

Innovation sociale et genre : Le cas des services de gardes-malades en Wallonie

Florence DEGAVRE (Fopes, UCL)
Marthe NYSENS (Ires, Cerisis, UCL)
Leïla OULHAJ (Cerisis, UCL)

Résumé

Dans notre article, nous essayons de dégager les différentes conditions qui ont permis l'émergence d'une innovation sociale dans l'aide à domicile. Nous mobilisons plusieurs champs théoriques qui nous permettent d'en étudier à la fois les financements, les acteurs-trices et la place dans les activités socio-économiques aux principes non strictement marchands.

1. INTRODUCTION

Nous avons présenté dans des travaux antérieurs l'évolution du secteur de l'aide à domicile durant les trente dernières années dans neuf pays européens (Laville et Nyssens, 2001). Nous y envisageons ce champ comme le résultat d'une construction sociale issue des interactions entre pouvoirs publics et initiatives d'acteurs sociaux diversifiés (militants associatifs, travailleurs sociaux, usagers, entrepreneurs). Notre étude débouchait sur la conclusion que, pour en comprendre la dynamique, il s'agissait de procéder à une analyse approfondie des *innovations sociales* (I.S.) afin de comprendre comment, dans un contexte contraint financièrement et institutionnellement, émergeaient les opportunités de répondre à de nouveaux besoins.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes penchées, à travers une enquête auprès de services de gardes-malades¹ en Région Wallonne, sur la socialisation « *en train de se faire* » dans la champ de l'aide à domicile. En effet, dans ce secteur en profonde mutation, il est apparu intéressant d'analyser les processus de socialisation émergents comme des signes de l'I.S..

La mission des gardes-malades est “ *de collaborer et d'optimiser le bien être mental, physique et social de la personne malade nécessitant une présence continue en partenariat avec l'entourage de cette dernière* ”². Ces services s'adressent principalement aux personnes âgées dont le souhait est de se maintenir à domicile malgré une perte d'autonomie dans l'accomplissement de certains gestes quotidiens.

¹ Nous employons le terme de garde-malade ou de garde à domicile comme synonyme, pratique courante dans le secteur.

² Extrait de la classification professionnelle sectorielle, repris dans *L'ADMR aujourd'hui, 50 ans de présence à domicile*, brochure éditée par l'ADMR, octobre 2001, p.21.

Ce service présente à nos yeux au moins deux caractéristiques intéressantes. La première est d'avoir été mis en place récemment et d'offrir donc un terrain d'observation pertinent pour saisir les mécanismes de l'I.S.. La deuxième est de mobiliser autour des usagers plusieurs « figures », professionnelles et non professionnelles, de l'aide et du soin, figures généralement féminines. Ces deux éléments nous permettent dès lors de faire déboucher la réflexion sur leur capacité à socialiser la prise en charge de la dépendance via un processus complexe.

2. SOIN ET I.S. : LE CAS DES GARDES MALADES EN RÉGION WALLONNE

2.1. La notion d'I.S.

A la suite de la littérature, nous définissons l'I.S. comme étant tout d'abord un *changement*, reconnu comme tel par les acteurs concernés. Ce changement peut affecter différentes dimensions : la production de biens et/ou services et les modes de consommation, les financements, les régulations. Son objectif est d'*améliorer la cohésion sociale* et d'être *partagée*. La cohésion sociale renvoie aux bénéfices collectifs engendrés par ces services - au delà des bénéfices personnels procurés aux usagers directs – qui concerne potentiellement l'ensemble d'un territoire donné. Il s'agit, donc, des bénéfices engendrés par la consommation d'un bien ou service : prévention contre l'isolement des personnes âgées, meilleur fonctionnement du marché du travail (vu la disponibilité accrue sur ce marché de l'entourage de l'utilisateur et la création d'emploi dans ces services), ou encore réductions de dépenses de santé publique en offrant une alternative moins coûteuse au séjour à l'hôpital ou en maison de repos. La vocation de partage, quant à elle, renvoie au fait que le changement (tant le résultat que le processus) n'est pas gardé pour soi dans le but de maximiser le profit mais est au contraire diffusé.

Pour qu'une I.S. aboutisse, le changement doit être *sanctionné par des acteurs sociaux*. Dans une logique marchande, c'est le marché qui sanctionne positivement ou négativement une innovation. En effet, les bénéfices collectifs ne sont pas pris en compte « spontanément » par les producteurs et les usagers dans leurs choix de production ou de consommation, ce qui conduit à des situations sous-optimales du point de vue de l'intérêt général. Laisse au marché, un service porteur de bénéfices collectifs sera trop peu (voire pas du tout) produit s'il est disponible à un prix trop élevé et donc accessible à seulement une petite partie des usagers potentiels. Dans le cas d'une I.S., la sanction ne vient pas uniquement du marché, mais aussi d'autres acteurs concernés. Pour tendre vers une situation optimale, il s'agit donc de mobiliser les différents acteurs du territoire au nom de l'intérêt général. C'est dans cette perspective que peut s'inscrire une intervention publique pour encourager le développement de ce type de service. Dans ce cadre, pour qu'une I.S. soit sanctionnée positivement, il faut non seulement une reconnaissance explicite par les usagers, et des prestataires mais aussi des pouvoirs publics.

Ce changement est le résultat d'un processus d'interaction et/ou tensions entre l'acteur innovant (individuel ou collectif) et son environnement interne et externe. En effet, le développement d'une I.S. n'exclut pas l'existence de résistances et d'opposition en présence d'intérêts en partie divergents par exemple en raison d'une perception différente de la réalité des acteurs concernés, d'une situation de concurrence entre prestataires, ou encore de financements publics limités qui nécessitent des arbitrages. Ceci est bien démontré par la dynamique du service des gardes à domicile. Il ressort en effet de notre enquête que l'I.S. s'est construite dans l'interaction entre les usagers, leur entourage et l'organisation, entre l'organisation et les pouvoirs publics. Différents acteurs se sont mobilisés dans et hors de l'organisation durant le processus d'innovation.

Le déroulement de l'enquête

L'enquête a été effectuée auprès de sept institutions:

- trois associations sans but lucratif (A.S.B.L.) prestataires de services
- deux fédérations d'aide à domicile composée d'associations prestataires
- un centre public d'aide sociale (C.P.A.S.) prestataire de service
- un représentant des pouvoirs publics de la Région Wallonne de laquelle relève la compétence des services aux familles.

Elle comportait deux types de questionnaire, l'un portant explicitement sur l'I.S., l'autre sur le processus de socialisation des tâches.

2.2. La co-construction du service entre l'utilisateur et son entourage et l'organisation

2.2.1. Relation de service et co-construction de la demande et de l'offre

Le service rendu par les gardes-malades est présenté comme un service complexe dont la plupart des aspects est non standardisé et probablement non standardisable. P. ZARIFIAN (2001) analyse la relation de service à partir de plusieurs exemples pris dans les services aux personnes. Pour lui, le service consiste à la fois à produire une solution et une transformation effective chez les clients-usagers. Il distingue ainsi trois types de services : les services rigoureusement routinisés sans interprétation des attentes ; les services proposant une réponse à une attente demandant interprétation et compréhension avec des réponses proches des standards ; les services où, en plus de l'interprétation et de la compréhension, il faut construire pour et avec le client-usager une solution singulière. Cette dernière solution implique souvent que l'utilisateur intervienne lui-même comme une ressource dans la recherche de solution. La densité relationnelle du service est bien sur plus importante dans ce dernier cas de figure. C'est pourquoi nous pouvons parler de co-construction de l'offre et la demande. Pour J. L. LAVILLE (1994), il y a co-construction lorsqu'il y a participation des offreurs et des demandeurs à la définition et à la mise en place du service rendu et inscription dans l'espace public de l'arrangement ainsi trouvé. Les interviews démontrent

d'ailleurs que les responsables des services ont l'impression de véritables « *plans d'aide aux personnes dont il faut à chaque fois retirer des leçons et mettre les limites* » (une responsable de service).

2.2.2. L'apprentissage à « la bonne distance »³

Les gardes-malades doivent trouver une place à la fois dans l'univers professionnel et l'univers familial. Ces difficultés se rencontrent dans de nombreux services s'insérant dans un processus d'externalisation des tâches. Une difficulté s'ajoute cependant aux services liés généralement à l'entretien des corps et au bien-être des personnes : la charge affective. D'emblée, les gardes-malades s'inscrivent dans un rôle d'objectivation par rapport à la famille. Ce rôle consiste à la fois à donner des informations construites sur une expérience médicale ou sociale et à arbitrer les raisons affectives et « objectives » qui entrent en ligne de compte dans la décision de faire entrer un usager en maison de repos par exemple. Les différents témoignages recueillis révèlent bien la volonté des responsables de services de se poser en professionnelles dans l'univers de l'affect. Cela implique bien sûr que les gardes elles-mêmes ne se laissent pas impliquer affectivement dans la relation avec l'usager. La médiation du service et l'intégration dans une équipe de gardes sont deux facteurs qui permettent cette mise à distance. Mais la frontière est difficile à tenir : « *Elle est là l'implication affective (...) parfois ça dépasse leur vie professionnelle et ça empiète sur leur vie privée, des gardes malades donnent leur numéro de téléphone et je leur dis vous ne pouvez pas faire ça* » (une responsable de service). En d'autres termes, les gardes-malades doivent fonctionner dans les familles en fragmentant l'aspect productif du soin (les actes techniques) et la charge affective (la peine, la douleur, la compassion, l'incertitude, la réprobation), ce qui demande un apprentissage spécifique.

Pour les responsables de service, l'exemple typique de la « mauvaise distance » est donné par les gardes travaillant au noir : « *quelqu'un au noir, il n'y a pas de règles, c'est une relation affective avec une personne* » (une responsable de service).

2.2.3. La mobilisation des femmes dans l'entourage de l'usager

Même si le transfert d'une activité familiale vers le secteur professionnel peut apparaître comme un allègement pour la famille, il est rare que le mouvement de socialisation soit lisse et sans ambivalence. Ainsi, on relève dans la littérature le fait que l'externalisation s'accompagne de la ré-internalisation de certaines activités, de l'accroissement d'autres ou encore d'un allègement très partiel des familles⁴. Ici, nous voulons illustrer l'ambivalence du mouvement d'externalisation

³ A. FOUQUET, « Le travail domestique : du travail invisible au « gisement » d'emplois », in J.LAUFER, C. MARRY, M. MARUANI, *Masculin-féminin, questions pour les sciences de l'homme*, PUF, coll. Sciences sociales et sociétés, Paris, 2002, p122.

⁴ J.-C. KAUFMANN (dir.), *Faire ou faire faire ? Familles et services*, coll. Des sociétés, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 1996.

en évoquant la forte mobilisation des femmes qui a lieu dans l'entourage de l'usager

Nous l'avons déjà signalé, la responsabilité des personnes dépendantes incombe en premier lieu à la famille : *« il faut des référents, c'est délicat quand il n'y a pas de famille, les professionnelles ne peuvent être les référents »*. D'ailleurs, nous dit la même responsable, *« la garde ne fait pas le travail de quelqu'un d'autre, elle n'est pas infirmière, elle est le chaînon manquant entre les professionnels et les familles »*. Dans tous les cas où il y a intervention d'une garde-malade, le service identifie un « référent familial » qui prend les décisions si l'usager au sens strict du terme ne peut plus les prendre lui-même. Le référent est généralement la fille ou la belle-fille dans le cas d'une personne âgée dépendante.

Comme l'ont affirmé plusieurs responsables interviewées, les femmes se révèlent être plus disponibles : *« vous voyez plus souvent une sœur qui vient passer du temps qu'un frère »*. Par ailleurs *« ce sont les femmes qui donnent leur temps à la famille, les hommes sont de passage, quand il y a quelques chose à faire, on peut faire appel à eux (...) les hommes ont leur activité professionnelle, on a l'impression que c'est plus important que l'activité professionnelle des femmes... »*

Dans nos entretiens, cette implication féminine semblait aller de soi. L'allègement que constitue dès lors le recours à une garde-malade profite surtout aux femmes. Mais il s'agit bien d'un soulagement partiel dans la mesure où la responsabilité du soin incombent toujours aux familles –donc aux femmes- et que celles-ci deviennent souvent les coordinatrices de la prise en charge : s'assurant du passage simultané de l'infirmier et de la garde, des contacts avec la responsable du service pour décider des horaires, des visites du médecin... La présence cumulée de femmes de l'entourage familial et de gardes-malades généralement féminines autour des usagers font de la dépendance une « affaire de femmes ».

2.3. Le besoin de construire une identité professionnelle et la reconnaissance de la garde à domicile au sein de l'organisation

2.3.1. Le positionnement par rapport à l'activité d'aide familiale

Les témoignages recueillis invitent à penser que la profession de garde-malade est encore en recherche d'une autonomie professionnelle, à la fois au sein des services de soins à domicile et vis-à-vis des usagers ou des familles. La création d'un service de gardes-malades au sein des services d'aide à domicile déjà existants a suscité de nombreuses tensions entre travailleuses, les aides familiales craignant de se voir supprimer leur travail. En effet, l'aide familiale, profession réglementée, est amenée par son travail à s'assurer des conditions de bien-être maximales des personnes dépendantes en restant attentive à leur entourage matériel. La garde-malade, quant à elle, doit être disponible pour le contact avec l'usager. Mais la frontière séparant les deux fonctions n'a pas été aisée à faire

comprendre. Ces tensions ont obligé les responsables à une définition stricte de la fonction de garde-malade dont les caractéristiques principales sont dès lors bien mises en avant : autorisation du travail de nuit (ce qui n'est pas le cas pour les aides familiales), présence et surveillance principalement. Contrairement à l'aide familiale qui peut effectuer des tâches ménagères, la garde-malade assure une présence dans la durée.

Le discours sur la différence des fonctions d'aide familiale et de garde-malade est en réalité un discours sur la *complémentarité* de ces deux fonctions dont la reconnaissance constitue d'ailleurs un enjeu des revendications du secteur : la prise en charge de la dépendance nécessite souvent une présence de nuit (interdite aux aides familiales) et une présence de jour (qui relève du travail de l'aide familiale), des services comme préparer un repas, faire du travail de repassage (interdit en principe aux aides familiales). Les interviews ont néanmoins permis de mettre à jour des contradictions et surtout la difficulté pour certaines gardes-malades, de ne pas dépasser le cahier des charges qui leur incombent. Ainsi, nous dit-on, il arrive que des gardes-malades donnent le repas ou fassent la toilette de l'usager et il arrive aussi que, lorsque les aides familiales sont toutes occupées, les services envoient une garde-malade au domicile du patient.

2.3.2. *Identification d'un contenu professionnel et d'actes techniques clairs*

Ce mécanisme demande d'abord de définir la dépendance et les besoins qui y sont liés. Pour les services, la dépendance est une catégorie construite et éclairée par l'expérience de chaque garde-malade. Elle est généralement définie indépendamment des échelles en vigueur dans les soins médicaux (comme la grille de Katz) car les gardes se sont rendues compte que les échelles médicales étaient trop peu développées par rapport à leur perception de la dépendance. Celle-ci s'installe quand la personne ne peut plus répondre à la satisfaction d'un ou plusieurs besoins vitaux sans se mettre en danger ou mettre en danger autrui.

Nos observations reposent sur des interventions de gardes-malades dans des cas de dépendance très variable. Dans les cas où la dépendance n'est pas immobilisante, la garde-malade veillera à éviter la chute d'une personne pendant un déplacement. Dans des cas de dépendance extrême ou de fin de vie, son objectif est « d'être là » et d'assurer une présence rassurante et même dans ces cas-là, la garde-malade ne reste pas sans « rien faire ». Elle manifeste par exemple sa présence par des contacts physiques (prendre la main) ou par la parole (saluer, parler, même si la personne ne répond pas, lire le journal. L'apprentissage ou le ré-apprentissage à l'autonomie dans un univers de capacités qui s'est modifié peut également faire partie des actes techniques de la garde-malade. Lorsque c'est encore possible, les gardes-malades envisagent la réadaptation de l'usager à la vie à domicile.

2.3.3. Une indépendance économique limitée

Reconnaître l'identité professionnelle des gardes à domicile est donc un élément central. Cependant, les emplois créés procurent-ils une véritable indépendance économique à celles qui l'exercent ? Il s'agit souvent de temps partiels, en raison principalement de la pénibilité du travail et des horaires flexibles. Du côté de l'employeur, un temps plein de garde-malade est également difficile à gérer : « chez nous on ne prend que des mi-temps pas des temps-plein c'est trop difficile à gérer parce que quand j'ai une temps-plein malade, c'est la catastrophe. Les mi-temps, quand j'ai une malade, une autre qui est à mi temps fera un temps plein pour remplacer la malade. Je peux plus facilement jongler avec des mi-temps que des temps-plein » (une responsable de service). Or une travailleuse à mi-temps gagne environ 550 euros⁵, en dehors du complément éventuel du chômage. Un des principaux enjeux du service de gardes-malades réside pourtant dans sa capacité à créer des emplois permettant une autonomie financière et susceptibles d'être occupés par des femmes peu qualifiées au départ, ainsi que dans sa capacité à soulager la charge d'aide et de soin qui incombe aux femmes dans le cadre du travail familial non-rémunéré. Ceci nous amène donc à la question de la mobilisation des ressources financières pour solvabiliser ce service.

2.4. Le financement des services de garde à domicile et la sanction positive des pouvoirs publics

Si le service « garde à domicile » doit être reconnu par l'utilisateur et par sa famille, par l'organisation comme métier spécifique, cette I.S. ne peut aboutir sans une mobilisation des ressources financières diversifiées. Ainsi, dans toutes les institutions rencontrées, il y a une mobilisation originale de ressources marchandes, non marchandes et de ressources volontaires.

Au niveau des tarifs demandés à l'utilisateur (c'est-à-dire *les ressources marchandes*), il est intéressant de noter qu'ils sont établis en fonction du revenu de l'utilisateur mais qu'ils ont été en constante augmentation ces dernières années, ce qui limite l'accès à ce service à des personnes ayant un certain niveau de revenu.

Au niveau des ressources publiques, c'est-à-dire *non marchandes*, nous avons pu observer des ressources en provenance de différents niveaux des pouvoirs publics belges et plus spécifiquement de leurs programmes de lutte contre le chômage. Dès la phase de mise en œuvre de l'I.S., les organisations, pour la plupart déjà actives dans le champ des services aux familles, ont commencé à « bricoler » des solutions qui ont permis la création d'un nouvel axe de développement. Pour ce faire, en l'absence de financement structurel pour ce type de service, elles se sont appuyées sur les politiques de lutte contre le chômage. Ainsi, les institutions qui ont mis en œuvre, les premières, le service des gardes à domicile entre 1980 et le

⁵ L. VAN RUYMBEKE, « Menaces sur les anges-gardiens », *Le Vif/L'express*, 18 mai 2001.

début des années 1990 ont surtout pu le financer grâce aux Programmes Régionaux d'Insertion sur le Marché de l'Emploi (PRIME). Cette mesure avait pour objectif de « *privilégier la mise au travail de personnes peu qualifiées, en chômage de longue durée, tout en rencontrant des besoins non satisfaits* » (JADOUL, 2000). Les institutions qui ont créé leur service garde à domicile à la fin des années 1990, ont quant à elles, eu recours aux « programmes de transition professionnelle » (PTP). Ceux-ci sont attribués à des organisations non-marchandes, réservés à des chômeurs peu qualifiés et exigent une rotation sur ces postes après deux ans. Cette exigence de rotation pose d'ailleurs avec acuité le problème de la continuité quant à la prestation du service par une garde en qui les usagers ont confiance.

Cet élément propre est illustratif d'un paradoxe de l'histoire du secteur de l'aide à domicile. En effet, d'une part l'existence de ce type de programme a permis à des dynamiques innovantes de mobiliser des ressources publiques, d'autre part, il faut bien reconnaître que ce sont des emplois peu qualifiés qui ont été créés et parfois, des personnes sans compétences spécifiques par rapport au métier de garde à domicile qui ont du être engagées afin que l'organisation ne « perde » pas le nombre de postes auxquels elle avait droit dans tel ou tel programme de lutte contre le chômage..

En ce qui concerne les *ressources volontaires*, tous les acteurs qui ont participé à notre enquête reconnaissent que leur organisation toute seule, c'est-à-dire sans mobiliser des ressources de l'entourage de l'utilisateur, ne pourrait prester le service de gardes à domicile. L'implication de l'entourage de l'utilisateur a été complémentaire à chaque étape : « *pour des maintiens à domicile de personnes, on ne peut pas compter que sur des services et la personne malade. Il faut que la famille, l'entourage, le voisinage s'impliquent* » (une responsable de service). L'organisation joue d'ailleurs un rôle fondamental au niveau de la mobilisation de ce type de « ressources » car c'est elle qui mobilise et organise la prestation du service avec les familles (au niveau de l'établissement des horaires, tâches, ...). L'enquête sociale que ces organisations réalisent lorsqu'une demande leur est introduite prend en compte la présence de proches sur lesquels la personne dépendante peut compter. Si la réponse est affirmative, l'organisation mobilise et s'organise avec ces personnes afin de pouvoir prester le service durant une période limitée.

L'articulation toute particulière de ressources marchandes, non marchandes et volontaires est donc un élément central qui a rendu l'I.S. possible. C'est cette diversité de ressources qui permet aux organisations d'expérimenter des solutions concrètes qui correspondent aux réalités du terrain du fait de l'articulation entre ressources d'acteurs professionnels soutenus par des ressources marchandes et non-marchandes et d'acteurs non professionnels via la mobilisation de ressources volontaires. La diversité de ressources confère une certaine flexibilité pour développer cette I.S. alors que dans le secteur privé lucratif, la nécessité d'obtenir

des gains financiers dans des délais raisonnables ne leur permet pas d'explorer ce type d'innovation.

Après cette phase d'expérimentation, le service arrive à une étape de diffusion où un besoin évident d'un financement adapté au service, varié et lié à ceci, un besoin de reconnaissance du statut de la garde à domicile se manifeste, afin de pouvoir assurer un tarif à l'utilisateur stable et garantir une accessibilité à la population qui en a parfois besoin. La récente réforme des mesures de résorption du chômage (PRC) va dans ce sens puisqu'elle unifie les différents statuts liés aux PRC en un statut unique simplifié, la priorité étant accordée à la consolidation de l'emploi et à la valorisation des activités d'utilité publique et sociale reconnue. Cette réforme semble favoriser, entre autre, un contrôle plus direct sur les ressources vu que les institutions prestataires effectuent elles-mêmes le paiement des gardes à domicile. Sur base des résultats de notre enquête portant sur les services des gardes à domicile, nous pouvons dégager plusieurs constats. Concernant l'I.S., il semble évident que l'interaction entre l'utilisateur, son entourage et l'organisation prestataire de services joue un rôle fondamental dans la mobilisation de différents types de ressources. Cette articulation a permis la construction et la prestation du service, c'est-à-dire du processus de l'I.S.. C'est, à partir de cette constatation que nous développons l'hypothèse que cette I.S. se développe dans un espace intermédiaire et que nous nous interrogeons sur le rôle spécifique des organisations d'économie sociale.

3. L'AIDE ET LE SOIN : ENTRE RÉCIPROCITE, RÉDISTRIBUTION ET ÉCHANGE

3. 1. L'aide à domicile comme espace intermédiaire privé/public et hybride

Il nous semble que la réponse apportée à la prise en charge de la dépendance se construit à l'intersection de ces différentes logiques, à partir d'une articulation des sphères de l'échange, de la redistribution, de la réciprocité et de la production domestique pour former un ensemble avec ses modes de financement et de régulation particuliers. Situons les différents acteurs en présence et leur mobile d'action au sens polanyien du terme (Schéma 1) (POLANYI, 1983).

Du point de vue de la prestation, nous avons insisté sur l'interaction entre les aidant-e-s issu-e-s de l'entourage plus ou moins proche et les acteurs professionnels. Les aidant-e-s relèvent, dans leur action de soin, de la sphère de l'administration domestique. L'aide et le soin des familles peuvent toutefois être encouragés indirectement par l'Etat. Les aidant-e-s qui quittent leur emploi pour effectuer du soin peuvent éventuellement bénéficier des ressources émanant de la redistribution, dans le cadre par exemple de politiques liées au marché du travail (crédit-temps, congés pour raisons familiales, temps partiels...). Les acteurs professionnels, quant à eux, sont généralement salariés d'une organisation. Ces organisations sont soit publiques, soit d'économie sociale. Elles sont donc

caractérisées par leur finalité de service à la collectivité. Dans notre enquête, nous avons au côté d'un service public, cinq associations prestataires de services de garde à domicile. Ces organisations non lucratives bénéficient généralement de l'intervention publique via des subventions ou PRC mais mobilisent également des ressources marchandes via la participation financière de l'utilisateur.

Le travail au noir constitue, lui, une forme de production de l'aide et du soin, à cheval sur la sphère marchande et sur celle de la réciprocité. L'objectif de la transaction entre la garde payée en noir et l'utilisateur n'est ni totalement assimilable à de l'accumulation ni totalement à un mouvement de don-contre-don. Il n'y a en tout cas pas d'intervention des pouvoirs publics. Si les gardes au noir s'inscrivent dans une logique marchande, elles ont par ailleurs souvent des rapports proches et de long terme avec leurs usagers et ce contenu relationnel important dans l'échange n'est pas soumis à l'objectif strict du profit.

Il faut, en outre, distinguer le travail rémunéré du travail non rémunéré. La littérature insiste beaucoup pour dire que le soin familial se fait dans un face à face parfois difficile entre la personne dépendante et son entourage. La réciprocité n'a souvent rien d'idyllique. Elle peut cependant trouver des règles dans le cadre du bénévolat, où une autorité centrale, publique ou non, organise les heures et la quantité de travail. Cet encadrement du travail non rémunéré se fait généralement lorsqu'une personne s'implique comme bénévole dans une organisation extérieure (par exemple un service qui assure le transport de personnes dépendantes). Elle peut également être envisagée dans un cadre familial à travers la reconnaissance de l'aidant-e familial-e au travers d'un statut par exemple au sein de la sécurité sociale. Dans ce cas la redistribution vient réguler les rapports réciproques au sein d'un cadre négocié. Ces modalités diffèrent cependant. Dans notre schéma, travail bénévole au sein d'une organisation extérieure à la famille et travail domestique ne sont donc pas traités de façon identique. Ils sont tous deux du travail non rémunéré mais les rapports sociaux dont ce travail découle sont très différents et fixent une quantité et une qualité de travail très différentes.

La théorie des rapports sociaux de sexe insiste beaucoup sur l'idée que le travail de care, bien qu'en apparence identique, est radicalement différent selon qu'il s'effectue dans le cadre formel ou informel. Le travail salarié s'effectue dans le cadre d'un contrat entre l'organisation et la garde à domicile. Tant le travail au noir que le travail de l'entourage de l'utilisateur relèvent de l'informalité. Dans le cas du service observé cependant, il existe une part d'informalité, liée à la fois à l'absence d'un statut clair de la garde-malade⁶ mais aussi au lien, non contractualisé, entre

⁶ Depuis notre enquête, il est à noter que le gouvernement de la région wallonne a reconnu la garde à domicile dans un nouvel arrêté du 29 janvier 2004. Il y est fait explicitement mention de la garde à domicile, en plus de l'aide familiale, et de sa mission spécifique notamment au niveau des tâches qu'elle peut effectuer.

famille de l'usager et gardes-malades. En effet des contacts et obligations se créent entre la garde-malade et l'entourage pour assurer la prise en charge et lorsqu'une assistante sociale passe pour fixer les paramètres d'intervention de la garde-malade, elle négocie avec l'entourage des usagers selon les règles du cas par cas et des rôles familiaux attribués. Comme on l'a souligné, les femmes sont souvent sollicitées. Il y a donc un lien important entre le soin formel et le soin informel effectué par la famille, à travers l'apport en travail non rémunéré.

L'aide et le soin se construisent donc à la lisière des différentes sphères identifiées et il est alimenté par différentes formes de travail : travail au noir, travail salarié et travail non rémunéré. On doit également reconnaître l'importance de la réciprocité, dans sa forme sociale comme domestique, de la redistribution et du marché, principes qui s'imbriquent plus qu'ils ne s'opposent dans le cas étudié.

La présence des femmes, majoritaire tant dans l'entourage que parmi les intervenants, est interpellante. Nous défendons l'hypothèse d'une certaine « injonction au soin », construite socialement à travers le genre. L'innovation résulterait donc aussi de la connaissance privilégiée des femmes vis-à-vis des besoins des personnes dépendantes et bénéficie de leur implication dans l'espace des sociabilités locales.

4. LE MOUVEMENT DE SOCIALISATION DU CARE : UN DOUBLE PARADOXE QUI INTERPELLE LA STRUCTURATION DES ÉTATS-PROVIDENCE.

On l'a dit, s'il y a bien un mouvement du soin « informel » vers le soin « formel » non lucratif, on observe aussi une importante (re-)mobilisation de l'entourage proche. L'incursion de la théorie féministe dans la question de la réciprocité nous permet de mettre le doigt sur la complexité du phénomène de socialisation ainsi que sur son aspect paradoxal. L'« injonction au soin » trouve un soulagement dans les emplois de services aux personnes mais remobilise autrement les femmes autour de la conciliation.

A ce premier paradoxe s'ajoute un second qui porte sur le caractère à la fois contraint du soin pour les femmes mais également sur la volonté, constatée auprès des mouvements de femmes, d'en rester les responsables collectivement. C'est bien de cela dont il s'agit lorsqu'une partie du mouvement des femmes œuvre pour la socialisation de l'aide et du soin, réclame des crèches, participe à la mise en place de services de garde. D'autres voix réclament d'avoir du temps à soi pour effectuer le soin au moment où un enfant est malade ou un parent mourant. S. SEVENHUIZEN (1998) plaide ainsi pour un temps « privé » du care. C'est également l'avis de J. LEWIS (2002) qui plaide pour un vrai choix en matière d'aide et de soin (« *choice to care* ») à travers un meilleur partage du temps de soin, entre hommes et femmes et entre travailleurs et non travailleurs. Mais ces propositions ne sont pas

semblables. « Prendre du temps pour les autres », cette proposition peut séduire, mais la vigilance est de rigueur lorsque l'on constate que ce sont majoritairement les femmes qui effectuent des retraits temporaires ou partiels de l'emploi et qu'ils ont des conséquences de long terme sur l'autonomie financière des femmes. Ces retraits, même aménagés dans le cadre de la sécurité sociale, participent de « l'injonction au soin » construite socialement vis à vis des femmes.

Le paradoxe décrit ci-dessus démontre que les intérêts des femmes ne sont jamais tout à fait identiques et interpelle, également, la configuration des politiques publiques et de l'Etat social : l'Etat doit-il faire ou faire faire ? Et s'il fait faire, doit-il en laisser le soin aux structures collectives ou aménager des solutions individuelles ? En termes de genre, il n'y a pas équivalence.

Le champ du care interpelle profondément la configuration des politiques publiques et particulièrement le cloisonnement traditionnel entre politiques sociales et politiques d'emploi. La large mobilisation des programmes de résorption du chômage dans le cadre des gardes à domicile, politiques publiques à mi-chemin entre politiques sociales et politiques d'emploi, est emblématique de ces enjeux. Il apparaît que ces deux leviers doivent être pensés de manière simultanée. D'une part, il s'agit de s'interroger sur le rôle de l'Etat dans la structuration des services professionnels d'aide à domicile via les politiques sociales. D'autre part, tant l'encadrement des aidant-e-s familiaux que le statut des personnes qui travaillent dans ces services professionnels relèvent, souvent, des politiques d'emploi.

5. QUEL ROLE POUR LES ORGANISATIONS D'ÉCONOMIE SOCIALE ?

Rappelons que l'économie sociale se situe en tension entre marché, redistribution et réciprocité. En effet, elle poursuit de façon assez évidente l'ambition d'être un espace intermédiaire qui active différents types de mécanismes. Parce qu'elle s'appuie sur des comportements réciprocaires notamment via la co-construction de l'offre et de la demande, elle agit sur les liens de proximité autour de l'utilisateur. Nous avons souligné que les rapports de réciprocité pouvaient être ambivalents. L'économie sociale, cependant, cherche à trouver des compromis entre différents types d'économie et de travail, compromis qui se négocient dans des espaces publics de proximité, qui permettent de desserrer les liens de réciprocité au sein de l'administration domestique et de les renouer autour d'autres compromis, éventuellement plus émancipateurs, mais aussi de mobiliser des ressources non marchandes.

Pour en revenir à la question du choix entre soin collectif ou soin aménagé individuellement, il est clair que notre intérêt pour les organisations d'économie sociale ou le genre nous pousse à privilégier les solutions collectives. C'est seulement à la condition d'inscrire de façon durable leurs services aux personnes dans la sphère hybride que nous avons décrite que l'injonction au soin peut être en partie levée et qu'un « vrai choix » en matière d'aide et de soin pourra s'opérer, à

travers un meilleur partage du temps de soin entre hommes et femmes, ainsi qu'entre travailleurs et non travailleurs.

I. GUERIN souligne par ailleurs la proximité entre le projet de l'économie sociale et le projet féministe qui repose tant sur la reconnaissance de la pluralité des mobiles d'action que sur la lutte à l'encontre des inégalités entre hommes et femmes (GUERIN, 2003). Elle suggère que l'économie solidaire pourrait être un espace de combat contre les inégalités, ce qui rappelle le projet féministe d'articulation d'une économie et d'une société au service de l'émancipation et de l'égalité entre les sexes comme valeurs fondamentales. Dans les deux cas, il s'agit de renouer avec des principes d'entraide et de solidarité, de préserver le lien social et d'entreprendre de répondre à des besoins exprimés localement (sur les plans économique, social ou politique) sans adopter un comportement prédateur. C'est ce qu'I. GUERIN appelle la « *démocratisation des pratiques économiques* ».

L'espace intermédiaire que constitue par exemple le secteur des services à domicile est encore loin d'apporter une réponse parfaite aux inégalités entre les sexes. Il n'offre pour l'instant qu'une activité professionnelle peu valorisée financièrement et fonctionne sur un mode propice à reproduire les inégalités au sein des familles (les femmes étant plus largement mobilisées) et de la société (inaccessible aux plus démunis. Il semble clair aux yeux des acteurs et actrices de l'économie sociale que les emplois liés au care aux âgés doivent, pour sortir de ces écueils, bénéficier d'une durabilité et d'une reconnaissance des qualifications requises. En clair, il faut un care qui ne soit pas un « appendice » fonctionnel de la société salariale. Il y a lieu de soutenir un secteur organisé et maîtrisé par des acteurs répondant à une demande locale aux principes déjà à l'œuvre dans la protection sociale -la redistribution- et ayant trouvé à s'exprimer localement.

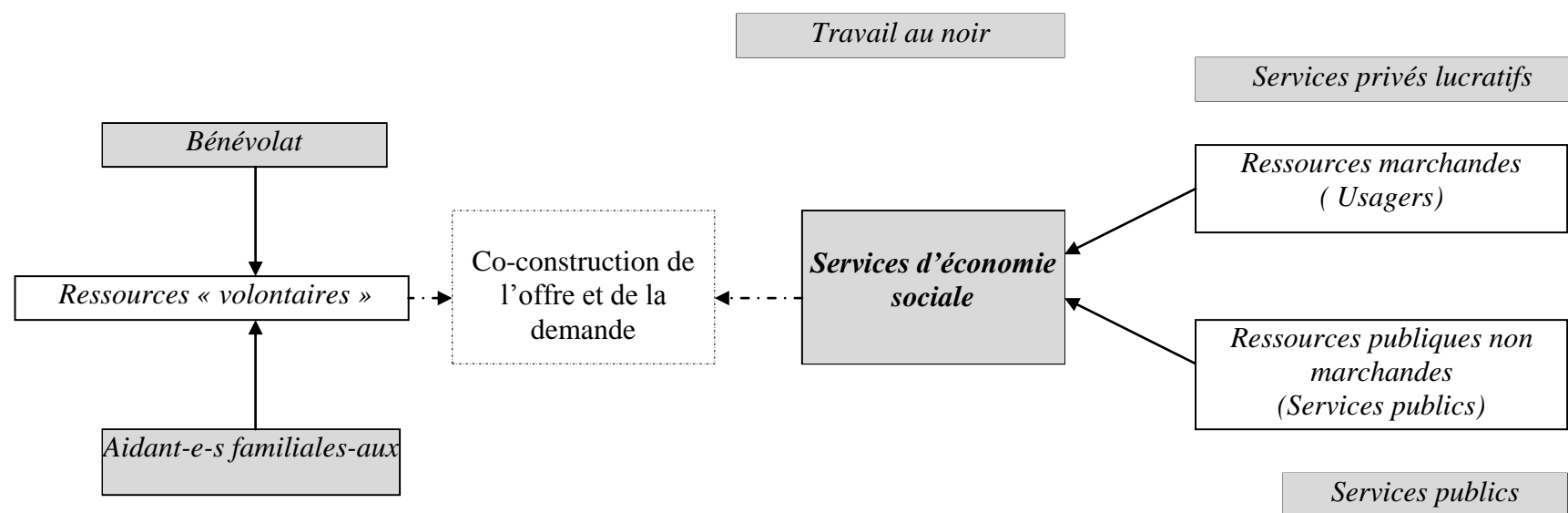
On peut également dans ce cadre se poser la question de la place de services privés lucratifs, encore peu développés à l'heure actuelle dans la champ de l'aide à domicile. En effet, il pourrait également y avoir intervention financière directe des pouvoirs publics, fixant un cadre de référence pour la prestation comme on l'observe dans les formules titres-service tant en France qu'en Belgique. Cependant, même si ces entreprises lucratives peuvent bénéficier de ressources non-marchandes, celles-ci sont instrumentalisées au profit de l'objectif d'accumulation. Un certain nombre de considérations peuvent être ainsi occultées - pourtant essentielles- dans les services d'aide aux personnes dépendantes comme par exemple l'accessibilité des services. L'objectif de profit induit également un comptage et un contrôle des temps de prestations et ce, afin d'améliorer la compétitivité, ce qui pose la question de l'articulation avec le temps relationnel dans lequel il n'est plus seulement question de professionnalisation et de registre technique mais également d'empathie et d'attention. On peut donc se poser la question de l'exacerbation de la concurrence qui peut déboucher sur une baisse de la qualité des services, et sur la difficulté d'articuler un service professionnel sur des logiques réciprocaires lorsque le profit est le moteur d'une organisation.

PRINCIPALES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- FOUQUET A (2002)., “Le travail domestique : du travail invisible au “gisement” d’emplois”, in J. LAUFER, C. MARRY, MARUANI M., *Masculin-féminin, questions pour les sciences de l’homme*, PUF, coll. Sciences sociales et sociétés, Paris.
- GILAIN B., NYSSSENS M. et WYNANTS B. (2001), “ Modes d’organisation et dynamiques dans les services de proximité : vers un nouveau welfare mix ? ”, pp. 89-120, in, *Economie Sociale. Enjeux conceptuels, insertion par le travail et services de proximité*, De Boeck Université, Bruxelles.
- GUERIN I.(2003), *Femmes et économie solidaire*, coll. Recherches, Série Bibliothèque du MAUSS, La découverte, MAUSS, SED, Paris.
- JADOUL B. (2000), “ Le financement des services de proximité par les politiques actives d’emploi ”, in *Cahier du CERISIS-UCL*.
- KAUFMANN J.-C. (dir.) (1996), *Faire ou faire faire ? Familles et services*, coll. Des sociétés, Presses Universitaires de Rennes, Rennes.
- LAVILLE J.L. et NYSSSENS M., (2001), *Les services sociaux entre associations, Etat et marché. L’aide aux personnes âgées*, La Découverte/M.A.U.S.S./C.R.I.D.A., Paris.
- LEWIS J. (2002), « Gender and Welfare State change », photocopie.
- ORLOFF A.S. (1993), “Gender and the social rights of citizenship: the comparative analysis of gender relations and Welfare States”, *American sociological Review*, n°58.
- OULHAJ L., (2002), *Les dynamiques de l’I.S. dans l’aide à domicile*, Rapport Intermédiaire de recherche, Décembre, CERISIS-UCL.
- PESTOFF V. (1992), “ Third sector and cooperative services, an alternative to privatization ”, *Journal of Consumer Policy*, vol 15, Stockholm University.
- POLANYI K. (1983), *La grande transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*, Bibliothèque des Sciences humaines, NRF, Editions Gallimard, Paris.
- SEVENHUIJZEN S. (1998), *The ethics of care*, Routledge, London.
- VAN RUYMBEKE L. (2001), “ Menaces sur les anges-gardiens ”, *Le Vif/L’express*, 18 mai.
- ZARIFIAN P (2001)., “ Valeur de service et compétence ”, Cahiers du genre, “ La relation de service, regards croisés ”, L’Harmattan, n°28.

Schéma 1 : L'aide à domicile : un espace intermédiaire privé/public et une réalisation hybride

« Sphère de la réciprocité »



« Sphère de l'administration domestique »

« Sphère de la redistribution »