



This project is co-funded by
the European Union

Qualité des emplois et des services dans le secteur des services à la personne en France

Décembre 2015

forquality.eu



NOTE INTRODUCTIVE

Le présent rapport a été élaboré, revu et finalisé grâce aux recherches de ses auteurs, aux apports et suggestions des partenaires du projet, aux suggestions et remarques faites par les participants-membres experts des partenaires lors des séminaires régionaux (Rome/Brighton/Vienne, 2015) et par les membres du Conseil consultatif (AGE Platform, Eurofound). Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement toutes ces personnes pour leur temps et leur contribution. Le rapport présente le secteur des services à la personne dans le pays étudié et dans le cadre des objectifs du projet For Quality!, en suivant la grille méthodologique validée par le consortium, sans prétendre à l'exhaustivité. Ses auteurs se sont efforcés d'intégrer les corrections et les remarques qui leur ont été signalées lors de ce processus. Toutefois, le contenu ne reflète pas nécessairement la vision des différents partenaires du projet qui n'assument aucune responsabilité quant aux informations contenues dans le présent rapport.

La présente publication a été soutenue financièrement dans le cadre du programme de l'Union européenne pour l'emploi et la solidarité sociale — Progress (2007-2013). Ce programme est mis en œuvre par la Commission européenne. Il a été établi pour appuyer financièrement la poursuite des objectifs de l'Union européenne dans les domaines de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances, et pour contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie Europe 2020 dans ces domaines.

Le programme, qui s'étale sur sept ans, s'adresse à toutes les parties prenantes susceptibles de contribuer à façonner l'évolution d'une législation et de politiques sociales et de l'emploi appropriées et efficaces dans l'ensemble de l'EU-28, des pays de l'AELE-EEE ainsi que des pays candidats et pré-candidats à l'adhésion à l'UE. Pour de plus amples informations, veuillez consulter: <http://ec.europa.eu/progress>.

Les informations contenues dans cette publication ne reflètent pas nécessairement la position ou l'opinion de la Commission européenne.

SOMMAIRE

| | |
|------------------------------------------------------------|----|
| NOTE INTRODUCTIVE | 2 |
| SOMMAIRE | 3 |
| 1. RÉGLEMENTATION ET POLITIQUES NATIONALES OU LOCALES..... | 4 |
| 2. QUALITÉ DES EMPLOIS ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL..... | 7 |
| 3. QUALITÉ DES SERVICES | 12 |
| 4. CONCLUSION | 17 |
| 5. BIBLIOGRAPHIE..... | 18 |

1. RÉGLEMENTATION ET POLITIQUES NATIONALES OU LOCALES

La France a été pionnière dans la création et la promotion du secteur des « services à la personne ». Ce secteur comprend une série de services à domicile consacrés à des personnes individuelles. Le développement du secteur reçoit, depuis le début des années 1990, un soutien public important. En 1991, une déduction fiscale est introduite et se maintient au fil des années. En 2005, le Plan Borloo, du nom du ministre de l'Emploi et des Affaires sociales, Jean-Louis Borloo, définit juridiquement le secteur en promulguant une liste de ces services à la personne (décret du 29 décembre 2005). Cette liste était nécessaire pour cerner précisément les services ouvrant droit à une aide publique aux consommateurs, essentiellement sous la forme d'un abattement fiscal. Cette liste se décline en différents services tels que la garde d'enfants, l'assistance aux personnes âgées ou l'assistance aux personnes handicapées qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile, ainsi que d'une aide aux tâches ménagères et familiales. **Plus de 20 activités ont été ainsi définies dans le périmètre des services à la personne.** Un écueil non négligeable est que cette définition très large comprend deux types de services, dont la logique et l'histoire sont très différentes. Elles ont cependant été regroupées dans ce nouveau secteur :

- d'une part, les services à caractère social, parmi lesquels figurent les soins à des personnes dépendantes, dont la plupart relève du tiers secteur non-marchand ;
- d'autre part, les services dits "de confort" ou de style de vie, offerts à des particuliers, dont la plupart relève du secteur privé ou de l'emploi direct par un employeur particulier (lorsqu'une personne recrute directement une autre personne pour le travail à domicile, par exemple).

Depuis 2002 (loi sur la dépendance), est prévue une **allocation personnalisée d'autonomie** dite APA qui permet le financement partiel de l'assistance humaine, technique et des aménagements spécifiques du logement des personnes dépendantes. Cette allocation universelle mise en place par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 est versée à « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental ». Elle est « destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ».

Elle n'est accordée qu'aux personnes de plus de 60 ans après une évaluation médicale et sociale individuelle. La détermination de l'APA est faite à partir d'une grille d'évaluation nationale nommée AGGIR autonomie gérontologique groupes iso-ressources (échelle de 1 à

6). Seuls les GIR 1 à 4 peuvent prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie. Les montants de cette allocation d'autonomie sont déterminés par le ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité tant au titre d'une assistance à domicile qu'au titre d'une aide aux soins en établissements. L'allocation est gérée par des collectivités locales, les Conseils généraux. Lors de sa première demande, elle est octroyée à 76% des personnes qui souhaitent une assistance à domicile et 90% des personnes hébergées en établissements.

Depuis le 11 février 2005 (loi sur le handicap), est prévue une prestation de compensation du handicap (PCH) pour les adultes en situation de handicap (moins de 60 ans ou plus de 60 ans ne bénéficiant pas de l'APA). Cette aide sociale vient remplacer progressivement l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) qui avait été créée en 1985. En 2008, un décret vient ouvrir la PCH aux enfants et aux adolescents en situation de handicap en complément de de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Une autre aide possible peut venir de la CAF ou du conseil général (ASE-PMI) afin d'apporter un soutien à la parentalité.

Modes d'intervention : Outre cette diversité des services, il existe **une forte hétérogénéité de prestataires et de modèles d'organisation de la prestation du service**. On peut distinguer entre les prestataires employés par une organisation de services (1), d'une part, et les prestataires employés directement par le bénéficiaire du service, d'autre part (2).

Les différents modes d'intervention de l'aide à domicile financés par l'APA sont les suivants :

- 1- Le modèle prestataire : Les services d'aides à domicile mettent à la disposition du bénéficiaire de l'APA (Allocation personnalisée autonomie) une ou plusieurs personnes qui interviennent à son domicile. Les personnes mobilisées au domicile de la personne âgées sont salariés de l'organisme prestataire, qui assure l'ensemble des obligations de l'employeur. La prestation de service fournie donne lieu, en règle générale, à facturation au département qui, en contrepartie verse directement l'APA (allocation personnalisée autonomie) au prestataire. L'utilisateur versant « le ticket modérateur » qui est une participation calculée selon des modalités prévues par le code de l'action sociale et des familles, prenant en compte les ressources
- 2- Le modèle de l'emploi direct : Le système d'emploi direct existe depuis longtemps et a joui d'un soutien significatif des politiques publiques. La trajectoire s'enracine dans la tradition des emplois domestiques auxquels ont eu recours des familles bourgeoises pendant tout le 20ème siècle. La relation d'emploi de ces travailleurs leur confère un statut spécifique compte tenu qu'ils sont directement employés par le bénéficiaire du service. Il doit ainsi se conformer aux dispositions prévues dans le code du travail et la convention collective nationale des salariés du particulier employeur. C'est le mode de gré à gré.

Quel que soit le modèle d'emploi, les aides à domicile réalisent une activité de soutien à la

personne sans pour autant avoir l'autorisation de réaliser des actes médicaux ou infirmiers. Les aides à domicile employées sous le régime de l'emploi prestataire réalisent plus fréquemment (33 % d'entre elles) des actes de la vie quotidienne (adl pour *activities of daily life*) que les salariés en emploi direct (22 % d'entre elles). Ces activités de la vie quotidienne sont telles que s'occuper de la prise des aliments, de l'accompagnement dans une maison, aux toilettes ou au dehors, l'aide à l'hygiène, etc. (DREES 2010). Dans neuf cas sur dix, quel que soit le modèle d'emploi, les intervenantes à domicile réalisent des travaux ménagers courants. (Lefebvre 2012).

A côté de ce système de soutien aux personnes dépendantes développé depuis 2002, l'Etat a fait le choix de soutenir le secteur plus vaste des « services à la personne » depuis 2005 (Loi Borloo). Les services à la personne incluent tant les services d'aide aux personnes dépendantes que les services apportés à des personnes non-dépendantes (ménage, repassage, bricolage, cours à domicile, etc.). L'ensemble de ces services ont comme point commun d'être réalisés au domicile des bénéficiaires. Une liste d'une vingtaine de services a été définie par le gouvernement. Tous ces services à la personne ouvrent droit à une réduction ou un crédit d'impôt de 50 % pour les consommateurs. Pour les bénéficiaires de l'APA, ce crédit d'impôt est calculé à partir des dépenses effectuées auprès d'entreprises de services à la personne ou des dépenses relatives à l'emploi d'un salarié direct, après déduction de l'allocation APA.¹

Ce modèle d'incitation fiscale existe en fait depuis le début des années 1990 et a fortement accompagné la croissance du secteur de l'emploi direct. Avec un montant de 50 % de déductions d'impôt, le recours à l'emploi au noir est beaucoup moins intéressant que l'emploi direct d'une personne. L'utilisation de chèques emploi services facilite de plus le respect des obligations sociales (déclaration des emplois). Le recours à un prestataire de service reste un peu plus cher en raison des coûts de structure de ces prestataires (associations ou entreprises privées).

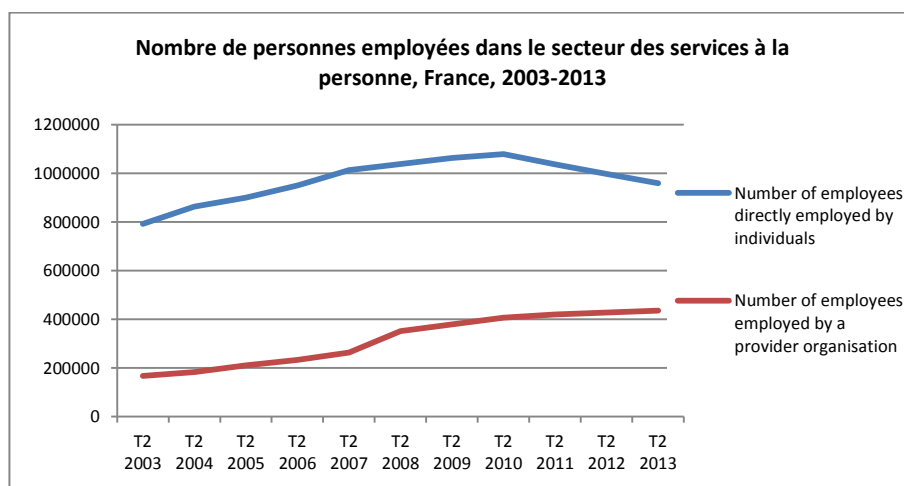
Ces différentes mesures d'incitations fiscales, depuis 1991 jusque 2005, suivent une logique de créations d'emplois faiblement qualifiés. Des études statistiques précises ont estimé l'effet net de la création d'emplois de ces mesures (Carbonnier, 2014).

¹ Cette déduction ou ce crédit d'impôt est plafonné à 12 000 € par an et peut monter jusque 15 000 € en fonction du nombre d'enfants à charge ou de personnes de plus de 65 ans dans le foyer (et jusqu'à 20 000 € pour les personnes invalides).

2. QUALITÉ DES EMPLOIS ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

La qualité du travail et de l'emploi dans le secteur des services à la personne est directement tributaire de ces deux modèles différents d'emploi, c'est-à-dire le modèle de l'emploi direct ou le modèle de l'organisation de prestation de services. En 2010, le secteur comptait près de 1,5 million de travailleurs. Près de 1,1 million d'entre eux (72%) étaient directement employés par des personnes et 400.000 par des organisations prestataires de services dont les activités étaient principalement gérées par des organisations non marchandes qui représentent 70% des heures de travail prestées. Au total donc, pratiquement trois quarts des salariés sont directement employés par des particuliers et un peu plus d'un quart (28 %) par des organisations de prestation de services (70% dans le secteur non-marchand et 30% dans le secteur marchand).

De 2010 à 2013, l'activité globale du secteur a diminué suite au recul important du modèle d'emploi direct (-11%). Cette baisse est due à la conjonction de la crise économique et de la baisse de l'aide publique aux employeurs directs. La réduction de l'aide apportée à l'emploi direct s'explique principalement par un contexte de pression sur les dépenses publiques.



Source: DARES, L. Thiéru, « Les services à la personne en 2013. Un fort recul de l'emploi direct accentue la baisse de l'activité du secteur », Analyses DARES, février 2015. Le personnel d'accueil d'enfants travaillant à leur domicile n'est pas inclus.

Une donnée centrale est la très forte féminisation des emplois, à plus de 90 %, ainsi que l'âge plus élevé en moyenne des salariés de ces services (27 % des salariés en emploi direct ont plus de 55 ans contre 17 % des salariés de structures prestataires et 11 % pour l'ensemble du salariat français).²

L'analyse de la qualité de l'emploi fait ressortir les principaux points suivants :

² Baillieul et al. (2013)

Sécurité de l'emploi

- En matière de **sécurité d'emploi**, les contrats à durée indéterminée dominant. Les salariés directement employés par un particulier (ils représentent environ deux tiers du nombre total d'employés) ont habituellement un contrat à durée indéterminée - CDI. Ils peuvent être rémunérés par chèques appelés CESU (Chèque emploi service universel). Ils sont alors employés moins de 8 heures par semaine et un contrat de travail n'est pas obligatoire dans ce cas de figure. Lors de la cessation du contrat, l'employé a droit à une indemnité de licenciement et une durée d'indemnisation.
- Les salariés employés par une organisation de prestation de services (ils représentent environ un tiers du nombre total d'employés) reçoivent dans la plupart des cas un contrat à durée indéterminée. C'est le cas de 78% d'entre eux. 87% de ces employés travaillent à temps partiel.
- Au niveau global, l'ensemble des salariés, quel que soit leur statut (emploi direct ou prestataire) est couvert par une convention collective.
- Le principal problème est moins la nature du contrat de travail que le nombre insuffisant d'heures de travail : Le travail à temps partiel est la norme. 87% des salariés travaillent à temps partiel. Les personnels soignants travaillant pour une organisation de prestation de services ont tendance à avoir des temps de travail plus longs. 30% des salariés, quel que soit le type d'employeur actuel, souhaitent avoir un temps de travail plus long. 70% l'auraient donc choisi délibérément.

Temps de travail des personnels soignants et aide-ménagères à domicile

| | Aides-soignants | Aide-ménagères |
|------------------------|-----------------|----------------|
| Ponctuels/occasionnels | 2% | 4% |
| < 20 heures | 28% | 47% |
| 20-30 heures | 37% | 23% |
| > 30 heures | 33% | 25% |

Source : Enquête Emploi, Lefebvre 2012

- Le second problème concernant la sécurité de l'emploi porte sur une possible recrudescence du travail au noir. Dans les années 1990 et 2000, le travail non déclaré a connu un recul sensible suite à la politique publique (incitations fiscales fortes). Cependant, au cours des dernières années, ces incitants fiscaux ont été revus à la baisse sous le poids des pressions exercées sur les budgets publics. L'emploi direct a ainsi diminué et il est très probable que le travail non déclaré soit reparti à la hausse. Ce travail non déclaré toucherait autant les travailleurs immigrés, qui représentent 25 % de

la main d'œuvre (Lefebvre 2012³) que les autochtones.

Salaires

L'existence de conventions collectives (rémunérant l'ancienneté) et d'un salaire minimum fait que les heures de travail sont en moyenne à un niveau correct. Le salaire horaire moyen est d'environ 12,30 euros (brut), soit 1,4 fois le salaire minimum. Mais l'importance du salaire est en effet fonction du nombre d'heures prestées. Au final, le salaire moyen net des employés de maison était de 687 € en 2010 pour 21 heures prestées par semaine⁴. Par contre, les aide-ménagères à domicile gagnaient en moyenne 838 € par mois pour une prestation hebdomadaire de plus de 27 heures. 76% des employés de maison avait un salaire en deçà du seuil minimum (1016 €) en 2010.

Les contrats conclus avec des particuliers prévoient en général des salaires supérieurs à ceux offerts par les organisations de prestation de services (cf. graphique ci-dessous). Le salaire horaire moyen des salariés employés par des particuliers employeurs est de 12,50 euros alors qu'il est de 10,80 euros pour les salariés d'organisations de prestation de services. Un élément d'explication réside dans la force de négociation de certains salariés directement employés par des particuliers. Un autre élément est le paiement de salaires horaires plus élevés pour certaines activités (comme le soutien scolaire ou les classes de rattrapage) dont la plupart sont mises à la disposition dans le cadre de ce modèle.



Source : Y. Baillieul, I. Benoteau, G. Chaillot, « Les services à la personne. Davantage sollicités dans les zones rurales et âgées », DARES Analyse, juillet 2013.

³ Lefebvre M., *Qualité(s) de l'emploi dans les services à la personne*, Ph.D. Thesis, Univ. Lille-1.

⁴ Source: Enquête Emploi, cf. Lefebvre 2012

Protection sociale

Les salariés du secteur jouissent de la même protection sociale que les travailleurs d'autres secteurs. Cependant, le faible temps de travail de bon nombre de ses salariés en France les a conduits à bénéficier de la Couverture Maladie Universelle – CMU – qui constitue le filet de sécurité du système français de sécurité sociale.

Les salariés employés par des particuliers bénéficient d'un système de protection sociale relativement bon (droits de retraite, mutuelle d'assurance, etc.) géré par une organisation spécifique de branche (IRCEM).

Développement des compétences et professionnalisation

Le secteur des services à la personne en France est un secteur **peu qualifié**. La majorité des salariés ont peu, voire pas de qualification. Selon l'Enquête Emploi (Lefebvre 2012), 32% des salariés n'ont aucune qualification (26% des personnels soignants à domicile et 46% des aide-ménagères).

Le premier niveau ou la première fonction professionnelle de la convention collective de l'aide à domicile ne correspond pas à un niveau minimum de qualification. Le niveau de qualification le plus élevé pour les intervenants de l'aide à domicile correspond au niveau 5 DEAVS (Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) dont sont titulaires quelque 30% des travailleurs. Dans les services d'aide à domicile, les tâches les plus complexes sont souvent laissées à ces travailleurs plus qualifiés. Cette qualification est requise pour toute intervention en qualité de personnel soignant mais ne l'est pas pour des tâches simples telles que le nettoyage du cadre de vie. Une qualification minimale n'est pas requise pour les salariés directement employés par des particuliers employeurs.

Un enjeu est dès lors de développer la formation. Bon nombre d'organisations de prestation de services ont adopté une stratégie de professionnalisation, de promotion de la formation de certains de leurs salariés. Le principal diplôme utilisé dans les services à domicile actuellement, le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) peut être obtenu par la formation professionnelle et la validation des acquis de l'expérience. Cette professionnalisation a une incidence sur la structure salariale. Dans le domaine des soins de santé prévus au domicile de personnes dépendantes, les tarifs d'intervention sont fixés par des conventions publiques. Ces tarifs n'intègrent pas nécessairement le coût de la formation et de la professionnalisation ; par ailleurs de nombreuses structures font face à des pressions budgétaires. C'est la raison pour laquelle de nombreuses organisations n'encouragent pas la formation puisque celle-ci représente un poste de dépense important.

L'accès à la formation est plus difficile pour les salariés directement employés par des particuliers employeurs (Lefebvre, 2010).

Un autre point important concerne la nécessité de professionnaliser le personnel d'encadrement dans les structures. Cela a un impact anticipé sur la réduction de la pénibilité due à une mauvaise gestion de la charge de travail.

Santé et bien-être

Ces emplois sont très exposés à des risques psychosociaux et des facteurs émotionnels. L'organisation du travail ne peut guère intervenir dans la prévention de ces risques mais propose souvent des lieux d'échanges où les travailleurs peuvent exprimer leurs difficultés ou leurs soucis. Elle peut également conjuguer des activités très exigeantes (par exemple, auprès de personnes très dépendantes) avec des activités moins exigeantes (telles que le nettoyage) pour offrir aux travailleurs un ballon d'oxygène. Les salariés recrutés par des particuliers employeurs sont souvent plus isolés. Depuis 2011, ces derniers devraient avoir accès à la médecine du travail. Seuls les salariés à temps plein sont cependant concernés. Cette obligation n'est pas véritablement respectée, la médecine du travail n'ayant pas les moyens d'accueillir tous ces salariés. Les salariés d'organisations de prestation de services sont néanmoins mieux suivis par la médecine du travail. Un autre problème est que l'inspection de la santé et sécurité au travail ne peut pas contrôler le travail en cours chez un particulier.

Les risques psychosociaux sont distincts pour les deux métiers. Plusieurs indicateurs de risques psychosociaux révèlent que les employés domestiques présentent un niveau en deçà de la moyenne professionnelle alors que le personnel soignant connaîtrait plus de difficultés que la moyenne.⁵

Exposition aux risques psychosociaux, 2005 (France)

| | Personnel soignant | Aide-ménagères | Tous salariés confondus |
|------------------------------------------------|--------------------|----------------|-------------------------|
| Subir des tensions avec le public | 35% | 5% | 32% |
| Être en contact avec des personnes en détresse | 66% | 13% | 38% |
| Subir des tensions avec la hiérarchie | 9% | 5% | 26% |
| Subir des tensions avec des collègues | 7% | 3% | 18% |
| Devoir calmer des personnes | 59% | 10% | 47% |
| Subir des agressions verbales | 37% | 10% | 39% |

Source : Enquête Emploi, Lefebvre 2012

⁵ D'autres recherches estiment que 30% des personnels soignants de personnes dépendantes sont exposés à un risque de stress au travail. Cf. Messaoudi D., Farvaque N., Lefebvre M., (2012).

En termes de pénibilité physique, il s'agit d'emplois exigeants. Parmi les difficultés physiques, mentionnons la station debout, le port de charges, la manipulation de substances corrosives, les problèmes d'hygiène et de sécurité, notamment dans les établissements d'accueil de personnes âgées, le risque d'agression, les accidents de la route, etc. L'aide à domicile en France connaît des taux d'accidents de travail deux fois plus élevée que la moyenne générale observée dans l'ensemble des professions (76 accidents pour 1000 salariés alors que la moyenne générale était de 36 accidents). Le taux d'accidents y était donc supérieur à celui du secteur de la construction par exemple (73).

La pénibilité est aussi liée au fait que les salariés travaillent auprès de multiples employeurs pour arriver à un temps plein. Le cumul de ces contrats crée des situations à risques pour la santé des salariés.

Au final, plusieurs défis sont donc posés aux employeurs dans le secteur de l'aide à domicile et des services à la personne. La mauvaise qualité des emplois (temps partiels majoritaires, pauvreté laborieuse étant donné la prévalence de ces temps de travail, difficultés physiques et psychiques) entraîne un fort turnover qui est une contrainte pour les employeurs et pour l'amélioration de la qualité des services. Avec la crise, la montée du travail au noir est un phénomène inquiétant ; celui-ci n'est acceptable pour aucune des parties (travailleur, bénéficiaire des services, Etat).

3. QUALITÉ DES SERVICES

L'article 32 bis du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit pour les SAAD un passage au régime unique d'autorisation d'ici cinq ans.

En attendant la promulgation de cette loi, les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui fonctionnent sur un mode prestataire auprès d'un public « fragile » (personnes âgées dépendantes, personnes handicapées, personnes souffrant de maladie chronique et familles fragilisées) sont régis par un droit d'option entre le régime de l'autorisation et le régime de l'agrément :

- 1) Si le service est autorisé, ou agréé avec une convention (CPOM), le prix du service est contrôlé par le gouvernement;
- 2) Si le service est agréé sans convention avec un conseil général, le prix est fixé librement (mais son évolution est surveillée)

Ces deux régimes ont des obligations de qualité similaire, mais qui peuvent se différencier. Dans les deux cas, l'approche française de la qualité place le bénéficiaire au centre de sa définition. Elle repose sur les principes suivants :

- 1) le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne qui reçoit les soins ;
- 2) la liberté de choix des services offerts ;
- 3) la personnalisation de la mise à la disposition de soins et d'une assistance qui promeut le développement, l'indépendance et l'intégration; qui est adapté à l'âge et aux besoins ; et qui respecte le consentement éclairé (une obligation systématique) ;
- 4) la confidentialité des informations sur la personne bénéficiaire des soins ;
- 5) l'accès aux informations sur la personne bénéficiaire des soins ;
- 6) les informations sur les droits de base, et la protection juridique et contractuelle offerte, ainsi que sur les éventuelles voies de recours ; et
- 7) la participation, directe ou avec l'aide de son/sa représentant/e légal/e, à l'organisation et la mise en œuvre des plans d'accueil et d'aide à la personne.

Pour mettre en place ces principes, le service autorisé doit mettre en place les outils suivants :

- un projet de service (L311-8 du CASF) qui établit les finalités et les objectifs de l'organisation, en insistant notamment sur la coordination, la coopération et l'évaluation de la qualité du service ainsi que sur les procédures organisationnelles et opérationnelles.
- un document individuel de prise en charge (D. 311 du CASF), élaboré avec l'utilisateur ou son/sa représentant/e légal/e ; ce contrat ou document établit les objectifs et la nature de l'ensemble des soins ou de l'accompagnement, en respectant les principes éthiques, les recommandations professionnelles, et les finalités et objectifs de l'organisation ou de l'unité ; il stipule la liste et la nature des services offerts ainsi que les estimations de leur coût.
- une modalité de participation du bénéficiaire au fonctionnement du service ; enquêtes de satisfaction, conseil de la vie sociale, groupes d'expression, concertation, etc. (D311-3 et D311-21 du CASF)
- un règlement de fonctionnement (L. 311-7, R311-33 à R.311-37 du CASF)
- un livret d'accueil (L311.4 du CASF) et une charte des droits et libertés (L 311.4 du CASF)
- une procédure permettant au bénéficiaire de soins d'une organisation ou unité de faire appel à une personne qualifiée pour conseiller le bénéficiaire du service sur ses droits ; cette personne qualifiée est choisie dans une liste élaborée en commun par le/la représentant/e du gouvernement du département, le directeur général de l'agence régionale médico-sociale et le Président du Conseil général, et prend en considération les interventions des autorités responsables de la surveillance de l'organisation ;

Pour mettre en place ces principes, le service autorisé doit mettre en place les outils suivants :

- un contrat de prestation
- une enquête de satisfaction au moins une fois par an
- un livret d'accueil et une charte des droits et liberté
- obligation de mise en place d'un cahier de liaison.

Systeme d'autorisation et d'agrément

Qualité dans le régime d'autorisation

L'autorisation est octroyée pour 15 ans et établit les conditions de base de la qualité requise lors de la création d'une organisation du renouvellement de son autorisation. Le respect de ces exigences minimales de qualité est ensuite évalué au cours de la période de validité de l'autorisation, par l'organisation ou l'unité elle-même (évaluation interne ou autoévaluation tous les cinq ans) ou par un organisme externe (évaluation externe). Le cahier des charges de l'évaluation externe est défini par décret. L'évaluation externe doit s'accomplir au cours des sept années qui suivent l'octroi de l'autorisation ou son renouvellement, et au moins deux ans avant l'expiration de l'autorisation en cours.

Qualité dans le régime d'agrément

L'agrément est accordé pour cinq ans par le préfet du département après avis du Conseil général. L'agrément est octroyé sur la base de critères de qualité de l'unité tels qu'ils sont précisés dans le cahier des charges du 26 décembre 2011 prévu au premier paragraphe de l'art. L.129-1 du Code du travail.

Les organisations agréées sont soumises à une évaluation externe. Les résultats de l'évaluation sont transmis au préfet chargé de l'octroi de l'agrément, au moins six mois avant son renouvellement. Par ailleurs, l'évaluation interne n'est pas obligatoire pour les organisations et services agréés.

Démarches qualité

Quel que soit le régime de fonctionnement du service, le service doit s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm.

En outre il peut s'engager dans différentes démarches qualités :

- Il peut adhérer à la charte qualité élaborée par la MISAP de la direction générale des

entreprises (DGE)

- Il peut entrer dans une démarche de certification de services. La certification est une procédure volontaire qui peut se substituer au contrôle de qualité des organisations ou unités agréées ou autorisées qu'effectuent les autorités publiques. Pour les services agréés, la certification les dispense d'évaluation externe. Pour les services autorisés, les certifications NF 311 et Qualicert leur donne une reconnaissance partielle dans leur démarche d'évaluation externe. Les certifications actuellement reconnues par les autorités publiques répondent :
 - à la norme française NF X 50-056 pour les services aux personnes à domicile (AFNOR, Association française de normalisation)
 - au certificat enregistré par Qualicert sous « Service à la personne » (Certification internationale de services de la Société générale de surveillance – SGS)
 - Au certificat enregistré par Qualisap sous « Qualité de service des organismes exerçant des activités de services à la personne » (une certification du Bureau Veritas).
- Il peut entrer dans une démarche de labellisation. Par exemple le label Cap'Handeo pour les personnes handicapées est soutenu financièrement par les pouvoirs publics. Il offre une meilleure visibilité sur la qualité de l'offre de service pour les bénéficiaires

Le mandatement

Cette dernière possibilité témoigne d'innovations présentées et débattues lors des séminaires organisés par le projet 4Quality. Il s'agit dans le cas présent du *mandatement au sens du droit communautaire retranscrit en droit français* : cette possibilité représente une nouvelle autorisation-mandatement en remplacement du régime d'autorisation.

En droit de l'union européenne comme en droit national, l'existence d'une mission particulière de service public autorise un financement par la collectivité publique. La marge de manœuvre des collectivités publiques pour définir une mission d'intérêt général est assez large car elle relève d'un pouvoir discrétionnaire de la puissance publique.

La mission d'intérêt général et les obligations de service public doivent être définies avec la plus grande précision. L'article 106.2 TFUE s'appliquant aux entreprises « chargées de la gestion d'un SIEG » exige la présence d'un acte officiel de mandat. La constitution du mandat est obligatoire pour qualifier un SIEG.

L'enjeu central ici est de faire reconnaître les SAAD comme une activité relevant d'un SIEG. En contrepartie, de la définition d'obligations de services publics imposées par les Départements aux SAAD « mandatés », une « juste compensation » serait versée pour remplir ces obligations.

L'avantage d'une telle démarche permettra de donner « mandat » aux SAAD pour délivrer des prestations individualisées en adéquation avec des obligations de service public, en contrepartie de quoi, sera fixée une compensation financière, empêchant toute « surcompensation financière » comme l'exige le droit européen qui ne tolère que les excédents « raisonnables ».

Le droit européen permet ainsi de passer d'une logique de tarification-autorisation à une logique de mandatement. Cette dernière est bien plus responsabilisante pour les structures bénéficiaires. Elle est aussi plus sécurisante pour la collectivité publique, tant qualitativement, avec des prescriptions plus fortes, que financièrement avec un encadrement de la subvention via le principe de « juste compensation », et d'excédent raisonnable.

Des départements étudient la possibilité de mise en œuvre de ce mandatement pour le champ des SAAD, à l'image du département du Doubs dans l'est de la France.

4. CONCLUSION

La France a développé un modèle très complet de services à la personne, qui regroupe les services de confort pour les particuliers jusqu'à l'aide à domicile pour les personnes dépendantes. Ce regroupement opéré il y a dix ans avait une finalité politique, à savoir la création de nouveaux emplois peu qualifiés dans ce nouveau secteur. Si l'emploi s'est développé dans les services à la personne, la création d'emplois totale n'a pas été à la hauteur des attentes. La problématique de la qualité des emplois est toujours présente, malgré les efforts des partenaires sociaux pour professionnaliser la main d'œuvre. Ce regroupement en un seul secteur de « services à la personne », souvent présenté comme un modèle à l'étranger, masque en fait des réalités propres aux deux principaux modèles d'emplois. D'un côté le modèle du particulier employeur, qui correspond bien à certains ménages et professionnels, mais qui enferme de nombreux salariés dans une trappe à précarité. De l'autre, le modèle de l'emploi prestataire, qui offre des possibilités de professionnalisation et des garanties en termes de qualité de service, mais qui est contraint par des logiques de coût élevées. Les spécificités du travail de « care », d'attention aux personnes dépendantes et fragiles (fonctionnant selon une logique de besoin), ont de plus été gommées en rapprochant le travail d'aide à domicile des prestations de ménage et d'entretien du domicile pour des ménages aisés (fonctionnant selon une logique de réduction d'impôt). Parler de « services à la personne » de façon généralisée ne permet donc pas de prendre en compte les particularités propres à chaque type de métier et de profession en ce qui concerne la qualité de l'emploi ou la qualité du service.

5. BIBLIOGRAPHIE

- Baillieul Y., Benoteau I., Chaillot G., « Les services à la personne. Davantage sollicités dans les zones rurales et âgées », DARES Analyse, juillet 2013.
- Carbonnier C. (2014), "La réduction/credit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile est-elle efficace en tant que politique de l'emploi ? Méta-analyse des évaluations empiriques 1991-2007", *LIEPP Working Paper n° 30*, Science Po.
- DARES, L. Thiérous, « Les services à la personne en 2013. Un fort recul de l'emploi direct accentue la baisse de l'activité du secteur », DARES Analyses, February 2015.
- Devetter et al., 2009, Les services à la personne, Repères, La Découverte.
- DREES (2010), *Études et Résultats*, [Les activités des aides à domicile en 2008](#), n° 741, Octobre 2010, 8 p.
- Enquête Emploi, Lefebvre 2012.
- Handeo "quelle formation pour les professionnels de l'intervention à domicile auprès des personnes en situation de handicap". 2013
- Handeo "l'aide à domicile auprès d'enfants en situation de handicap" 2014
- Handeo "les spécificités des services d'aide à la personne destinés aux personnes en situation de handicap". 2009
- Lefebvre M., *Qualité(s) de l'emploi dans les services à la personne*, Ph.D. Thesis, Univ. Lille-1.
- Messaoudi D., Farvaque N., Lefebvre M., (2012), « Les conditions de travail des aides à domicile: pénibilité ressentie et risque d'épuisement professionnel », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°30, DREES.
- Perrin-Haynes J., « L'activité des immigrés en 2007 », INSEE Première N° 1212 - octobre 2008.