en ce qui concerne le financement. A partir des années 1980, la croissance des dépenses publiques se poursuit. Plus que de désengagement de l'État, il convient donc de parler de changements dans les régulations publiques manifestant en particulier une crise de l'État tutélaire [Jobert, 1998, p. 136]. Les sommes consacrées aux services n'ont pas diminué, mais leurs modes d'allocation ont été fortement modifiés ; d'où le caractère décisif des formes de régulation. Les types de régulation mise en œuvre sont différenciées suivant les cas nationaux et évoluent dans le temps selon le poids accordé à différentes externalités.

L'analyse a montré que les services d'aide à domicile sont des services quasi-collectifs puisque qu'ils engendrent non seulement des bénéfices individuels pour les usagers mais aussi des bénéfices collectifs. L'équité dans l'accès est également au cœur de la structuration de ce champ. Les formes du financement public sont à distinguer selon les bénéfices collectifs visés. Ainsi, l'accès des femmes au marché du travail est valorisé différemment dans des pays comme l'Espagne, l'Italie ou la Norvège. Dans ces différents contextes, la participation publique au financement des services favorisant cet accès est très variable. La création de l'assurance – dépendance en Allemagne peut être également analysée comme la reconnaissance par la collectivité publique d'un risque lié à la dépendance, ce qui n'a pas encore été admis dans d'autres pays.

Les politiques de financement public sont l'expression de choix entre des objectifs qui peuvent être contradictoires : l'exigence de professionnalisation peut s'opposer à l'emploi de personnes en insertion, la rotation des travailleurs via des politiques actives peut rentrer en contradiction avec la structuration durable d'un service. Ces éléments entraînent qu'une hiérarchisation de fait peut s'établir lors du choix des modalités de subventionnement.

Les enjeux d'équité, de cohésion sociale ou de développement local justifient des apports financiers structurels non assortis de conditions particulières quant au profil des travailleurs. Ces services contribuent au renforcement de la « cohésion sociale » (l'isolement des personnes dépendantes est moindre, la prévention est renforcée), à une réduction des dépenses de la sécurité sociale (par une réduction des coûts liés à l'hospitalisation) ou encore à une amélioration du fonctionnement du marché du travail (en favorisant une plus grande disponibilité de l'entourage des personnes dépendantes). Les bénéfices collectifs ne peuvent être donc réduits à la seule création d'emplois.

Bibliographie

Quatrième de couverture

Les services sociaux entre associations, Etat et marché

L'aide aux personnes âgées

Les responsables publics et privés attendent de l'essor des services de proximité une perspective nouvelle d'activité et de création d'emploi. Cependant ces services, dont les services aux personnes âgées constituent un exemple emblématique, soulèvent des problèmes inédits qui touchent non seulement à la question décisive de l'emploi mais aussi aux rapports entre les générations et entre les sexes comme à l'articulation entre État et société. Les services aux personnes âgées constituent un défi tant par leur fort contenu relationnel et leur intrication avec le domaine privé que par leur dimension collective. Le patrimoine accumulé dans les expériences existantes, peut-il être mobilisé dans la construction de services qui soient individualisés tout en favorisant une culture du vivre ensemble ?

L'objectif de cet ouvrage est d'aborder ces questions, à partir des données issues d'une comparaison internationale. Dans chacun des neuf pays étudiés, le champ des services est envisagé comme une construction sociale résultant des interactions entre pouvoirs publics et initiatives d'acteurs sociaux diversifiés (militants associatifs, travailleurs sociaux, usagers, entrepreneurs...) et c'est l'histoire de leurs relations qui est retracée. Une question centrale traverse l'ouvrage : celle du rôle des associations dans un paysage évolutif où sont apparus récemment de nouveaux acteurs privés.

Au total, ce tour d'horizon international permet de remettre en cause bien des idées reçues sur l'avenir de l'État social, et sur les places respectives du marché et des associations. Une telle synthèse, disponible pour la première fois, constitue une source d'information irremplaçable pour toutes les personnes concernées par un secteur d'activités qui va connaître une véritable explosion pour des raisons socio-démographiques évidentes.

Cet ouvrage est coordonné par Jean-Louis Laville, sociologue au Centre national de la Recherche scientifique à Paris et Marthe Nyssens, professeur d'économie à l'Université catholique de Louvain.

Ont collaboré à cet ouvrage dans le cadre d'un groupe de travail international du CIRIEC :
Rafael Chaves, Bernard Enjolras, Laurent Fraise, Bruno Gilain, Laurent Gardin, Jacques Gautrat, Marie-France Gounouf, Christian Jetté, Jeremy Kendall, Thomas Klie, Antonia Sajardo-Moreno, Peter Ulrich Lehner, Yves Vaillancourt