



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

Mars 2015

www.forquality.eu



REMERCIEMENTS

Cette publication a été produite avec le soutien financier du programme PROGRESS de l'Union européenne. Les contenus de cette publication relèvent de la seule responsabilité du consortium et ne peuvent en aucun cas être considérés comme le reflet du point de vue de la Commission européenne.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
1. RÉGLEMENTATION ET POLITIQUES NATIONALES OU LOCALES.....	4
2. QUALITÉ DES EMPLOIS ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL.....	6
2.1. CARRIERE ET SECURITE D'EMPLOI	6
2.1.1. LE STATUT PROFESSIONNEL STATUS	6
2.1.2. REVENUS ET SALAIRES	9
2.1.3. PROTECTION SOCIALE	10
2.1.4. DROIT DES TRAVAILLEURS	10
2.2. DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ET PROFESSIONNALISATION.....	11
2.2.1. QUALIFICATION.....	11
2.2.2. FORMATION	11
2.2.3. DÉVELOPPEMENT DE CARRIÈRE.....	12
2.2.4. RECRUTEMENT ET PENURIES DE PERSONNEL.....	12
2.3. SANTE ET BIEN-ETRE	12
2.3.1. ORGANISATION DU TRAVAIL	12
2.3.2. EXPOSITION AUX RISQUES ET PROBLEMES DE SANTE	13
2.4. ÉQUILIBRE ENTRE VIE PROFESSIONNELLE ET VIE PRIVÉE.....	14
2.4.1. TEMPS ET HORAIRES DE TRAVAIL	14
3. QUALITÉ DES SERVICES	16
3.1.1. QUALITE DANS LE REGIME D'AUTORISATION	16
3.1.2. QUALITE DANS LE REGIME D'AGREMENT	18
4. BIBLIOGRAPHY	20

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).

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, d'une part (1), et les prestataires employés directement par le bénéficiaire du service, d'autre part (2).

Les prestataires peuvent être employés par une organisation de services du secteur non-marchand ou du secteur marchand. C'est le modèle dit "prestataire".

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

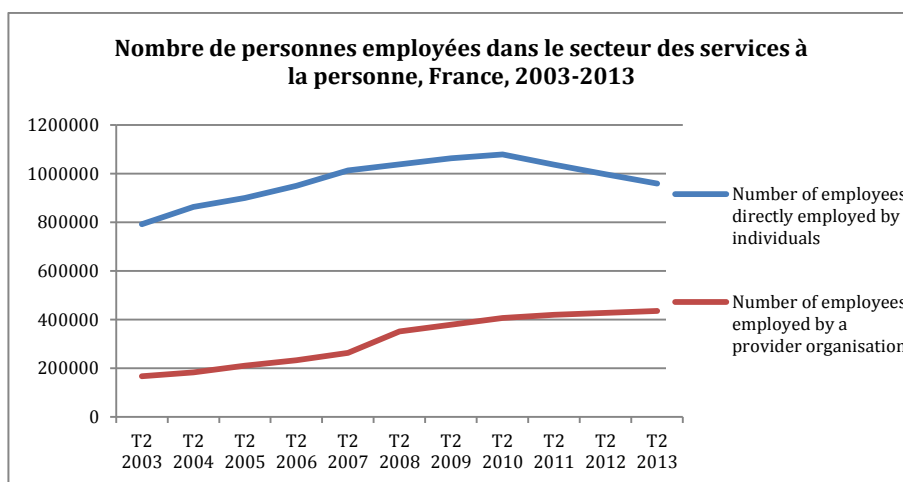
Depuis 2002 (loi sur la dépendance), est prévue une **allocation personnalisée d'autonomie**

dite APA qui permet le financement partiel de l'assistance humaine, technique et des aménagements spécifiques du logement des personnes dépendantes Elle n'est accordée qu'aux personnes de plus de 60 ans après une évaluation médicale et sociale individuelle. 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.

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.

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.



Source: DARES, L. Thiéris, « 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.

2.1. Carrière et sécurité d'emploi

2.1.1. Le statut professionnel status

Nature de l'employeur

2/3 des salariés sont directement employés par des particuliers et 1/3 par des organisations de prestation de services (70% dans le secteur non-marchand et 30% dans le secteur marchand).

55% des aides ménagères ont plusieurs employeurs.

Relation contractuelle entre l'employeur et l'employé

Le statut professionnel est très différent lorsque les salariés sont employés directement par des particuliers, d'une part, et une organisation de prestation de services, d'autre part.

- 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.

Si une majorité des employés ont un contrat à durée indéterminée – CDI, seul 1 employé sur 5 travaille à temps plein dans le cadre de ce CDI, alors qu'ils représentent 70% de l'ensemble des salariés de France.¹ Ce constat illustre le faible niveau de sécurité d'emploi dans ce secteur.

Existence d'une convention collective

Tous les salariés sont couverts par une convention collective qui est différente pour le salarié directement employé par un particulier, dénommé le « *particulier employeur* ». Ce mode d'emploi concerne 1,2 million de salariés. L'assistance à domicile du secteur non-marchand est couverte par trois conventions collectives nationales et celle du secteur marchand par sa propre convention collective.

Contrats temporaires

Ils sont peu nombreux dans le secteur. Les organisations de prestation de services privilégient l'embauche en CDI pour s'assurer la rétention des salariés.

Travail non déclaré/régularisation du travail non déclaré

Le travail non déclaré a connu un recul sensible suite à l'offre stratégique massive d'incitants publics accordés aux contribuables lors de l'achat de services à la personne à domicile ou de l'embauche directe d'employés domestiques. Cependant, au cours des dernières années, ces

¹ Devetter et al., 2009, *Les services à la personne*, Repères, La Découverte.

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.

Travail migrant

En 2007, 25% des salariés directement employés par des particuliers étaient des immigrés.² Selon l'Enquête Emploi 2010 (Lefebvre 2012³), 26% des aides ménagères contre 9% du personnel soignant à domicile étaient de nationalité étrangère.

Nature of employer (private individual or organisation; for profit sector or non-profit)

2/3 of employees directly employed by private individuals and 1/3 by providing organisations (70% non-profit and 30% for-profit companies)

55% of housekeepers have several employers.

Contractual relation between employer and employee

The employment status is very different when comparing employees directly employed by individuals or employed by a providing organisation.

- **Employees directly employed by an individual** are normally (around two thirds of the total number of employees) employed **under open-ended contracts**. However they might be **paid by means of a specific voucher** called Cesu (Chèque emploi service universel). In this case, if they are employed for less than 8 hours a week, **then a work contract is not mandatory**. When the contract is broken, the employee has right to severance pay and a severance period.
- **Employees employed by a providing organisation** (around one third of the total number of employees) work **under open-ended contract** in a large majority: this is the case for 78% of them. 87% of these employees work part-time.

If a majority of employees work under open-ended contracts, **only about 1 employee out of 5 works under a full-time, open-ended contract**, compared to 70% of employees in France.⁴ This is an example of the low security that they face with regard to employment.

² J. Perrin-Haynes, « L'activité des immigrés en 2007 », INSEE Première N° 1212 - octobre 2008

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

⁴ Devetter et al., 2009, *Les services à la personne*, Repères, La Découverte.

Existence of a collective agreement

All employees are covered by a collective agreement. Employees who resort from the direct employment model are covered by distinct collective agreement, depending whether they work in the not-for-profit domiciliary care sector (covered by three national collective agreement) or in for-profit companies (covered by one specific collective agreement). In the “direct employment” model, employees are covered by a specific collective agreement. The branch is that of the “*particulier employeur*” (individual employer). 1.2 million of persons are employed under this system.

Temporary contracts

Temporary work is not very much developed in the sector. Providing organisations prefer to recruit under open-ended contracts in order to retain employees.

Undeclared work/regularisation of undeclared work

Undeclared work has been strongly decreased thanks to a massive strategy of public incentives given to taxpayers to buy domiciliary personal services or directly recruit employees at home. Nevertheless in recent years these tax incentives have been reduced because of pressure on public budgets. This has resulted in a diminution of the recourse to direct employment and very probably to an increase of undeclared work.

Migrant work

In 2007, 25% of employees directly employed by individuals were immigrants.⁵ According to the 2010 Employment Survey (Lefebvre 2012⁶), 26% of housekeepers were of foreign nationality compared to 9% of homecarers.

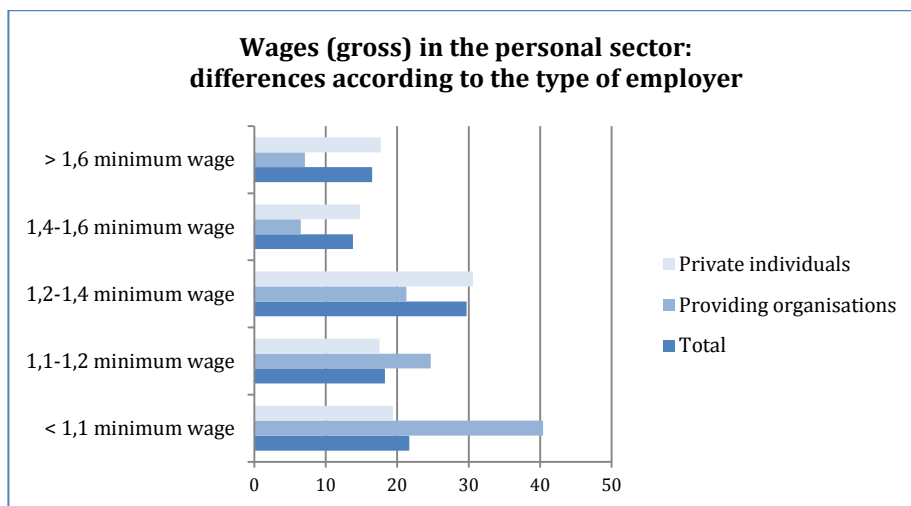
2.1.2. Revenus et salaires

En 2010, un employé gagnait en moyenne 8.700 euros (salaire brut) par an. L'importance du salaire est fonction du nombre d'heures prestées. Le salaire horaire moyen est d'environ 12,30 euros (brut), soit 1,4 fois le salaire minimum. 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

⁵ J. Perrin-Haynes, « L'activité des immigrés en 2007 », INSEE Première N° 1212 - octobre 2008

⁶ Lefebvre M., *Qualité(s) de l'emploi dans les services à la personne*, Ph.D. Thesis, Univ. Lille-1.

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

En France, le salaire moyen net des employés de maison était de 687 € en 2010 pour 21 heures prestées par semaine⁷. 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.

2.1.3. 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).

2.1.4. Droit des travailleurs

Droit à la négociation collective

⁷ Source: Enquête Emploi, cf. Lefebvre 2012

Les employés d'une organisation prestataire de services bénéficient des mêmes droits que les autres travailleurs. Les organisations de plus de 10 salariés devraient avoir un représentant du personnel. Un Comité d'entreprise et un Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est obligatoire dans toute organisation de plus de 50 salariés. Les syndicats peuvent représenter les travailleurs si plus de 10% de leurs voix leur sont acquises lors des dernières élections sociales.

Dans le système d'emploi direct, il est moins facile de surveiller les droits des travailleurs employés par un particulier employeur. Des abus de particuliers employeurs auraient été dénoncés. Ils ne respecteraient pas, voire ignoraient le droit du travail.

Tous les employés sont couverts par une convention collective. Au niveau de la branche, les syndicats représentatifs ont un bon niveau de négociation collective avec les employeurs.

2.2. Développement des compétences et professionnalisation

2.2.1. Qualification

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 professionnels de l'aide à domicile correspond au niveau 2 DEAVS (Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) dont sont titulaires quelque 30% des travailleurs. Dans les entreprises ou associations, 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.

2.2.2. 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 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. C'est la raison pour laquelle de nombreuses organisations n'encouragent pas la formation.

L'accès à la formation est plus difficile pour les salariés directement employés par des particuliers employeurs.

2.2.3. Développement de carrière

Le développement de carrière implique, en général, d'avoir accès à la formation et, éventuellement, à de nouvelles tâches plus enrichissantes. Il est cependant difficile d'accéder à de nouveaux emplois. Certains employés peuvent rejoindre le personnel d'encadrement et gérer une petite équipe de salariés.

2.2.4. Recrutement et pénuries de personnel

Le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre posent de nombreux problèmes au secteur. L'image du travail n'est guère bonne et les salaires sont peu attractifs. La plupart des emplois sont à temps partiel et de nombreux salariés privilégient ce temps de travail. Mais le volume de travail est en général imposé par l'employeur et les employés préféreraient pouvoir choisir.

L'intermédiation entre la demande et l'offre peut être promue par des partenariats avec des services publics de l'emploi (SPE) ou des centres de formation afin de faciliter la mise en relation entre le demandeur d'emploi et l'organisation qui recrute, et combler plus adéquatement les postes à pourvoir.

2.3. Santé et bien-être

2.3.1. Organisation du travail

Accès à la médecine du travail

Depuis 2011, tous les salariés employés par un particulier employeur 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.

L'organisation du travail protège-t-elle le salarié ou le stresse-t-elle ?

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.

2.3.2. Exposition aux risques et problèmes de santé

L’inspection de la santé et sécurité au travail ne peut pas contrôler le travail en cours chez un particulier.

Congés de maladie

Selon certains calculs à manipuler avec précaution, 10% des salariés des services à la personne y auraient eu recours en 2010 contre 4,3% dans l’ensemble des salariés.

Stress lié au travail

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.⁸

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

⁸ 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), « Les conditions de travail des aides à domicile : pénibilité ressentie et risque d’épuisement professionnel », Dossiers Solidarité et Santé, n°30, DREES.

Pénibilité du travail

La pénibilité du travail peut limiter le souhait des salariés de travailler à temps plein. Par ailleurs, comme nous l'avons observé sur le terrain, au moins en France, de nombreux salariés arrivent dans le secteur du travail à domicile au terme d'une carrière professionnelle dans le secteur industriel. Ils peuvent éprouver des difficultés physiques héritées de l'exercice de ces premiers métiers ou présenter une sensibilité plus importante aux contraintes physiques du travail.

Les emplois dans les services aux personnes et aux familles sont physiquement exigeants et affectivement épuisants pour le personnel soignant. 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. Les difficultés psychosociales peuvent être la conséquence de la relation avec les usagers/clients, de la responsabilité juridique, du stress engendré par les déplacements, etc.

En France, en 2010, la fréquence des accidents sur le lieu de travail dans les services assurés au domicile des personnes était 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). En 2010, 10% des salariés avaient été en arrêt maladie (suite à un accident sur le lieu de travail ou sur le chemin du travail, ou suite à une maladie due au travail) alors que la moyenne nationale était de 4,3%⁹.

Les enquêtes sur le travail offrent un plus grand nombre d'indications sur les difficultés éprouvées au travail. En 2005, quelque 50% des employés domestiques et 64% des personnels soignants étaient soumis à des mouvements et postures pénibles ou épuisants, alors que la moyenne était de 35% pour l'ensemble des salariés en France. 90% des deux métiers sont soumis à de longues périodes de station debout (contre 52% dans l'ensemble des autres métiers).

2.4. Équilibre entre vie professionnelle et vie privée

2.4.1. Temps et horaires de travail

Temps de travail : travail à temps partiel (choisi et non choisi délibérément)

⁹ Source : CNAMTS.

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.

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

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.

Aménagements hors norme du temps de travail (travail de nuit, travail le dimanche)

En 2010, 33% des salariés travaillaient occasionnellement ou fréquemment le dimanche (45% dans les services de soin et seulement 8% dans l'aide aux tâches ménagères). 17% des salariés travaillaient occasionnellement ou fréquemment le soir ou la nuit (21% dans les services de soin et seulement 7% dans l'aide aux tâches ménagères). 30% des salariés ont un temps de travail qui varie chaque semaine.

3. QUALITÉ DES SERVICES

L'approche française de la qualité comprend deux éléments principaux : 1) le système de tarification choisi par l'organisation ou l'unité prévoit les conditions définissant la qualité ; si le prix du service est contrôlé par le gouvernement, les organisations et unités doivent être *autorisées* ; s'il est fixé librement (mais son évolution est surveillée), les organisations et unités doivent être *agrées* ; 2) parallèlement à ces obligations, les organisations ou unités ont recours, volontairement et de plus en plus, à des procédures de certification. Le gouvernement lie cette démarche volontaire à une politique de qualité qu'il définit, la certification remplaçant les procédures d'agrément obligatoire.

3.1. Système d'autorisation et d'agrément

3.1.1. Qualité dans le régime d'autorisation

Depuis la loi no. 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, toutes les organisations ou unités prodiguant des soins de longue durée dans le secteur de l'action sociale et médico-sociale sont, aux fins de leur établissement, transformation et expansion, soumises à une procédure d'autorisation. Cette autorisation est émise par le Président du Conseil général du département lorsque les services fournis par les organisations et unités sont susceptibles d'être financés par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs activités tombent dans le champ de compétence dévolu par la loi au département. Cette autorisation est octroyée pour 15 ans et établit les conditions de base de la qualité requise lors de la création d'une organisation ou d'une unité. 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) ou par un organisme externe (évaluation externe).

En ce qui concerne les conditions de qualité requises lors de la demande initiale d'autorisation, elles sont au nombre de quatre qui se déclinent comme suit :

- 1) être compatible avec les objectifs et répondre aux besoins de l'action sociale et médico-sociale tels qu'ils sont établis par la structure de l'organisation médico-sociale dont elle dépend;
- 2) remplir les conditions d'organisation et de fonctionnement établies par le Code de l'action sociale et des familles (CASF) et anticiper les étapes de l'évaluation et les systèmes d'information prévus aux articles de ce code (art. L. 312-318 et L. 312-9, respectivement) ;
- 3) présenter les frais d'exploitation, qui ne peuvent être disproportionnés au regard du service offert et des coûts d'organisations ou unités qui offrent des services similaires ;
- 4) être compatible avec le programme interdépartemental, s'il existe.

La qualité des services offerts est donc déterminée dès l'entrée sur le marché, essentiellement

par les dispositions de la seconde condition. La demande d'autorisation doit en effet démontrer la capacité de l'organisation ou de l'unité à garantir les droits des usagers et à réaliser les évaluations planifiées.

Les droits des usagers se ventilent comme suit :

- 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 assurer le respect réel de ces droits, la loi prévoit que les organisations ou les services se dotent d'outils ; ils sont obligatoires à leur fonctionnement. Ces outils se déclinent comme suit :

- une brochure d'accueil contenant une charte des droits du nouvel usager, les règles de fonctionnement de l'organisation ou de l'unité, l'accord de résidence ou le document individuel de prise en charge (DIPC) 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 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 ;
- un conseil en relations de proximité, une autorité qui permet au client de participer au fonctionnement de l'organisation ou de l'unité ; et
- un document 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.

3.1.2. Qualité dans le régime d'agrément

L'agrément est accordé pour cinq ans par le préfet du département après délibération avec le Conseil général. Cette procédure s'applique essentiellement aux associations et entreprises prestataires de soins à domicile à des personnes âgées et handicapées ou à des personnes 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. 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 24 novembre 2005 relatif à « l'agrément de qualité » prévu au premier paragraphe de l'art. L.129-1 du Code du travail.

Ces critères constituent les « références de qualité » auxquelles doivent se conformer les administrateurs ou les organisations ou unités pour obtenir leur agrément. Ils concernent :

- 1) le respect des personnes bénéficiant de soins, de leurs droits individuels, de leurs vies privées, de leurs cultures, de leurs choix de vie, de leur espace personnel, de leur propriété et de la confidentialité ;
- 2) l'ouverture de l'organisation ou unité à son entourage, c'est-à-dire « le contexte local, social et médico-social qui correspond au public cible afin de compléter et de coordonner ses activités avec d'autres personnels et systèmes soignants » ;
- 3) l'organisation d'un accueil de grande qualité ;
- 4) la personnalisation des services en fonction des besoins des usagers ;
- 5) la clarté et la qualité des services offerts ;
- 6) les conditions générales, le suivi et l'évaluation des opérations ; et
- 7) la sélection ainsi que les qualifications du personnel.

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. L'agrément ayant une durée de validité de cinq ans, les organisations et unités agréées sont évaluées beaucoup plus souvent que celles qui sont autorisées. Par ailleurs, l'évaluation interne n'est pas obligatoire pour les organisations et services agréés.

3.2. Certification

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.

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). Le certificat est enregistré par Qualicert sous « Service à la personne » (Certification internationale de services de la Société générale de surveillance – SGS) et par Qualisap sous « Qualité de service des organismes exerçant des activités de services à la personne » (une certification du Bureau Veritas).

- Système de contrôle de qualité

La loi n° 2002-2 de janvier 2002 définit l'évaluation de qualité à réaliser au fil de toute la période au cours de laquelle l'organisation ou l'unité est autorisée à fonctionner. Deux procédures doivent être mises en œuvre. D'une part, l'évaluation interne (ou autoévaluation) et, d'autre part, l'évaluation externe. Les résultats de ces deux évaluations sont transmis à l'autorité qui a émis l'autorisation.

- Évaluation interne (ou autoévaluation)

L'évaluation interne (ou autoévaluation) doit être effectuée tous les cinq ans. Son cahier des charges n'est pas précisé à l'exception de la nécessité d'évaluer les procédures, les références et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

- Évaluation externe

L'évaluation externe est réalisée par un organisme qui n'est pas engagé dans les activités de l'organisation ou de l'unité, ou dans la qualité des services qu'elle prodigue. Elle 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.

4. BIBLIOGRAPHY

- Benoteau I., Baillieul Y., Chaillot G., « Les services à la personne. Davantage sollicités dans les zones rurales et âgées », DARES Analyse, juillet 2013.
- DARES, L. Thiérus, « 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.
- Enquête Emploi, Lefebvre 2012.
- 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.