



Rapport final de recherche

**COVICARE- Perspectives comparées des effets du COVID-19
sur les politiques et les professionnels du *care* auprès des
personnes âgées en perte d'autonomie à domicile**

COVICARE - 2021

LEDOUX Clémence, CARTIER Marie, CAILLAUD Pascal, DUSSUET Annie,
GABORIAU Marion, GIORDANO Chiara, GUIRAUDON Virginie, MEURET-
CAMPFORT Eve

Soutenu par : La Caisse de Solidarité pour l'autonomie, CNSA



TABLE DES MATIERES

I. PARTIE SCIENTIFIQUE	8
Résumé.....	9
Abstract	11
Synthèse longue.....	14
Les institutions de l'État social, "filtres" des réponses à la crise pandémique dans l'aide à domicile ? (Virginie Guiraudon, Chiara Giordano, Annie Dussuet, Pascal Caillaud, Clémence Ledoux)	16
Le rôle des organisations patronales sur les politiques nationales en France (Virginie Guiraudon, Clémence Ledoux et Pascal Caillaud)	18
Vaccination pendant le Covid : les évolutions du cadre général (Pascal Caillaud) et la comparaison avec l'Angleterre (Marie Cartier et Clémence Ledoux).....	18
Un dévouement non consenti ? Socio-histoire de la continuité de l'aide à domicile aux personnes âgées en France lors du premier confinement (Marie Cartier)	20
Prévention des risques professionnels face à des injonctions paradoxales en temps de pandémie. Ethnographie d'un service rural d'aide à domicile (Olivier Crasset et Annie Dussuet).....	23
La gestion de la crise sanitaire dans une résidence services : surprotection face à l'incertitude (Marion Gaboriau)	25
Fabrication, usages et interprétations de la reconnaissance pandémique dans l'aide à domicile (Marie Cartier et Clémence Ledoux)	29
Rapport scientifique complet	32
I. Contexte	32
<i>Les relations d'emploi et de travail de social care en Europe avant le COVID-19</i>	33
<i>Les enjeux de la pandémie et du confinement pour les relations d'emploi et de travail des professionnelles du social care auprès des personnes âgées à domicile en Europe</i>	34
II. Objectifs :	35
III. Méthodologie	36
III.1.WP1 (Work package 1) : le cas français	36
III.2. WP2 (work package 2) : les cas allemand, italien, belge et britannique	44
IV. Principaux résultats	46
IV.1 Les institutions de l'État social, "filtres" des réponses à la crise pandémique dans l'aide à domicile ? (Virginie Guiraudon, Chiara Giordano, Annie Dussuet, Pascal Caillaud, Clémence Ledoux)	46
IV.2 Le rôle des organisations patronales sur les politiques nationales en France (Virginie Guiraudon, Clémence Ledoux et Pascal Caillaud)	49
IV.3. Vaccination pendant le Covid : les évolutions du cadre général (Pascal Caillaud).....	55
IV.4. Un dévouement non consenti ? Socio-histoire de la continuité de l'aide à domicile aux personnes âgées en France lors du premier confinement (Marie Cartier).....	60



IV.5 Prévention des risques professionnels face à des injonctions paradoxales en temps de pandémie. Ethnographie d'un service rural d'aide à domicile (Olivier Crasset et Annie Dussuet).....	63
IV.6 La gestion de la crise sanitaire dans une résidence services : surprotection face à l'incertitude (Marion Gaboriau)	65
IV.7 Essentielles, et après ? Dynamiques de mobilisation dans le secteur de l'aide à domicile (Eve Meuret-Campfort)	71
IV.8. Policy debrief sur la France (Pascal Caillaud, Virginie Guiraudon et Clémence Ledoux). 74	
IV.8.1. Les dynamiques autour de la protection de la santé des aides à domicile et des personnes âgées dans la crise	77
IV.8. 1.1. Obtenir des masques	77
IV.8. 1.1.1. Un droit obtenu avec retard pour les aides à domicile	77
IV.8. 1.1.2. La mise en place d'un autre circuit d'approvisionnement des masques relevant du stock de l'Etat pour les SAAD.....	79
IV.8.1.1.3. Gérer les incertitudes pour les salariées directement employées par les particuliers .	81
IV.8.1.1.4. Obtenir des masques par d'autres moyens.....	82
IV.8. 1.2. Les pratiques de prévention prescrites dans les protocoles et les fiches métier. 83	
IV.8.1.2.1. L'apparition des protocoles, guides et fiches métiers liés au Ministère du Travail.....	83
IV.8. 1.2.2. Les protocoles du Ministère de la Santé et des Solidarités	86
IV.8.1.3. La protection des salariées et des personnes âgées : continuer de travailler ?....	88
IV.8.1.3.1. La possibilité de se déplacer et de travailler	88
IV.8. 1.3.2. Une judiciarisation des incertitudes chez les prestataires lors de la première vague .	90
1.3.3. Pour les particuliers employeur-ses, des flous autour du droit de retrait.....	92
IV.8.1.4. La question vaccinale : un problème éludé ?	93
IV.8.2. Les dynamiques de mobilisation de ressources financières dans la pandémie	95
IV.8.2.1. Compenser les pertes éventuelles de salaire ou d'activité	95
IV.8.2.1.1. La mobilisation de la FEPEM pour la mise en place d'un dispositif équivalent au chômage partiel pour les salariées du particulier employeur	96
IV.8. 2.1.2. Le paiement des services prestataires.....	99
IV.8. 2.1.3. La couverture en cas d'arrêt de travail lié au COVID.....	106
IV.8.2.1. (Re)valoriser le travail des aides à domicile.....	107
IV.8. 2.2.1. La signature avant la crise d'un nouvel avenant dans la branche des associations (BAD).....	107
IV.8. 2.2.2. La prime COVID	108
IV.8.2.2.3. Augmentations salariales dans les branches et réforme de l'APA.	113
IV.8.3. Le développement de mobilisations.....	115
2.1. Des mobilisations en faveur des travailleurs étrangers sans papiers	115



2.2. L'apparition d'un collectif, « la force invisible des aides à domicile » et son rapport compliqué aux syndicats	116
IV.9. Policy debrief sur la Belgique (Chiara Giordano)	118
IV.9.1 - Le cadre institutionnel de la prise en charge des personnes âgées en Belgique	118
L'évolution du système du care aux personnes âgées en Belgique.....	118
L'aide à domicile aux personnes âgées aujourd'hui	120
La concertation sociale dans le secteur	123
La crise COVID en Belgique	125
IV.9.2 : La protection des travailleuses et des personnes âgées pendant la crise.....	127
Le matériel de protection.....	127
Continuer à travailler / droit de retrait	130
Les vaccins	133
IV.9.3 : Les ressources financières	135
Le maintien des salaires	135
Le chômage COVID et les primes	136
IV.9. 4 : La collaboration entre les interlocuteurs sociaux.....	137
IV.9. 5 : Victoires et défaites	142
Les effets positifs.....	142
Les effets négatifs.....	143
Conclusions.....	148
IV.10. Policy debrief sur l'Angleterre (Clémence Ledoux et Claire Sonnet).....	150
IV.10.1. Le contexte global précédant le COVID	150
IV.10.1.1 Les régulations du <i>domiciliary care</i> avant le COVID	150
Les régulations du travail et de l'emploi	150
Les financements et l'organisation de l'aide à domicile	151
La régulation des migrations	153
IV.10.1.2. L'organisation du champ.....	154
Les représentant.e.s des travailleuses	154
Les représentant.e.s des employeurs et des agences.....	154
Les autres acteurs.....	155
IV.10.1.3. Des actions précédant le COVID qui se sont poursuivies	155
<i>Les projets de réforme gouvernementaux</i>	155
<i>Strategic litigation</i>	156
Les chartes éthiques.....	156
IV.10.2. Les réponses aux questions posées pendant le COVID	157
IV.10.2.1. Les arrêts de travail et le salaire de remplacement	157
IV.10.2.2. La protection de la santé	159



IV.10.2.3. La vaccination.....	162
IV.10.2.4. Les visas.....	165
Le changement des modalités de fonctionnement de la CQC.....	167
IV.10.3. Les changements des acteurs	167
3.1. La relation entre les acteurs.....	167
3.2. Les mobilisations collectives : se mobiliser autour de la force de la care economy ..	168
IV.11. Policy debrief sur l'Italie (Chiara Giordano).....	169
IV.11.1. Contexte et organisation du système de <i>care</i> en Italie	169
Contexte démographique et historique.....	169
Modèle italien du <i>care</i> : aides financières et services à domicile.....	170
Migration et travail informel : le modèle du « migrant-en-famille ».....	172
La concertation sociale dans le secteur de l'aide à domicile	173
La crise COVID en Italie	174
IV.11.2. La protection des travailleuses et des personnes âgées pendant la crise	175
Continuer à travailler / droit de retrait	176
La régularisation des travailleuses : une occasion manquée.....	177
Le matériel de protection et les vaccins	179
IV.11.3. Les ressources financières	180
Le maintien de salaires et les primes	180
IV.11.4. La collaboration entre les interlocuteurs sociaux.....	181
La collaboration pendant la pandémie	181
La collaboration en temps normaux	182
Conclusions	183
IV.12. Policy debrief sur l'Allemagne (Clémence Ledoux).....	184
IV.12.1. Le cadre démographie et institutionnel pré-pandémique	185
L'assurance dépendance allemande	185
Les acteurs du secteur de l'aide à domicile en Allemagne	186
L'évolution des relations professionnelles dans le secteur de l'aide et du soin en Allemagne avant la pandémie.....	189
IV.12.2. Les actions menées avant la pandémie : l'action concertée pour l'aide et le soin et la création d'une nouvelle organisation patronale	192
IV.12.2. Les politiques mises en place pendant la pandémie concernant les revenus	195
L'échec de la négociation d'une convention collective nationale unique.....	195
La réforme de la <i>Pflegeversicherung</i> et les augmentations de salaire	196
Le salaire de remplacement en cas d'arrêt de travail.....	197
Les primes.....	198
IV.12.4. Les politiques mises en place pendant la pandémie : réorganisation du travail et protection de la santé.....	199

IV.12.5. Le système des <i>live-in care workers</i>	200
V. Bibliographie	202
VI. Livrables et événements réalisés	208
VII. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	210

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

Résumé

Perspectives comparées des effets du Covid sur les politiques et les professionnels du *care* auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile - COVICARE

Coordinatrice : Clémence Ledoux (DCS/ délégation CNRS au CENS en 2020-2021)

Autres contributeurs : Pascal Caillaud (DCS), Théophile Carré (CENS), Marie Cartier (CENS), Annie Dussuet (CENS), Marion Gaboriau (CENS puis LESCORES), Chiara Giordano (ULB), Virginie Guiraudon (IEP Paris), Ève Meuret-Campfort (CENS), Claire Sonnet (DCS), Nicole Teke (DCS, Ingénieure de recherche COVICARE).

CONTEXTE ET OBJECTIFS DU PROJET

Quels ont été les effets du COVID-19 sur le secteur de l'aide à domicile ? COVICARE a étudié l'action publique en direction du secteur de l'aide à domicile auprès des personnes âgées dans une perspective comparative, en articulant une perspective « par le haut » (acteurs publics, partenaires sociaux nationaux...) et « par le bas » (sociologie des destinataires de cette action : travailleuses et personnes âgées). Il s'est agi premièrement de comprendre comment les contextes institutionnels et les systèmes d'acteurs existants dans cinq pays très différents (Allemagne, Belgique, Italie, France et Royaume Uni) ont pu déterminer les réponses apportées par les acteurs nationaux et locaux aux problèmes rencontrés dans ce secteur. Et deuxièmement, comment, en France, les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile et les aidantes professionnelles se sont approprié les divers instruments déployés et ont vécu la période pandémique.

MÉTHODOLOGIE

Une première partie du projet s'est centrée sur le cas français, en articulant enquête qualitative par entretiens et analyse documentaire, nationale et locale. Une deuxième partie a été consacrée à l'analyse comparative de la situation dans les quatre autres pays étudiés : Allemagne, Belgique, Italie, Royaume-Uni (en particulier l'Angleterre), en s'appuyant sur des ressources documentaires et en effectuant une série d'entretiens dans les pays concernés.

PRINCIPAUX RESULTATS

Le projet souligne que les structures institutionnelles préexistantes ont largement influencé l'action publique pendant la pandémie. Il montre comment les organisations du secteur se sont mobilisées auprès des différents États européens pour obtenir des dispositifs de protection aboutissant au constat que cette action a été plus fructueuse dans les pays où ces acteurs étaient déjà reconnus avant la crise (Belgique et France). Dans ces pays, l'action publique pandémique n'a pas été si verticale.

Du point de vue des destinataires de l'action publique, l'enquête montre que dans les premières semaines de la pandémie, les aides à domicile ont majoritairement continué à travailler : moins qu'une contrainte venue de leur hiérarchie, leurs récits attestent plutôt d'une volonté de maintenir l'accompagnement des bénéficiaires et leur activité professionnelle plutôt que de rester confinées. Les conditions dans lesquelles s'exerce le travail au sein des domiciles privés ont rendu difficile l'application des protocoles sanitaires prévus pour l'espace public. Les personnes âgées qui semblent avoir le plus souffert de la pandémie et des confinements ont été les personnes âgées les moins dépendantes dont la vie sociale a été particulièrement affectée. Les inégalités sociales préexistantes entre les personnes âgées se sont parfois réactualisées mais elles ont pu aussi se voir déjouées, l'effet de la position résidentielle neutralisant par exemple l'effet de la classe sociale. La recherche montre également les incertitudes générées par la crise, comme celle du régime applicable aux résidences services. Il souligne l'écart entre les dispositifs de reconnaissance introduits en France telle la prime Covid et leur perception par les aides à domicile : arrivés trop tard, insuffisants, opaques, ils ont parfois eu pour effet de diviser les collectifs de travail. La recherche montre que la crise pandémique a suscité l'expression des aides à domicile dans

l'espace public via de nouveaux collectifs mobilisés sur les réseaux sociaux. Ceux-ci n'ont pas toujours eu des relations simples avec les syndicats au moment où ces derniers s'engageaient dans un travail de terrain très intense mais peu visible face à toutes les questions des salariées.

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

L'étude COVICARE montre que les réponses des politiques publiques à la crise pandémique ont été très différentes selon les pays, en fonction des politiques préexistantes en direction de l'aide à domicile, des possibilités d'intervention des États dans l'espace domestique et des configurations d'acteurs organisés. Les institutions et acteurs du secteur de l'aide à domicile en France ont davantage protégé les aides à domicile que dans d'autres pays, même si cela restait insuffisant. La recherche suggère que les mesures de reconnaissance ou de protection devraient à l'avenir tenir compte de toutes les formes d'aide aux personnes âgées, y compris l'aide à domicile, et au sein de celle-ci, y compris les salariées du particulier employeur. L'oubli d'un acteur dans les décisions d'action publique en direction des personnes âgées dépendantes a des conséquences lourdes, s'agissant d'un secteur qui souffre d'un déficit historique de reconnaissance alors même qu'il est un rouage central pour faire face au défi démographique que représente le vieillissement de la population. Le déficit structurel de reconnaissance, symbolique et financière, pèse sur la réception des mesures publiques de reconnaissance, souvent reçues avec scepticisme par des femmes aux petits salaires, d'autant plus dans le contexte d'inflation qui a succédé à la crise sanitaire. Les personnes les plus vulnérables sur le plan médical (les plus âgées) ne sont pas nécessairement celles qui souffrent le plus. Dans notre enquête, ce sont les personnes âgées qui n'étaient pas déjà confinées chez elles qui ont le plus souffert.

Abstract

The effects of Covid on domiciliary care policies and jobs in Europe: comparative perspectives – COVICARE

Coordinator: Clémence Ledoux (DCS/ délégation CNRS au CENS en 2020-2021)

Other Members of the project: Rozenne Abjean, Pascal Caillaud (DCS), Théophile Carré, Marie Cartier (CENS), Annie Dussuet (CENS), Marion Gaboriau, Chiara Giordano (ULB), Virginie Guiraudon (IEP Paris), Sinja Lippstreu, Éve Meuret-Campfort (associée au CENS), Carlotta Paladino, Claire Sonnet (DCS), Nicole Teke (Ingénieure de recherche COVICARE).

CONTEXT AND OBJECTIVES

What has been the impact of COVID-19 on the home care sector? COVICARE studied public policy toward the home care sector for older adults from a comparative perspective,

combining a “top-down” perspective (public actors, national social partners, etc.) with a “bottom-up” perspective (sociology of the recipients of this policy: workers and older adults). The first step was to understand how the institutional contexts and existing systems of actors in five very different countries (Germany, Belgium, Italy, France, and the United Kingdom) shaped the responses of national and local actors to the problems encountered in this sector. Secondly, it sought to understand how, in France, elderly people losing their independence at home and professional caregivers appropriated the various instruments deployed and experienced the pandemic period.

METHODOLOGY

The first part of the project focused on France, combining qualitative research through interviews and national and local documentary analysis. The second part was devoted to a comparative analysis of the situation in the four other countries studied: Germany, Belgium, Italy and the United Kingdom (especially England), drawing on documentary resources and conducting a series of interviews in the countries concerned.

MAIN RESULTS

The project highlights that pre-existing institutional structures had a significant influence on public action during the pandemic. It shows how organisations in the sector mobilised with different European states to obtain protection measures for the home care sector, concluding that this action was more successful in countries where these actors were already recognised before the crisis (Belgium and France). In these countries, public action during the pandemic was not so vertical.

From the perspective of the recipients of public action, the analysis shows that in the first weeks of the pandemic, the majority of home care workers continued to work: rather than being constrained by their managers, they indicated a desire to continue supporting beneficiaries and maintaining their professional activity rather than remaining in lockdown. The conditions in which work is carried out in private homes made it difficult to apply the health protocols designed for public spaces. The elderly people who seem to have suffered most from the pandemic and lockdowns were the least dependent elderly people, whose social lives were particularly affected. Pre-existing social inequalities among older people have in some cases been exacerbated, but they have also been counteracted, with the effect of residential status neutralising the effect of social class, for example. The research also highlights the uncertainties generated by the crisis, such as the regime applicable to residential living facilities. It emphasises the gap between the support measures introduced in France, such as the Covid bonus, and how they are perceived by home care workers: arriving too late, insufficient and opaque, they have sometimes had the effect of dividing work communities. The research shows that the pandemic crisis has prompted home care workers to express themselves in the public arena through new groups mobilised on social media. These groups have not always had easy relations with the trade unions at a time when the latter were engaged in very intensive but little-visible grassroots work on all the issues facing employees.

OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

The COVICARE study shows that public policy responses to the pandemic crisis have varied greatly between countries, depending on pre-existing policies on home care, the scope for state intervention in the domestic sphere, and the configuration of organized actors. Institutions and actors in the home care sector in France have provided greater protection for home care workers than in other countries, although this remains insufficient. The research suggests that recognition or protection measures should in future take into account all forms of care for older people, including home care, and within this, including employees of family employers. The omission of a key players in public policy decisions affecting dependent older people has serious symbolic consequences, given that this is a sector that suffers from a historical lack of recognition, even though it plays a central role in addressing the demographic challenge of an ageing population. This structural deficit in recognition, both symbolic and financial, weighs heavily on the reception of public recognition measures, which are often met with scepticism by low-paid women, especially in the context of inflation following the health crisis. The most medically vulnerable (the oldest) are not necessarily those who suffer the most. In our survey, it was older people who were not already confined to their homes who suffered the most.

COVICARE- Perspectives comparées des effets du COVID-19 sur les politiques et les professionnels du <i>care</i> auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile
Clémence Ledoux, DCS/ délégation CNRS au CENS en 2020-2021
Projet de recherche lauréat du programme Autonomie 2020 CNSA-INReSP
Équipes partenaires : Rozenne Abjean, Pascal Caillaud (DCS), Théophile Carré, Marie Cartier (CENS), Annie Dussuet (CENS), Marion Gaboriau, Chiara Giordano (ULB), Virginie Guiraudon (IEP Paris), Sinja Lippstreu, Eve Meuret-Campfort (associée au CENS), Carlotta Paladino, Claire Sonnet (DCS), Nicole Teke (Ingénieure de recherche COVICARE).
Projet de recherche complet

Messages clés du projet

COVICARE a l'originalité d'étudier un secteur de l'action publique pendant la crise pandémique, en rencontrant tous ses acteurs, nationaux, départementaux et locaux. Le projet montre que les réponses politiques nationales ont beaucoup dépendu, dans leurs principes comme dans leur mise en œuvre, du contexte préexistant, différent d'un pays à l'autre (chacun ayant son propre droit, un fonctionnement spécifique de son marché et sa



structure politique particulière). Cette action publique pandémique a aussi épousé les fragmentations professionnelles et intrasectorielles. Dans certains cas, pour les aides à domicile, le devoir d'assurer la continuité de l'aide a primé sur la protection de leur propre santé. Celles rencontrées dans l'enquête n'ont pas continué à travailler « contre leur gré », mais de manière réfléchie, en mesurant bien les risques encourus. L'enquête souligne la difficulté d'appliquer les mesures sanitaires prescrites dans l'intimité des foyers et la façon dont la crise a pu rendre incertain le statut de certains établissements comme les résidences services. La recherche montre à quel point la mise en œuvre relativement aléatoire et opaque des mesures de court terme a également pu susciter des formes de « frustration relative » exprimées par une question récurrente : « qui a reçu quoi et pourquoi ? » (par exemple sur les masques en France ou le bonus en France et en Allemagne).

Si une crise similaire survenait de nouveau, la recherche indique que :

1. Les pays où l'emploi informel est moins répandu et où des instruments de politiques publiques permettent d'intervenir dans l'espace privé (comme la France) protègent mieux les aides à domicile que les autres. À l'inverse, les pays où le niveau d'informalité est élevé (Italie) sont ceux qui protègent le moins les aides à domicile.
2. Les aides à domicile ont déjà une expérience du contact avec des virus ou des maladies et sont détentrices de savoir-faire sanitaires qui ne doivent pas être négligés.
3. Les aides à domicile relèvent de différents segments (en France, elles sont employées par les collectivités territoriales, les entreprises, les associations ou les particuliers). Les mesures de reconnaissance et de protection devraient s'appliquer de manière systématique et équitable à tous les segments au risque sinon de susciter un sentiment de défiance envers les autorités publiques parmi les salariées du secteur.
4. Le déficit historique de reconnaissance dont souffre ce secteur et sa fragmentation compliquent la mise en œuvre concrète des dispositifs de reconnaissance quelles qu'en soient les formes. Les dispositifs de reconnaissance devraient être transparents, inclusifs et équitables afin d'éviter de créer de la défiance et de la frustration chez leurs destinataires.
5. Les personnes les plus vulnérables sur le plan sanitaire (les plus dépendantes) ne sont pas nécessairement celles qui souffrent le plus. Dans notre enquête, ce sont les personnes âgées qui n'étaient pas déjà confinées chez elles qui ont été le plus atteintes du fait de la diminution de leur vie sociale.

Synthèse longue

La pandémie de COVID-19 a profondément bouleversé les systèmes sociaux et politiques, en menaçant la santé des travailleuses et des bénéficiaires de l'aide à domicile, tout en soulevant la question de la reconnaissance sociale et politique d'un travail d'aide souvent méconnu. Avant la crise, l'aide à domicile avait déjà connu des transformations importantes en Europe,

marquées par un tournant vers le maintien à domicile des personnes âgées. Des différences significatives persistaient pourtant selon les pays, dont les régimes oscillent entre socialisation du travail (comme en Scandinavie) ou familialisation (en Europe du sud). Parallèlement, des réformes avaient modifié les modes de financement et d'organisation, favorisant le recours à des prestataires privés et à des dispositifs de type « *cash for care* » ou chèques service. Globalement les conditions d'emploi des aides à domicile s'avéraient précaires et l'importance de leur travail mal reconnue, le dialogue social étant limité, et la relation employeur-se-employée souvent complexe, surtout quand les employeur-ses sont les familles des personnes aidées.

La pandémie a soulevé trois grandes questions : celle de la protection de la santé face au virus, celle de la continuité du travail et des revenus dans un contexte de restrictions et de déplacements limités, ainsi que celle de la reconnaissance sociale et symbolique du rôle des aides à domicile. La pandémie constitue ainsi un moment particulier de l'histoire récente, qui interroge les transformations du secteur de l'aide à domicile, tant au niveau des politiques publiques qu'à celui des rapports sociaux et professionnels.

1. Méthodologie

COVICARE visait à étudier les réponses aux questions posées par la crise pandémique en France dans le secteur de l'aide à domicile, en les comparant avec quatre autres pays. La recherche a mobilisé deux équipes : le Centre Nantais de Sociologie (CENS), engagé dans l'enquête « par le bas », et l'équipe Droit et Changement Social (DCS), qui a davantage adopté une approche de l'action publique pandémique « par le haut ». Plutôt que de compartimenter les tâches par équipe, le projet était organisé en deux *work packages* (WP) : le WP1 était consacré à la France et le WP2 aux autres cas nationaux, favorisant ainsi un échange entre sociologie, droit et science politique.

WP1 : Le cas français

Au niveau national (WP1.1), une analyse documentaire a été complétée par 19 entretiens semi-directifs, menés avec des responsables nationaux des syndicats salariés, des fédérations patronales et des ministères. Ces éléments ont permis de reconstruire la chronologie des décisions et des mobilisations lors de la crise sanitaire (2020-2022), synthétisée dans un *policy debrief* présenté dans le rapport détaillé.

Au niveau départemental (WP1.2), l'enquête s'est focalisée sur un département de l'Ouest, avec des entretiens auprès des acteurs publics locaux, des associations et entreprises, de la Fédération des Particuliers Employeurs de France (FEPPEM) locale et la collecte de documents internes (bulletins d'information, protocoles sanitaires, courriels...). Une revue de presse locale a aussi contribué à reconstituer la gestion locale de la crise.

Au niveau des bénéficiaires et salariées¹ (WP1.3), l'enquête a analysé l'expérience de personnes âgées en perte d'autonomie et d'aides à domicile, en portant une attention

¹ Les salariées ont été indiquées au féminin pour souligner leur très grande féminisation (plus de 90%).

L'écriture inclusive est utilisée pour marquer la mixité des populations étudiées. Par convention, les accords et les pronoms restent au masculin neutre.

particulière aux différentes formes d'emploi (associations, entreprises, employeur-ses particuliers). Malgré des difficultés d'accès, 19 personnes âgées et 28 aides à domicile ont été interrogées. De plus, l'analyse d'une enquête immersive réalisée par Olivier Crasset en Bretagne dans le cadre de l'ANR PROFAM, juste avant le lancement du projet COVICARE, a été poursuivie pendant le projet pour comprendre comment les conditions de travail des aides à domicile ont été affectées par les consignes sanitaires.

WP2 : Les cas étrangers

Le WP2 a placé l'action publique pandémique dans l'aide à domicile dans une perspective internationale, en comparant les politiques menées en France et étudiées dans le WP1 avec celles menées dans des cas étrangers. Quatre territoires ont été choisis pour leur diversité institutionnelle et sociale : l'Allemagne, l'Italie, Bruxelles et la Wallonie en Belgique et l'Angleterre.

Une analyse documentaire approfondie sur les politiques publiques et le dialogue social concernant l'aide à domicile avant et pendant la crise dans ces pays a été réalisée sur la base de la littérature scientifique, des rapports publics, ainsi que la presse spécialisée et généraliste. L'accent a été mis sur le rôle des acteurs publics et partenaires sociaux. Une enquête multisite par entretiens semi-directifs a été menée dans plusieurs villes (Bruxelles, Londres, Oxford, Florence, Rome, Berlin, Freiburg en Brisgau) auprès de représentants syndicaux, d'organisations patronales, de responsables publics, d'associations d'aide à domicile. En Allemagne, 7 entretiens avec des acteurs du secteur ont eu lieu, tandis qu'en Angleterre 10 entretiens ont été effectués. En Italie et en Belgique, des enquêtes complémentaires (3 entretiens dans chacun des cas) ont permis de croiser les données et d'approfondir la compréhension locale, notamment grâce à un partenariat avec la chercheuse Chiara Giordano.

Afin de mieux saisir les effets concrets de l'action publique pandémique, les usages des instruments et l'expérience des bénéficiaires et des travailleuses, une recherche documentaire complémentaire a été réalisée sur la réception de ces politiques dans les quatre pays. Le projet a participé à la préparation d'un numéro spécial de la *Revue des Politiques Sociales et Familiales* et a organisé des panels lors de conférences internationales réunissant des chercheuses étrangères sur les questions d'aide à domicile en période de crise, afin de mieux connaître les travaux similaires à COVICARE menés à l'étranger.

2. Principaux résultats

Les institutions de l'État social, "filtres" des réponses à la crise pandémique dans l'aide à domicile ? (Virginie Guiraudon, Chiara Giordano, Annie Dussuet, Pascal Caillaud, Clémence Ledoux)

Lorsque la pandémie de Covid-19 commence à se propager en Europe, la réponse publique, des plus hautes instances de l'exécutif aux pouvoirs locaux, des ministères aux agents

sectoriels concernés, est tributaire d'une histoire, celle du développement de l'Etat social (le « *welfare state* ») et de ses piliers : la protection sociale, les services publics, le droit du travail, et les politiques de soutien à l'emploi. Comme l'ont montré nombre d'études (Béland et al., 2021; Pierson, 2001), en période de crise, les Etats sociaux adoptent des réponses différentes à des problèmes apparemment communs, car ils ne disposent pas forcément des mêmes répertoires de politiques publiques pour y faire face. Ainsi, les réponses sectorielles apportées aux crises dépendent assez largement des caractéristiques des institutions préexistantes.

Les configurations des Etats sociaux préalables aux crises peuvent donc contribuer à « filtrer » d'une part les problèmes publics et d'autre part les types d'instruments possibles et imaginables pour y répondre (Pierson 2001). L'effet de « filtre » renvoie au fait que les configurations des Etats sociaux influencent la perception des problèmes sociaux : leur ampleur, le moment de leur prise en compte, la signification qui leur est donnée sont fonction des institutions existantes. L'effet « filtre » des Etats sociaux agit également sur les différents instruments de politiques publiques disponibles, tout comme sur les marges de manœuvre de diverse ampleur laissées aux acteurs du secteur concerné.

Ici, nous entendons l'Etat social au sens très large, comme un ensemble d'institutions pertinentes pour appréhender les problèmes sociaux et leur apporter des réponses. Dans le cas de l'aide à domicile, les institutions pertinentes de l'Etat social renvoient à la fois aux répertoires de politiques publiques de financement et de régulation de l'aide à domicile, aux systèmes de relations professionnelles, aux normes sur lesquelles ils s'appuient, aux configurations d'acteurs existantes et aux pratiques auxquelles ces politiques et ces normes ont été associées. Tous ces éléments sont le résultat d'une longue construction qui façonne le comportement des individus et des acteurs du secteur.

Néanmoins, en parallèle de ces effets de « dépendance au sentier » ou d'inertie institutionnelle (Hall & Taylor, 1996), des dynamiques contingentes peuvent émerger directement de l'événement et créer des conjonctions inédites et de nouvelles alliances de circonstance (Dobry, 2009) permettant des innovations et des dynamiques de changement de sentier institutionnel (Guiraudon & Borraz, 2010; Palier & Bonoli, 1999). Ces dynamiques contingentes n'en dépendent pas moins de la nature des acteurs organisés dans le secteur.

Dans les cinq pays étudiés, quatre dimensions caractérisent très différemment l'Etat Social avant la crise : les politiques visant l'aide à domicile ; les droits institués pour les différentes catégories de travailleuses et les possibilités d'intervention des Etats dans l'espace domestique et enfin les configurations d'acteurs organisés, dont l'action modifie les contours et le fonctionnement du secteur.

Malgré ces contextes institutionnels différents, les questions qui se sont posées avec la pandémie ont été partout les mêmes :

- comment protéger la santé des personnes âgées et des aides à domicile ?
- fallait-il continuer de travailler ?
- si les aides à domicile arrêtaient leur intervention, allaient-elles perdre des revenus ?
- comment apporter de la reconnaissance aux aides à domicile ?

Mais les réponses ont été très différentes, d'une part parce que la crise n'a pas atteint les différents pays avec la même temporalité, ni avec la même intensité, d'autre part, et c'est ce que nous souhaitons souligner, parce que les institutions existantes ne permettaient pas les

mêmes décisions ni les mêmes actions. Elles ont joué un rôle de filtre, perceptible dès mars 2020 avec les mesures de limitation des déplacements, et se retrouvent ensuite avec les mesures concernant la protection de la santé des travailleuses, celles sur la perte de revenus, et celles sur la reconnaissance à court et à long terme.

Le rôle des organisations patronales sur les politiques nationales en France (Virginie Guiraudon, Clémence Ledoux et Pascal Caillaud)

Dans un contexte démographique de vieillissement de la population française, le secteur de l'aide à domicile en France compte aujourd'hui 600 000 aides à domicile et aides ménagères ce qui représente près d'un emploi dit « peu qualifié » sur huit². Le secteur de l'aide à domicile est fragmenté autour de plusieurs statuts et conventions collectives (celle des associations, des entreprises, des salariées du particulier employeur-se), ayant pour conséquence une disparité des protections. Avec l'arrivée du virus, les aides à domicile n'ont pas immédiatement été reconnues comme prioritaires pour accéder aux protections sanitaires (masques, vaccins). Cependant, grâce à la mobilisation active des partenaires sociaux et en particulier des fédérations patronales, les salariées ont pu être ajoutées à la liste prioritaire pour l'accès à certaines ressources rares comme les masques, bien que tardivement et avec des difficultés d'application sur le terrain, notamment pour les employées des particuliers. Ces mêmes fédérations ont réussi à changer les modalités de distribution des masques aux services prestataires, après avoir vu les difficultés à les obtenir en pharmacie. De la même manière, le financement par l'Etat d'une prime Covid a été obtenue de haute lutte par les fédérations patronales. Si les salariées des structures prestataires ont fini par y accéder, les aides à domicile des particuliers en sont restées exclues. La mise en œuvre de cette mesure par les départements a accentué les disparités territoriales.

Comparativement à d'autres pays, les revenus des aides à domicile ont été davantage protégés en France qu'ailleurs, grâce notamment à l'intervention des fédérations patronales. Ces dernières ont permis la poursuite du paiement de l'APA, même quand le travail était suspendu. Elles ont également obtenu la mise en place d'un dispositif de chômage partiel pour les salariées des particuliers (mais sans les mêmes garde-fous que dans le régime général).

Enfin, la crise a temporairement renforcé le dialogue entre les ministères et les partenaires sociaux, en particulier avec les organisations patronales, qui ont joué, comme dans d'autres pays (Cullen, 2024), un rôle central dans l'intermédiation entre terrain et politiques publiques. Elles sont parvenues à influencer certaines mesures, mais ce processus a pourtant montré des limites persistantes de par sa fragmentation, l'exclusion de certaines catégories de salariées de dispositifs et son manque historique de reconnaissance, difficile à rattraper.

Vaccination pendant le Covid : les évolutions du cadre général (Pascal Caillaud) et la comparaison avec l'Angleterre (Marie Cartier et Clémence Ledoux).

Antécédents de la vaccination obligatoire

² François-Xavier Devetter, Annie Dussuet et Emmanuelle Puissant, *Aide à domicile, un métier en souffrance. Sortir de l'impasse*, Paris, Les Editions de l'Atelier, 2023.

A partir de 1948, certaines professions ont été soumises à des obligations vaccinales (variole, tétanos, hépatite B, tuberculose...). Celle-ci concernent les professionnels de santé, du social, les pompes funèbres, pompiers, étudiant·e·s en santé, etc. La vaccination est imposée en cas de risques de contamination directe ou indirecte liés à l'activité professionnelle. Les vaccins obligatoires ont évolué (ex : fin du BCG pour certains en 2019). Les frais de vaccination sont pris en charge par l'employeur·se.

Vaccination contre la Covid-19

La loi du 5 août 2021 étend l'obligation de vaccination à de nombreuses professions (soignants, administratifs en établissements de santé, pompiers, salariés à domicile, etc.). À partir du 15 septembre 2021, un test négatif ne suffisait plus : un justificatif de vaccination ou une contre-indication était requis. En cas de non-respect, l'employeur·se risquait des sanctions auxquelles les particuliers employeur·ses ne sont cependant pas soumis·e·s.

Refus de vaccination : conséquences juridiques

Avant 2021, ce sujet était déjà traité par la jurisprudence, notamment relative à la vaccination contre l'Hépatite B dans les pompes funèbres³. Le refus de vaccination obligatoire était bien reconnu comme une cause réelle et sérieuse de licenciement, mais pas obligatoirement comme une faute grave. La loi de 2021 a introduit la suspension du contrat de travail sans rémunération pour les non-vaccinés ou sans « Pass sanitaire ». Cette suspension n'ouvrait alors pas droit au chômage et n'était pas assimilée à du temps de travail pour les congés ou l'ancienneté mais le salarié conservait sa protection sociale complémentaire. Il ou elle pouvait exercer une autre activité, si elle ne violait pas une clause contractuelle (ex : non-concurrence) et ne nuisait pas à l'employeur·se.

Le licenciement n'était donc pas automatique en cas de refus de vaccination obligatoire. Le Conseil Constitutionnel a interdit la rupture anticipée des CDD pour non-présentation du Pass sanitaire. L'employeur se devait examiner les possibilités de reclassement avant de licencier un salarié non vacciné. Un décret du 13 mai 2023 suspend cette obligation vaccinale sans que les dispositions n'aient jamais été formellement abrogées.

La comparaison avec l'Angleterre

Les politiques vaccinales ont divergé entre l'Angleterre et la France. Alors que l'Angleterre a renoncé à l'obligation vaccinale pour les aides à domicile, la France l'a mise en œuvre par la loi du 5 août 2021 pour les professionnels de santé mais aussi pour les aides à domicile. Le projet d'obligation vaccinale dans le secteur de la santé et du « *social care* » a donné lieu à de nombreuses controverses, débats et consultations publiques en Angleterre, cela a beaucoup moins été le cas en France. Alors qu'au printemps 2020 la France apparaissait comme un des pays les plus réticents à la vaccination contre la Covid 19⁴, en juillet 2021, avant même la promulgation de l'obligation pour certaines professions, près des trois quarts des adultes

³ Soc. 11 juillet 2012, n°10-27.888

⁴ Spire A, Sireyjol A, Bajos N, et al. From intentions to practices: what drove people to get the COVID-19 vaccine? Findings from the French longitudinal socioepidemiological cohort survey. *BMJ Open* 2023;13:e073465. doi:10.1136/bmjopen-2023-073465.

étaient déjà vaccinés (au moins une dose)⁵. Pour autant à l'échelle locale des services (à l'hôpital comme dans les services d'aide à domicile) l'obligation vaccinale a pu susciter des discussions et des contestations. L'existence de modes de représentation différents des travailleuses dans les syndicats anglais et français, avec moins de consultation de la base en France, et des représentants syndicaux relativement éloignés du terrain, peut en partie expliquer cette divergence. Alors qu'en Angleterre l'opposition à l'obligation vaccinale émanant des femmes employées dans le secteur du « *social care* » trouve à s'exprimer dans des controverses publiques et est reprise par les syndicats, en France, cette opposition s'est exprimée dans des cadres davantage privés et sa non-prise en compte et sa délégitimation par la mise en œuvre de l'obligation en août 2021 a eu des conséquences importantes sur les relations professionnelles dans le secteur.

Un dévouement non consenti ? Socio-histoire de la continuité de l'aide à domicile aux personnes âgées en France lors du premier confinement (Marie Cartier)

Les analyses sociologiques des effets de la crise sanitaire du Covid 19 sur le travail ont souligné l'expansion du télétravail, sa dimension de protection face au virus et de « privilège » réservé aux cadres et professions intermédiaires mais aussi ses effets négatifs sur la répartition du travail domestique et parental entre hommes et femmes⁶. A l'inverse, le travail sur site et au contact du virus a surtout concerné le salariat subalterne⁷ et les femmes employées encore plus que les hommes ouvriers⁸ : celles-ci, majoritaires dans les métiers du soin et de l'aide en établissement et à domicile, se sont « sacrifiées », « dévouées » pendant le confinement, au sens où en continuant à travailler elles ont pris le risque de la contamination au virus du covid 19, faisant passer l'intérêt des personnes vulnérables dont elles s'occupent avant leur propre santé. Les études menées dans une perspective de sociologie des inégalités et des rapports de domination qui appréhendent la crise sanitaire principalement comme un accélérateur d'inégalités préexistantes, mettent ainsi en évidence le désavantage subi par les salariés subalternes à l'occasion de la pandémie. Elles suggèrent aussi que parmi les ouvriers et employés « qui ont continué à travailler -dans les transports, les entrepôts, les grandes surfaces, les usines, au domicile des personnes âgées comme dans les hôpitaux-, sortir du logement était alors une obligation⁹ », « leur sacrifice (...) n'était probablement pas consenti »¹⁰. La continuité du travail des salarié.es subalternes est ainsi envisagée comme une action menée par soumission à une contrainte extérieure. Serait-ce donc malgré eux que les salarié.es subalternes ont continué à travailler pendant le premier confinement en France ? Poser cette question, c'est faire l'hypothèse d'une part que le rapport au travail des salarié.es

⁵ Nathalie Bajos et alii, « Recours à la vaccination contre le Covid-19 : de fortes disparités sociales », *Études et Résultats*, Drees, février 2022 • n° 1222.

⁶ Joanie Cayouette-Remblière et alii « Cadrages statistiques. Des inégalités exacerbées : les effets sociaux du confinement saisis par les chiffres », in *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire* (dir. Anne Lambert, Joanie Cayouette-Remblière), La Tour d'Aigues, INED, Éditions de l'Aube, 2021.

⁷ Cyrine Gardes, *Essentiel.les et invisibles ? Classes populaires au travail en temps de pandémie*, Editions du Croquant, 2022.

⁸ Vincent Cardon, Antoine Machu, « Les travailleurs sur site, tous visibles et reconnus ? », *Personne ne bouge : Une enquête sur le confinement du printemps 2020* [en ligne]. Grenoble : UGA Éditions, 2021. Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/ugaeditions/18582>>. ISBN : 978-2-37747-263-5. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.ugaeditions.18582>.

⁹ Joanie Cayouette-Remblière et alii, op. cit., p. 84.

¹⁰ Cyrine Gardes, op. cit., p. 18.

subalternes, « c'est-à-dire la perception qu'ils en ont et la signification qu'ils lui donnent »¹¹, n'est pas donné d'avance, et que par conséquent, ils ne sont pas interchangeables, et d'autre part, que le moment de la crise sanitaire a pu, avec son lot de désorganisation et d'incertitudes, modifier les formes d'encadrement du travail et les rapports de pouvoir qui le façonnent¹². Seule l'enquête empirique portant à la fois sur les prescriptions émises aux diverses échelles de l'encadrement du travail¹³ et sur les réactions des salarié.es peut trancher la question de leur consentement à la continuité du travail en temps de pandémie. On ne la traitera ici que partiellement, en se concentrant sur un métier particulier mais qui représente, de par ses effectifs nombreux et en hausse, une composante centrale des classes populaires contemporaines, celui d'aide à domicile pour personne âgées. Même si ce fut à retardement par rapport aux professions de l'hôpital¹⁴, le dévouement de ces travailleuses qui ont continué, malgré le risque sanitaire encouru, à aider les personnes âgées en perte d'autonomie à se lever, se laver, à manger et se coucher a été salué par des paroles d'hommage dans la presse locale et nationale¹⁵ et, pour une partie d'entre elles, par l'octroi d'une prime. La réflexion proposée ici ne porte pas sur la réalité de l'acte de dévouement des aides à domicile pour personnes âgées. Les recherches précédemment citées l'ont en effet déjà bien établi : en s'exposant davantage que les classes moyennes et supérieures à la contamination au virus, tout comme les autres salarié.es subalternes ayant continué à travailler sur site, elles se sont dévouées. La réflexion ne porte pas non plus sur l'origine, le pourquoi de ce dévouement. Plusieurs travaux d'histoire et de sociologie du travail des femmes, qu'ils envisagent ce dévouement comme une norme ou comme une disposition sexuée traitent déjà la question. Elle ne prétend enfin pas non plus rendre compte du dévouement des aides à domicile au sens de l'ensemble des pratiques de travail concrètes qui se sont déployées dans l'aide à domicile durant la période du confinement¹⁶. On sait en effet que, bien que mis en avant dans les rhétoriques professionnelles, le dévouement, l'amour ou le souci d'autrui, peut au niveau des situations et pratiques de travail, s'avérer en réalité limité, avec par exemple des aides à domicile qui refusent d'effectuer certaines tâches de soin ou de s'investir dans des relations interpersonnelles avec les personnes âgées¹⁷ ou encore des assistances maternelles qui via la socialisation salariale se saisissent à une période historique donnée de leurs droits et apprennent à borner leur dévouement¹⁸. Comme le rappelle Christelle Avril dans une réflexion sur les écueils que présente l'importation de la notion

¹¹ Christelle Avril, Marie Cartier, Delphine Serre, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, 2010, p.18.

¹² Claude Didry, *Face au Covid: l'enjeu du salariat*, Paris, Éditions de la Dispute, 2023.

¹³ Voir Christelle Avril, Marie Cartier, Delphine Serre, op. cit., p. 26 à 37.

¹⁴ Voir les témoignages d'une assistante-maternelle et d'une aide à domicile cités dans Vincent Cardon, Antoine Machut, op. cit.

¹⁵ Pour une chronologie précise et le détail de ces paroles de reconnaissance voir Pascal Caillaud, Virginie Guiraudon, Clémence Ledoux, « Les effets du COVID sur les politiques et le dialogue social dans le secteur du care auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile en France », *Policy debrief-COVICARE*, Nantes, 2022.

¹⁶ Sur ces pratiques de travail saisies à la fois par entretiens et par observation directe voir Annie Dussuet, Olivier Crasset, « « Si j'attrape le Covid en ne faisant pas les gestes-barrière, c'est moi qui suis responsable ! ». Approche ethnographique de la pandémie de Covid-19 dans un service d'aide à domicile. », *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 150, 2024, p.47-63

¹⁷ Christelle Avril, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, 2014.

¹⁸ Marie Cartier, « Workers on Welfare Markets and the Appropriation of Their Rights : The Case of Mothers' Assistants in France Since 1977 », *The Dynamics of Welfare Markets. Private Pensions and Domestic/Care Services in Europe* (ed. C. Ledoux, K. Shire et F. van Hooren), Palgrave Macmillan, 2021, p. 399-422



philosophique de « care » en sociologie, il importe de ne pas confondre le rapport au travail et les pratiques de travail¹⁹. Cette analyse ne s'intéresse donc ni à la réalité, ni à l'origine, ni aux pratiques concrètes du dévouement mais uniquement au contexte et à l'état d'esprit dans lequel celui des aides à domicile pour personnes âgées s'est déployé. Elle défend l'idée que pour une large partie de ces femmes, il s'est agi d'un dévouement consenti.

Nous étudions ces aides à domicile à l'échelle d'un département, de façon à saisir la continuation de leur travail au printemps 2020, dans son contexte. L'analyse s'appuie en premier lieu sur 29 entretiens avec des aides à domicile exerçant dans le département en ville comme dans le péri-urbain (dont un entretien collectif impliquant quatre collègues travaillant dans une même association). Les aides à domicile rencontrées sont pour la plupart auxiliaires de vie, plus rarement aides ménagères et exercent principalement en prestataire associatif et/ou en CESU et plus rarement en prestataire privé lucratif. Elles cumulent parfois plusieurs statuts d'emploi différents. Ces entretiens rétrospectifs sur la crise sanitaire sont entachés d'imprécisions et de reconstructions. Pour pallier ces limites, nous avons cherché d'autres traces du déroulement de la crise sanitaire et de la diffusion des prescriptions sanitaires et professionnelles à destination du secteur par le ministère des solidarités et de la santé et par les départements. Nous avons également mené des entretiens avec les employeur·ses ou représentants de l'employeur·se (particuliers, agences privées, associations) de 8 des aides à domicile interviewées et avec la responsable du pôle autonomie du département. Nous avons collecté auprès de ces acteurs des documents écrits relatifs à la gestion de la crise sanitaire élaborés et diffusés entre mars 2020 et décembre 2021 (mails, point info...) et consulté la presse locale et nationale.

L'analyse de la crise sanitaire comme exacerbant les inégalités socio-professionnelles conduit à souligner que les salariés subalternes ont été davantage exposés au virus du fait d'avoir continué à travailler sur site, les cadres et professions intermédiaires étant eux protégés par le télétravail. Cette inégalité face à la crise, mise au jour au moyen d'une approche statistique et structurale des rapports de domination est un fait. En revanche en déduire que les salariés subalternes ont été obligés de continuer à travailler ou encore que leur sacrifice ne fut « pas consenti » paraît discutable, en tout cas pour ce qui est des aides à domicile. En reconstituant avec précision le contexte dans lequel celles-ci ont continué à travailler dans un département français, on a mis en évidence les concernant, l'absence de prescriptions gouvernementales et l'autonomie relative dans laquelle se sont trouvés le département, les services d'aide et leurs salariées en mars 2020. L'information sur le droit de retrait a par ailleurs été diffusée dans les services collectifs et la possibilité d'arrêter de travailler sans perte de salaire fut réelle du fait de la protection octroyée par le statut salarial et de la suspension des tâches non essentielles. L'étude des mots et sentiments ayant accompagné la continuité de l'aide aux personnes âgées vulnérables tant du côté des cadres des structures collectives et particuliers employeur·ses que des aides à domicile elles-mêmes, a révélé l'existence chez la plupart des aides à domicile, de réflexions, de négociations et de dramatisation morale. Celles-ci ont continué à travailler parfois avec un sentiment explicite de « choisir » de le faire, parfois plutôt avec le sentiment d'une obligation intérieure, mais toujours en nom propre et de façon plus réfléchie qu'à l'ordinaire, en mettant en discussion et en réflexion, leur propre santé d'une part et la vie des personnes âgées dont elles s'occupent d'autre part. Leur dévouement pandémique est le fruit d'une décision difficile prise dans une situation où elles pouvaient

¹⁹ Christelle Avril, « Sous le care, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès », Margaret Maruani éd., *Je travaille, donc je suis. Perspectives féministes*. La Découverte, 2018, p. 211.

juridiquement et pratiquement arrêter de travailler et où elles étaient habitées par la peur de la contamination au covid 19. Identifier cette dynamique de dévouement volontaire et consenti dans les premières semaines de la pandémie permet de mieux comprendre l'insatisfaction qui va naître ensuite chez une partie des aides à domicile estimant que la reconnaissance accordée via la prime Covid puis l'avenant 43 dans le secteur associatif n'est pas à la hauteur des efforts accomplis. Centrée sur une activité de service spécifique et sur un département, notre analyse ne tranche pas la question du consentement des salarié.es subalternes à la continuité du travail pendant la pandémie de manière générale. D'autres recherches devront être menées pour dire comment les salarié.es des hôpitaux, des entrepôts et des hypermarchés ont continué à travailler. Notre analyse débouche toutefois sur deux constats généraux. Premièrement, du point de vue de la sociologie de la crise sanitaire, elle montre qu'en mars 2020 la continuité de l'aide aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile a été assurée « d'en bas » : elle n'a pas été pensée ni anticipée et prescrite par l'Etat mais plutôt par les salariées du secteur elles-mêmes, en interaction avec leurs responsables et les départements. Deuxièmement, notre analyse rappelle la nécessité pour la sociologie du travail de prendre au sérieux le rapport au travail des hommes et des femmes qui exercent des activités objectivement pénibles et mal reconnues. Celui-ci n'est pas simplement déductible de leur position professionnelle dévalorisée et donc désinvesti, dépourvu de sens, de valeurs et de valorisations. Bien au contraire s'agissant d'existences masculines mais aussi féminines, dans lesquelles le travail salarié occupe une place centrale, selon les contextes et les trajectoires sociales et professionnelles, ce travail subalterne peut être investi d'engagements positifs et de valeurs à travers lesquels ces hommes et ces femmes expriment leur volonté et leur autonomie, s'affirment comme sujets.

Prévention des risques professionnels face à des injonctions paradoxales en temps de pandémie. Ethnographie d'un service rural d'aide à domicile (Olivier Crasset et Annie Dussuet)

À la fin de l'année 2020, durant la période des fêtes de fin d'année qui a suivi le second confinement en France, Olivier Crasset, chercheur engagé dans l'ANR PROFAM, confronté à l'interruption du cours normal de ses recherches, a saisi l'opportunité offerte par ses contacts établis de longue date au niveau local, pour mener une enquête de type ethnographique au sein d'une petite structure publique d'aide à domicile en milieu rural. Dans une démarche d'observation participante, il a donc pu, pendant deux semaines, accompagner trois aides à domicile dans leur tournée auprès de bénéficiaires, souffrant pour la plupart d'incapacités liées à l'âge. Des entretiens complémentaires ont ensuite été menés, et un questionnaire distribué au personnel de la structure. L'objectif était d'analyser les conditions de travail des aides à domicile au sein des foyers qu'elles visitaient dans cette situation de pandémie, et en particulier la place de la prévention des risques professionnels de ces intervenantes à domicile, dans ces circonstances exceptionnelles où la question de la préservation de la santé était majeure.

Le texte présenté en annexe, publié dans la *Revue des Politiques Sociales et Familiales*, coécrit avec Annie Dussuet, utilise ces matériaux pour questionner cette place de la prévention dans l'espace particulier que constitue le domicile privé des personnes aidées. Le contexte de la pandémie accentue en effet des difficultés, déjà importantes en contexte ordinaire, à

instaurer des règles de prévention des risques professionnels au domicile des bénéficiaires. Ce dernier étant à la fois un lieu de travail et un espace privé, les aides à domicile font face à des règles contradictoires relevant de ces deux univers : comme lieu de travail de salariées, des règles de droit relevant de la sphère publique y sont a priori applicables ; mais en tant qu'espace privé, le domicile est aussi le lieu où des normes spécifiques, issues de la sphère privée domestique, sont en jeu. Comment les protagonistes de la relation d'aide ont-ils alors fait face aux injonctions contradictoires suscitées par la crise sanitaire ? Comment respecter une nécessaire « distanciation sociale » tout en maintenant une proximité indispensable à la réalisation de tâches touchant à l'intimité ? Comment se préserver de la contagion tout en évitant de susciter l'anxiété chez des personnes particulièrement vulnérables ?

Une reconstitution de la chronique de la pandémie telle qu'elle a été vécue dans le service à partir des récits *a posteriori* des enquêtées révèle que les deux confinements ont été vécus très différemment. Lors du premier confinement, des règles de prévention ont été introduites dans la précipitation, les équipements individuels de protection (EPI) comme les masques, manquant. Il s'agissait alors autant de limiter les risques de contagion que de rassurer les salariées, les bénéficiaires et leurs familles. Une « production locale », par tâtonnements, de normes a été « bricolée », les risques étant pensés avant tout comme une responsabilité des professionnelles vis-à-vis d'autrui. Mais le protocole strict « importé » d'un EHPAD voisin se révèle vite irréaliste et reste peu appliqué lorsque le second confinement survient. Les conditions sont alors très différentes car les salariées ont reçu des EPI, et la notion de « gestes barrières » s'est diffusée, ceux-ci étant désormais couramment pratiqués dans l'espace public. Pourtant, même cette prévention minimale est difficile à instaurer dans les domiciles du fait de l'attitude des bénéficiaires, qui se considèrent « maîtres chez eux », et sont parfois en opposition frontale. Pour les aides à domicile, respecter les gestes barrière apparaît pourtant comme une évidence, à la fois pour se protéger elles-mêmes dans des situations de proximité physique où les risques de contamination sont importants, et pour protéger les personnes qu'elles aident. Mais les situations spécifiques des bénéficiaires (pathologies comportementales), comme les gestes du travail « bien fait » les obligent à des compromis. Elles ne parviennent à dépasser l'injonction paradoxale à laquelle elles sont soumises que lors des sorties pour accompagner les personnes aidées hors de leur domicile. Elles retrouvent alors une certaine autorité pour faire respecter les règles de prévention. La comparaison entre le comportement à l'intérieur et au dehors des habitations montre que, si les aides à domicile ne sont pas sans pouvoir dans leurs relations avec les personnes aidées, la réalisation même d'un travail d'aide « bien fait » les oblige à établir une relation de confiance avec des bénéficiaires loin d'être passifs et dont la collaboration est indispensable. Face au risque de contamination croisée dans les domiciles, elles portent la double responsabilité de protéger les personnes réticentes ou incapables de respecter les gestes barrière et de composer avec des règles formelles inadaptées. Cela implique de leur part un travail émotionnel tant auprès des bénéficiaires afin d'obtenir l'application des règles, que sur elles-mêmes et entraîne des risques psychosociaux accrus.

Même si, dans le service enquêté, la nécessité d'adopter des mesures de prévention est unanimement reconnue par les aides à domicile, le fait de travailler dans des domiciles privés est un obstacle majeur à leur application. Le cadre de travail spécifique constitué par le



domicile apparaît comme la cause principale des difficultés. Premièrement, le rapport de force avec les bénéficiaires y reste défavorable aux aides à domicile qui ne peuvent compter que sur leurs capacités individuelles de négociation pour instaurer une prévention. Deuxièmement, elles ont peu de prise sur un environnement qui déroge aux règles en vigueur dans les établissements médicalisés, lesquels servent pourtant de cadre de référence à ces normes. Plus largement, ce lieu tend à imposer aux protagonistes un système normatif en contradiction avec les règles communes du droit, qui oblige les aides à domicile à se soucier d'abord du bien-être des bénéficiaires, avant de considérer les conséquences de leurs gestes sur leur propre santé. Cette injonction à l'altruisme n'est bien entendu pas toujours suivie mais il est important de reconnaître son existence pour imaginer des outils de prévention plus efficaces, y compris en dehors des périodes de crise en tenant compte du lieu particulier où ils s'appliqueront.

La gestion de la crise sanitaire dans une résidence services : surprotection face à l'incertitude (Marion Gaboriau)

Si le domicile des personnes âgées dans lequel elles se font aider au quotidien est bien souvent le logement dans lequel elles ont vécu une bonne partie de leur vie, il peut aussi prendre la forme d'appartement acquis à leur entrée dans le grand âge au sein de « résidences services » pensées comme des « habitats intermédiaires »²⁰. Ces résidences au statut particulier, qui se distinguent des « résidences autonomie »²¹, sont reconnues par les départements comme des « services d'aide et d'accompagnement à domicile » (SAAD) aux tarifs libres. Toutes les personnes âgées n'accèdent pas à de tels logements et services associés du fait notamment de leur coût. Il nous a alors paru pertinent de nous intéresser à ces structures comme à leurs résident-es – aisé-es voire très aisé-es financièrement – et à leur expérience de la crise sanitaire, en comparaison avec celle des personnes âgées de catégories sociales plus populaires et des autres SAAD plus connus et encadrés par les pouvoirs publics. L'enquête auprès de l'une des résidences services du centre-ville de la ville principale du département nous a permis d'en avoir un aperçu. Celle-ci est nommée « la maison » par les salarié-es comme par les résident-es en désignant tout à la fois le domicile privé des personnes, les espaces de vie collectifs et la structure de services et d'aide qui y est intégrée.

Une « maison » pas comme les autres : un lieu de vie privilégié à destination des catégories supérieures

La résidence dans laquelle nous avons enquêté prend la forme d'une copropriété composée de 107 appartements. Les personnes âgées qui y vivent sont principalement propriétaires de leur logement. En parallèle du syndicat de copropriété, une association de gestion (et à sa tête le directeur de la résidence qui anime un conseil d'administration composé de résident-es)

²⁰ Nowik Laurent (2014). « Habitat intermédiaire : de quoi parle-t-on ? » Dans : L. Nowik et A. Thalineau (dir.), *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, Presses universitaires de Rennes, p.23-46

²¹ À la différence des résidences services, les résidences autonomie (ex logements-foyers) sont reconnues comme des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou des structures à but non lucratif, tout en ayant une vocation sociale. Le coût du logement y est modéré et les résidents peuvent y bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). (Source : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/residence-autonomie-et-residence-services-quelle-difference>).

organise les services proposés. La résidence offre des services communs à tou·tes les résident·es (accueil, entretien des espaces communs, présence infirmière non-médicalisée²², surveillance de nuit, système d'alarmes, etc.) dont le coût est mutualisé : chaque résident·e participe de façon obligatoire au financement en fonction de la taille de son logement. Elle propose également des services « individualisés » facultatifs tels qu'un service de restauration assuré par une entreprise extérieure ou des prestations d'aide à domicile. En effet, la résidence étudiée a créé son propre service d'aide à domicile (juste avant la crise sanitaire) composé de deux auxiliaires de vie. Toutefois, chaque résident·e peut faire intervenir à son domicile le service d'aide de son choix ou bien employer directement une ou des professionnelles rémunérées via des chèques emploi service (CESU).

Les résident·es sont à 80% des femmes de 87 ans en moyenne, choisi·es à l'entrée dans la résidence, selon l'infirmière coordinatrice qui participent à la sélection, en fonction de leur degré d'autonomie (« *On ne prendra pas quelqu'un qui est en perte d'autonomie sévère parce qu'on sait très bien que dans six mois, il va partir en EHPAD* »), de sociabilité et de leur présentation de soi comme gage « d'harmonie ».

Ces éléments associés aux tarifs de la résidence participent à une sélection sociale des résident·es. De fait, celles et ceux rencontrés en entretien appartiennent à la bourgeoisie voire la très grande bourgeoisie.

Au total, nous avons réalisé 12 entretiens au sein de cette résidence avec : 6 personnes âgées (sur la base du volontariat ou par bouche-à-oreille), 4 aides à domicile non-salariées de la résidence mais embauchées directement par un·e ou plusieurs résident·es, le directeur et l'infirmière coordinatrice. Ceux-ci nous ont également donné accès à différents documents élaborés pendant la période de la crise sanitaire et notamment pendant le premier confinement (protocoles, affiches, attestations, informations aux résidents et à leur famille, etc.). Ils ont été précieux pour analyser les règles mises en place concrètement par la résidence pour faire face au COVID.

Protéger les résident·es et l'image de « la maison » à tout prix : extension des services et protocoles sanitaires stricts

Les résident·es sont en temps normal particulièrement aidées dans leur quotidien. Celles-ci bénéficient de l'ensemble des services de la résidence et ont également bien souvent recours à des aides à domicile extérieures au profil (en termes de statut d'emploi, de niveau d'étude et de disponibilité) ajusté à leurs yeux au type de service demandé. Ainsi, plusieurs de ces employeur·ses font appel à des salariées d'entreprise d'aide à la personne pour des services d'entretien de leur maison. Elles et ils choisissent par contre des employées indépendantes, via leur cercle de connaissances, pour répondre à des besoins « personnalisés » d'accompagnement au quotidien (pour des sorties par exemple) ou pour des tâches qui touchent à leur intimité (le soin ou encore la gestion des papiers). Dans ce cadre, les enquêté·es témoignent de l'importance à leurs yeux de recruter des « filles de bonne éducation », « intelligentes » avec qui elles et ils peuvent avoir des « échanges de qualité » ou qui délivrent des services « intellectuels et psychologiques ».

²² Les infirmières du service ne peuvent pas faire d'actes « invasifs » et/ou sur prescriptions médicales. Pour ce qui est du soin prodigué, elles s'occupent essentiellement de changer les bas de contention, de mettre du collyre dans les yeux ou de prendre la tension des résidents. Elles s'occupent sinon majoritairement de faire le lien avec les familles, de rassurer les personnes âgées et de faire de la prévention. La résidence a par contre un partenariat privilégié avec deux cabinets d'infirmiers libéraux qui assurent les autres soins nécessaires aux personnes âgées et notamment une grande partie des toilettes.

Pendant la crise sanitaire, et en particulier pendant le confinement, l'aide apportée à ces personnes âgées n'a dans l'ensemble pas diminué. Au contraire, tout le personnel de la résidence s'est mobilisé pour proposer aux résident-es confiné-es de nouveaux services (portage des repas et du courrier, courses, surveillance des températures, etc.). Les services de la résidence se sont donc temporairement étendus nécessitant l'embauche de personnels de renfort tandis que les aides à domicile extérieures (souvent indépendantes) ont globalement continué leur activité habituelle auprès de leurs employeur-ses-résident-es.

Au-delà de ces services spécifiques, les résident-es ont également été particulièrement protégé-es. L'équipe dirigeante de la résidence a en effet très rapidement mis en place des protocoles et règles sanitaires strictes de continuité de service, de limitation des visites et de contrôle des visiteurs. Dès l'annonce du premier confinement, la résidence choisit d'interdire complètement les visites. Le souci central de protection des résident-es s'est poursuivi après le premier confinement avec la mise en place de procédures très contrôlées de déconfinement progressif. Par exemple, une procédure « visites familles » est imaginée. Celle-ci prévoit que les familles demandent une autorisation de visite par mail par souci de traçabilité (en cas de contagion) afin d'obtenir « une attestation d'autorisation de visite » signée par le directeur. Après avoir signé une « charte (morale) du visiteur », le parent doit s'inscrire au registre des entrées et se faire contrôler la température par l'hôtesse d'accueil qui se doit de refuser la visite en cas de symptômes anormaux. Enfin, après avoir reçu une visite (dont la durée est limitée), les personnes âgées sont particulièrement suivies par les infirmières pendant six jours minimums.

Au-delà de la protection des résident-es, c'est l'image de la résidence et de son personnel qui est en jeu.

Un statut hybride source d'incertitude : se protéger juridiquement face aux résident-es et à leur famille

La mise en place des protocoles restrictifs ainsi que l'auto-contrôle dans les équipes qui se devaient « irréprochables » témoignent aussi d'une volonté de la part de la résidence de se protéger juridiquement face aux résident-es et à leur famille qui, du fait de leurs position socio-professionnelles supérieures, auraient eu les ressources pour inquiéter la résidence en cas de litige.

Dans le but de se protéger, l'équipe dirigeante de la résidence était alors à l'affût et en attente de consignes à suivre et de règles à mettre en place qui ont tardé à être transmises par les autorités. Le statut hybride des résidences services semblent poser problème au département et à l'ARS en difficulté pour répondre aux questions de l'équipe dirigeante plongée dans l'incertitude.

Dans un premier temps « oubliée », la résidence a été obligée d'« inventer ses propres règles » relativement strictes, calquées sur celles mises en place dans les EPHAD voisins. Celles-ci sont assez rapidement contestées par quelques résident-es et familles qui y voient une privation de liberté alors qu'elles et ils sont pourtant « chez eux »²³, propriétaires de leur logement : « *la colère s'est un peu déversée sur nous parce qu'on les privait de leur liberté.* » (Infirmière coordinatrice). La peur du procès ou du scandale du côté de la résidence accentue les tensions. Les confinements suivants et les règles associées semblent ensuite avoir été plus facilement acceptés. Plusieurs résident-es, les plus autonomes et/ou entouré-es, ont d'ailleurs pu les anticiper en quittant temporairement la résidence pour s'installer dans leur logement

²³ GERARD Antoine, « Enjeux et stratégies de l'appropriation des espaces collectifs », *Gérontologie et société*, 2017/1, vol. 39, n° 152, p. 143-154.

secondaire en bord de mer où, sans bénéficier de tous les services de la résidence, elles et ils ont continué à être aidé·es par du personnel recruté sur place ou par leurs propres enfants qui ont parfois pris le relais. On peut alors supposer qu'une des craintes de l'équipe de direction de la résidence dans ces moments de tensions pendant la crise sanitaire ait été de voir partir des résident·es mécontent·es.

Un renforcement du contrôle des aides à domiciles extérieures : méfiance réciproque et concurrence

Cette période caractérisée par une prise de pouvoir par l'équipe de direction sur le quotidien des résident·es ne semble par ailleurs pas avoir été très favorable au développement du service d'aide à domicile interne à la résidence. On peut en effet supposer que recourir à leurs propres employées auxiliaires de vie (via le CESU ou par l'intermédiaire de prestataires de services extérieurs) permet aux personnes âgées de garder une marge d'autonomie par rapport aux personnels et aux règles de la résidence. Dans les faits, très peu de résident·es ont en effet recours aux auxiliaires de vie de la résidence que la direction a d'ailleurs du mal à stabiliser. Les aides à domiciles extérieures à la résidence mais qui y passent parfois leurs journées, employées par plusieurs personnes âgées, représentent alors une forme de concurrence pour le service interne de la résidence.

Si des tensions et relations de méfiances étaient déjà existantes avant la crise sanitaire entre les aides à domicile extérieures et l'équipe de direction de la résidence, celles-ci ne semblent pas s'être atténuées pendant la pandémie. Les procédures et règles strictes imposées par la direction supposaient en effet un contrôle sur le travail et le comportement des aides à domicile. Dans le protocole de continuité de service, il est ainsi formellement demandé aux résident·es de surveiller les professionnel·les qui interviennent à leur domicile, ce qui témoigne d'un climat de méfiance.

Les quelques auxiliaires de vie extérieures à la résidence mais très intégrées et appréciées des résident·es ne semblent toutefois pas s'être senties menacées par ces règles du fait des relations de confiance et de proximité avec les personnes âgées (qui sont bien souvent leurs employeur·ses directs) tout en ayant finalement assez peu de relations avec la direction de la résidence.

La pandémie a par contre été l'occasion pour la résidence de mettre fin à des permanences tenues chaque semaine par une association d'aide à domicile extérieure, intervenant chez quelques résident·es.

La crise sanitaire sert alors de prétexte à la direction pour éloigner de leurs résident·es une association d'aide à domicile pensée ici comme concurrente directe.

L'enquête auprès de cette résidence services permet de mettre en évidence l'attention et la protection très poussées dont ont fait l'objet les personnes âgées résidentes aux profils socio-économiques très favorisés. On peut alors penser que les inégalités de prise en charge de la vieillesse liées aux situations socio-économiques des personnes âgées ont pu être exacerbées pendant la crise sanitaire. Cependant, ce souci de protection des résident·es (qui tiennent à leur autonomie et à leur liberté) a également été sources de tensions autour de règles strictes mises en place dans un cadre juridique incertain. Après la succession des confinements et différentes vagues de contamination, les liens entre la résidence et les institutions publiques ont toutefois fini par se développer. La crise sanitaire a donc été l'occasion pour ces résidences services de manière plus large de se faire (re)connaître auprès des autorités publiques tout en formalisant des procédures réutilisables. Enfin, il semble que la gestion délicate de la pandémie au sein de la résidence ait permis à la direction d'écarter des SAAD concurrents sans

nouer davantage de collaboration avec les quelques auxiliaires de vie recrutées directement par les résident·es qui ne sont pas prêt·es à renoncer à leur statut d'employeur·se, gage d'autonomie.

Fabrication, usages et interprétations de la reconnaissance pandémique dans l'aide à domicile (Marie Cartier et Clémence Ledoux)

L'histoire du secteur de l'aide à domicile pour personnes âgées en France s'inscrit dans une trajectoire de précarité (Devetter et al., 2023), ponctuée de tentatives renouvelées et inabouties de reconnaissance de la qualification de ces salariées (Caillaud & Dussuet, 2024). Ce travail, peu visible en 2020, fait appel à des savoir-faire féminisés, il reste encore aujourd'hui associé à des salaires bas et des conditions de travail difficiles (Avril, 2014; Devetter et al., 2023; Dussuet, 2005). En France comme ailleurs, la crise du Covid-19 a constitué un moment particulier : elle a rendu les personnels soignants et ceux du « *social care* » plus visibles dans l'espace public (Chatzidakis et al., 2020), conduisant parfois même à héroïser les aides à domicile (Cullen, 2021; Guiraudon, Ledoux et Caillaud, 2024). Aux sommets de l'Etat, suite à diverses mobilisations, des mesures ont été adoptées pour tenter de protéger ces travailleuses et de donner accès, pour certaines d'entre elles, à des ressources rares, en les incluant dans la liste des professionnels ayant un accès prioritaire aux masques, puis au vaccin, et en leur attribuant des primes et des augmentations de salaire (Caillaud & Dussuet, 2024). Pourtant, le *turnover* dans le secteur n'a pas cessé, et quelques-uns de ces dispositifs ont même laissé un goût amer à certaines salariées. Comment expliquer à la fois la mise en visibilité inédite des aides à domicile pendant la crise, l'introduction de dispositifs de reconnaissance dans ce secteur et un sentiment subjectif de non-reconnaissance persistant de la part de ces salariées ?

La reconnaissance du travail d'aide à domicile se joue à la fois sur un plan objectif et sur un plan subjectif, les deux plans ne correspondant pas forcément. Ainsi, la reconnaissance peut être véhiculée par des éléments matériels, des discours, des images et elle peut avoir des conséquences sur les actions, les pratiques, les identités et le rapport à l'Etat ou au travail. Par ailleurs, nous montrons l'intérêt d'une approche attentive à la diversité des temporalités, celle de la crise, celle des relations professionnelles dans le secteur, et aux articulations entre les différentes échelles des dispositifs de reconnaissance. L'ambivalence des dispositifs de reconnaissance destinés aux aides à domicile à l'occasion de la crise sanitaire a activé une dialectique où un peu de reconnaissance objective vient en fait raviver le sentiment subjectif de non reconnaissance, y compris chez des salariées se tenant loin des syndicats

3. Apports et perspectives de recherche

COVICARE montre que dans tous les pays étudiés, dans le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées, la pandémie a exacerbé et accéléré des dynamiques antérieures, que ce soit la surexposition des femmes aux inégalités ou les faibles rémunérations du travail d'aide. Malgré la mise en visibilité de ces métiers pendant le temps de crise, des écarts ont existé entre la scène des annonces de changement, voire de rupture et leur mise en œuvre concrète.

Les réponses politiques nationales ont aussi beaucoup dépendu dans leurs principes comme dans leur mise en œuvre des différents contextes préexistants d'un pays à l'autre (chacun ayant son propre droit, un marché spécifique et une structure politique particulière). L'action publique pandémique a aussi épousé les fragmentations professionnelles et intrasectorielles. Des politiques déjà existantes ont pu être « recyclées » pour traiter la nouveauté, des instruments de politiques publiques préexistants (chèque emploi service universel) ont pu être utilisés, que ce soit pour répondre aux enjeux de protection de la santé des travailleuses et des bénéficiaires, ou pour le maintien du revenu des travailleuses ou de leur reconnaissance.

Dans certains cas, pour les aides à domicile, le devoir d'assurer la continuité de l'aide a été supérieur à celui de protéger leur propre santé. Ainsi les aides à domicile rencontrées dans l'enquête n'ont pas continué à travailler « contre leur gré » mais de manière réfléchie et en mesurant bien les risques encourus. L'enquête souligne la difficulté à appliquer les mesures sanitaires prescrites dans l'intimité des foyers. Elle montre à quel point les mesures de court terme ont également pu susciter des formes de « frustration relative » exprimées par une question récurrente : « qui a reçu quoi et pourquoi ? » (par exemple sur les masques en France ou le bonus en France et en Allemagne).

Si une crise similaire survenait de nouveau, la recherche indique que :

1. Les pays où l'emploi informel est moins répandu et où des instruments de politiques publiques permettent d'intervenir dans l'espace privé (comme la France) protègent mieux les aides à domicile que les autres. À l'inverse, les pays où le niveau d'informalité est élevé (Italie) sont ceux qui protègent le moins les aides à domicile.
2. Les aides à domicile ont déjà une expérience du contact avec des virus ou des maladies et sont détentrices de savoir-faire sanitaires qui ne doivent pas être négligés.
3. Les aides à domicile relèvent de différents segments (en France, elles sont employées par les collectivités territoriales, les entreprises, les associations ou les particuliers). Les mesures de reconnaissance et de protection devraient s'appliquer de manière systématique et équitable à tous les segments au risque sinon de susciter un sentiment de défiance envers les autorités publiques parmi les salariées du secteur.
4. Le déficit historique de reconnaissance dont souffre ce secteur et sa fragmentation compliquent la mise en œuvre concrète des dispositifs de reconnaissance quelles qu'en soient les formes. Les dispositifs de reconnaissance devraient être transparents, inclusifs et équitables afin d'éviter de créer de la défiance et de la frustration chez leurs destinataires.
5. Les personnes les plus vulnérables sur le plan sanitaire (les plus dépendantes) ne sont pas nécessairement celles qui souffrent le plus. Dans notre enquête, ce sont les personnes âgées qui n'étaient pas déjà confinées chez elles qui ont été le plus atteintes du fait de la diminution de leur vie sociale.



4. Principales publications du projet :

- AVRIL Christelle, CARTIER, Marie, SERRE, Delphine, 2010, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte.
- **CAILLAUD, Pascal, GUIRAUDON Virginie et LEDOUX Clémence. 2022. « Les effets du COVID sur les politiques et le dialogue social dans le secteur du care auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile en France, Policy debrief ».**
- **CAILLAUD, Pascal, et DUSSUET Annie. 2024. « La reconnaissance de la qualification dans l'aide à domicile associative pendant le Covid : un progrès en trompe-l'œil ? » *Droit Social*, 637-57.**
- CHATTZIDAKIS, Andreas, HAKIM Jamie, LITTER Jo et ROSENBERG Catherine. 2020. *The care manifesto: The politics of interdependence*. Verso Books.
- CULLEN, Pauline. 2024. « Discursive Strategies of Private Home Care Providers in Ireland: Public funding for Private Care ». *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 1 : 135-51
- **CRASSET Olivier, DUSSUET Annie. 2024. « Prévention des risques professionnels face à des injonctions paradoxales en temps de pandémie. Ethnographie d'un service rural d'aide à domicile », *Revue des politiques sociales et familiales*, 1 (n°150), p. 47-63.**
- DIDRY Claude. 2023. *Face au Covid: l'enjeu du salariat*, Paris, Éditions de la Dispute.
- GARDES Cyrine. 2022. *Essentiel.les et invisibles ? Classes populaires au travail en temps de pandémie*, Editions du Croquant.
- LAMBERT Anne et CAYOUILLE-REMBLIÈRE Joanie. 2021. *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire* (dir.), La Tour d'Aigues, INED, Éditions de l'Aube, 2021.
- DEVETTER, François-Xavier, DUSSUET Annie et PUISSANT Emmanuelle. 2023. *Aide à domicile, un métier en souffrance: sortir de l'impasse*. Éditions de l'Atelier.
- GIORDANO, Chiara, 2022. « Home care service providers in Brussels: time adjustments during COVID-19 and the consequences for frontline home care workers ». *International Journal of Care and Caring*, 1-17.
- **GUIRAUDON Virginie, LEDOUX Clémence, POBLETE Lorena, « Perspectives comparées sur l'emploi et les services de care à domicile en temps de pandémie », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2024/1 (n°150), p. 3-12.**
- **GUIRAUDON Virginie, LEDOUX Clémence, CAILLAUD Pascal, « Le rôle des organisations patronales dans un secteur fragmenté. Les politiques d'aide à domicile pour les personnes âgées pendant la pandémie », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2024/1 (n°150), p. 65-82.**
- **LEDOUX Clémence, POBLETE Lorena, JACQUEMART Alban, « Gouverner le social care, des catégories institutionnelles aux expériences intimes », *Terrains & travaux*, 2023/1 (N° 42), p. 5-26.**

S'il s'agit d'un **projet d'amorçage, projet pilote, contrat de définition** ou de soutien à la **mise en place de projets européens** :

Ce projet a-t-il permis de construire un projet de recherche complet ?

Oui Non

Si non, précisez les raisons : il ne s'agissait pas d'un projet d'amorçage.

Rapport scientifique complet

I. Contexte

Le choc de la pandémie de COVID 19 et des mesures nationales qui l'ont accompagné ont ouvert une période d'incertitudes et ont profondément bouleversé le fonctionnement ordinaire des systèmes sociaux et politiques. Dans le secteur de l'aide à domicile, ce choc a menacé la santé des travailleuses, des bénéficiaires et la continuité d'un travail indispensable au maintien de la vie. Il a posé la question de la reconnaissance de ce travail d'aide au niveau national, local et au plus près des populations, ouvrant la voie à des formes de politisation inédites. Ce bouleversement arrive néanmoins dans un contexte où l'organisation de l'aide à domicile auprès des personnes âgées avait été profondément transformée en Europe, tout en conservant des formes différentes d'un territoire à l'autre et selon les catégories sociales.

Ainsi, de nombreux auteurs ont souligné l'existence en Europe d'un tournant vers **le maintien des populations fragiles à domicile plutôt qu'en établissement** et relevé de **nombreuses différences** selon les pays (Martin 2003; Morel 2006; Ranci et Pavolini 2013; Capuano 2018). En réaction à la typologie bien connue des types de *welfare state* développée par Esping Andersen (1990), principalement basée sur la relation entre l'État, la famille et le marché, de nombreuses études ont souligné l'importance d'une meilleure prise en considération de la position des femmes, des inégalités de genre et des régimes d'organisation du *care* (Lewis 1992; Orloff 1996; Martin 1998; Daly et Rake 2003; Morel 2007b). Certains auteurs ont proposé des typologies alternatives (Anttonen & Sipilä, 1996; Leitner, 2003; Lewis, 1992), en opposant par exemple les pays scandinaves aux pays d'Europe continentale et méridionale. Alors que les premiers socialisent davantage le travail de *care*, les seconds, eux, encouragent différents degrés de « familialisation », c'est-à-dire de travail laissé implicitement ou explicitement à la famille.

Parallèlement, des **changements majeurs** ont eu lieu dans la manière dont les politiques publiques **organisaient** et **finançaient** le secteur du *care* à domicile. Au cours des 20 dernières années, de nombreux pays européens ont **modifié les modes de financement et de régulation des soins par les pouvoirs publics**. Ils ont soutenu le développement de *cash for care* (comme en Autriche, en Allemagne et en Italie), de systèmes de chèques (comme en France), d'allègements fiscaux pour le *social care*, etc. (Carbonnier & Morel, 2015). Les règles relatives aux marchés publics (Commission européenne 2022 : 25) et d'autres instruments ont également été changés (Brennan et al., 2012 ; Carbonnier & Morel, 2015 ; Le Bihan et al., 2019 ; Ledoux et al., 2021 ; Mercille, 2024 ; Ungerson & Yeandle, 2007 ; Zechner et al., 2022). L'acheteur et le prestataire ont été séparés, ce qui signifie que les "unités prestataires" d'aide à domicile ont été séparées des "unités publiques" impliquées dans le financement, la planification et l'achat de services (Commission européenne 2022 : 33). Ces nouveaux instruments, lorsqu'ils ciblent la demande, peuvent rendre plus difficile le contrôle de la qualité de l'emploi et du service rendu (Van Hooren, Apitzsch, et Ledoux 2019). De tels changements politiques ont favorisé le transfert de fonds publics vers des prestataires d'aide privés et ont conduit à une distribution croissante des soins par le biais du marché. Ils ont

également amené **les États à réduire leur aide directe et à stimuler et soutenir le développement d'une offre de soins fournie par des prestataires privés.**

Au-delà des différences nationales, des **différences locales** ont également été mises en évidence à l'intérieur des pays. Par exemple, en France, la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) a donné lieu à des appropriations différentes (Frinault, 2009) et à une structuration de l'offre de services de *social care* hétérogène selon les départements (Devetter, Dussuet, et Puissant 2017) voire même à l'intérieur d'un département (Dussuet & Ledoux, 2019). En Allemagne, certains *Länder* comme Hambourg (ville-région) ont réagi à la loi sur l'assurance dépendance en essayant de « résister au marché », à travers la mise en place d'une conférence de soin (Giraud, 2018), ce qui a moins été le cas dans d'autres *Länder*.

Les relations d'emploi et de travail de social care en Europe avant le COVID-19

Concentrés sur les questions de financement, de compétence, d'organisation et de formalisation du *social care*, les débats nationaux n'ont consacré qu'une attention limitée au travail et au statut d'emploi des aidantes professionnelles du *social care*, alors que **la préservation de l'autonomie des personnes âgées dépend pourtant de la qualité de ce travail** (Van Hooren, Apitzsch, et Ledoux 2019). Or, un certain nombre de réformes récentes de l'Union européenne, en Allemagne (K. Shire, 2015), aux Pays-Bas (Van Hooren 2018) ont conduit à **exclure partiellement (Allemagne) ou entièrement (Pays-Bas) de la protection sociale et du travail certaines aidantes professionnelles du social care à domicile**, à l'instar de la directive européenne du 20 juin 2019 relative aux conditions de travail transparentes et prévisibles dans l'Union européenne. Celle-ci exclut de son champ d'application certaines travailleuses du *social care* à domicile.

A côté des régulations par l'Etat de l'emploi et du travail, **le dialogue social** constitue également un facteur central de construction de la qualité de l'emploi, de la qualité de vie au travail et des conditions de travail. En France, le statut des salariés du particulier employeur se situe aux marges du salariat et du « droit commun » du travail depuis sa création (Kerbourc'h, 1999; Maillard & de Muñagorri, 2022). Pourtant, depuis le début des années 1980, les partenaires sociaux français ont eu tendance à compenser cette absence de droits par des accords collectifs. Les syndicats sont cependant loin d'y être parvenus (Ledoux et Krupka 2020). Les configurations complexes dans lesquelles se déroulent l'activité de ces salariées travaillant au domicile d'autrui déterminent un rapport de force avec leur employeur-se qui peut être très variable dans cette « zone grise des relations de travail et d'emploi » (Bureau *et al.*, 2019, Meuret-Campfort 2020).

Une des conséquences des **réformes de mise en marché du social care à domicile** a été de transformer de plus en plus les personnes âgées et leurs familles en employeur-ses ou clients de travailleuses du *social care*, source potentielle de difficultés (Meuret-Campfort 2017). De même, ces réformes ont accentué **la concurrence** entre professionnelles et prestataires, dégradé les conditions d'emploi, entraînant alors une **pénurie de travailleurs** prêts à accepter ces mauvaises conditions de travail et d'emploi (Anderson, 2000; Devetter *et al.*, 2023; Lutz, 2011; Lutz & Palenga-Mollenbeck, 2014). Dans de nombreux pays européens, **des travailleuses migrantes ou issues des minorités visibles** ont accepté d'occuper ces emplois,

avec parfois, comme en Italie, une articulation explicite entre les politiques de l'autonomie et les politiques migratoires (Van Hooren 2012). Cette surreprésentation entraîne des **rapports racialisés** à la fois entre les aides à domicile et avec les personnes âgées (Avril, 2014; Giordano, 2022a; Marchetti, 2014).

Au-delà de la **diversité juridique** des statuts (salariées employées par des particuliers, par des associations, des entreprises ; auto-entrepreneuses, fausses indépendantes, travailleuses de plateforme), les relations d'emploi impliquant des travailleuses intervenant auprès de personnes âgées en perte d'autonomie renvoient à une **diversité sociale**. Cette diversité correspond à la fois aux caractéristiques et trajectoires différentes des travailleuses, mais aussi à celles de leurs employeur·ses ou/ et des bénéficiaires de l'aide (personnes aisées ou modestes, plus ou moins familières du rôle d'employeur·se...etc.).

À côté des « professionnelles » clairement identifiées comme travailleuses du *social care*, d'autres personnes apportent un accompagnement indispensable en matière de qualité de vie aux personnes âgées séjournant à leur domicile. Les parents proches, conjoint.e.s et descendant.e.s, mais aussi les collègues, ami.e.s, intervenant dans un cadre associatif ou non, défrayés ou non, y contribuent (Giraud et al., 2019; Pennec, 2002). Leur activité, d'autant moins bien repérée qu'elle est souvent réalisée dans le registre de l'informel et de l'évidence, est très souvent considérée comme « absorbante » et « enfermante » (Campéon et al., 2020). **COVICARE se concentre cependant uniquement sur le statut des travailleuses professionnelles du social care rémunérées**, que l'emploi soit déclaré ou pas, excluant donc *a priori* les proches aidants, sauf dans le cas où ceux-ci sont embauchés par les personnes aidées (Petiau & Rist, 2019). On compte aujourd'hui en France 600 000 aides à domicile et aides ménagères ce qui représente près d'un emploi dit « peu qualifié » sur huit (Devetter, Dussuet et Puissant 2023).

Les enjeux de la pandémie et du confinement pour les relations d'emploi et de travail des professionnelles du social care auprès des personnes âgées à domicile en Europe

Trois principales questions sont apparues concernant les aides à domicile. D'une part, les questions de **protection de la santé** se sont posées de manière similaire à des échelles et dans des contextes nationaux différents. Comment éviter la contamination des aides à domicile et des personnes âgées, sachant que certains gestes, comme l'aide à la toilette ou la prise des repas, nécessitent une forte proximité et que le rapport aux autorités publiques est distant dans ce secteur d'activité ? Ces travailleuses étaient-elles prioritaires pour l'accès au matériel de protection ? Comment les différentes consignes sanitaires et les dispositifs d'aide financière pour les respecter ont-ils pu être reçus et appropriés par les aides à domicile, les personnes aidées et leurs familles, selon les différents contextes nationaux et sociaux dans lesquels ils se trouvaient ?

D'autre part, dans nombre de pays, la question de la protection contre la contamination a très vite été accompagnée d'interrogations autour de la **continuité du travail et des revenus**. Pour les aides à domicile, était-il possible de rejoindre les bénéficiaires auprès desquels elles travaillaient ou de retrouver leur propre famille, ces déplacements nécessitant l'utilisation de transports en commun ou le parcours de longues distances, voire la traversée de frontières ? Le travail a-t-il été réorganisé ? Comment l'arrêt du travail a-t-il été régulé, pratiqué selon les

contextes nationaux et quelles en ont été les conséquences, selon les pays, pour les segments professionnels concernés, les territoires, les catégories sociales et les configurations sociales ? Des indemnités étaient-elles accessibles en cas de contamination, de contact, ou autre impossibilité de travailler liée à la pandémie ? A-t-il été demandé à ces travailleuses de continuer à fournir une aide aux personnes âgées à domicile, parfois isolées et seules, alors que les mesures de protection étaient insuffisantes et si oui où, quand et comment cette demande leur a-t-elle été faite ? Le souhaitaient-elles ? Comment le refus de travailler a-t-il été traité ? L'arrêt du travail a aussi concerné les représentant.e.s des actrices et acteurs de ce secteur, les administrations publiques en charge de le réguler. Comment ont-ils fait face à la pandémie ?

Enfin, la crise de la COVID-19 a posé des questions de **reconnaissance**. Alors que les aides à domicile, comme d'autres travailleuses du *social care* étaient souvent assez peu visibles dans les espaces publics avant la pandémie, certaines d'entre elles ont été progressivement intégrées dans les discours publics et célébrées (Chatzidakis et al., 2020; Cullen & Murphy, 2021). A l'échelle individuelle, les liens sociaux et les rôles ont été bouleversés, la hiérarchie entre les tâches a parfois été revue. Comment ces discours publics ont-ils été reçus par leurs destinataires ? Comment les relations sociales et leur dimension symbolique se sont-elles réagencées dans l'aide à domicile pendant cette crise et après ? Comment le contexte de la pandémie a-t-il transformé l'aide à domicile dans le temps long ?

II. Objectifs :

Le projet COVICARE avait pour objectif de comprendre :

1) Comment les **contextes institutionnels, les systèmes d'acteurs** et les relations de pouvoir existants ont pu déterminer les réponses apportées par les pouvoirs publics et les partenaires sociaux nationaux aux problèmes rencontrés par les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile et les travailleuses du *social care* intervenant auprès d'elles à mesure que le virus se diffusait. Cette analyse s'est basée sur l'étude des politiques menées en réponse à la crise dans cinq pays très différents : Allemagne, Belgique, Italie, France et Royaume-Uni.

2) Quels ont été les effets des différentes mesures décidées, en particulier en France et dans les quatre autres États étudiés, comment les instruments de politiques publiques adoptés ont été **appropriés par leurs destinataires**, les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile, les aides professionnelles et **comment ces dernières ont traversé la crise**. Il s'agissait ici de s'intéresser au décalage entre le « droit dans les textes » et le « droit en action » (Scheingold 2010; Baudot et Revillard 2014; Commaille 2015). L'enjeu était aussi d'analyser la façon à travers laquelle les mesures prises « en haut » ont parfois pu véhiculer des formes de « flou ».

3) L'équipe a également interrogé la place de la normativité juridique par rapport à d'autres normes, en particulier morales. L'enjeu était aussi de comprendre la **place que les politiques publiques et le droit** ont pu jouer dans la façon dont les travailleuses du *social care*, les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs aidants ont fait face aux difficultés rencontrées et comment ils et elles ont interprété leurs **obligations mutuelles** en temps de crise. On peut

supposer que dans certains cas, ces difficultés ont été réglées par des décisions relevant de l'évidence pour tous les protagonistes alors que dans d'autres, des conflits sont apparus. Comment ces **situations conflictuelles** ont-elles été réglées, avec quelle place pour la connaissance du droit ? Dans quelles conditions ces conflits ont-ils été judiciairisés ?

III. Méthodologie

L'enjeu de cette recherche a été de mener une étude sur la France de manière comparée, en étudiant les politiques publiques, le dialogue social et leurs usages par les bénéficiaires, grâce à une équipe pluridisciplinaire déjà engagée sur les questions de *social care* à domicile (*work package 1*). Le cas français a ainsi été mis en perspective et comparé avec quatre autres cas nationaux, qui ont essentiellement été étudiés de manière originale « par le haut » (*work package 2*).

Ce travail a engagé **deux équipes de recherche** : celle du Centre Nantais de sociologie (CENS), reconnue pour ses études des politiques du *social care* « par le bas », et celle de Droit et Changement Social (DCS), rôtée à étudier les politiques publiques et le droit « par le haut ». Toutefois, le choix a été fait de ne pas délimiter les *work packages* selon les équipes, afin de ne pas travailler de manière tubulaire, mais de les découper selon les cas, avec d'un côté un *work package* consacré à la France et de l'autre un *work package* dédié aux autres cas nationaux, permettant un véritable échange entre les deux équipes et une articulation des deux approches.

Les équipes se sont coordonnées grâce à l'utilisation d'un espace numérique dédié au projet et par l'organisation de réunions régulières dont des compte-rendus ont été conservés : 04.06.2021, 18.06.2021, 30.09.2021, 18.11.2021, 10.12.2021, 21.01.2022, 05.03.2022, 25.05.2022, 06.07.2022, 07.10.2022, 08.11.2022, 26.05.2023, 28.11.2023, 21.03.2024, 06.06.2024, 04.10.2024, 31.01.2025.

III.1.WP1 (Work package 1) : le cas français

Le cas français a été étudié à travers une enquête alliant analyse nationale, départementale et locale, faisant collaborer sociologues, juristes et politistes, déjà habitués à travailler ensemble et permettant d'articuler une enquête « par le haut », auprès des élites administratives, politiques et sociales, à une enquête « par le bas », auprès des bénéficiaires de l'action publique, en utilisant les outils de sociologie du droit et de l'action publique. Cette stratégie a permis de multiplier les échelles d'observation et les points de vue.

WP1.1 : les acteurs nationaux français dans la crise

L'enquête au niveau national a combiné une collecte de données documentaires, la conduite d'entretiens et, dans une moindre mesure, d'observations non participantes.

Les documents recueillis incluent une **revue systématique de la presse généraliste** et spécialisée, des sites d'informations sectoriels et le suivi des décisions publiques (lois, décrets, recours en justice, accords de branche, études d'impact, rapports d'activité, etc.). Ce large corpus a permis de constituer une chronologie précise des décisions et des prises de position

des acteurs pendant la crise sanitaire, depuis la première évocation de la pandémie, en février 2020, jusqu'au printemps 2022 et a donné lieu à la production d'un *policy debrief* (Caillaud et al., 2022). Ce travail est essentiel pour analyser l'action publique de façon processuelle, les décisions, les mobilisations et les revendications des uns et des autres pendant cette période.

Pour comprendre cette chronologie et les prises de position, les façons de faire des différents acteurs en présence, nous avons aussi mené **19 entretiens semi-directifs (tableau 1)** auprès de responsables nationaux des organisations patronales, des syndicats de salariés et des membres de l'administration centrale.

Nous avons également assisté à des **événements organisés par plusieurs organisations du secteur de l'aide à domicile**, essentiellement patronales (y compris *via Zoom* pendant les restrictions liées au Covid-19), tels que les Assises nationales de l'aide à domicile (5 octobre 2021, 20 Octobre 2022) et le Salon des services à la personne et de l'emploi à domicile (23 & 24 Novembre 2021).

L'identification des mesures prises pendant la crise à l'échelle nationale a donné lieu à la publication sur le site du projet d'un *policy debrief* (Caillaud et al., 2022), que nous joignons également au rapport.

Tableau 1 : Entretiens nationaux réalisés dans l'enquête COVICARE

SYNDICATS SALARIES	CFDT Services	10.2020
	CFDT Services	12.2021
	CFDT Services	12.2021
	CFDT Santé Sociaux	10.2020
	CGT Organismes Sociaux	01.2022
	CGT Commerce	11.2021
	CGT collectif des sans Papiers	05.2022
	FO	01.2022
ORGA. PATRONALES	FEPEM	12.2021
	FEPEM	12.2021
	UNA	04.2022
	UNADMR	11.2021
	FEDESAP	10.2020
	FESP	01.2022
	FESP	01.2022
MINISTERES	DGT	01.2022
	DGCS	01.2022
	Ministère de l'économie	01.2022
	Ministère de l'économie	11.2021

WP1.2 : les acteurs départementaux français dans la crise

Un second volet a consisté à réaliser des **entretiens et un travail de recherche documentaire à l'échelle d'un département de l'Ouest**, pour observer la façon dont les acteurs publics et les

partenaires sociaux se sont engagés à cette échelle-là, avec ou contre les représentants nationaux et en relation directe avec les publics.

Entretiens

Des rencontres ont été organisées avec les responsables du département, des responsables d'associations et d'entreprises du secteur sur ce territoire afin d'identifier quelles mesures avaient été décidées à l'échelle départementale pendant la crise, comment les dispositifs avaient été interprétés et l'éventuel travail de coordination entre structures (Tableau 2). Cette enquête à l'échelle départementale s'est située dans la continuité de l'enquête PROFAM, réalisée auprès des échelons politiques, managériaux et des *street level bureaucrats* dans le département. Il est de fait très intéressant de revenir enquêter auprès d'organisations déjà étudiées avant le COVID, afin de mieux mesurer les changements induits par la crise.

Tableau 2 : Entretiens réalisés dans l'enquête départementale COVICARE

Responsable du département	12.2021
Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et des Solidarités	10.2021
Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et des Solidarités	12.2021
Association d'aide à domicile	07.2023
Association d'aide à domicile (membre de l'UNA)	11.2021
Responsables d'une association mandataire	01.2022
Responsable de la FEPEM locale	15.01.2021
Responsable de la FEPEM locale	10.12.2021
Responsable de la FEPEM locale	10.12.2021
Responsable de la FEPEM locale	02.2022
Association engagée dans les questions de formation	06.2022

Sources écrites, revue de presse et chronologie

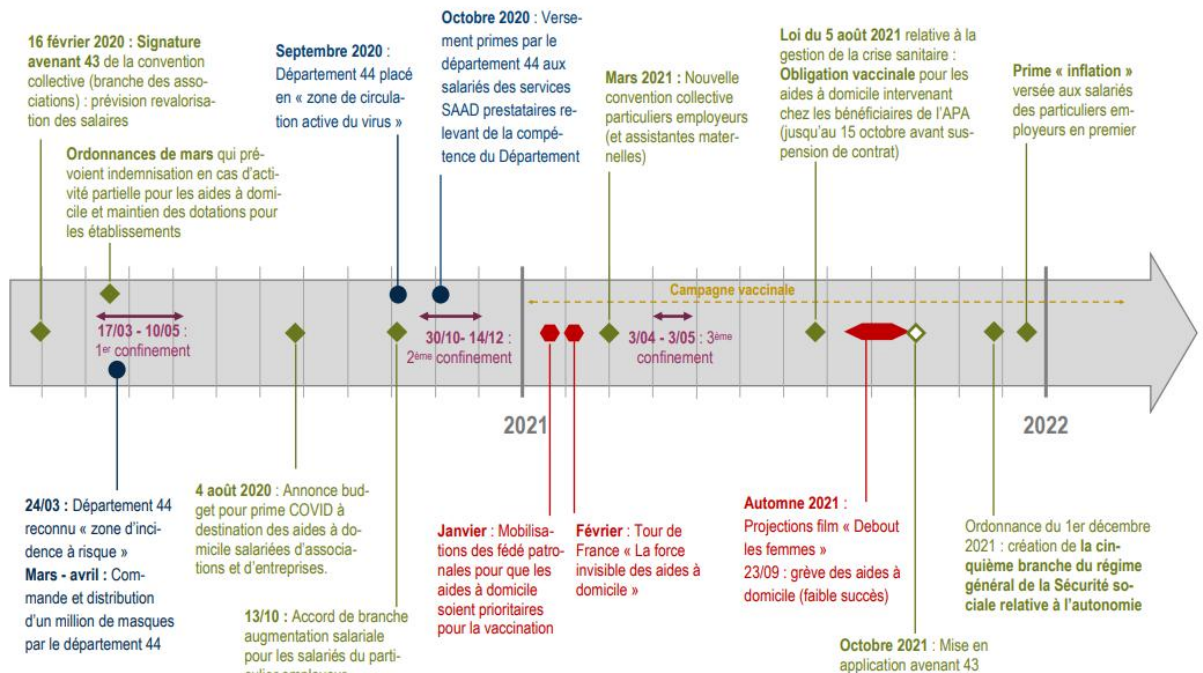
À l'occasion de plusieurs de ces entretiens, l'équipe du CENS a pu récolter des **sources écrites internes aux organisations**. Les responsables du service Autonomie du département rencontrés ont notamment fourni des bulletins d'information (concernant les consignes sanitaires et les règles à mettre en place) transmis aux services d'aide à domicile pendant la crise sanitaire. Des échanges de mails et des protocoles sanitaires nationaux ont également été obtenus par ce biais.

Théophile Carré a réalisé une **revue de presse départementale** en identifiant les articles de la presse locale et nationale publiés entre janvier 2020 et janvier 2022 portant sur la gestion de la crise sanitaire par les collectivités territoriales et concernant le secteur de l'aide à domicile en particulier. À partir de ce travail, des documents transmis par le Département et des premiers entretiens réalisés avec les divers acteurs institutionnels jusqu'en 2022, Théophile Carré a reconstitué une chronologie des événements sur la période

à l'échelle du département. Enfin, Marion Gaboriau a représenté plusieurs de ces événements sur une frise chronologique (ci-dessous).

Frise chronologique : crise sanitaire et secteur de l'aide à domicile

Réglementations nationales / Événements départementaux / Mobilisations



WP1.3 : Les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile et les professionnelles du social care dans la crise

Un troisième volet de l'enquête sur la France a concerné plus particulièrement les **destinataires des politiques publiques et du droit et a visé les personnes âgées et les salariées** selon les différents statuts qui organisent ce secteur. L'analyse de la mobilisation des acteurs publics et partenaires sociaux à différentes échelles (nationale, départementale) et la comparaison entre les différents statuts des salariées (salariées du particulier employeur-se, salariées d'associations ou d'entreprises prestataires) a permis ainsi de saisir les contraintes et marges de manœuvres de chaque acteur selon sa position dans le secteur.

WP1.3.1. : Les services prestataires et mandataires d'aides

Plusieurs **responsables (direction, responsables de secteur) de service d'aide à domicile** ont été interrogés dans un département : six appartenant à des services associatifs et deux à des services commerciaux. L'enjeu de ces entretiens était de comprendre comment la crise sanitaire avait été vécue, comment les services avaient été réorganisés. Il s'agissait également de comprendre quels changements éventuels impulsés par la crise pouvaient exister à plus long terme, avec quels effets sur le travail quotidien et la pénibilité ressentie par les différents types de travailleuses concernées.

Tableau 3 : Liste des 7 acteurs départementaux rencontrés

Association engagée dans les questions de formation	06.2022
Responsables de l'association ADMR locale	01.2023
Responsables d'une résidence sénior	11.2022
Directrice d'une entreprise de services et d'aide à domicile	03.2023
Directrice et responsables de secteur d'une association d'aide à domicile membre de l'AAFP/CSF	15.12.2023
Directrice d'une entreprise de services à domicile	18.12.2023
Directrice d'une entreprise de services à domicile	01.2024

WP1.3.2. : Expérience des relations d'emploi et de service pendant la crise

Les **aides à domicile et les personnes âgées** aidées ont été rencontrées via différents canaux. L'équipe a cherché à faire varier les profils autant que possible tout en étant confrontée à plusieurs difficultés. Au cours de l'enquête, l'équipe a cherché à interroger des binômes (personne âgée-aide à domicile) en passant par l'intermédiaire de l'un-e pour rencontrer l'autre, séparément dans l'idéal, pour recueillir leurs points de vue respectifs sur la relation d'aide. Le plus souvent, la personne âgée a d'abord été rencontrée avant de lui demander le contact de son aide à domicile. Cette tactique n'a pas toujours fonctionné et ce d'autant plus lorsque les personnes âgées n'avaient pas l'habitude d'employer du personnel et/ou lorsque la relation avec leur aide à domicile était relativement distante. Ces personnes âgées semblaient en effet plus réticentes à mettre en contact avec la salariée qui leur vient en aide. À l'inverse, les particuliers-employeur-ses bourgeois, habitués à employer du personnel de maison ont mis très volontiers l'équipe de recherche en relation avec leurs salariées (avec lesquelles existaient souvent des relations anciennes de proximité et de subordination forte) en imposant parfois l'entretien sur leur temps de travail. Au total, 7 relations d'emploi ont pu être étudiées par l'intermédiaire de ces binômes. Elles mettent en jeu 5 aides à domicile qui interviennent parfois chez plusieurs employeur-ses interviewé-es et 5 employeur-ses qui emploient parfois plusieurs aides à domicile rencontrées en entretien. 5 de ces 7 relations d'emploi ont lieu dans la résidence sénior enquêtée. Enfin, de manière générale, il a été difficile de récolter des récits précis sur la période de la crise sanitaire qui, à la fin de l'année 2022 ou en 2023, paraissait lointaine pour beaucoup des enquêté-es.

Un accès difficile aux personnes âgées

L'enquête auprès des **personnes âgées** s'est beaucoup appuyée sur l'analyse de la situation des particuliers employeur-se, qui nous semblait moins connue que celle des bénéficiaires clients de prestataires. Pour accéder aux personnes âgées, Marie Cartier, Eve Meuret Campfort et Marion Gaboriau ont utilisé une liste de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) du département dont certains étaient particuliers employeurs. Cette liste a été transmise par les services du département, que nous remercions de leur soutien à notre enquête. Les chercheuses ont envoyé un courrier au domicile d'un échantillon d'entre eux (environ 150 premières personnes de la liste triée par ordre alphabétique) pour solliciter des entretiens dans le cadre de l'enquête. 13 individus (dont 9

de la ville centre) ont été rencontrés dans ce cadre entre octobre et décembre 2022. Un seul de ces particuliers-employeur-ses a ensuite mis l'équipe en contact avec sa salariée qui a pu être rencontrée.

En parallèle, Marion Gaboriau a enquêté dans une résidence services sénior de haut standing situé dans un beau quartier de la ville centre du département. Les personnes âgées résidentes, propriétaires de leur appartement font appel le plus souvent à divers services d'aide à domicile ou embauchent une ou des salariées en chèques emploi service (CESU) pour les aider au quotidien. La direction de cette résidence a accepté que la sociologue effectue des entretiens dans leur locaux. 12 entretiens ont été réalisés dont 6 avec des personnes âgées. Deux d'entre elles se sont portées volontaires en répondant à un courrier transmis à tou-ttes les résident-es puis les autres enquêté-es ont été recruté-es par bouche-à-oreille via le réseau d'interconnaissance d'une aide à domicile travaillant auprès de plusieurs résident-es.

En dehors de la résidence, le recrutement des enquêté-es, la négociation et parfois la réalisation des entretiens avec les personnes âgées se sont révélés relativement compliqués. L'équipe a d'abord été confrontées à des interlocuteur-ices qui avaient donné leur accord écrit pour un entretien, mais ne s'en souvenaient plus lorsqu'elles étaient contactées quelques jours plus tard. Ensuite, la présentation du projet de recherche ainsi que la prise de rendez-vous par téléphone n'ont pas toujours été simples auprès d'enquêté-es éloigné-es du monde universitaire et parfois désorienté-es du fait de leur âge avancé. De plus, le jour de l'entretien, les personnes âgées n'étaient pas toujours en capacité d'échanger longtemps sans fatiguer, assises sur une chaise. Un certain nombre de ces entretiens a été relativement court.

Tableau 4 : Liste des 19 personnes âgées rencontrées

Statut / services utilisés	Lieu de vie	Sexe	Age	Ancienne profession / milieu social	Date
Particulier employeur et association GEVAR	Ville pauvre du département	F	82 ans	agricultrice	28/10/2022
Particulier employeur, emploie sa fille	Quartier populaire de la ville centre	H	92 ans	agriculteur	28/10/2022
Particulier employeur, via une entreprise de services à la personne	Ville centre du département	F	62 ans	employés municipal / Sécu	03/11/2022
Particulier employeur	Campagne	F	87 ans	ouvrière usine, aide familiale rural, mère au foyer	03.11.2022
Particulier employeur	Ville centre du département	H	92 ans	cadre dans l'industrie pétrolière	10.11.2022
Particulier employeur	Ville pauvre du département	H	82 ans	cadre à la DDE	11.11.2022
Particulier employeur	Ville centre du département	F	79 ans	comptable	16.11.2022
Particulier employeur	Ville centre du département	F	83 ans	milieu favorisé : mari gérant d'une société, comptable	18.11.2022
Particulier employeur	Ville centre du département	F	74 ans	aide à domicile	18.11.2022



Particulier employeur	Ville centre du département	F	73 ans	employée aéroport	24.11.2022
Particulier employeur	Ville centre du département	H	67 ans	assistant social	25.11.2022
Particulier employeur	Résidence sénior dans la ville centre du département	H	95 ans	riche industriel	30.11.2022
Particulier employeur et service de la résidence	Résidence sénior dans la ville centre du département	H	91 ans	médecin spécialisé dans la biologie, chef de service	01.12.2022
Particulier employeur	Banlieue de la ville centre	F	79 ans	professeure d'anglais. mari : ingénieur en construction mécanique	15.12.2022
Particulier employeur	Ville centre du département	F	?	serveuse, vendeuse...	16.12.2022
Particulier employeur et entreprise privée	Résidence sénior dans la ville centre du département	H	plus de 90 ans	ingénieur et chef d'entreprise	17.01.2023
Particulier employeur et entreprise privée	Résidence sénior dans la ville centre du département	F	88 ans	Employée administrative puis cadre dans le secteur bancaire	23.01.2023
Particulier employeur	Résidence sénior dans la ville centre du département	F	plus de 80 ans	femme au foyer, fille d'industriel parisien, mari chef d'entreprise	01.02.2023
Particulier employeur	Ville centre du département	H	86 ans	Ancien militaire, lieutenant-colonel de l'armée de terre	15.02.2023

L'accès aux travailleuses

Au premier semestre 2022, plusieurs membres de l'équipe du CENS ont réalisé une première série d'entretiens avec 8 aides à domicile notamment inscrites dans des **réseaux militants à la fois dans une métropole et dans une petite ville rurale**. Une leader du collectif « La force invisible des aides à domicile » a été rencontrée à ce moment. Ainsi que des salariées d'une association, mobilisées contre l'obligation vaccinale tandis que des syndiquées CGT dans une autre association étaient interviewées.

L'équipe a par ailleurs tenté de **passer par des responsables de structures** (associations et entreprises) pour obtenir des contacts d'aides à domicile. Plusieurs entretiens avec les aides à domicile ont été ajournés ou écourtés du fait de leur emploi du temps de travail découpé et contraint, ce qui a également complexifié la prise de rendez-vous.

Une enquête par observation a été réalisée par Olivier Crasset en Bretagne juste avant le lancement du projet COVICARE. Nous ne mentionnons pas ici l'échantillon rencontré mais mentionnons son analyse, qui a été poursuivie pendant le projet.



Tableau 5 : Liste des 28 travailleuses du *social care* rencontrées

Modèle d'emploi (prestataire/mandataire/gré à gré)	Statut	Entretien prévu/fait le
Prestataire	Salariée d'une association (GEVAR) importante sur le territoire,	10.01.2022
Prestataire	Assistante de vie, leader du collectif Force Invisible	30.01.2022
Prestataire	Assistante de vie, employée par une association prestataire intermédiaire, syndiquée CGT, ancienne déléguée du personnel, licenciée au printemps 2022	29.04.2022
Prestataire Mandataire	Assistante de vie, mandataire et prestataire d'une association intermédiaire, syndiquée CGT	05.05.2022
Prestataire	Salariée d'une association (GEVAR) importante sur le territoire	24.05.2022
Gré à gré, prestataire, mandataire	Assistante de vie (2 entretiens)	03.06.2022
Mandataire	Assistante de vie – mandataire d'une association intermédiaire	09.11.2022
Prestataire	Assistante de vie employée par une entreprise privée	24.11.2022
Gré à gré	Employée de maison en CESU notamment chez des particulier de la Résidence sénior	06.12.2022
Prestataire	Infirmière à la Résidence	07.12.2022
Gré à gré	Employée au CESU dans une ville pauvre du département	19.12.2022
Presta privée	Salariée d'une entreprise privée	23.01.2023
Gré à gré	Aide à domicile en CESU	07.02.2023
Gré à gré	Aide à domicile CESU qui travaille à temps plus que plein à la Résidence	08.02.2023
Prestataire	Salariée de l'ADMR locale	28.08.2023
Prestataire	Salariée de l'ADMR locale	26.09.2023
Prestataire	Salariée d'une association membre de l'UNA	09.10.2023
Prestataire	Salariée d'une coopérative, membre de la CGT et du Collectif les Essentielles du lien	16.06.2022
Prestataire	Salariée d'une coopérative, membre du Collectif les Essentielles du lien	02.10.2023
Prestataire	Membres d'une association importante sur le territoire (syndiquées à la CGT et la CFDT)	06.10.2023
Gré à gré	Employée au CESU	11.10.2023
Prestataire	Salariée d'une association, proche d'une ville du sud du département, membre de la CGT et du collectif les Essentielles du lien (CGT, Essentielles)	16.10.2023
Mandataire	Petits Fils	18.10.2023
Prestataire	Salariée d'une association importante du département-GEVAR, (déléguée syndicale CGT)	09.11.2023
Prestataire	Salariée d'une association importante du département-GEVAR, (déléguée syndicale CFDT)	09.11.2023
Mandataire	Salariée d'une entreprise et membre des Essentielles du lien	17.10.2023
Prestataire	Salariée d'une association importante du département-GEVAR, (CGT)	24.10.2023
Prestataire	Salariée d'une association (GEVAR) importante du département- (CGT)	14.11.2023

III.2. WP2 (work package 2) : les cas allemand, italien, belge et britannique

Les politiques françaises d'autonomie et de régulation du travail de *social care* à domicile étudiées « par le haut » au niveau national dans le WP1 sont ici mises en perspective avec celles menées dans quatre autres pays et étudiées dans le WP2 : l'Allemagne, la Belgique, l'Italie et le Royaume-Uni. Ces pays ont été choisis pour leur diversité.

WP2.1 : Travail documentaire sur les politiques de l'autonomie et du social care à domicile en contexte de crise mises en place à l'étranger

La recherche impliquait d'étudier le rôle joué par les acteurs publics et les partenaires sociaux dans la construction des politiques de l'autonomie et des systèmes de régulation du travail professionnel de social care pendant la crise et après, tout en tenant compte du système institutionnel et du système d'acteurs dans lesquels ils se situent. Quatre pays avaient été choisis : l'Italie, la Belgique, l'Allemagne et le Royaume-Uni (en particulier l'Angleterre). En raison des différences régionales, l'enquête s'est en particulier concentrée sur l'Angleterre et Bruxelles/ la Wallonie en Belgique.

Un important travail documentaire a été mené afin de bien comprendre les régulations de ce travail avant la crise, en s'appuyant à la fois sur la littérature scientifique et sur les rapports publics établis sur le sujet. Une recherche documentaire à partir d'articles de presse spécialisée et de sites internet, a également été menée afin de saisir le rôle des différents acteurs publics et des partenaires sociaux au niveau national au jour le jour dans la première année de la crise pandémique, afin de mieux comprendre la façon dont ils ont répondu aux enjeux survenus. Cette revue de presse a été réalisée par les stagiaires Carlotta Paladino pour l'Italie, par Sinja Lippstreu pour l'Allemagne, et par Claire Sonnet (assistante de recherche) pour le Royaume Uni et la Belgique. Pour le cas allemand, l'analyse de la presse généraliste a été complétée par la lecture de revues destinées aux directeurs de structures d'aide à domicile.

WP2.2 : Enquête multisite par entretiens sur les politiques de l'autonomie et du social care à domicile en contexte de crise en Belgique, Allemagne, Royaume Uni et Italie

Une enquête par entretiens multisites a été menée afin d'interroger directement plus d'une vingtaine d'acteurs à Bruxelles, Londres, Oxford, Florence et Rome, Berlin, Freiburg en Brisgau. Plusieurs séjours d'une durée cumulée de 9 mois en tout ont réalisés par Clémence Ledoux à l'Institut d'Etudes Avancées de Freiburg en Breisgau. Deux séjours de quelques jours à Berlin s'y sont ajoutés, à l'automne 2022 et au début de l'année 2023.

Dans le cas allemand, 7 entretiens ont été réalisés entre octobre 2022 et mars 2023, avec les responsables de la *Arbeitgeberseite* de la *Caritas*, avec le chargé d'affaires européenne de l'*Arbeiterwohlfahrt* et de la nouvelle organisation patronale le BVAP, avec deux responsables nationaux du syndicat Ver.di, avec des membres du *Hauswirtschaftsrat*, avec des responsables du ministère de la santé en charge du soin, avec un responsable du DGB et un autre de la *Diakonie*.

Deux résidences de 3 mois ont été effectuées à la Maison Française d'Oxford par Clémence Ledoux, articulées à de courts séjours à Londres où ont été réalisés des entretiens et où a pu

être observé le *Care Show*, les 24 et 25 avril 2024. **10 entretiens ont été possibles** : avec une représentante du Trade Union Congress (TUC), avec le National Officer for Social Care à Unison, la National Officer for Social Care à GMB, un *regional domiciliary care organiser* de GMB, une représentante de Kalayaan, qui défend les *Domestic workers* migrantes, une ancienne inspectrice et formatrice pour la Care Quality Commission (CQC). Ils ont été accompagnés d'échanges avec trois expertes Eleonore Kofman, Mary Daly, Jane Lethbridge, deux *care workers* (dont un *living care worker* auprès d'une personne âgée), de l'observation du *Care Show* à Londres, le 24 et 25 avril 2024 et d'un long entretien à cette occasion avec une représentante de la CQC.

Deux séjours d'un mois ont également été réalisés en Italie, permettant de réaliser une enquête documentaire et **3 entretiens**.

Pour le cas belge, COVICARE s'est appuyé sur un partenariat avec Chiara Giordano, qui avait déjà réalisé une enquête en 2020 sur la crise dans l'aide à domicile (Giordano, 2021, 2022b) et qui a réalisé une post-enquête dans le cadre de COVICARE (**3 entretiens**).

WP2.3 : Travail documentaire sur la réception de l'action publique et les résultats des travaux ethnographiques équivalents menés en Belgique, Allemagne, Royaume Uni et Italie

Plusieurs chercheuses ont été associées à une recherche documentaire concernant la réception de l'action publique pandémique les autres pays étudiés, afin de ne pas s'arrêter à l'étude des discours publics, des règles décidées, mais aussi de mieux comprendre les pratiques et de pouvoir mettre en perspective l'enquête approfondie menée en France en comparaison avec la situation à l'étranger. Ces chercheurs ont été regroupés à l'occasion de la préparation d'un numéro spécial de la Revue des Politiques Sociales et Familiales portant sur la thématique COVICARE (Guiraudon, Ledoux, & Poblete, 2024).

Ce numéro a ainsi rassemblé des autrices étrangères comme Pauline Cullen (Cullen, 2024), Lorena Poblete (Poblete, 2024), Maria Sagmeister (Sagmeister, 2024). Le lien avec les équipes de recherche étrangères a aussi été établi à l'occasion de l'organisation de deux panels dédiés à l'aide à domicile en période de COVID au Congrès de [l'European Conference on Gender and Politics \(ECPG\)](#) qui ont notamment fait intervenir :

- Lydia Hayes (Université de Liverpool), qui a présenté un texte sur « The physicality of worthlessness: a tool for addressing the undervaluing of care workers employment since the pandemic? »
- Helena Hirata (CNRS, France) et Nadya Guimaraes (University of Sao Paulo) qui ont présenté un texte sur « Home care during the pandemic: France and Brazil »
- Heidi Gottfried (Wayne State University) dont le texte portait sur « Care beyond Crisis? COVID In-home Policies in the United States »
- Anna Safuta (Universität Tübingen) qui a présenté un texte sur « Live-In Care After the Pandemic in Germany: Business as Usual after a Focusing Event »
- Chiara Giordano (Université Libre de Bruxelles) dont le texte portait sur « The management of the home care sector in Belgium during the pandemic: fragmented measures or coordinated effort? »

- Lorena Poblete (Europa-Universität Viadrina) qui a communiqué sur “The Covid-19 pandemic as a trigger for the expansion of social rights: unemployment insurance for domestic workers in South America”

Les échanges noués à Gand avec les équipes de Heidi Gottfried, Helena Hirata et Nadya Guimaraes ont permis d’envisager la publication d’un livre en anglais dirigé par Heidi Gottfried (Wayne State University, USA) et Eileen Boris (University of California, Santa Barbara, USA) rassemblant des contributions des membres des équipes du projet COVICARE et du projet « Who Cares? Rebuilding Care in a Post-Pandemic World”, finance par l’ANR.

IV. Principaux résultats

IV.1 Les institutions de l’État social, “filtres” des réponses à la crise pandémique dans l’aide à domicile ? (Virginie Guiraudon, Chiara Giordano, Annie Dussuet, Pascal Caillaud, Clémence Ledoux)

Lorsque la pandémie de Covid-19 commence à se propager en Europe, la réponse publique des plus hautes instances de l’exécutif aux pouvoirs locaux, des ministères aux agents sectoriels concernés est tributaire d’une histoire, celle du développement de l’Etat social (le « *welfare state* ») et de ses piliers : la protection sociale, les services publics dont ceux de la santé, le droit du travail, et les politiques de soutien à l’emploi. Comme l’ont montré nombre d’études (Béland et al., 2021; Pierson, 2001), en période de crise, les Etats sociaux adoptent des réponses différentes à des problèmes apparemment communs, car ceux-ci ne disposent pas forcément des mêmes répertoires de politiques publiques pour y faire face. Ainsi, les réponses sectorielles apportées aux crises dépendent assez largement des caractéristiques des institutions préexistantes.

Les configurations des Etats sociaux préalables aux crises peuvent donc contribuer à « filtrer » d’une part les problèmes publics et d’autre part les types d’instruments possibles et imaginables pour y répondre (Pierson 2001). L’effet de « filtre » renvoie au fait que les configurations des Etats sociaux influencent la perception des problèmes sociaux : leur ampleur, le moment de leur prise en compte, la signification qui leur est donnée sont fonction des institutions existantes. L’effet « filtre » des Etats sociaux agit également sur les instruments différents de politiques publiques disponibles, tout comme des marges de manœuvre diverses.

Ici, nous entendons l’Etat social au sens très large, comme un ensemble d’institutions pertinentes pour appréhender les problèmes sociaux et leur apporter des réponses. Dans le cas de l’aide à domicile, les institutions pertinentes de l’Etat social renvoient à la fois aux répertoires de politiques publiques de financement et de régulation de l’aide à domicile, aux systèmes de relations professionnelles, aux normes sur lesquelles ils s’appuient, aux configurations d’acteurs existantes et aux pratiques auxquelles ces politiques et ces normes ont été associées. Tous ces éléments sont le résultat d’une longue construction qui façonnent le comportement des individus et es acteurs du secteur.

Néanmoins, en parallèle des effets de « dépendance au sentier » ou d’inertie institutionnelle (Hall & Taylor, 1996), des dynamiques contingentes peuvent émerger directement de l’événement et créer des conjonctions parfois aléatoires et des alliances de circonstance (Dobry, 2009) permettant des innovations et des dynamiques de changement de sentier institutionnel (Guiraudon & Borraz, 2010; Palier & Bonoli, 1999). Ces dynamiques contingentes peuvent toutefois dépendre de la nature des acteurs organisés dans le secteur. Dans les cinq pays étudiés, quatre dimensions caractérisent très différemment l’Etat Social avant la crise : les politiques visant l’aide à domicile ; les droits institués pour les différentes catégories de travailleuses et les possibilités d’intervention des États dans l’espace domestique et enfin les configurations d’acteurs organisés, dont l’action modifie les contours et le fonctionnement du secteur.

Malgré ces contextes institutionnels différents, les questions qui se sont posées avec la pandémie ont été partout les mêmes :

- comment protéger la santé des personnes âgées et des aides à domicile ?
- fallait-il continuer de travailler ?
- si les aides à domicile arrêtaient leur intervention, allaient elles perdre des revenus ?
- comment apporter de la reconnaissance aux aides à domicile ?

Mais les réponses ont été très différentes (encadré 1), d’une part parce que la crise n’a pas atteint les différents pays avec la même temporalité, ni avec la même intensité, d’autre part, et c’est ce que nous souhaitons souligner, parce que les institutions existantes ne permettaient pas les mêmes décisions.

Encadré 1 : les différences de l’action pandémique en Europe

	FRANCE	ALLEMAGNE	ANGLETERRE	BELGIQUE	ITALIE
Les régimes d’aide à domicile préexistants	Fragmentation des acteurs et des droits, mesures politiques complexes ; Négociations collectives étendues	Assurance dépendance avec un double système de prestations en espèces et en nature; Pas de convention collective nationale étendue	Eligibilité à l’aide publique sous condition de ressources, faible couverture publique Marché désorganisé Beaucoup de travailleuses sous contrat "zéro heure	Le segment officiel de l’aide à domicile est bien réglementé et couvert mais ne couvre pas tous les besoins; Existence de segments parallèles et non réglementés ; Négociations collectives étendues	Système réglementé par une convention collective nationale Relation d’emploi directe (famille-travailleur) ; Forte prévalence du travail non déclaré



Perte de revenus	Assurance maladie Chômage temporaire pour les salariées des prestataires + des particuliers, facilement accessible dans la première vague	Assurance maladie et chômage partiel pour les salariées des services d'aide prestataires Les travailleuses non déclarés et celles employées par les agences sont exclues	Possibilité de "congé maladie" payés, financés par un fonds d'urgence mais peu utilisé	Couverture complète des salaires dans le secteur de l'aide à domicile officiel Chômage temporaire dans le secteur du nettoyage	Pas de couverture de revenu pour les travailleurs qui se sont arrêtés
Bonus	Prime de 1000 euros mais inégalités dans la mise en œuvre	Oui Prime de 1500€ en 2020 et autre prime en 2022 mais seulement pour les salariées des services à domicile	Pas en Angleterre (mais dans les autres nations)	985 euros pour les travailleurs du secteur de l'aide à domicile officiel Bonus pour les freelances	500 euros pour tous les travailleurs régularisés
Augmentation des salaires	Augmentation des salaires (uniquement dans le secteur non marchand)	La proposition d'une convention collective unique a échoué, mais les salaires minimums ont été augmentés et de nouvelles conditions salariales ont été introduites en relation avec la LTC.	non	Augmentation des salaires dans le secteur non marchand	non
Masques	Oui, mais la priorité est donnée au secteur de la santé et l'accès reste très difficile (10 jours plus tard) Disposition moins généreuse /santé	Oui	Oui, mais la priorité est donnée au secteur de la santé ; Petites quantités (seulement 10 % de l'ensemble du matériel de protection)	Oui, mais la priorité est donnée au secteur de la santé ·(quelques semaines plus tard) Petites quantités (rationalisation)	Pas de fourniture de masques



Vaccination	Priorité aux EHPAD ; Vaccination obligatoire également, en théorie pour toutes les aides à domicile (mais sans sanction pour les salariées des particuliers)	Vaccination obligatoire pour les organismes prestataires uniquement	Moins prioritaires que les maisons de retraites dans l'accès à la vaccination Vaccination non obligatoire	Priorité au secteur de la santé La vaccination obligatoire n'a jamais été mise en œuvre	Accès à la vaccination dès le début Débat sur la vaccination obligatoire
Victoires/ Défaites pour les travailleuses à plus long terme	[+] Augmentation des salaires (accord historique "Avenant 43") [-] difficultés à mettre en œuvre cet accord	[-] Situation très difficile pour les <i>living care</i> workers [+] Réforme de l'assurance dépendance qui inclut désormais des conditions sur les salaires des travailleuses	[-] Peu ou pas de versement de revenu de remplacement en cas de maladie [-] Difficultés de coordination [+] les mesures relatives à l'indemnité de maladie font l'objet d'un débat	[+] Augmentation des salaires ("accord historique") pour les associations [-] Fragmentation et concurrence	[+] Réformes futures possibles [-] Retour à des niveaux élevés de travail non déclaré

Les institutions ont joué un rôle de filtre, perceptible dès mars 2020 avec les mesures de limitation des déplacements, et se retrouvent ensuite avec les mesures concernant la protection de la santé des travailleuses, celles sur la perte de revenus, et celles sur la reconnaissance à court et à long terme. Ces éléments seront développés dans un livre en cours d'écriture.

IV.2 Le rôle des organisations patronales sur les politiques nationales en France (Virginie Guiraudon, Clémence Ledoux et Pascal Caillaud)

Alors que les premiers cas de Covid-19 sont déclarés en France en janvier 2020, des milliers d'aides à domicile, de personnes chez qui elles travaillent, ainsi que leurs familles sont dans le désarroi. Que faire pour éviter la contamination et comment se protéger ? Rien n'est facile, alors que le travail domestique, et de *social care*²⁴, rémunéré ou non, formel ou informel, est dévalorisé, à la fois dans l'espace public et aux yeux des bénéficiaires (Delphy, 1998 ; Dussuet,

²⁴ Nous adoptons ici une définition restrictive du *care* comme constitué de tâches, variées, liées à l'entretien des corps (s'habiller, se laver, s'alimenter...), au maintien de l'autonomie (préparer un repas, faire des achats, se déplacer...) et, plus généralement, à se soucier de personnes considérées comme vulnérables (Ledoux *et al.*, 2023).

2005 ; Ibos *et al.*, 2019). Malgré tout, en France comme dans de nombreux pays, au fil de la crise, le *social care* et ses travailleuses « de première ligne » sont mis en avant (Chatzidakis, *et al.*, 2020). Des politiques publiques à destination du secteur de l'aide à domicile auprès des personnes âgées ont été mises en œuvre. Adoptant la perspective d'analyse du « *countervailing power* » développée par M. Calnan et T. Douglass (Calnan et Douglass, 2022), nous montrons la nécessité de prendre en compte le rôle joué par les organisations patronales dans la production de mesures nationales pendant la crise pandémique. Cependant, dans un secteur très fragmenté, juxtaposant un segment public et un segment privé, lui-même composé d'organisations commerciales, associatives, d'autoentrepreneurs, de salariées²⁵ des particuliers, l'action des organisations patronales et des syndicats de salariées ainsi que leur capacité à atteindre leurs objectifs peuvent différer selon le type d'instrument de politique publique concerné.

Avant la crise pandémique, le secteur de l'aide à domicile se caractérisait déjà par la présence de nombreux acteurs organisés (Ledoux et Krupka, 2021), porteurs parfois d'intérêts et de valeurs conflictuels, tandis que l'intervention de l'État avait lieu souvent à distance. Ce secteur, en partie dilué dans celui des services à la personne à la suite du plan Borloo de 2005 (Jany-Catrice et Puissant, 2010), était marqué par la fragmentation des droits protégeant les travailleuses (Ledoux et Krupka, 2021 ; Maillard-Pinon et Encinas de Muñagorri, 2022).

La nature des employeur-ses avait conduit à la création de statuts d'emploi différents (*ibid.*) : les agents des collectivités dépendaient de la fonction publique territoriale, la majeure partie des salariées des organismes non lucratifs de la convention collective de la branche de l'aide à domicile (BAD)²⁶, les salariées des entreprises de la convention collective des salariés des entreprises de services aux personnes (SAP)²⁷. Les salariées des particuliers employeur-ses, quant à elles, dépendaient de la convention collective des salariés du particulier employeur-se (SPE)²⁸ et n'étaient concernées que par une partie restreinte du Code du travail (*ibid.*). La convention SPE avait été signée par une organisation reconnue comme représentative, aujourd'hui dénommée la Fédération des particuliers employeur-ses de France (Fepem).

COVICARE s'est concentrée sur trois principales situations : celle des salariées relevant de la convention collective SPE (salariées des particuliers employeur-ses), de la branche de l'aide à domicile BAD (associations) et de la convention collective SAP (entreprises de services à la personne). Avant la crise pandémique, ces trois conventions collectives avaient été étendues, elles s'appliquaient donc à toutes les salariées couvertes par leurs champs et pas seulement aux membres des organisations signataires. La fragmentation des organisations patronales et syndicales se reflétait dans celle des conventions collectives et des droits, avec notamment des droits moins protecteurs pour les salariées des particuliers (Devetter *et al.*, 2009 ; Lefebvre, 2013 ; Ledoux et Krupka, 2021).

Depuis la fin des années 2000, de nombreux rapports et/ou consultations avaient été publiés afin de réformer la prise en charge des personnes âgées, sans apporter de changements conséquents (Ledoux et Dussuet, 2020). Pourtant, dans les années précédant la pandémie,

²⁵ Dans la mesure où les salariés concernés sont à plus de 80 % des femmes, le féminin générique est utilisé dans cet article.

²⁶ Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010 étendue par arrêté ministériel du 1^{er} janvier 2012.

²⁷ Convention collective nationale des entreprises de services à la personne du 20 septembre 2012, étendue par arrêté ministériel du 3 avril 2014.

²⁸ Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999 étendue par arrêté ministériel du 2 mars 2000.

dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de *turnover* élevé en son sein, pour la première fois, des acteurs publics s'étaient réellement préoccupés des conditions de travail et d'emploi de ces métiers, dans le but de les rendre plus « attractifs » (El Khomri, 2019).

Depuis 2017, l'annonce d'une loi à venir, avait donc conduit les partenaires sociaux de la branche associative (BAD) à négocier un nouvel accord sur les rémunérations afin d'augmenter les salaires. Certains étaient effectivement restés inférieurs au salaire minimum de croissance (smic) pendant 17 ans. L'application du smic est d'ordre public, il est impossible d'y déroger de façon défavorable au salarié en le rémunérant en deçà. Pour les salariées appartenant aux bas niveaux de la grille, chacune de leurs progressions s'était traduite par une stagnation salariale, au niveau du smic. Ces négociations ont abouti en février 2020, juste avant la crise, sur un nouvel accord, l'avenant 43 de la BAD, introduisant une nouvelle grille de classification des emplois et une revalorisation des salaires.

L'arrivée de la pandémie a bouleversé tout le secteur de l'aide à domicile pour plusieurs raisons. D'une part, les tâches des 578 000 aides à domicile (selon l'enquête *Emploi* de 2018) n'étaient pas télétravaillables. D'autre part, les personnes âgées de plus de 60 ans (26 % de la population française) étaient considérées comme particulièrement vulnérables au virus. Leurs aides à domicile travaillaient souvent dans plusieurs domiciles et rejoignaient leur famille en fin de journée. En ville, ces dernières utilisaient les transports en commun. Les contacts et risques de contamination étaient donc multiples, *a fortiori* en l'absence de masques et de matériel de protection.

Ainsi, des mesures spécifiques ont reconnu l'accès prioritaire des salariées aux biens devenus rares en période de pénurie, mais elles leur ont été appliquées avec retard par rapport aux professionnels du monde de la santé. Dans le cas des masques, alors que le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (Corruss) établit le 6 mars 2020 une liste des personnels prioritaires, cette dernière est limitée aux professionnels de santé. Les aides à domicile y sont finalement ajoutées le 16 mars 2020 (Caillaud *et al.*, 2022).

Les mesures ont reproduit la fragmentation interne du secteur de l'aide à domicile existant avant la crise. Les salariées des associations, théoriquement prioritaires pour les masques²⁹ et les vaccins, ont été censées pouvoir exercer le droit de retrait, bénéficier de primes, d'augmentations de salaires et leurs employeur-ses ont reçu l'augmentation du tarif de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Les salariées des entreprises ont, quant à elles, globalement bénéficié des mêmes dispositifs mais avec des augmentations salariales moindres. Ces deux catégories de salariées (des entreprises et des associations) ont théoriquement été soumises à une obligation vaccinale assortie de sanctions pour leur employeur-se³⁰. Au contraire, les salariées des particuliers n'ont pas bénéficié d'augmentation fondamentale dans leur grille de salaire, ont été exclues de l'augmentation des tarifs Apa, leur droit de retrait a été moins clairement défini dans les normes juridiques et elles ont été soumises à un régime d'obligation vaccinale sans sanction (tableau 6) (Caillaud *et al.*, 2022).

L'arrivée du Covid-19 transforme profondément les rapports entre les ministères et les partenaires sociaux, permettant à des segments de l'administration centrale de prendre en compte la situation du terrain, remontée par les organisations patronales et syndicales. Après la mise en place du confinement, la directrice générale de la Cohésion sociale, V. Lasserre,

²⁹ Arrêté du 16 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus de Covid-19.

³⁰ Loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043909676 (consulté le 6 décembre 2023).

organise des consultations régulières avec les organisations patronales du secteur prestataire, les représentants des associations et des entreprises.

Alors que les nouvelles politiques gouvernementales établissent des principes de sélection des professions considérées comme prioritaires pour l'accès à des ressources rares, les organisations patronales et les fédérations sectorielles syndicales se mobilisent pour que celles de « leur secteur » soient incluses et aient accès aux masques, primes et vaccins. Les partenaires sociaux, en particulier les organisations patronales, jouent alors le rôle d'intermédiaire auprès des pouvoirs publics : ils les informent de leur connaissance du terrain, tentent d'influencer les décisions et conseillent leurs propres membres sur les politiques adoptées, *via* des réunions très régulières en visioconférence. Ces mobilisations sont particulièrement visibles autour de la question de la priorité pour l'accès aux masques et à la prime et pour intégrer davantage les salariées de leur secteur aux protections communes du monde du travail, avec la mise en place d'un salaire de remplacement en cas de contact avec le COVID.

Se mobiliser pour un accès prioritaire aux masques

Dès l'annonce d'une liste de professionnels de santé prioritaires le 6 mars 2020, les organisations patronales et les syndicats de salariées se mobilisent afin de l'élargir et d'y inclure les salariées de l'aide à domicile et leur permettre d'accéder au stock de masques de l'État (Caillaud *et al.*, 2022, p. 5). Cette reconnaissance abouti avec retard par rapport aux professionnels de santé, retard aggravé par la moins bonne qualité des masques et la difficile mise en œuvre (*ibid.*, p. 5-6).

Le circuit d'approvisionnement initial prévoit pour les salariées l'accès aux masques directement en pharmacie. Cependant, cette mesure n'est pas effective, car certains pharmaciens refusent d'en délivrer aux aides à domicile pourtant listées dans l'arrêté (*ibid.*). Les fédérations des employeur·ses des services prestataires (la Fédésap pour le secteur commercial et l'USB, l'organisation reconnue légalement comme représentante des employeur·ses du segment associatif) appellent alors, y compris publiquement, à la mise en place d'un circuit d'approvisionnement différent de celui des pharmacies³¹. Dans leurs communiqués, elles insistent sur le caractère héroïque des salariées de leurs structures, comme cela a d'ailleurs été montré dans d'autres configurations nationales (Cullen et Murphy, 2021) :

« Les aides à domicile, les dirigeants de services, les bénévoles sont exemplaires dans la gestion de la crise. Malgré les risques de contagion, malgré la fragilité d'un secteur à bout de souffle avant même l'épidémie, malgré les difficultés d'organisation [...], ils font preuve d'une mobilisation et d'un engagement admirables. »

[Communiqué d'Adédom, de l'Una, de l'ADMR et de la FNAAFP/CSF, 23 mars 2020.].

Fin mars, les services prestataires d'aide à domicile obtiennent l'accès à une partie du stock des masques de l'État *via* les groupements hospitaliers territoriaux (GHT)³².

³¹ Communiqué Fédésap, 26 mars 2020 ; lettre d'Adédom, de l'Una, de l'ADMR et de la FNAAFP-CSF à O. Véran, 17 mars 2020 ; communiqué d'Adédom, Una, ADMR, FNAAFP/CSF du 23 mars 2020.

³² Compte rendu réalisé par l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS) de la réunion du 30 mars 2020, https://www.uniopss.asso.fr/sites/default/files/fichiers/uniopss/20200330_cr_dgcs_covid19_pa_domicile.pdf (consulté le 18 décembre 2023).

Cependant, les salariées des particuliers, dont les représentants patronaux sont moins bien intégrés aux discussions avec la DGCS, restent dans le circuit des pharmacies. Ainsi, une représentante de la Fepem expliquera en décembre 2021 : « *C'est le cabinet de la ministre qui a négocié avec la DGCS et puis la direction générale de l'Offre de soins et l'Ordre des pharmaciens. Nous, on n'était pas du tout dans ces circuits-là.* » La fédération services de la CFDT comme la Fepem interpellent sur les difficultés rencontrées par les salariées pour obtenir des masques dans les officines, malgré l'existence de textes qui devraient le leur permettre³³. Elles obtiennent que la lettre du 8 avril 2020 de la direction générale de la Santé (DGS) rappelle aux pharmaciens le droit d'accéder (gratuitement) aux masques relevant du stock de l'État pour les auxiliaires de vie employées par des particuliers et précise la nature des justificatifs à fournir à cet effet³⁴.

La mobilisation patronale a permis, du moins en théorie, d'ajouter les salariées de l'aide à domicile à la liste des professionnels prioritaires pour l'obtention de masques et de changer une partie de la mise en œuvre. Cette mesure de protection n'est pas coûteuse pour les acteurs patronaux puisqu'il s'agit de prélever dans le stock de l'État. Le constat de l'évolution de la situation montre à la fois la difficulté de créer un « droit à un masque » pour les salariées en période de pénurie et la reproduction des différences de traitement entre les salariées employées par des prestataires et celles employées par les particuliers. La même logique se retrouve pour la vaccination et la prime Covid.

Se mobiliser pour un accès priorisé à la prime

Les propos recueillis en entretien indiquent que les fédérations patronales des associations d'aide à domicile ont joué un rôle déterminant auprès de la DGCS et du ministre des Solidarités et de la Santé pour que ce dernier corrige son oubli des aides à domicile dans l'annonce d'une prime à destination des EHPAD le 7 mai 2020. Le soir même de cette déclaration, le président d'une grande fédération d'associations évoque dans un communiqué une « *gifle* »³⁵. Un responsable national de l'ADMR indique en entretien en novembre 2021 : « *Avec les autres fédérations associatives, oui, on l'a portée ensemble cette question de la prime. Oui tout à fait, bien sûr, auprès des ministères.* » Ces positions sont également soutenues par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)³⁶. Du côté des syndicats de salariées, l'évocation d'une prime n'est pas accueillie avec beaucoup d'enthousiasme. La CGT, comme Force ouvrière (FO), sont hostiles au principe d'une prime, action ponctuelle et défiscalisée, et préfèrent des augmentations de salaire (entretien avec I. Roudil de FO et avec S. Fustec et E. Pin, le 8 novembre 2021 et le 19 janvier 2022).

Le ministère des Solidarités et de la Santé tient compte de ces réactions et rectifie son discours le 11 mai 2020, en incluant les salariées des services prestataires d'aide à domicile dans les destinataires de la prime, mais en omettant les salariées des particuliers³⁷. Immédiatement après, le Conseil national paritaire du dialogue social (CNPDS) de la branche SPE dénonce l'exclusion des salariées des particuliers du bénéfice de cette prime, sans succès³⁸. La

³³ Communiqué de la Fepem, 6 avril 2020.

³⁴ DGS-Urgent n° 2020_15.

³⁵ Mathiot C., 2020, Les aides à domicile auront-elles droit à une prime pour leur engagement pendant le confinement ?, *Libération*, 15 mai, www.liberation.fr/checknews/2020/05/15/les-aides-a-domicile-aurent-elles-droit-a-une-prime-pour-leur-engagement-pendant-le-confinement_1788221/ (consulté le 9 novembre 2023).

³⁶ Communiqué de presse de la cellule d'urgence conseil de la CNSA, 24 avril 2020.

³⁷ Communiqué du ministère de la Santé et des Solidarités, *Soutien secteur grand âge*, 11 mai 2020.

³⁸ Communiqué du CNPDS, 13 mai 2020.

fragmentation du secteur, antérieure, est donc perpétuée dans la crise, malgré les efforts du CNPDS de la branche SPE.

Cependant, la mise en place de la prime pour les services prestataires suscite l'inquiétude des fédérations les représentant, quand elles apprennent la méthode de versement confiée aux départements : elles craignent l'amplification des inégalités territoriales³⁹. Tout au long du printemps 2020, elles se mobilisent pour que leurs salariées obtiennent réellement cette prime (Caillaud *et al.*, 2022).

C'est finalement la solution départementale qui est tout de même retenue : une enveloppe du budget de l'État de 80 millions d'euros est réservée pour inciter les départements à verser une prime Covid de 1 000 euros en moyenne à chaque aide à domicile. La mesure est annoncée et expliquée par le Président de la République le 4 août 2020⁴⁰. Les salariées employées par les particuliers en sont bien exclues : si le Président annonce que la mesure concernera 320 000 aides à domicile, il ne s'agit, en réalité, que des salariées des prestataires. Le rapport de la CNSA sur l'attribution de la prime Covid conclut de façon laconique : « *La non-prise en compte dans le périmètre de l'article 4 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 des salariés en emploi direct ou en mode mandataire a été soulignée par ces professionnels* » (CNSA, 2021, p. 30).

Alors même que des règles nationales d'attribution ont été définies, ce rapport estime que, dans 30 % des départements, les critères de distribution de la prime ont, dans les faits, été laissés à la discrétion de l'employeur-se. Dans la plupart des autres cas, les départements ont eux-mêmes fixé les règles (CNSA, 2021). Dans le courant de l'automne, la presse nationale⁴¹, alimentée par des données rassemblées par les fédérations patronales, relaie l'existence d'inégalités territoriales dans le versement de la prime, ce qui montre la poursuite des mobilisations patronales dans la phase de mise en œuvre de ces mesures, avec la remontée de savoirs depuis le terrain.

Si les fédérations patronales représentant les prestataires de services à domicile ont réussi, avec retard, à obtenir une prime pour les salariées, sans grand soutien des syndicats de salariées, il s'agit d'une victoire à la Pyrrhus puisqu'elles n'ont pas pu choisir l'organisation en charge de la mise en œuvre de ce dispositif. En outre, ce bonus exclut une partie du secteur, notamment les employées des particuliers.

Intégrer au monde du travail : le salaire de remplacement

Pendant la pandémie, toutes les organisations patronales du secteur de l'aide à domicile se mobilisent pour obtenir des ressources financières de la part des pouvoirs publics afin de faire face au ralentissement éventuel de l'activité. Les services prestataires sont immédiatement concernés par les mesures communes prises pour le chômage partiel qui permettent de poursuivre le paiement de salariées dans l'impossibilité totale ou partielle de travailler. Cependant, le maintien de l'Apa, généralement directement versée à ces services ou aux personnes âgées, devient rapidement une revendication de l'ensemble des fédérations

³⁹ Bouttier N., 2020, Prime dans l'aide à domicile : révolte contre une injustice, *Le média social*, 14 mai, www.lemediasocial.fr/prime-dans-l-aide-a-domicile-revolte-contre-une-injustice_8NdMfG (consulté le 9 novembre 2023).

⁴⁰ Page Facebook du Président de la République E. Macron, 4 août 2020 (consulté le 25 novembre 2022).

⁴¹ Raynaud I., 2020, Prime covid : deux irréductibles départements, *La gazette des communes*, 21 décembre, www.lagazettedescommunes.com/714507/prime-covid-deux-irreductibles-departements/ (consulté le 9 novembre 2023).

patronales⁴². Elles obtiennent du ministère des Solidarités et de la Santé la poursuite des dotations, y compris pour les services non réalisés, à condition qu'ils ne soient pas facturés aux bénéficiaires. Ainsi, le coût lié au maintien du revenu des salariées est entièrement pris en charge par les pouvoirs publics, avec deux sources possibles : l'État pour le chômage partiel, les départements pour l'Apa.

La question de la suspension du travail se pose en d'autres termes pour les salariées des particuliers employeur-ses, écartées du cadre général du chômage partiel. Aussi, dès le déclenchement du confinement du 17 mars 2020, la Fepem se mobilise-t-elle pour mettre en place un dispositif d'activité partielle équivalent à celui du droit commun. Elle l'obtient très rapidement⁴³ et s'en félicite le 20 mars 2020. L'employeur-se dispose alors du pouvoir de décider ou non du déclenchement du salaire de remplacement⁴⁴. Sur le site particulier-employeur.fr, la Fepem décrypte son utilisation et conseille aux particuliers employeur-ses de demander aux salariées de signer une déclaration – sans doute pour éviter un mésusage⁴⁵ – et de verser un complément de rémunération de 20 %, garantie du maintien total du salaire habituel. Les garde-fous sont cependant moins puissants que dans le reste du monde du travail où les syndicats jouent un rôle d'alerte sur les mauvais usages du chômage partiel. En pratique, la fédération services de la CFDT rapporte, en entretien, des cas de salariées n'ayant pas été indemnisées ou mal rémunérées, à un taux inférieur à celui de leur contrat.

Les organisations patronales et leurs fédérations membres ont donc joué un rôle majeur dans la reconnaissance des aides à domicile comme un groupe professionnel prioritaire pour l'accès aux ressources distribuées par l'État, en particulier pour les masques, la vaccination et la prime, pour lesquelles elles ont obtenu une modification du contenu de la politique.

IV.3. Vaccination pendant le Covid : les évolutions du cadre général (Pascal Caillaud).

La vaccination des salariés n'est pas une nouvelle question née avec l'épidémie de Covid. Des vaccinations obligatoires existent depuis de nombreuses années et le refus d'un salarié de s'y soumettre a déjà donné lieu à des décisions de justice

Des obligations vaccinales professionnelles antérieures à la Covid

L'obligation de vaccination de certains professionnels existe depuis la loi du 27 août 1948 concernant à l'époque la variole, les fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B, la diphtérie et le tétanos. Entre 1964 à 1996, étaient soumises à la vaccination obligatoire contre la tuberculose personnes manipulant, préparant ou conditionnant des denrées et produits alimentaires (produits laitiers, viandes, pain, conserves, plats cuisinés ou préparés ...). Aujourd'hui, le Code

⁴² Communiqué Fédésap du 26 mars 2020, communiqué Adédodom du 18 mai 2020, rapport d'activité de la Fepem (Fepem, 2020, p. 22).

⁴³ Fepem, 2020, *Covid-19 : le secteur de l'emploi à domicile entre particuliers prend des mesures exceptionnelles de soutien*, communiqué, mars 2020, www.fepem.fr/covid-19-le-secteur-de-lemploi-a-domicile-entre-particuliers-prend-des-mesures-exceptionnelles-de-soutien/ (consulté le 25 novembre 2022).

⁴⁴ De fait, l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 prévoit la mise en place d'une indemnité pour des heures non réalisées des salariées des particuliers, remboursée par l'État et ne devant pas être inférieure à 80 % de la rémunération minimale horaire nette définie prévue au contrat. Le dispositif permet donc un maintien de salaire net à hauteur de 80 %, il nécessite d'être activé par l'employeur et le remboursement est effectué par le chèque emploi service universel (CESU).

⁴⁵ Les employeurs pourraient être tentés de déclarer des salariées comme ne travaillant pas alors qu'elles sont effectivement au travail.

de la santé publique prévoit les activités professionnelles soumises jusque-là à obligations vaccinales.

L'exposition à un risque de contamination du travailleur, salarié comme indépendant, ou des personnes dont il a la charge, est le motif principal justifiant cette obligation. Cette exposition peut être directe (notamment par projection) mais également indirecte (manipulation et transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques...).

Sont visées les personnes qui exercent une activité professionnelle dans un établissement public ou privé de santé, sanitaire ou social mais aussi les blanchisseries, les pompes funèbres, le transport de corps, les services d'incendie et de secours. Par extension, les élèves et étudiants aux professions de santé sont également soumis à cette obligation.

Jusqu'à l'épidémie de Covid, les maladies visées étaient l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite. La vaccination obligatoire contre la grippe a été suspendue en 2006 et celle contre la tuberculose (BCG) en 2019, pour les étudiants aux professions médicales, sanitaires et sociales, les sapeurs-pompiers... La preuve de l'immunisation est apportée par la présentation d'une attestation médicale de vaccination.

Au-delà cette obligation générale, certaines *professions spécifiques sont également concernées par l'obligation vaccinale*, tels les thanatopracteurs contre l'hépatite B (CSP. Art. L. 3111-3) ou les militaires selon le calendrier vaccinal des armées. La vaccination contre la fièvre typhoïde, toujours prévue pour les personnels des laboratoires de biologie médicale (CSP. Art. L. 3111-4 al.2) a été suspendue en 2020. Toutes les dépenses de cette vaccination professionnelle sont prises en charge par l'employeur-se (CSP Art. L.3111-4 [al.5](#)) .

La vaccination obligatoire contre la Covid

Avec la loi du 5 août 2021, la liste des professions soumises à la vaccination obligatoire contre la Covid-19 devient plus importante, sans figurer au Code de la santé publique.

Outre les « soignants », on y retrouve les salariés, y compris des services administratifs, travaillant au sein d'établissements de santé (publics, privés, militaires), d'établissements médico-sociaux (EHPAD, en charge de personnes en situation de handicaps...), des structures accueillant des personnes en situation de précarité ou avec des problématiques de toxicomanie, d'alcoolisme... ainsi que les salariés de transport sanitaire (ambulanciers ou taxis conventionnés) ou les pompiers professionnels et volontaires.

Les salariés d'un particulier employeur-se (C. trav. art L. 7221-1), effectuant des interventions au domicile de personnes bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de l'allocation adulte handicapé (AAH) sont également soumis à cette obligation.

A compter du 15 septembre 2021, le seul test négatif à la Covid-19 de moins de 72 heures n'était donc plus suffisant et admis pour exercer ces activités : le salarié devait alors impérativement fournir un justificatif de vaccination, un certificat de rétablissement s'il a eu la Covid, ou un certificat médical de contre-indication (à titre provisoire, entre le 15 septembre au 15 octobre, une vaccination et un test négatif suffisaient). L'employeur-se qui ne contrôle pas le respect de l'obligation vaccinale encourait une amende prévue pour les contraventions de 5ème classe, soit 1.500 euros. S'il se fait verbaliser plus de 3 fois dans un délai de 30 jours, il risque alors 1 an de prison et 9.000 euros d'amende.

Mais il convient de noter que cette sanction n'était toutefois pas applicable aux particuliers employeur-ses.

Vaccination obligatoire et refus du travailleur : une situation déjà traitée par le juge

Avant la loi du 5 août, rien n'était spécifiquement prévu sur le sort du contrat de travail en cas de non vaccination, à l'exception d'amendes de 1500 à 3000 euros (CSP. Art. R. 3116-1 et R. 3116-2), laissant alors au juge d'éventuels litiges.

Mais, pour la Cour de cassation, le refus par un salarié d'une vaccination obligatoire est bien une *cause réelle et sérieuse de licenciement*. Tel est le cas d'un salarié du secteur des pompes funèbres, dont la réglementation rappelée par la convention collective impose cette obligation qui refuse sa vaccination malgré une prescription faite par le médecin du travail constatant toute contre-indication médicale (Soc. 11 juillet 2012, 10-27.888). Mais s'il y a là une *cause réelle et sérieuse de licenciement*, ce refus n'est pas forcément une faute, et encore moins une faute grave comme la Cour de cassation l'a précisé concernant un ambulancier (Soc., 28 octobre 2009, n° 08-43.376) ou pour un agent hospitalier contractuel (Soc., 13 septembre 2012, n°11-25.642).

Cette jurisprudence se serait appliquée dans le cas de la vaccination obligatoire contre la Covid sauf que..... Distinguant dorénavant les activités soumises à vaccination obligatoire et celles pour lesquelles les salariés ont l'obligation de présenter un « Pass sanitaire », la loi prévoyait dans les deux cas le principe de la suspension de leur contrat pour les salariés ne respectant pas ces obligations, ce qui était alors nouveau.

La justification de la vaccination obligatoire contre la Covid

Pour les professions soumises à vaccination obligatoire, le salarié devait alors impérativement fournir le justificatif de vaccination, un certificat de rétablissement s'il a eu la Covid, ou un certificat médical de contre-indication. Selon le ministère du travail, les alternants, apprentis ou salariés en contrat de professionnalisation, étaient concernés par l'obligation vaccinale si leur secteur d'activité appartient à la liste des secteurs concernés. A l'inverse, les salariés des entreprises extérieures intervenant ponctuellement, c'est-à-dire de manière non récurrente pour des tâches de très courte durée, n'étaient pas soumis à cette obligation.

L'obligation de présentation par le salarié d'un « Pass Sanitaire »

Le « Pass sanitaire » est la présentation (numérique par le biais de l'application TousAntiCovid ou papier) d'une preuve parmi les trois suivantes : un schéma vaccinal complet, le résultat négatif d'un test datant de moins de 72 heures ou le résultat d'un test attestant du rétablissement de la Covid-19 (de plus de 11 jours et moins 6 mois).

Applicable d'abord au seul public, la loi impose à compter du 30 août 2021 l'obligation de présenter ce « Pass » à tous ceux qui interviennent dans certains lieux, établissements, services ou évènements... donc leurs salariés. Ces activités sont :

- des activités de loisirs,
- de restauration commerciale ou de débit de boissons (sauf restauration collective, vente à emporter et de la restauration professionnelle routière et ferroviaire),
- des foires, séminaires et salons professionnels,
- des services et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, sauf en cas d'urgence, pour les seules personnes accompagnant ou rendant visite aux personnes accueillies dans ces services et établissements ainsi que pour celles qui y sont accueillies pour des soins programmés
- des déplacements de longue distance par transports publics interrégionaux
- des grands magasins et centres commerciaux, au-delà d'un seuil défini par décret sur décision motivée du préfet.

Refus de vaccination ou défaut de « Pass » : suspension du contrat sans indemnisation
Qu'il s'agisse d'un salarié ne respectant pas son obligation de vaccination ou de présentation d'un « Pass sanitaire », c'est à l'employeur-se qu'il appartenait de lui notifier qu'il ne peut continuer de travailler. Il pouvait alors utiliser, avec l'accord de l'employeur-se, des jours de repos conventionnels ou des jours de congés payés. A défaut, le contrat de travail était suspendu.

La suspension du contrat de travail : un mécanisme courant en droit du travail.

Cessation temporaire des obligations contractuelles de l'employeur-se (paiement du salaire) et du salarié (prestation de travail), les cas de suspension du contrat sont très divers. Certaines sont indemnisées tels le congé de maladie, maternité, paternité ou d'adoption, pour accident du travail ou maladie professionnelle, congé de reclassement, congé parental d'éducation, chômage partiel, congé de conversion, projet de transition professionnelle... D'autres, au contraire, ne le sont pas comme la mise à pied disciplinaire ou conservatoire, le congé pour création ou reprise d'entreprise, le congé sabbatique avec projet professionnel...

La suspension du contrat de travail, sans rémunération, ni indemnisation : voie retenue par la loi du 5 août 2021

Dans le cas d'une non vaccination obligatoire comme d'un défaut de Pass sanitaire, cette suspension s'accompagne de l'interruption du versement de la rémunération. Si le salarié intervient dans plusieurs lieux, dont seulement certains sont soumis à l'obligation vaccinale ou de présentation du « Pass sanitaire », la suspension est au prorata du temps de travail qu'il doit y effectuer.

Toujours en contrat avec son employeur-se, le salarié ne pouvait prétendre aux indemnités chômage puisqu'il faut avoir perdu votre emploi, soit involontairement (licenciement, fin de CDD ou de mission d'intérim), soit dans le cadre d'une rupture conventionnelle ou d'une rupture d'un commun accord (C. trav. art. L. 5422-1).

Dans le cas de la loi du 5 août, cette période ne pouvait être assimilée à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés ainsi que pour les droits acquis par le salarié au titre de son ancienneté. Toutefois, le salarié conservait le bénéfice des garanties de protection sociale complémentaire.

Suspension du contrat...Jusqu'à quand ?

S'il s'agissait d'une activité soumise à obligation vaccinale, cette suspension durait tant que le salarié n'y a pas satisfait. S'il s'agissait d'une activité soumise à Pass sanitaire, la suspension se faisait jusqu'à production d'un des justificatifs imposés.

Mais après trois jours d'absence, l'employeur-se devait convoquer le salarié à un entretien afin d'examiner avec lui les moyens de régulariser sa situation, notamment les possibilités d'affectation, au sein de l'entreprise sur un autre poste non soumis à cette obligation. Selon le ministère du travail, cet entretien pouvait également être organisé à distance en visio-conférence s'il n'y avait pas de lieu non soumis à l'obligation de présentation du « Pass sanitaire » dans l'entreprise. Concernant les salariés en CDD, cette période de suspension ne reportait pas l'échéance du contrat (C. trav. Art. L. 1243-6).

Le licenciement des salariés "suspendus" pour non vaccination ou sans "Pass" : possible mais encadré

Alors que l'avant-projet de loi prévoyait une procédure spécifique de licenciement pour les professionnels non vaccinés (à compter du 15 novembre 2021, après une suspension du contrat de 2 mois), les débats parlementaires ont fait évoluer le texte initial vers la seule suspension du contrat. Interviewée par BFM-TV, le 27 juillet, la ministre du travail, Elisabeth Borne prévenait alors : « *cela ne veut pas dire qu'il ne peut pas y avoir de licenciements* ». Alors, un licenciement est-il donc possible ?

Pas de licenciement pour non présentation des justificatifs. Concernant un licenciement pour « non présentation d'un Pass sanitaire », la situation semblait claire. Le Conseil Constitutionnel a ainsi censuré la disposition de la loi prévoyant que le CDD ou le contrat d'intérim d'un salarié ne présentant pas les justificatifs, certificat ou résultat requis pour le « Pass sanitaire », pouvait être rompu avant son terme, à l'initiative de l'employeur·se, dans les conditions prévues à l'article L. 1232-1 du code du travail.

L'instauration d'un « Pass sanitaire » pour les salariés travaillant dans certains lieux et établissements visait à limiter la propagation de l'épidémie de covid-19. Que les salariés soient en CDD, Intérim ou CDI, ils sont tous exposés au même risque de contamination ou de transmission du virus. Or, le Conseil a souligné que dans les travaux préparatoires de la loi, le législateur avait entendu exclure que la méconnaissance de cette obligation de présentation d'un justificatif puisse être une cause réelle et sérieuse de licenciement d'un salarié en CDI.

Tenir compte des obligations pesant sur l'employeur·se en matière d'adaptation. La Cour de cassation admet donc bien le licenciement pour non vaccination mais s'il y a là *une cause réelle et sérieuse de licenciement, ce refus n'est pas forcément une faute, et encore moins une faute grave* comme la Cour de cassation l'a précisé concernant un ambulancier (Soc., 28 octobre 2009, n° 08-43.376) ou pour un agent hospitalier contractuel (Soc., 13 septembre 2012, n°11-25.642). Il faut toutefois également rappeler que l'employeur·se a l'obligation d'assurer l'adaptation des salariés à leur poste de travail ou de veiller au maintien de leur capacité à occuper un emploi (C. trav. art. L.6321-1). Avant un tel licenciement, se pose alors la question d'un reclassement du salarié dans l'entreprise sur un poste ne l'exposant pas aux risques de la maladie pour laquelle la vaccination est imposée.

Le salarié ne risquait-il pas le licenciement s'il travaillait pour une autre entreprise, pendant la suspension de son contrat ?

L'absence de salaire ou d'indemnités chômage pendant la suspension de contrat pose évidemment la question des revenus du salarié. Peut-il travailler pour un autre employeur·se, dans le cadre d'une activité non soumise à « Pass sanitaire » ou vaccination obligatoire pendant ce temps ?

Si la suspension du contrat entraînait celle des principales obligations qui naissent du contrat de travail, d'autres demeurent : obligation de loyauté, discrétion sur les informations de l'entreprise, clauses particulières du contrat de travail (clauses d'exclusivité, de non-concurrence...). Mais, comme l'a rappelé encore récemment la Cour de Cassation (Soc., 26 février 2020, n°18-10.017), l'exercice d'une activité, pour le compte d'une société non concurrente, pendant un arrêt de travail ne constitue pas en lui-même un manquement à l'obligation de loyauté. Dans un tel cas, l'acte commis par un salarié durant cette suspension du contrat de travail doit causer un préjudice à l'employeur·se, pour justifier un licenciement.

IV.4. Un dévouement non consenti ? Socio-histoire de la continuité de l'aide à domicile aux personnes âgées en France lors du premier confinement (Marie Cartier)

Les analyses sociologiques des effets de la crise sanitaire du Covid 19 sur le travail ont souligné l'expansion du télétravail, sa dimension de protection face au virus et de « privilège » réservé aux cadres et professions intermédiaires mais aussi ses effets négatifs sur la répartition du travail domestique et parental entre hommes et femmes⁴⁶. A l'inverse, le travail sur site et au contact du virus a surtout concerné le salariat subalterne⁴⁷ et les femmes employées encore plus que les hommes ouvriers⁴⁸ : celles-ci, majoritaires dans les métiers du soin et de l'aide en établissement et à domicile, se sont « sacrifiées », « dévouées » pendant le confinement, au sens où en continuant à travailler elles ont pris le risque de la contamination au virus du covid 19, faisant passer l'intérêt des personnes vulnérables dont elles s'occupent avant leur propre santé. Les études menées dans une perspective de sociologie des inégalités et des rapports de domination qui appréhendent la crise sanitaire principalement comme un accélérateur d'inégalités pré-existantes, mettent ainsi en évidence le désavantage subi par les salariés subalternes à l'occasion de la pandémie. Elles suggèrent aussi que parmi les ouvriers et employés « qui ont continué à travailler -dans les transports, les entrepôts, les grandes surfaces, les usines, au domicile des personnes âgées comme dans les hôpitaux-, sortir du logement était alors une obligation⁴⁹ ». Le « discours public de valorisation des « salarié.es essentielles » » pendant la pandémie a servi à légitimer la dégradation de leurs conditions de travail et leur domination accrue : « leur sacrifice (...) n'était probablement pas consenti »⁵⁰. La continuité du travail des salarié.es subalternes est ainsi envisagée comme une action menée par soumission à une contrainte extérieure. Serait-ce donc malgré eux que les salarié.es subalternes ont continué à travailler pendant le premier confinement en France ? Poser cette question, c'est faire l'hypothèse d'une part que le rapport au travail des salarié.es subalternes, « c'est-à-dire la perception qu'ils en ont et la signification qu'ils lui donnent »⁵¹, n'est pas donné d'avance, et que par conséquent, ils ne sont pas interchangeables, et d'autre part, que le moment de la crise sanitaire a pu, avec son lot de désorganisation et d'incertitudes, modifier les formes d'encadrement du travail et les rapports de pouvoir qui le façonnent⁵². Seule l'enquête empirique portant à la fois sur les prescriptions émises aux diverses échelles de l'encadrement du travail⁵³ et sur les réactions des salarié.es peut trancher la question de leur consentement à la continuité du travail en temps de pandémie. On ne la

⁴⁶ Joanie Cayouette-Remblière et alii « Cadres statistiques. Des inégalités exacerbées : les effets sociaux du confinement saisis par les chiffres », in *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire* (dir. Anne Lambert, Joanie Cayouette-Remblière), La Tour d'Aigues, INED, Éditions de l'Aube, 2021.

⁴⁷ Cyrine Gardes, *Essentiel.les et invisibles ? Classes populaires au travail en temps de pandémie*, Editions du Croquant, 2022.

⁴⁸ Vincent Cardon, Antoine Machu, « *Les travailleurs sur site, tous visibles et reconnus ?* », *Personne ne bouge : Une enquête sur le confinement du printemps 2020* [en ligne]. Grenoble : UGA Éditions, 2021. Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/ugaeditions/18582>>. ISBN : 978-2-37747-263-5. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.ugaeditions.18582>.

⁴⁹ Joanie Cayouette-Remblière et alii, op. cit., p. 84.

⁵⁰ Cyrine Gardes, op. cit., p. 18.

⁵¹ Christelle Avril, Marie Cartier, Delphine Serre, *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte, 2010, p.18.

⁵² Claude Didry, *Face au Covid : l'enjeu du salariat*, Paris, Éditions de la Dispute, 2023.

⁵³ Voir Christelle Avril, Marie Cartier, Delphine Serre, op. cit., p. 26 à 37.

traitera ici que partiellement, en se concentrant sur un métier particulier mais qui représente, de par ses effectifs nombreux et en hausse, une composante centrale des classes populaires contemporaines, celui d'aide à domicile pour personne âgées. On compte en effet aujourd'hui dans un contexte démographique de vieillissement de la population française, 600 000 aides à domicile et aides ménagères ce qui représente près d'un emploi dit « peu qualifié » sur huit⁵⁴. Même si ce fut à retardement par rapport aux professions de l'hôpital⁵⁵, le dévouement de ces travailleuses qui ont continué, malgré le risque sanitaire encouru, à aider les personnes âgées en perte d'autonomie à se lever, se laver, à manger et se coucher a été salué par des paroles d'hommage dans la presse locale et nationale⁵⁶ et, pour une partie d'entre elles, par l'octroi d'une prime. La réflexion proposée ne porte pas sur la réalité de l'acte de dévouement des aides à domicile pour personnes âgées. Les recherches précédemment citées l'ont en effet déjà bien établi : en s'exposant davantage que les classes moyennes et supérieures à la contamination au virus, tout comme les autres salarié.es subalternes ayant continué à travailler sur site, elles se sont dévouées. La réflexion ne porte pas non plus sur l'origine, le pourquoi de ce dévouement. Plusieurs travaux d'histoire et de sociologie du travail des femmes, qu'ils envisagent ce dévouement comme une norme ou comme une disposition sexuée traitent déjà la question. Elle ne prétend enfin pas non plus rendre compte du dévouement des aides à domicile au sens de l'ensemble des pratiques de travail concrètes qui se sont déployées dans l'aide à domicile durant la période du confinement⁵⁷. On sait en effet que, bien que mis en avant dans les rhétoriques professionnelles, le dévouement, l'amour ou le souci d'autrui, peut au niveau des situations et pratiques de travail, s'avérer en réalité limité, avec par exemple des aides à domicile qui refusent d'effectuer certaines tâches de soin ou de s'investir dans des relations interpersonnelles avec les personnes âgées⁵⁸ ou encore des assistances maternelles qui via la socialisation salariale se saisissent à une période historique donnée de leurs droits et apprennent à borner leur dévouement⁵⁹. Comme le rappelle Christelle Avril dans une réflexion sur les écueils que présente l'importation de la notion philosophique de « care » en sociologie, il importe de ne pas confondre le rapport au travail et les pratiques de travail⁶⁰. Cette analyse ne s'intéresse donc ni à la réalité, ni à l'origine, ni aux pratiques concrètes du dévouement mais uniquement au contexte et à l'état d'esprit dans

⁵⁴ François-Xavier Devetter, Annie Dussuet et Emmanuelle Puissant, *Aide à domicile, un métier en souffrance. Sortir de l'impasse*, Paris, Les Editions de l'Atelier, 2023.

⁵⁵ Voir les témoignages d'une assistante-maternelle et d'une aide à domicile cités dans Vincent Cardon, Antoine Machut, op. cit.

⁵⁶ Pour une chronologie précise et le détail de ces paroles de reconnaissance voir Pascal Caillaud, Virginie Guiraudon, Clémence Ledoux, « Les effets du COVID sur les politiques et le dialogue social dans le secteur du care auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile en France », *Policy debrief-COVICARE*, Nantes, 2022.

⁵⁷ Sur ces pratiques de travail saisies à la fois par entretiens et par observation directe voir Annie Dussuet, Olivier Crasset, « « Si j'attrape le Covid en ne faisant pas les gestes-barrière, c'est moi qui suis responsable ! ». Approche ethnographique de la pandémie de Covid-19 dans un service d'aide à domicile. », *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 150, 2024, p.47-63

⁵⁸ Christelle Avril, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, 2014.

⁵⁹ Marie Cartier, « Workers on Welfare Markets and the Appropriation of Their Rights : The Case of Mothers' Assistants in France Since 1977 », *The Dynamics of Welfare Markets. Private Pensions and Domestic/Care Services in Europe* (ed. C. Ledoux, K. Shire et F. van Hooren), Palgrave Macmillan, 2021, p. 399-422

⁶⁰ Christelle Avril, « Sous le care, le travail des femmes de milieux populaires. Pour une critique empirique d'une notion à succès », Margaret Maruani éd., *Je travaille, donc je suis. Perspectives féministes*. La Découverte, 2018, p. 211.

lequel celui des aides à domicile pour personnes âgées s'est déployé. Elle défend l'idée que pour une large partie de ces femmes, il s'est agi d'un dévouement consenti.

Nous étudions ces aides à domicile à l'échelle d'un département, de façon à saisir la continuation de leur travail au printemps 2020, dans son contexte, par le haut et par le bas, comme le produit de l'interaction des diverses normes et catégories qui gouvernent le « social care » : les « catégories institutionnelles » (directives du Ministère des solidarités et de la santé, droit du travail...), les « catégories de l'intermédiation » (produites dans la mise en œuvre de l'action publique par les acteurs départementaux) et les « catégories de la pratique » (celles directement produites par les salarié.es elles-mêmes dans les interactions avec leurs chefs et les usagers des services)⁶¹. L'analyse s'appuie en premier lieu sur 28 entretiens avec des aides à domicile exerçant en ville comme dans le péri-urbain (dont un entretien collectif impliquant quatre collègues travaillant dans une même association). Les aides à domicile rencontrées sont pour la plupart auxiliaires de vie, plus rarement aides ménagères et exercent principalement en prestataire associatif et/ou en CESU et plus rarement en prestataire privé lucratif. Elles cumulent parfois plusieurs statuts d'emploi différents. Ces entretiens rétrospectifs sur la crise sanitaire sont entachés d'imprécisions et de reconstructions. Pour pallier ces limites, nous avons cherché d'autres traces du déroulement de la crise sanitaire et de la diffusion des prescriptions sanitaires et professionnelles à destination du secteur par le ministère des solidarités et de la santé et par les départements. Nous avons également mené des entretiens avec les employeur.ses ou représentants de l'employeur.se (particuliers, agences privées, associations) de 8 des aides à domicile interviewées et avec la responsable du pôle autonomie du département. Nous avons collecté auprès de ces acteurs des documents écrits relatifs à la gestion de la crise sanitaire élaborés et diffusés entre mars 2020 et décembre 2021 (mails, point info...) et consulté la presse locale et nationale.

L'examen de la temporalité de la diffusion des prescriptions institutionnelles et de leur contenu permet tout d'abord de montrer que la continuité de l'aide aux personnes âgées dépendantes a été mise en œuvre de manière autonome par l'acteur intermédiaire départemental en concertation étroite avec les représentants des services d'aide à domicile (I). Une seconde partie centrée sur les échanges professionnels à l'intérieur de ces services entre cadres et aides à domicile et entre celles-ci et les personnes âgées montre qu'une partie d'entre elles s'est dévouée de manière volontaire et réfléchie (II) et que c'est celles qui ont arrêté de travailler qui y ont été obligées (III).

L'analyse de la crise sanitaire comme exacerbant les inégalités socio-professionnelles conduit à souligner que les salariés subalternes ont été davantage exposés au virus du fait d'avoir continué à travailler sur site, les cadres et professions intermédiaires étant eux protégés par le télétravail. Cette inégalité face à la crise, mise au jour au moyen d'une approche statistique et structurale des rapports de domination est un fait. En revanche en déduire que les salariés subalternes ont été obligés de continuer à travailler ou encore que leur sacrifice ne fut « pas consenti » paraît discutable, en tout cas pour ce qui est des aides à domicile. En reconstituant avec précision le contexte dans lequel celles-ci ont continué à travailler dans un département français, on a mis en évidence les concernant, l'absence de prescriptions gouvernementales et l'autonomie relative dans laquelle se sont trouvés le

⁶¹ Pour une présentation de la distinction entre ces trois types de catégories façonnant le travail de *social care* qui correspondent également à des perspectives théoriques et méthodologiques rarement réunies dans une seule et même recherche voir Clémence Ledoux, Lorena Poblete, Alban Jacquemart « Gouverner le social care, des catégories institutionnelles aux expériences intimes », *Terrains & travaux* 2023/1 (n°42), p.5-26.

département, les services d'aide et leurs salariées en mars 2020. L'information sur le droit de retrait a par ailleurs été diffusée dans les services collectifs et la possibilité d'arrêter de travailler sans perte de salaire fut réelle du fait de la protection octroyée par le statut salarial et de la suspension des tâches non essentielles. L'étude des mots et sentiments ayant accompagné la continuité de l'aide aux personnes âgées vulnérables tant du côté des cadres des structures collectives et particuliers employeur·ses que des aides à domicile elles-mêmes, a révélé l'existence chez la plupart des aides à domicile, de réflexions, de négociations et de dramatisation morale. Celles-ci ont continué à travailler parfois avec un sentiment explicite de « choisir » de le faire, parfois plutôt avec le sentiment d'une obligation intérieure, mais toujours en nom propre et de façon plus réfléchie qu'à l'ordinaire, en mettant en discussion et en réflexion, leur propre santé d'une part et la vie des personnes âgées dont elles s'occupent d'autre part. Leur dévouement pandémique est le fruit d'une décision difficile prise dans une situation où elles pouvaient juridiquement et pratiquement arrêter de travailler et où elles étaient habitées par la peur de la contamination au covid 19. Identifier cette dynamique de dévouement volontaire et consenti dans les premières semaines de la pandémie permet de mieux comprendre l'insatisfaction qui va naître ensuite chez une partie des aides à domicile estimant que la reconnaissance accordée via la prime Covid puis l'avenant 43 dans le secteur associatif n'est pas à la hauteur des efforts accomplis. Ignorer ce dévouement moral, le faire disparaître sous l'idée que ces femmes auraient principalement et uniquement répondu à une injonction extérieure, reviendrait à les priver d'une autonomie qu'elles ont d'autant plus à cœur de préserver sur le terrain du travail ou de la morale personnelle qu'elles en sont en partie privées, juridiquement et professionnellement du fait d'être des salariées subalternes.

Centrée sur une activité de service spécifique et sur un département de l'Ouest de la France, notre analyse débouche sur deux constats généraux. Premièrement, du point de vue de la sociologie de la crise sanitaire, elle montre qu'en mars 2020 la continuité de l'aide aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile a été assurée « d'en bas » : elle n'a pas été pensée ni anticipée et prescrite par l'Etat mais plutôt par les salariées du secteur elles-mêmes, en interaction avec leurs responsables et les départements. Deuxièmement, notre analyse rappelle la nécessité pour la sociologie du travail de prendre au sérieux le rapport au travail des hommes et des femmes qui exercent des activités objectivement pénibles et mal reconnues. Celui-ci n'est pas simplement déductible de leur position professionnelle dévalorisée et donc désinvesti, dépourvu de sens, de valeurs et de valorisations. Bien au contraire s'agissant d'existences masculines mais aussi féminines, dans lesquelles le travail salarié occupe une place centrale, selon les contextes et les trajectoires sociales et professionnelles, ce travail subalterne peut être investi d'engagements positifs et de valeurs à travers lesquels ces hommes et ces femmes expriment leur volonté et leur autonomie, s'affirment comme sujets.

IV.5 Prévention des risques professionnels face à des injonctions paradoxales en temps de pandémie. Ethnographie d'un service rural d'aide à domicile (Olivier Crasset et Annie Dussuet)

À la fin de l'année 2020, durant la période des fêtes de fin d'année qui a suivi le second confinement en France, Olivier Crasset, chercheur engagé dans l'ANR PROFAM, confronté à l'interruption du cours normal de ses recherches, a saisi l'opportunité offerte par ses contacts établis de longue date au niveau local, pour mener une enquête de type ethnographique au



sein d'une petite structure publique d'aide à domicile en milieu rural. Dans une démarche d'observation participante, il a donc pu, pendant deux semaines, accompagner trois aides à domicile dans leur tournée auprès de bénéficiaires, souffrant pour la plupart d'incapacités liées à l'âge. Des entretiens complémentaires ont ensuite été menés, et un questionnaire distribué au personnel de la structure. L'objectif était d'analyser les conditions de travail des aides à domicile au sein des foyers qu'elles visitaient dans cette situation de pandémie, et en particulier la place de la prévention des risques professionnels de ces intervenantes à domicile, dans ces circonstances exceptionnelles où la question de la préservation de la santé était majeure.

Le texte présenté en annexe, publié dans la Revue des Politiques Sociales et Familiales, coécrit avec Annie Dussuet, utilise ces matériaux pour questionner cette place de la prévention dans l'espace particulier que constitue le domicile privé des personnes aidées. Le contexte de la pandémie accentue en effet des difficultés, déjà importantes en contexte ordinaire, à instaurer des règles de prévention des risques professionnels au domicile des bénéficiaires. Ce dernier étant à la fois un lieu de travail et un espace privé, les aides à domicile font face à des règles contradictoires relevant de ces deux univers : comme lieu de travail de salariées, des règles de droit relevant de la sphère publique y sont a priori applicables ; mais en tant qu'espace privé, le domicile est aussi le lieu où des normes spécifiques, issues de la sphère privée domestique, sont en jeu. Comment les protagonistes de la relation d'aide ont-ils alors fait face aux injonctions contradictoires suscitées par la crise sanitaire ? Comment respecter une nécessaire « distanciation sociale » tout en maintenant une proximité indispensable à la réalisation de tâches touchant à l'intimité ? Comment se préserver de la contagion tout en évitant de susciter l'anxiété chez des personnes particulièrement vulnérables ?

Une reconstitution de la chronique de la pandémie telle qu'elle a été vécue dans le service à partir des récits a posteriori des enquêtées révèle que les deux confinements ont été vécus très différemment. Lors du premier confinement, des règles de prévention ont été introduites dans la précipitation, les équipements individuels de protection (EPI) comme les masques, manquant. Il s'agissait alors autant de limiter les risques de contagion que de rassurer les salariées, les bénéficiaires et leurs familles. Une « production locale », par tâtonnements, de normes a été « bricolée », les risques étant pensés avant tout comme une responsabilité des professionnelles vis-à-vis d'autrui. Mais le protocole strict « importé » d'un EHPAD voisin se révèle vite irréaliste et reste peu appliqué lorsque le second confinement survient. Les conditions sont alors très différentes car les salariées ont reçu des EPI, et la notion de « gestes barrières » s'est diffusée, ceux-ci étant désormais couramment pratiqués dans l'espace public. Pourtant, même cette prévention minimale est difficile à instaurer dans les domiciles du fait de l'attitude des bénéficiaires, qui se considèrent « maîtres chez eux », et sont parfois en opposition frontale. Pour les aides à domicile, respecter les gestes barrière apparaît pourtant comme une évidence, à la fois pour se protéger elles-mêmes dans des situations de proximité physique où les risques de contamination sont importants, et pour protéger les personnes qu'elles aident. Mais les situations spécifiques des bénéficiaires (pathologies comportementales), comme les gestes du travail « bien fait » les obligent à des compromis. Elles ne parviennent à dépasser l'injonction paradoxale à laquelle elles sont soumises que lors des sorties pour accompagner les personnes aidées hors de leur domicile. Elles retrouvent

alors une certaine autorité pour faire respecter les règles de prévention. La comparaison entre le comportement à l'intérieur et au dehors des habitations montre que, si les aides à domicile ne sont pas sans pouvoir dans leurs relations avec les personnes aidées, la réalisation même d'un travail d'aide « bien fait » les oblige à établir une relation de confiance avec des bénéficiaires loin d'être passifs et dont la collaboration est indispensable. Face au risque de contamination croisée dans les domiciles, elles portent la double responsabilité de protéger les personnes réticentes ou incapables de respecter les gestes barrière et de composer avec des règles formelles inadaptées. Cela implique de leur part un travail émotionnel tant auprès des bénéficiaires afin d'obtenir l'application des règles, que sur elles-mêmes et entraîne des risques psychosociaux accrus.

Même si, dans le service enquêté, la nécessité d'adopter des mesures de prévention est unanimement reconnue par les aides à domicile, le fait de travailler dans des domiciles privés est un obstacle majeur à leur application. Le cadre de travail spécifique constitué par le domicile apparaît comme la cause principale des difficultés. Premièrement, le rapport de force avec les bénéficiaires y reste défavorable aux aides à domicile qui ne peuvent compter que sur leurs capacités individuelles de négociation pour instaurer une prévention. Deuxièmement, elles ont peu de prise sur un environnement qui déroge aux règles en vigueur dans les établissements médicalisés, lesquels servent pourtant de cadre de référence à ces normes. Plus largement, ce lieu tend à imposer aux protagonistes un système normatif en contradiction avec les règles communes du droit, qui oblige les aides à domicile à se soucier d'abord du bien-être des bénéficiaires, avant de considérer les conséquences de leurs gestes sur leur propre santé. Cette injonction à l'altruisme n'est bien entendu pas toujours suivie mais il est important de reconnaître son existence pour imaginer des outils de prévention plus efficaces, y compris en dehors des périodes de crise en tenant compte du lieu particulier où ils s'appliqueront.

IV.6 La gestion de la crise sanitaire dans une résidence services : surprotection face à l'incertitude (Marion Gaboriau)

Si le domicile des personnes âgées dans lequel elles se font aider au quotidien est bien souvent le logement dans lequel elles ont vécu une bonne partie de leur vie, il peut aussi prendre la forme d'appartement acquis à leur entrée dans le grand âge au sein de « résidences services » pensées comme des « habitats intermédiaires »⁶². Ces résidences au statut particulier, qui se distinguent des « résidences autonomie »⁶³, sont reconnues par les départements comme des

⁶² Nowik Laurent (2014). « Habitat intermédiaire : de quoi parle-t-on ? » Dans : L. Nowik et A. Thalineau (dir.), *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, Presses universitaires de Rennes, p.23-46

⁶³ À la différence des résidences services, les résidences autonomie (ex logements-foyers) sont reconnues comme des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou des structures à but non lucratif, tout en ayant une vocation sociale. Le coût du logement y est modéré et les résidents peuvent y bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). (Source : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/residence-autonomie-et-residence-services-quelle-difference>). « De 2003 à 2011, le nombre de [logements-foyers] a diminué de près de 30 %, constituant un marché potentiel pour ces [résidences services]

« services d'aide et d'accompagnement à domicile » (SAAD) aux tarifs libres. Toutes les personnes âgées n'accèdent pas à de tels logements et services associés du fait notamment de leur coût. Il nous a alors paru pertinent de nous intéresser à ces structures comme à leurs résident·es – aisées voire très aisées financièrement – et à leur expérience de la crise sanitaire, en comparaison avec celle des personnes âgées de catégories sociales plus populaires et des autres SAAD plus connus et encadrés par les pouvoirs publics. L'enquête auprès de l'une des résidences services du centre-ville de la ville centre du département nous a permis d'en avoir un aperçu. Celle-ci est nommée « la maison » par les salarié·es comme par les résident·es en désignant tout à la fois le domicile privé des personnes, les espaces de vie collectifs et la structure de services et d'aide qui y est intégrée.

Une « maison » pas comme les autres : un lieu de vie privilégié à destination des plus riches

La résidence dans laquelle nous avons enquêté prend la forme d'une copropriété composée de 107 appartements. Les personnes âgées qui y vivent sont principalement propriétaires de leur logement. En parallèle du syndicat de copropriété, une association de gestion (et à sa tête le directeur de la résidence qui anime un conseil d'administration composé de résidents) organise les services proposés. La résidence offre des services communs à toutes les résident·es (accueil, entretien des espaces communs, présence infirmière non-médicalisée⁶⁴, surveillance de nuit, système d'alarmes, etc.) dont le coût est mutualisé : chaque résident participe de façon obligatoire au financement en fonction de la taille de son logement. Elle propose également des services « individualisés » facultatifs tels qu'un service de restauration assuré par une entreprise extérieure ou des prestations d'aide à domicile. En effet, la résidence étudiée a créé son propre service d'aide à domicile (juste avant la crise sanitaire) composé de deux auxiliaires de vie. Toutefois, chaque résident·e peut faire intervenir à son domicile le service d'aide de son choix ou bien employer directement une ou des professionnelles rémunérées via des chèques emploi service (CESU).

Les résident·es sont à 80% des femmes de 87 ans en moyenne, choisi·es à l'entrée dans la résidence, selon l'infirmière coordinatrice qui participe à la sélection, en fonction de leur degré d'autonomie (« *On ne prendra pas quelqu'un qui est en perte d'autonomie sévère parce qu'on sait très bien que dans six mois, il va partir en EHPAD* »), de sociabilité et de leur présentation de soi comme gage « d'harmonie ».

Ce n'est pas un critère de sélection, mais on y fait attention... On a une population qui fait partie de la bourgeoisie nantaise, il n'y a aucun problème pour prendre des non-bourgeois, mais on sent bien des fois si le comportement, le caractère de la personne est ancré à faire des rencontres ou pas du tout. (...) Le langage, quand les résidents vont au restaurant, il faut qu'entre eux, ils soient bien habillés, c'est un critère, ça a toujours été ça, c'est comme ça. C'est eux qui le dégagent (...). Parfois, ils viennent nous dire en disant que la personne est un peu mal habillée, il faudrait lui dire quelque chose. (...) Je sais que ce n'est pas un critère en soi, mais on y est sensible pour que l'harmonie du groupe se fasse bien et qu'il n'y ait pas de personnes mises à l'écart. (*Infirmière coordinatrice de la résidence*)

qui peinaient jusque-là (...) à s'inscrire dans le champ gérontologique ». GERARD Antoine, « La résidence services seniors, quel rôle dans la gestion du vieillissement ? », *Revue française des affaires sociales*, 2016, n° 4, p. 273.

⁶⁴ Les infirmières du service ne peuvent pas faire d'actes « invasifs » et/ou sur prescriptions médicales. Pour ce qui est du soin prodigué, elles s'occupent essentiellement de changer les bas de contention, de mettre du collyre dans les yeux ou de prendre la tension des résidents. Elles s'occupent sinon majoritairement de faire le lien avec les familles, de rassurer les personnes âgées et de faire de la prévention. La résidence a par contre un partenariat privilégié avec deux cabinets d'infirmiers libéraux qui assurent les autres soins nécessaires aux personnes âgées et notamment une grande partie des toilettes.

Ces éléments associés aux tarifs de la résidence participent à une sélection sociale des résident·es. De fait, celles et ceux rencontré·es en entretien appartiennent à la bourgeoisie voire la très grande bourgeoisie.

Au total, nous avons réalisé 12 entretiens au sein de cette résidence avec : 6 personnes âgées (sur la base du volontariat ou par bouche-à-oreille), 4 aides à domicile non-salariées de la résidence mais embauchées directement par un·e ou plusieurs résident·es, le directeur et l’infirmière coordinatrice. Ceux-ci nous ont également donné accès à différents documents élaborés pendant la période de la crise sanitaire et notamment pendant le premier confinement (protocoles, affiches, attestations, informations aux résidents et à leur famille, etc.). Ils ont été précieux pour analyser les règles mises en place concrètement par la résidence pour faire face au COVID.

Protéger les résidents et l’image de « la maison » à tout prix : extension des services et protocoles sanitaires stricts

Les personnes âgées qui résident dans cette résidence sont en temps normal particulièrement aidées dans leur quotidien. Celles-ci bénéficient de l’ensemble des services de la résidence et ont également bien souvent recours à des aides à domicile extérieures au profil (en termes de statut d’emploi, de niveau d’étude et de disponibilité) ajusté à leurs yeux au type de service demandé. Ainsi, plusieurs de ces employeur·se-ses font appel à des salariées d’entreprise d’aide à la personne pour des services d’entretien de leur maison. Elles et ils choisissent par contre des employées indépendantes, via leur cercle de connaissances, pour répondre à des besoins « personnalisés » d’accompagnement au quotidien (pour des sorties par exemple) ou pour des tâches qui touchent à leur intimité (le soin ou encore la gestion des papiers). Dans ce cadre, les enquêté·es témoignent de l’importance à leurs yeux de recruter des « filles de bonne éducation », « intelligentes » avec qui elles et ils peuvent avoir des « échanges de qualité » ou qui délivrent des services « intellectuels et psychologiques ».

Pendant la crise sanitaire, et en particulier pendant le confinement, l’aide apportée à ces personnes âgées n’a dans l’ensemble pas diminué. Au contraire, tout le personnel de la résidence s’est mobilisé pour proposer aux résident·es confiné·es de nouveaux services (portage des repas et du courrier, courses, surveillance des températures, etc.). Les services de la résidence se sont donc temporairement étendus nécessitant l’embauche de personnels de renfort tandis que les aides à domicile extérieures (souvent indépendantes) ont globalement continué leur activité habituelle auprès de leurs employeur·ses-résidents.

Au-delà de ces services spécifiques, les résident·es ont également été particulièrement protégé·es. L’équipe dirigeante de la résidence a en effet très rapidement mis en place des protocoles et règles sanitaires strictes de continuité de service, de limitation des visites et de contrôle des visiteurs. Dès l’annonce du premier confinement, la résidence choisit d’interdire complètement les visites : « *On avait complètement interdit les visites, alors qu’on n’est pas un EPHAD. On s’était dit que s’il y en avait un qui le chopait, ça allait être l’hécatombe. On entendait les EHPAD où tout le monde mourrait, on s’est dit : "Mais non, si le Covid rentre, on va voir le corbillard défilier tous les jours."* » (Infirmière coordinatrice). Le souci central de protection des résident·es s’est poursuivi après le premier confinement avec la mise en place de procédures très contrôlées de dé-confinement progressif. Par exemple, une procédure « visites familles » est imaginée. Celle-ci prévoit que les familles demandent une autorisation de visite par mail par souci de traçabilité (en cas de contagion) afin d’obtenir « une attestation d’autorisation de visite » signée par le directeur. Après avoir signé une « charte (morale) du visiteur », le parent doit s’inscrire au registre des entrées et se faire contrôler la température par l’hôtesse d’accueil qui se doit de refuser la visite en cas de symptômes anormaux. Enfin,

après avoir reçu une visite (dont la durée est limitée), les personnes âgées sont particulièrement suivies par les infirmières pendant six jours minimums.

Au-delà de la protection des résident-es, c'est l'image de la résidence et de son personnel qui est en jeu. Ainsi, les infirmières témoignent de leur peur d'être accusées par les résident-es d'avoir apporté le virus dans la maison :

Il ne fallait pas qu'on tombe malade (...) Souvent, ils [les résident-es] disent : « oui, ça [le virus] doit venir de vous » (...) C'est horrible à dire, mais tout de suite la perte de confiance : « Vous êtes une infirmière, vous avez eu le Covid, donc vous n'êtes pas une bonne infirmière. » On avait un peu peur de tout ça : « Non, vous venez plus chez nous. » Comme c'est un petit village ici, le téléphone arabe, tout est déformé, tout est transformé, tout circule. (*Infirmière coordinatrice*)

Un statut hybride source d'incertitude : se protéger juridiquement face aux résidents et à leur famille

La mise en place des protocoles restrictifs ainsi que l'auto-contrôle dans les équipes qui se devaient « irréprochables » témoignent aussi d'une volonté de la part de la résidence de se protéger juridiquement face aux résidents et à leur famille qui, du fait de leurs position socio-professionnelles supérieures, auraient eu les ressources pour inquiéter la résidence en cas de litige.

Dans le but de se protéger, l'équipe dirigeante de la résidence étaient alors à l'affût et en attente de consignes à suivre et de règles à mettre en place qui ont tardé à être transmises par les autorités. Le statut hybride des résidences services semblent poser problème au département et à l'ARS en difficulté pour répondre aux questions de l'équipe dirigeante plongée dans l'incertitude.

- En fait, nous, les résidences seniors avec services, on était un peu inconnus du bataillon puisqu'on n'est pas un EPHAD. Donc on ne rentrait pas dans les protocoles EPHAD, on ne peut pas appliquer ces protocoles-là puisqu'on n'était pas médicalisés. La difficulté, c'est qu'on n'est sur aucune case. Mais en même temps, on reçoit du public cible, sensible, du public à protéger. Donc qu'est-ce qu'on interdit ? Qu'est-ce qu'on a le droit de faire ? Est-ce qu'on a le droit d'interdire des visites ? (...)

- Et là le silence radio, mais quelque chose de monumental, aussi bien du Département que de l'ARS. Ils sont très forts à se renvoyer la balle. À tel point qu'à un moment donné on a dû secouer le cocotier très fort, un peu menacer, du style peut-être qu'un petit article sur Ouest-France peut être intéressant parce qu'on ne peut pas rester comme ça. (*Directeur et infirmière coordinatrice*)

Dans un premier temps « oubliée », la résidence a été obligée d'« inventer ses propres règles » relativement strictes, claquées sur celles mises en place des les EPHAD voisins. Celles-ci sont assez rapidement contestées par quelques résident-es et familles qui y voient une privation de liberté alors qu'elles et ils sont pourtant « chez eux »⁶⁵, propriétaires de leur logement : « *la colère s'est un peu déversée sur nous parce qu'on les privait de leur liberté.* » (*Infirmière coordinatrice*). La peur du procès ou du scandale du côté de la résidence accentue les tensions.

Il y a eu une famille qui nous a bien marqués parce qu'ils ont failli nous traîner au tribunal pour tout ce qu'on avait fait justement, anti-liberté, qu'on n'était pas un EHPAD, qu'on n'avait pas le droit, que ceci que cela. (...) Il n'y a pas eu de procédures finalement, mais ça a mis encore plus de la tension là où on était déjà

⁶⁵ GERARD Antoine, « Enjeux et stratégies de l'appropriation des espaces collectifs », *Gérontologie et société*, 2017/1, vol. 39, n° 152, p. 143-154.



bien stressés. On se demandait tout le temps si on était dans le droit chemin, si on avait le droit, est-ce qu'on n'avait pas le droit ? (...) Est-ce que c'est OK, est-ce qu'on est dans les clous, est-ce qu'on ne fait pas n'importe quoi ? C'est moi qui les ai créés [les protocoles]. À un moment donné, j'aimerais bien qu'il y ait quelqu'un au-dessus de moi qui me dise : « C'est OK, c'est tout bon. » Parce qu'on ne sait pas. Je ne sais pas s'il y a quelqu'un qui porte plainte pour ci ou ça et que le protocole a été mal fait, tu es hyper responsable et le directeur aussi par rotation des choses. C'était sûr, on voulait qu'il y ait une instance qui nous dise : « OK, ça, vous avez droit, ça, vous n'avez pas le droit. (...) [Avec le recul], On a vraiment fermé les écoutilles plus fort qu'il ne fallait, je pense (...) Oui, le fait de tout fermer, je pense qu'on n'avait pas le droit, mais on l'a fait quand même parce qu'on a eu trop peur que tout le monde parte au corbillard. *(Infirmière coordinatrice)*

Les confinements suivants et les règles associées semblent ensuite avoir été plus facilement acceptés. Plusieurs résident·es, les plus autonomes et/ou entouré·es, ont d'ailleurs pu les anticiper en quittant temporairement la résidence pour s'installer dans leur logement secondaire en bord de mer où, sans bénéficier de tous les services de la résidence, elles et ils ont continués à être aidé·es par du personnel recruté sur place ou par leurs propres enfants qui ont parfois pris le relais. On peut alors supposer qu'une des craintes de l'équipe de direction de la résidence dans ces moments de tensions pendant la crise sanitaire ait été de voir partir des résident·es mécontent·es.

Un renforcement du contrôle des aides à domiciles extérieures : méfiance réciproque et concurrence

Cette période caractérisée par une prise de pouvoir par l'équipe de direction sur le quotidien des résident·es ne semble par ailleurs pas avoir été très favorable au développement du service d'aide à domicile interne à la résidence. On peut en effet supposer que recourir à leurs propres employées auxiliaires de vie (via le CESU ou par l'intermédiaire de prestataires de services extérieurs) permet aux personnes âgées de garder une marge d'autonomie par rapport aux personnels et aux règles de la résidence. Dans les faits, très peu de résident·es ont en effet recours aux auxiliaires de vie de la résidence que la direction a d'ailleurs du mal à stabiliser. Les aides à domiciles extérieures à la résidence mais qui y passent parfois leurs journées, employées par plusieurs personnes âgées, représentent alors une forme de concurrence pour le service interne de la résidence. La communication et les échanges ne semblent pas particulièrement conviviaux entre ces dernières et la direction :

- [Autrefois] Il y avait vraiment un esprit un peu famille qu'il n'y a plus du tout. Là maintenant, on a l'impression que tout est fermé. Chacun fait son truc. Le *job* de l'autre, on ne sait pas. C'est ce que je ressens. Ce n'est pas ce que j'ai connu il y a 30 ans, pas du tout. (...) Oui, il y avait de la communication. On travaillait vraiment en équipe, Tout le monde travaillait vraiment en dialoguant. J'avais des collègues et on pouvait s'aider. (...) [Maintenant], je ne les connais pas [les autres professionnelles de la résidence] Il y a Marie-Françoise [une autre auxiliaire de vie employée de plusieurs résidents] que je connais. Mais bon, elle est chez son monsieur. Moi j'ai les miens, mes résidents, enfin « mes » résidents... le directeur m'entendrait, il dirait « Pas du tout ! »

- Il dirait : « Non, c'est les miens » ? [Rires]

- Une fois il m'a fait une réflexion comme ça : « Mes résidents, mes résidents ! » Je dis : « Comment voulez-vous que je les appelle ? Les résidents dont je m'occupe.

» Oui oui, voilà... *(Nadia Hamidi, auxiliaire de vie qui travaille à la résidence à temps*

plein depuis plus de 30 ans auprès de plusieurs résidents qui l'emploient directement⁶⁶)

Si des tensions et relations de méfiances étaient déjà existantes avant la crise sanitaire entre les aides à domicile extérieures et l'équipe de direction de la résidence, celles-ci ne semblent pas s'être atténuées pendant la pandémie. Les procédures et règles strictes imposées par la direction supposaient en effet un contrôle sur le travail et le comportement des aides à domicile. Dans le protocole de continuité de service, il est ainsi formellement demandé aux résident·es de surveiller les professionnel·les qui interviennent à leur domicile, ce qui témoigne d'un climat de méfiance :

« Coiffeuse, aide-ménagère, auxiliaire de vie...

Nous vous demandons de reporter toutes les visites non indispensables. Si vous souhaitez maintenir ces interventions, veuillez-vous assurer que les personnes respectent bien les consignes (conserver 1 mètre de distance, désinfection des mains, port du masque,...). Si vous constatez des écarts sur ce protocole, merci de prévenir l'accueil afin de trouver une solution d'accompagnement. » *(Extrait du protocole de continuité de service, mars 2020)*

Les quelques auxiliaires de vie extérieures à la résidence mais très intégrées et appréciées des résident·es – à l'image de Nadia Hamidi citée précédemment – ne semblent toutefois pas s'être senties menacées par ces règles du fait des relations de confiance et de proximité avec les personnes âgées (qui sont bien souvent leurs employeur·ses directs) tout en ayant finalement assez peu de relations avec la direction de la résidence.

La pandémie a par contre été l'occasion pour la résidence de mettre fin à des permanences tenues chaque semaine par une association d'aide à domicile extérieure, intervenant chez quelques résident·es.

Je n'ai jamais trop compris à quoi servait cette permanence, pourquoi ils étaient là. C'était du lien avec les familles, avec les résidents. Et justement au Covid, on a dit : « On arrête tout, vous n'avez pas le droit de venir. » Et puis après le Covid, on a dit : « Ça servait à quoi ? À rien. » On a monté notre service, donc on va revoir ça. C'était complètement débile. On montait notre service, on n'allait pas faire venir la concurrence sachant qu'ils avaient déjà des résidents. *(Infirmière coordinatrice)*

La crise sanitaire sert alors de prétexte à la direction pour éloigner de leurs résident·es une association d'aide à domicile pensée ici comme concurrente directe.

L'enquête auprès de cette résidence services permet de mettre en évidence l'attention et la protection très poussées dont ont fait l'objet les personnes âgées résidentes aux profils socio-économiques très favorisés. On peut alors penser que les inégalités de prise en charge de la vieillesse liées aux situations socio-économiques des personnes âgées ont pu être exacerbées pendant la crise sanitaire. Cependant, ce souci de protection des résident·es (qui tiennent à leur autonomie et à leur liberté) a également été sources de tensions autour de règles strictes mises en place dans un cadre juridique incertain. Après la succession des confinements et différentes vagues de contamination, les liens entre la résidence et les institutions publiques ont toutefois fini par se développer. La crise sanitaire a donc été l'occasion pour ces résidences services de manière plus large de se faire (re)connaître auprès des autorités publiques tout en

⁶⁶ Cet entretien est organisé dans le domicile d'une personne âgée de façon délibérément cachée par cette auxiliaire de vie qui ne souhaitait pas que la direction de la résidence ne soit au courant de nos échanges, ce qui est révélateur des relations de méfiance entre les deux parties.

formalisant des procédures réutilisables. Enfin, il semble que la gestion délicate de la pandémie au sein de la résidence ait permis à la direction d'écarter des SAAD concurrents sans nouer davantage de collaboration avec les quelques auxiliaires de vie recrutées directement par les résident·es qui ne semblent pas prêt·es à renoncer à leur statut d'employeur·se, gage d'autonomie.

IV.7 Essentielles, et après ? Dynamiques de mobilisation dans le secteur de l'aide à domicile (Eve Meuret-Campfort)

A première vue, la mobilisation des travailleuses de l'aide à domicile paraît difficile, comme elle l'est dans d'autres secteurs précarisés des services qu'il s'agisse du nettoyage ou de la petite enfance. Comme des enquêtes spécifiques sur ces questions l'ont montré, de nombreux obstacles se dressent face à l'organisation collective de ces salariées : pas de lieu commun, collectif de travail dispersé, profil féminisé et a priori peu politisé, statuts divers (plusieurs conventions collectives, plusieurs fédérations syndicales), interlocuteur compétent mal identifié dans le cas d'un secteur très subventionné⁶⁷.

La crise sanitaire a été un moment de mise en visibilité des aides à domicile et du secteur en général. Les aides à domicile, même si elles ont pu souffrir d'une moindre reconnaissance que les soignants, faisaient néanmoins partie des « travailleuses essentielles » pendant la pandémie. Le film de François Ruffin et Bruno Bonnel « Debout les femmes » a réuni des milliers de spectateurs et suscité de nombreux débats dans toute la France. Le collectif de la *Force Invisible des Aides à Domicile* créé en juin 2020 est au cœur de cette dynamique et interroge sur les modalités de politisation et de mobilisation dans ce secteur.

A partir d'entretiens avec des aides à domiciles syndiquées, majoritairement dans le secteur prestataire associatif, et souvent élues au CSE de leurs associations, et des entretiens avec des responsables départementaux et nationaux de la CFDT et de la CGT, il s'agit d'interroger les modalités d'engagement des aides à domicile pendant et après la pandémie de 2020 que ce soit dans les syndicats ou dans ces collectifs créés ad hoc.

Un secteur d'engagement fragmenté

Le secteur de l'aide à domicile est clairement un secteur faiblement syndicalisé et mobilisé. Bien que, comme nous allons le voir, il peut y avoir des sections syndicales actives dans certaines grosses associations, et que des mobilisations peuvent faire la une (comme celles de Domidom à Caen fin 2022), les organisations syndicales peinent à s'implanter dans ce secteur. Le premier constat est celui de la fragmentation des organisations syndicales française dans le secteur de l'aide à domicile. Le secteur étant organisé autour de trois branches, c'est autant de conventions collectives et de fédérations syndicales (cf. policy debrief). Cette fragmentation des organisations syndicales est bien entendu corolaire d'une fragmentation des lieux et des collectifs de travail des aides à domicile : quand bien même, elles appartiennent à de grosses associations ou entreprises, elles ne se connaissent pas forcément entre elles car les employeurs ne prévoient pas toujours de temps de rencontre et d'échange et les militantes de terrain ont du mal à atteindre leurs collègues.

⁶⁷ Alexandra Garabige, « Agir dans un secteur peu propice à l'action syndicale Le cas de l'aide à domicile en France », *Terrains & travaux*, n°30(1), 2017, p.101-120.

Les effets du Covid sur le syndicalisme

Les effets du Covid sur cette situation sont multiples. Un des premiers éléments qui ressort des entretiens avec des responsables syndicaux est la plus grande visibilité acquise par les salariées au sein des organisations syndicales à la faveur de la mise en lumière des aides à domicile dans la sphère publique. De plus, cette période a été intense du point de vue des liens avec les adhérentes, voire avec des aides à domicile qui ont contacté le syndicat pour la première fois à cette occasion pour obtenir des renseignements face aux nombreuses questions soulevées par la crise sanitaire sur le terrain. Cette période a aussi été une période de rapprochement avec les directions des associations : certaines déléguées syndicales et du personnel ont été associées à l'élaboration des protocoles sanitaires et en réunion de crise fréquente avec leur direction, elles disent en être ressortie avec des liens plus importants avec une direction qui a pu apparaître comme une « alliée » dans la demande d'équipements de protection notamment vis-à-vis des pouvoirs publics, ou plus prosaïquement, des pharmaciens qui ne voulaient pas distribuer de masques.

L'émergence de collectifs *ad hoc*

Un autre effet du Covid sur le paysage militant du secteur est l'émergence de nouveaux collectifs, nés sur Facebook pendant le premier confinement en juin 2020. Ce collectif qui consiste d'abord en un espace de parole et d'échanges de pratiques en ligne se monte en association loi 1901 en décembre 2020 et se décrit ainsi : « *Asyndicale et apolitisée, elle est lanceuse d'alerte auprès de l'ensemble de la population française, et œuvre dans le sens d'une restructuration globale nationale du secteur* ». Le film documentaire « *Debout les femmes* » avec François Ruffin et Bruno Bonnel et la tournée qui s'en est suivie courant 2021-2022 a constitué des lieux de rencontre important pour les membres de ces collectifs.

Un évènement organisé à Paris en mars 2022 dans le cadre de la campagne des élections présidentielles intitulé « *Pas de présidentielles sans les essentielles* » a réuni à Paris des femmes qui, pour certaines, n'étaient pas du tout mobilisées auparavant, comme le montrent Sophie Béroud et Saphia Doumenc dans leur enquête sur des militantes de ces collectifs dans la Loire⁶⁸. C'est le moment de création du collectif des « *Essentiel.les du lien et du soin* » qui est une scission du premier collectif portée par des militantes qui assument des orientations politiques plus claires en relation avec le député François Ruffin.

Il est difficile de percevoir l'audience réelle de ces collectifs qui vivent essentiellement en ligne (sur Facebook et You tube essentiellement) mais ils attestent de nouvelles formes de mobilisations qu'il est intéressant d'étudier. Mobilisations qui ne se font pas forcément contre les syndicats car dès le départ, en juillet 2020, le collectif de la Force Invisible appelle à l'union avec les syndicats. Plus tard, en octobre 2022, quand le collectif des Essentielles organise sa première « visio pro », c'est au sujet du droit du travail et du syndicalisme et elle vise à expliquer à des membres du collectif comment fonctionne les organisations syndicales en ayant sollicité des collègues représentantes syndicales (au final, sur les 10 personnes qui participent à cette visio, plus de la moitié sont des militantes syndicales aguerries à la CGT ou à Sud). Mais le collectif vise bien à élargir la mobilisation au-delà des segmentations entre statuts d'emploi, et pour le collectif des Essentielles, au-delà des aides à domicile. Les relations à l'échelle locale entre collectifs et syndicats ont de fait été souvent difficiles tant les objectifs poursuivis sont différents. Les réactions mitigées des représentants syndicaux se comprennent aussi en lien avec leur relative faiblesse sur le terrain.

⁶⁸ Sophie Béroud et Saphia Doumenc, « *« Pas de présidentielles sans les essentielles » : la défense du métier d'aide à domicile comme vecteur de politisation* », *La nouvelle revue du travail*, n°26, 2025.

Au final, et là encore comme le constatent Sophie Bérout et Saphia Doumenc dans la Loire, la base active de ces collectifs s'est largement essouffée localement mais les groupes Facebook continuent à être actifs et alimentés. Ils sont remplis d'échanges et de discussions sur le métier et les droits : échanges d'informations par commentaires interposés sur les frais kilométriques, les arrêts de travail, les primes, etc.

Des engagements d'abord centrés sur le travail

La plupart des récits d'engagement syndicaux des aides à domicile évoquent des processus de cooptation par des collègues, malgré les difficultés à créer du collectif, notamment par effet d'appel d'air pour occuper les postes d'élues dans les CSE des associations.

Ces engagements restent bien souvent centrés sur des enjeux strictement professionnels et localisés et la politisation de ces aides à domicile syndicalistes s'avèrent souvent limités. Les revendications principales concernent le manque de temps d'échange entre collègues, les indemnités kilométriques ou les temps d'intervention. Beaucoup d'entre elles continuent, malgré des engagements parfois de nombreuses années, à vivre leur engagement d'abord et avant tout comme professionnel et non syndical. L'engagement très lié aux problématiques professionnelles vécues, aux échanges avec leurs collègues sur les conditions de travail, au sentiment de mal faire un travail qu'elles disent aimer. Le syndicalisme apparaît comme une manière de défendre ce métier, de dénoncer les mauvaises conditions dans lesquelles elles le font. Mais elles expriment le souhait de changer les choses à l'échelle de leur association plus que dans le général.

Ce sont des militantes qui n'accordent que très peu d'importance à leur étiquette syndicale, des profils qui ont été bien étudiés par Cécile Guillaume à la CFDT, en particulier dans les secteurs féminisés, ou encore par Christelle Avril quand elle évoque la mobilisation dans l'association qu'elle étudiait⁶⁹. L'engagement peut aussi être une opportunité de sortir un peu du travail pour des salariées en fin de carrière ou faisant face à des limitations physiques ou psychologiques. On retrouve aussi dans les discours de certaines la reconversion d'ambitions scolaires et professionnelles frustrées, là encore comme cela a été montré dans de nombreuses études. Cela se perçoit notamment dans leur investissement positif des formations syndicales. Les seules à investir un sens politique fort dans leur engagement sont des militantes CGT, « héritières », c'est-à-dire des filles de militants, notamment ouvriers mais aussi des femmes qui se sont engagées tôt dans leur carrière personnelle.

Du côté des collectifs, nous avons rencontré deux membres actifs et observé des « visio pros » du collectif des Essentielles et pouvons constater que les instigatrices du collectif sont clairement des militantes averties par ailleurs investies syndicalement qui s'emparent de ce nouvel outil de mobilisation pour poursuivre et multiplier leurs efforts d'organiser la profession. Par contre, ces collectifs ont clairement un public d'aides à domicile plus néophytes, ce qui se voit dans le public, bien que réduit, des visio-pros mais mesurer l'ampleur de ce public vraiment actif dans le suivi est trop difficile.

Ces profils d'engagement, qui sont souvent antérieurs à la crise sanitaire, attestent de processus de politisation endogènes, c'est-à-dire construits dans le cours de l'activité de travail, pour reprendre ici les catégories d'analyse proposées par Laure Pitti⁷⁰. D'ailleurs,

⁶⁹ Cécile Guillaume, *Syndiquées : Défendre les intérêts des femmes au travail*, Presses de Sciences Po, 2018 ; Christelle Avril, « Une mobilisation collective dans l'aide à domicile à la lumière des pratiques et des relations de travail », *Politix*, 86(2), 2009, p.97-118.

⁷⁰ Laure Pitti, *Politiser le travail. Condition de subalterne dans la France (post)impériale, santé au travail, médecine sociale*, HDR en sociologie, Université Paris Saclay, 2023.

Sophie Bérout et Saphia Doumenc notent que : « *La période de crise sanitaire ne fait donc pas émerger une critique du travail et de son organisation qui n'aurait pas été présente auparavant. Mais elle contribue, en plus de la légitimer davantage, à la reconfigurer* »⁷¹.

On entend ainsi dans tous les récits d'engagement recueillis la volonté d'œuvrer à une meilleure reconnaissance de ces métiers, reconnaissance symbolique mais aussi matérielle (salaires, conditions de travail, etc.). Le Covid a clairement favorisé cette prise de parole mais n'a pas forcément conduit à une généralisation et à de nouveaux engagements.

La difficile généralisation des revendications découle notamment de la problématique de l'interlocuteur légitime : par exemple, si elles se plaignent de la faiblesse de leurs salaires et portent une attention resserrée à toutes les petites injustices qui leur sont remontées de leurs collègues au sujet de primes ou de congés non payés, la revendication d'un meilleur salaire ne peut être adressée à la direction de leur association qui, elles en ont conscience, n'ont pas le pouvoir d'en décider. En ce sens, la période du Covid, en appliquant des normes sanitaires à la profession, a rappelé la place centrale de l'Etat dans la régulation de ce secteur d'emploi. De fait, à cette période, le sentiment d'avoir été abandonnées est souvent adressé aux pouvoirs publics, les collectifs s'adressaient directement à l'Etat dans leurs interpellations et c'est un des ressorts de leur succès alors que les syndicats semblaient confinés à répondre aux questions législatives et concrètes.

Ces différents éléments montrent une tension entre efficacité sur le terrain et visibilité : attachement au travail syndical au plus près des professionnelles mais volonté de gagner en visibilité et on peut faire l'hypothèse que les discours publics pendant la crise Covid sur le caractère essentiel de leur activité a eu des effets sur leur perception de leur activité professionnelle et de leur légitimité à défendre leurs droits.

IV.8. Policy debrief sur la France (Pascal Caillaud, Virginie Guiraudon et Clémence Ledoux)

A citer avec les références suivantes : Pascal Caillaud, Virginie Guiraudon, Clémence Ledoux, « Les effets du COVID sur les politiques et le dialogue social dans le secteur du care auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile en France », Policy debrief-COVICARE, Nantes, 2022.

Avant la pandémie, les acteurs en charge de la régulation du ou des secteurs de l'aide à domicile étaient très divers, tant à l'intérieur des ministères que du point de vue des partenaires sociaux. Au niveau ministériel, trois administrations centrales principales interviennent régulièrement pour ces secteurs : la DGT, Direction Générale du Travail, qui relève du Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, la DGCS, Direction Générale de la Cohésion Sociale, qui relève du ministère des Solidarités et de la Santé et la DGE, Direction Générale des Entreprises, relevant du ministère de l'Economie, des Finances et de la Relance. Cet éclatement ministériel renvoie à des formes de droits différents mobilisés autour de l'aide à domicile: code de l'action sociale et des familles, code du travail, code des impôts. Il renvoie à des univers normatifs différents.

Un tel éclatement se retrouve au niveau des partenaires sociaux, dont l'activité se déployait avant la pandémie autour de trois principales conventions collectives : celle des salariés du particulier employeur-se, celle de la branche de l'aide à domicile regroupant les principales

⁷¹ Sophie Bérout et Saphia Doumenc, art.cit.

associations et celle des entreprises de services à la personne⁷². Au cours de la pandémie, des travaux ont été menés en vue de la convergence de la branche des salariés du particulier employeur-se et de celle des assistants maternels du particulier employeur-se. Dans ce cadre a été conclue la convention collective de la branche du secteur des particuliers employeur-ses et de l'emploi à domicile. Le même éclatement se retrouve à propos des organisations syndicales : les grandes centrales syndicales sont présentes mais ce ne sont pas les mêmes fédérations internes qui négocient les conventions : alors que la Fédération des Services de la CFDT et la Fédération du Commerce, des Services et de la Distribution de la CGT négocient la convention collective des salariés du particulier employeur-se (SPE) et celle des entreprises de services à la personne (SAP), ce sont les Fédérations Santé Sociaux de la CFDT et Organismes sociaux de la CGT qui négocient celle de la branche de l'aide à domicile (BAD). Deux fédérations différentes de Force Ouvrière (FO) sont également en charge des conventions SPE et BAD. Seule la CFTC dispose d'une fédération compétente pour toutes les conventions collectives : la Fédération Santé Sociaux qui n'est plus considérée comme représentative dans le secteur des particuliers employeur-ses et de l'emploi à domicile.

Tableau 6 : L'éclatement des organisations syndicales salariées et patronales reconnues comme représentatives dans les différentes branches et leur audience en 2019

Intitulé Convention	Régime juridique de la convention	Syndicat salarié	Organisation patronale
Convention SPE (1999) (particuliers employeur-ses)	étendue en 2000 (pas d'agrément nécessaire)	- CGT (Commerces) (39,24%), - FESSAD UNSA (21,20%) - CFDT (Services) (20,05%), - FGTA-FO (19,51%),	- FEPEM (100%)
Convention BAD (2010) (associations)	Agréée en 2011 et étendue en 2012 (agrément obligatoire pour pouvoir être étendue)	- CFDT (Santé Sociaux) (47,42%), - CGT (Organismes sociaux) (38,46%) - FGTA-FO (14,11%)	- USB domicile (100%) composée de + l'ADMR, + l'UNA, + Adessadomicile + la FNAAFP/CSF
Convention ESAP (2012) (entreprises de services à la personne)	étendue en 2014 (pas d'agrément nécessaire)	- CFDT (Services) (39,45%), - CFTC (Santé Sociaux) (30,63%). - CGT (Commerces) (15,63%), - FGTA-FO (14,29%),	- SESP (44,3%) - FEDESAP (32,3%) - SYNERPA (13,7%) - FFEC (9,8%)

Source : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/resultats_de_la_representativite_par_branche_professionnelle-2.pdf ; https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/resultats_de_la_representativite_syndicale_par_branche_-_2017.pdf

⁷² D'autres conventions contiennent dans leur champ l'aide à domicile comme la Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 et la convention collective du personnel salarié de la Croix-Rouge française du 3 juillet 2003, mais elles couvrent moins de salariés.

Tableau 7 : L'éclatement des organisations syndicales salariées et patronales reconnues comme représentatives dans les différentes branches et leur audience en 2022

Intitulé Convention	Régime juridique de la convention	Syndicat salarié	Organisation patronale
Convention du secteur des particuliers employeur-ses et de l'emploi à domicile (2021)		- CGT (Commerces) (25,40%) - UNSA (20,62%) - FO (15,83%) - SPAMAF (15,76%) - CFDT (Services) (12,58%) - CSAFAM (9,81%)	- FEPEM (100%)
Convention BAD (2010) (associations)	Agréée en 2011 et étendue en 2012 (agrément obligatoire pour pouvoir être étendue)	- CFDT (Santé Sociaux) (44,78%) - CGT (Action sociale) (39,49%) - FGTA-FO (15,73%)	- USB domicile (100%) composée de + l'ADMR 53,3 % + l'UNA 29,1 % + Adédom 10,8 % + la FNAAFP/CSF 6,8 %
Convention ESAP (2012) (entreprises de services à la personne)	étendue en 2014 (pas d'agrément nécessaire)	- CFDT (Services) (39,66%) CFTC (Santé Sociaux) (26,75%) - CGT (Commerces) (19,26%) - FGTA-FO (14,33%)	- SESP (44,2%) - FEDESAP (37,38%) - SYNERPA (10,47%) - FFEC (7,95%)

Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045160822> ;
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044518037> ; <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044237779> ;
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044237932> ; <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044559906>

Au cours de la pandémie, un nouveau cycle d'établissement de la représentativité syndicale a été entamé, se terminant par la publication des taux de représentativité dans les différents champs conventionnels. Ces taux sont fondamentaux pour les organisations, puisqu'ils établissent leur légitimité à s'exprimer au nom de leurs membres, les habilitent ou non à négocier des accords, déterminent les coalitions de blocages possibles et leur fournissent les ressources de la négociation⁷³. Ils ont peu varié entre 2019 et 2022 (tableau 6 et tableau 7). Ils permettent de saisir la structuration des champs avant le début de la pandémie.

Ce *policy brief* constitue le récit de la façon dont les problèmes, les incertitudes et les conflits liés à la pandémie dans l'aide à domicile auprès des personnes âgées ont été traités par les acteurs nationaux investis dans la régulation de ce(s) secteur(s). Il s'articule au projet COVICARE « Les effets du Covid sur les politiques et les professionnels du *care* auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile », financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre de l'appel à projets « Etablissements, services et transformation de l'offre médico-sociale (2020) ». Un tel *policy brief* s'appuie sur une revue de presse régulièrement tenue entre février 2020 et février 2022, une recherche des sources écrites relatives aux aides à domicile et sur une vingtaine d'entretiens menés entre octobre 2020 et janvier 2022 avec les représentant.e.s des partenaires sociaux de trois

⁷³ Ledoux, C. and Krupka, R. (2021) Negotiating in a Highly Feminised Sector : The French Domestic Work and

différentes branches : salariés des particuliers employeur·ses, aide à domicile et entreprises de services à la personne, ainsi qu'avec des représentants des ministères concernés (Direction Générale des Entreprises- DGE, Direction Générale du Travail-DGT, Direction Générale de la Cohésion Sociale-DGCS). Certaines des personnes interrogées ont préféré rester anonymes. Trois axes seront analysés : celui des dynamiques autour de la protection de la santé des personnes âgées et des aides à domicile (1), celui des dynamiques autour des ressources financières (2) et celui, moins développé, des mobilisations collectives des salariées⁷⁴ (3).

IV.8.1. Les dynamiques autour de la protection de la santé des aides à domicile et des personnes âgées dans la crise

IV.8. 1.1. Obtenir des masques

IV.8. 1.1.1. Un droit obtenu avec retard pour les aides à domicile

Oubliées en début de vague pandémique, certaines aides à domicile vont malgré tout être également considérées comme « prioritaires » pour l'obtention de masques et avoir accès à différents circuits de distribution, mais avec retard par rapport aux professionnels de santé et en ayant accès à un nombre inférieur et à des types de masques différents.

Début mars 2020, les stocks de masques sont réquisitionnés sur tout le territoire français⁷⁵ et la Direction de la Santé établit une liste des professionnels prioritaires pouvant avoir accès au stock de masques. Seuls les professionnels de la santé sont concernés. Le 6 mars, un premier message du Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales établit la liste de ces personnels prioritaires et ne mentionne que les professionnels de santé. Le 14 mars, un arrêté liste les professions concernées par la distribution gratuite de masques dans les pharmacies : seuls les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les sages-femmes et les pharmaciens sont nommés⁷⁶.

D'après les interviews effectuées avec la CGT et avec l'ADMR en novembre 2021, les échanges écrits avec la FEPEM en 2022, les organisations patronales⁷⁷ se mobilisent afin d'obtenir l'inclusion des salariées de l'aide à domicile dans cette liste des travailleurs prioritaires. Par exemple, Thierry d'Aboville, secrétaire général de l'ADMR explique avoir, à ce moment-là, fait du lobbying auprès du cabinet d'Olivier Véran afin de mettre en avant le travail des salariées de l'aide à domicile. De leurs côtés, la DGCS et la DGE relaient auprès des cabinets ministériels la nécessité de revenir sur « cet oubli » de l'aide à domicile dans les premières annonces.

Le gouvernement entend ces voix : dès le 16 mars, un communiqué de presse indique que « *des masques chirurgicaux sont délivrés pour les professionnels du domicile intervenant, pour les **actes essentiels à la vie quotidienne**, auprès des plus vulnérables (personnes âgées et*

⁷⁴ Dans la mesure où plus de 90% des salariés sont des salariées, nous utiliserons le féminin, sauf quand nous désignerons des documents institutionnels faisant explicitement référence à un masculin dans leurs dénominations.

⁷⁵ Décret n° 2020-190 du 3 mars 2020 relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus Covid-19.

⁷⁶ Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus Covid-19.

⁷⁷ Communiqué de presse de la FEPEM, 20 mars 2020 « Covid-19 : le secteur de l'emploi à domicile entre particuliers prend des mesures exceptionnelles de soutien ».

*handicapées notamment), lorsque ces derniers sont des cas suspects ou confirmés, afin de maintenir autant que possible les personnes à domicile »⁷⁸. Le même jour, l'arrêté indiquant la liste des professions pouvant bénéficier de distribution gratuite et prioritaire de masques dans les pharmacies est réécrit ; il inclut les salariées des services prestataires de l'aide à domicile et des particuliers employeur-ses, sans précision cette fois de l'utilisation exclusive de ces masques pour l'intervention auprès de publics malades. Sont cités, « les services d'accompagnement social, éducatif et médico-social qui interviennent à domicile en faveur des personnes âgées, enfants et adultes handicapés (...), ainsi que les aides à domicile employées directement par les bénéficiaires »⁷⁹. Ainsi, tous les types d'aides à domicile salariées sont couverts par ce dispositif. Dès le lendemain, les fédérations d'associations (UNA, ADMR, Adédom, FNAAFP/CSF) écrivent pourtant au ministre des Solidarités et de la Santé pour souligner des difficultés dans la mise en œuvre de ces mesures : « Nous constatons de vraies difficultés sur les territoires d'approvisionnement en matériels de protection (masques, solutions hydro-alcooliques, gants) qui provoquent d'importantes inquiétudes en termes de continuité de service. Le décret du 16 mars qui prévoit pourtant une dotation des services d'aide à domicile, n'est appliqué quasiment nulle part »⁸⁰. Le lendemain, la lettre DGS-URGENT de la DGS à destination des professionnels de santé indique le nombre de masques à distribuer selon les catégories professionnelles et ajoute que les précisions sur la distribution de ces masques seront apportées par l'Assurance maladie et l'Ordre national des pharmaciens. Elle sélectionne les zones considérées à risques. Dans ces zones, seuls les services prestataires d'aide à domicile sont mentionnés -les salariées employées par des particuliers sont exclues⁸¹ du dispositif- et la note prévoit d'y distribuer « **9 masques chirurgicaux par semaine et par professionnel exerçant au sein de la structure pour assurer les visites prioritaires pour les services d'aide et de soins à domicile** ». De leur côté, médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens peuvent eux recevoir **18 masques** par semaine et par professionnel, ceux-ci pouvant être de type **FFP2** pour les médecins. Dans les zones qui ne sont pas considérées à risque, seuls pharmaciens, infirmiers et médecins sont habilités à recevoir des masques.*

La distribution des masques du stock de l'État (réquisitionnés) pour les aides à domicile est assurée par les réseaux des pharmacies chargées de l'opération, sur présentation de justificatifs. Le 18 mars, jour correspondant à l'envoi de la lettre DGS-URGENT, la lettre de l'Ordre des pharmaciens à ses membres explique le fonctionnement du circuit de distribution des masques prévus pour « les professionnels de santé », en distinguant, elle aussi, les « zones d'exposition à risques » et le reste du territoire. Reprenant les consignes de la DGS, elle indique que dans les zones d'exposition à risques, doivent être délivrés aux « services d'aide et de soin à domicile » : « **9 masques chirurgicaux par semaine et par professionnel exerçant au sein de la structure pour assurer les visites prioritaires** ». A la différence de la lettre DGS-Urgent, la liste de ces salariés est alors explicitée, incorporant les services d'aide à domicile (SAAD) mais aussi les « aides à domicile employées directement à domicile lorsqu'elles

⁷⁸ Communiqué de presse du ministère des solidarités et de la santé, 16 mars 2020.

⁷⁹ Arrêté du 16 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus Covid-19.

⁸⁰ Lettre adressée à Olivier Véran, par l'UNA, l'ADMR, Adédom, la FNAAFP/CSF, 17 mars 2020.

⁸¹ Lettre DGS Urgent du 18.03.2020 Ref : 2020-INF-15 « Délivrance de masques FFP2 et chirurgicaux aux professionnels ».

*interviennent pour des personnes vulnérables et pour des **actes essentiels de la vie et uniquement dans cette situation** »⁸².*

Le 8 avril 2020, la DGS revoit ce nombre de masques, prévu pour les « *salariés de l'aide à domicile employés directement par des particuliers pour des actes essentiels de la vie : 3 masques par semaine par employeur et 9 masques par semaine par employeur bénéficiaire de la PCH. Le professionnel devra présenter l'attestation transmise par l'ACOSS/CESU indiquant le nombre de masques qui lui est attribué, complétée (noms de l'employés et de l'employeur) et signée par ses soins, avec sa carte d'identité* »⁸³. Quelques jours avant, la FEPEM s'était mobilisée pour la mise en place d'un « *circuit spécifique de délivrance de masques chirurgicaux aux assistants de vie intervenant, pour les actes essentiels à la vie quotidienne, auprès des particuliers employeurs les plus vulnérables* »⁸⁴.

IV.8. 1.1.2. La mise en place d'un autre circuit d'approvisionnement des masques relevant du stock de l'Etat pour les SAAD

Sur le terrain, comme le signalent les fédérations d'associations dès le 17 mars et, comme l'ont rappelé en entretien la FEDESAP ou la CFDT, les pharmaciens refusent de délivrer les masques aux salariées des particuliers employeur·ses et aux services d'aide à domicile. Lors d'un entretien, l'un des représentants de ces organisations explique que « *le circuit par les officines n'était absolument pas efficient du fait en grande partie de la mauvaise volonté des pharmaciens et de leur ordre en particulier* ». Il souligne avoir signalé cela avec les autres fédérations patronales au Ministère des Solidarités et de la Santé et obtenu la mise en place d'un circuit d'approvisionnement différent.

Très rapidement, la Directrice Générale de la Cohésion Sociale, Virginie Lasserre, a organisé des consultations très régulières avec les fédérations patronales et ces remontées du terrain lui parviennent. Les fédérations patronales mentionnent des communications régulières avec Virginie Lasserre, y compris le week-end, tandis qu'un point hebdomadaire avec les syndicats est mis en place au Ministère de la Santé. Le dialogue social au niveau de la branche de l'aide à domicile est également transformé. Ainsi, Isabelle Roudil (FO) explique : « *Parce qu'au début c'était vraiment de l'inquiétude pour soi, pour ses proches et pour les usagers. Surtout au début, vous vous rappelez ? C'étaient les personnes âgées qui étaient les premières victimes. « Faites attention, mais en même temps, un coup, il faut le masque, un coup, il ne le faut pas. » On n'en a pas eu vraiment très longtemps. On a eu vraiment de gros problèmes d'approvisionnement et d'accès aux équipements de protection. On avait au début de la crise des réunions en visio avec nos employeurs pratiquement toutes les semaines pour faire remonter ces problèmes éthiques* » (Entretien avec Isabelle Roudil, janvier 2022). D'après Loïc le Noc (Fédération Santé Sociaux de la CFDT), dans la branche de l'aide à domicile « *Il n'y avait pas d'un côté les vilains employeurs et de l'autre côté les bons salariés, on était tous dans le même bateau, il fallait qu'on trouve des solutions et on s'interpellait sur tout et sur rien plusieurs fois par jour. Il y avait des réunions officielles et il y avait réunions officieuses pour essayer de faire avancer une demande, on a souvent les fédérations au téléphone, qui nous disent : on a rencontré la DGS sur tel sujet [...] est-ce que vous pourriez demander ? Donc je*

⁸² Lettre réseau délivrance en ville des masques, Ordre des pharmaciens, 28 mars 2020.

⁸³ DGS-URGENT N°2019_20

⁸⁴ Communiqué de presse de la FEPEM, 6 avril 2020.

rappelais ma secrétaire générale en disant Eve est-ce que tu pourrais appeler Laurent pour qu'il pousse ; parce que en fait on avait un point d'actualité avec les fédérations employeurs. En général c'était le lundi et le vendredi et comme nous de notre côté [au niveau confédéral] on avait un point actualité avec le Ministère, je crois que c'était le mardi systématiquement le mardi plus ou moins le vendredi en fonction de l'actualité puis tous les coups de fils, de droite à gauche. (...) puis en contrepartie y a pleins d'endroits où il y avait des problématiques aussi du côté employeurs locaux où ils intervenaient pour organiser les choses. Donc on a eu effectivement un dialogue social moins formel, plus sur des petits sujets du quotidien, on n'était pas sur le titre 2 de la convention collective mais, je pense qu'on a collectivement contribué à faire en sorte que ça se passe le moins mal possible » (entretien avec Loic Le Noc, octobre 2020).

Dans un communiqué public du 26 mars 2020, la FEDESAP appelle également à la mise en place d'un « *nouveau circuit d'approvisionnement en masques pour les SAAD reposant sur les Conseils départementaux et les services municipaux qui sont en capacité d'identifier aisément les SAAD ; approvisionnement qui doit prendre en compte les besoins réels des professionnels de l'aide et de l'accompagnement* »⁸⁵. Interviewé le lendemain dans Ouest France⁸⁶, le directeur de la FEDESAP, Julien Jourdan, indique au journal : « *Les masques, il en manque pour tout le monde, donc pour nous aussi. Un masque a une durée de vie de 4 heures, mais quand on change d'usager, on change de masque. Et on ne s'occupe pas que d'une ou deux personnes par jour. Donc on a besoin d'un peu plus des 9 masques que l'on nous fournit actuellement.* ».

D'après les acteurs du secteur, ces remontées du terrain conduisent le cabinet du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé à demander à l'ordre des pharmaciens une meilleure distribution des masques dans l'aide à domicile puis à envisager la mise en place d'un nouveau circuit d'approvisionnement pour les services d'aide à domicile. Cela apparaît dans la note de la DGS du 27 mars 2020⁸⁷ à destination des pharmaciens, énonçant une nouvelle liste des professionnels de santé prioritaires pour l'obtention de masques auprès d'eux et précisant que les services d'aide et de soins à domicile sont désormais approvisionnés en stock de l'État par un autre circuit (alors que la veille, la lettre du ministre Olivier Véran destinée aux départements indique le circuit des officines pour les services d'aide à domicile).

Cet autre circuit s'appuie sur les groupements hospitaliers territoriaux (GHT), ayant en leur sein un hôpital jouant le rôle de centrale logistique et d'achats territoriaux pour approvisionner les autres établissements : les services d'aide à domicile peuvent venir se fournir auprès des GHT, dont les stocks sont gérés par l'armée. Selon un entretien, « *les ARS en relation avec les départements affectaient au doigt mouillé le nombre d'OPI nécessaire par structure. Donc après [...] pour l'avoir vécu en interne, un SAD par exemple qui avait 2500 heures d'interventions d'APA avait droit à deux boîtes de masques par semaine et un SAAD qui*

⁸⁵ « Covid-19 : les services d'aide à domicile en première ligne... jusqu'à quand ? », *Fédération Française des Services à la Personne et de Proximité (FEDESAP)*, 26 mars 2020, / <https://www.fedesap.org/covid-19-les-services-daide-a-domicile-en-1ere-ligne-jusqua-quand/> Consulté le 25 novembre 2022

⁸⁶ Biret, Valentin. « Aides à domicile : « Souvent sans masques, toujours en première ligne » ». *Ouest France*, 27 mars 2020. <https://www.ouest-france.fr/leditiondusoir/2020-03-27/aides-a-domicile-souvent-sans-masques-toujours-en-premiere-ligne-7b2d0622-4253-4815-9790-a12402f27f5c> Consulté le 25 novembre 2022

⁸⁷ 27/03/2020 RÉFÉRENCE : DGS-URGENT N°2020__18

ne faisait que 500 heures avait six boîtes ». En même temps, les fédérations se mobilisent pour obtenir encore davantage de masques.

Dans les faits, les associations qui avaient accès aux masques grâce à leur activité auprès de personnes considérées comme « vulnérables » ont parfois pu également distribuer ces masques ainsi obtenus à d'autres de leurs salariées et les structures de SAAD se sont entraînées, comme l'indique ce responsable de la FEDESAP : « *On est peut-être concurrent mais on est tous dans la même galère. Quand on voyait une autre structure, dont on savait ce qu'elle faisait, qu'elle avait cinq fois plus de salariés quand on voyait qu'elle avait quatre boîtes et qu'à côté on en avait, [on s'aidait]. Y compris avec les associations Oui* ». Dans certains départements, les départements ont géré eux-mêmes la distribution des masques des GHT aux structures concernées.

IV.8.1.1.3. Gérer les incertitudes pour les salariées directement employées par les particuliers

Cependant, les salariées directement employées par les particuliers ne sont pas couvertes par le circuit des GHT permettant d'accéder aux masques du stock de l'État. Elles restent dans celui des pharmacies. Les assistantes de vie n'ayant pas de carte professionnelle, la CFDT interpelle rapidement sur les difficultés que rencontre la profession à obtenir des masques. Cette revendication de la CFDT conduit ensuite la FEPEM à se mobiliser pour que les officines reconnaissent mieux la possibilité de délivrer des masques aux aides à domicile⁸⁸. La lettre du 8 avril de la DGS précise aux pharmaciens quels justificatifs seront à présenter pour l'obtention des masques : les salariées devront fournir une attestation transmise par l'ACOSS⁸⁹ et le CESU, indiquant le nombre de masques attribué, accompagnée de la carte d'identité afin d'accéder au stock des masques gratuits⁹⁰. D'après la FEPEM, pour les structures mandataires, qui, pour la plupart, sont inconnues du CESU, il sera prévu de s'appuyer sur les attestations transmises par l'ACOSS via les URSSAF aux structures pour leurs mandants.

Ces inquiétudes concernant les difficultés des assistantes de vie pour l'accès aux masques parviennent à l'Ordre des pharmaciens. Dans son message d'alerte du 8 avril, ce dernier indique en lettres capitales que la nouvelle dotation de masques concerne aussi « *les salariés de l'aide à domicile employés directement par les particuliers pour des actes essentiels de la vie* »⁹¹, en rappelant leur nombre (trois par semaine et par employeur-se, justifiés par une attestation de l'ACOSS/CESU), mais ce message est accompagné d'une formule suscitant le doute, « *des demandes de clarification sont en cours quant à la traçabilité de la distribution des masques à ces professionnels* » .

⁸⁸ D'après un article paru dans Dossier familial, la FEPEM aurait même conseillé aux salariés de se présenter en pharmacie avec le décret imprimé.

Corbeel, Sarah. « Coronavirus : les aides à domicile doivent-ils travailler ? Quelles aides pour eux ? » *Dossier familial*, 29 octobre 2020. <https://www.dossierfamilial.com/actualites/emploi/coronavirus-les-aides-a-domicile-doivent-ils-travailler-quelles-aides-pour-eux-432895> . Consulté le 25 novembre 2022.

⁸⁹ L'ACOSS a pris le nom en janvier 2021 « d'URSSAF national ».

⁹⁰ DGS-URGENT N°2020_15

⁹¹ « [DGS-URGENT] 2020-INF-20 Délivrance des masques FFP2 et chirurgicaux aux professionnels » *Ordre national des pharmaciens*, 08 avril 2020, <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/DGS-URGENT-2020-INF-20-Delivrance-des-masques-FFP2-et-chirurgicaux-aux-professionnels> . Consulté le 25 novembre 2022.

A partir du 1^{er} octobre 2020, avec la deuxième vague, le circuit reste le même tandis que les stocks concernés sont différents : les pharmacies d'officine doivent désormais acheter directement des masques auprès de fournisseurs et les transmettre gratuitement aux salariées des particuliers, l'assurance maladie prenant en charge ces dépenses. La DGS annonce alors que les masques devraient être délivrés sur présentation du courrier de l'URSSAF, du bulletin de salaire CESU et d'une pièce d'identité. Un volume de dix masques par semaine est prévu, accompagné d'un contrôle à posteriori par les caisses d'assurance maladie⁹².

IV.8.1.1.4. Obtenir des masques par d'autres moyens

Les acteurs rencontrés évoquent un système parallèle de la débrouille mis en place pour obtenir des masques en mars-avril 2020. Ainsi, Loïc le Noc de la CFDT raconte : « *J'ai eu mon homologue [d'une autre fédération] pour que les délégués syndicaux CFDT de grosses entreprises industrielles proposent aux directions de se rapprocher des directions d'hôpitaux d'EHPAD, tout ça, pour déstocker des équipements qu'ils avaient et dont ils n'avaient pas usage puisqu'ils étaient fermés. Donc il y a eu plein de choses comme ça qui sont mises en place* ». De son côté, l'ADMR fait « *jouer les solidarités locales de proximité* ».

Le 24 mars, un décret précise que les importations de masques ne seront pas forcément réquisitionnées⁹³. Certains départements commandent eux-mêmes des masques (entretien avec le directeur d'une association d'aide à domicile locale), démarche partagée par certaines fédérations d'aide à domicile, comme l'ADMR : « *nous, on a fait jouer un peu la force du réseau, centrale d'achat pour l'Union nationale et on a été acheter des masques sur le marché chinois. On a fait venir en avion au départ et puis ensuite par bateau des millions de masques de façon à sécuriser nos salariés. On a fait vraiment centrale d'achat* ». (Entretien avec deux responsables de l'ADMR, novembre 2021). Cela n'a cependant pas été le cas de toutes les fédérations. La FESP, de son côté, encourage ses membres à se rapprocher de ses grandes têtes de réseau (les entreprises du groupe DOMIA, c'est-à-dire Acadomia et Shiva) pour effectuer des commandes groupées⁹⁴, elle met également ses membres en relation avec des fournisseurs ou des plateformes identifiées par le MEDEF. La DGE se mobilise aussi pour créer des plateformes mettant en relation des producteurs de masques « grand public » et des acheteurs.

Dès la fin du mois de juin 2020, la Direction générale de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) adresse à certaines fédérations, comme la FESP, un rappel des limites dans lesquelles les frais supplémentaires liés à la crise pourraient être reportés sur les personnes âgées (dans la limite des 3% d'augmentation annuelle). Le 23 juillet 2020, le gouvernement demande aux services d'aide à domicile de constituer des stocks de masques pour être capables de tenir 10 semaines. Lors de la deuxième vague, le plan de protection des personnes âgées à domicile, publié par le Ministère de la Santé le 13 novembre 2020, réduit

⁹² Lettre DGS en date du 3 novembre 2020

⁹³ Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

⁹⁴ « Jouons la carte du réseau. Des bonnes adresses pour s'approvisionner en EPI », *Fédération du service aux particuliers (FESP)*, 19 avril 2020, <https://www.fesp.fr/live/des-bonnes-adresses-pour-sapprovisionnement-en-epi> Consulté le 25 novembre 2022.

à trois semaines la durée de stocks de masques que doivent constituer les services d'aide à domicile.

IV.8. 1.2. Les pratiques de prévention prescrites dans les protocoles et les fiches métier

IV.8.1.2.1. L'apparition des protocoles, guides et fiches métiers liés au Ministère du Travail

Pour guider les « bonnes pratiques » professionnelles, des « **fiches métiers** » sont progressivement publiées par l'administration centrale tandis que certaines branches professionnelles éditent également des « **guide métiers** ».

La Direction générale du Travail (DGT) publie, le 3 mai 2020, le protocole national de déconfinement, ensuite décliné par la Direction générale du Travail (DGT) en **fiches métiers**. D'après la DGT (entretien janvier 2022), ces fiches ont été élaborées de manière transversale avec l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), les personnels de l'inspection du travail, les représentants de la médecine du travail et l'assurance maladie. Elles seront mises à jour, selon la DGT, en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et de la réglementation. Une fiche « aide à domicile » est constituée. Les partenaires sociaux n'ont pas participé à l'élaboration initiale de ces fiches.

Dans ses versions initiales comme ses mises à jour⁹⁵, cette fiche décline les modalités de mise en œuvre du protocole national pour assurer la santé et la sécurité dans « l'aide à domicile », sans préciser exactement ce qui est entendu par « aide à domicile ». Elle précise que « *l'employeur doit réévaluer les priorités, les durées et temporalités d'interventions, adapter l'organisation du travail et fournir le matériel de protection nécessaire (masques, gel hydro alcoolique). Il doit également être particulièrement vigilant au maintien d'échanges d'informations avec les salariés sur leurs conditions de travail* ».

⁹⁵ Versions du 28 avril 2020, du 8 mai 2020 jusqu'à celle de juillet 2021

Image 1 : Extrait de la fiche métier « aide à domicile » publiée par le Ministère du travail le 28 avril 2020

Trois phases essentielles dans toute action

1. PRÉPARER

En début de journée de travail :

- Fournissez les documents obligatoires, en particulier le justificatif de déplacement professionnel (www.interieur.gouv.fr). Ce document est valable pour tous les déplacements professionnels de l'aide à domicile et notamment les trajets entre le domicile des personnes chez qui elle intervient
- Mettez à disposition le matériel nécessaire dont, en fonction de l'activité, les équipements de protection individuelle (blouses à usage unique, masques à usage unique, gants, etc.)
- Prévoyez un protocole d'intervention pour les hypothèses où l'intervenant est confronté en arrivant sur place à une situation particulière (cas possible de COVID-19, etc.) :
 - numéro de téléphone de la personne à joindre
 - conduite à tenir
 - équipement à utiliser

- L'aide à domicile doit éviter les transports en commun et privilégier la voiture, le vélo ou la marche dans la mesure du possible en maintenant une distance d'au moins 1 m. avec les autres personnes
- Fournissez des lingettes ménagères ou désinfectantes, du gel hydro alcoolique, des sacs-poubelle, du papier essuie-tout, une bouteille d'eau facilement identifiable, voire des en-cas en sachets
- Donnez des consignes : nettoyage du téléphone portable (ex. : avec une lingette ménagère), etc.

2. RÉALISER

En arrivant au domicile des bénéficiaires, et autant que possible :

- S'il s'agit d'un appartement, téléphonez pour faire ouvrir la porte de l'immeuble afin d'éviter de toucher les boutons de la sonnette
- Évitez au maximum de toucher les surfaces dans les parties communes (rampes d'escalier, boutons...) et lavez-vous les mains en cas de suspicion

- Déposez vos affaires (manteau, écharpe, sac à main) dans un endroit où le risque infectieux lié au COVID-19 est limité (ex. : votre véhicule, dans le domicile mais emballé dans un sac que vous aurez apporté). Évitez de les poser sur une table, un lit, un canapé ou au sol
- Demandez d'isoler les animaux dans une autre pièce afin de faciliter l'organisation du travail

Document réalisé par le ministère du travail avec le concours de l'Anass, du réseau Assurance maladie risques professionnels, de l'INRS, de l'Inact et des médecins du travail coordonnés par Présence - 8 mai 2020. Les conseils de la présente fiche sont susceptibles d'être complétés ou ajustés en fonction de l'évolution des connaissances. Consultez régulièrement le site travail-emploi.gouv.fr pour leur actualisation.

3/5

Cette fiche indique : « L'aide à domicile doit éviter les transports en commun et privilégier la voiture, le vélo ou la marche dans la mesure du possible en maintenant une distance d'au moins un mètre, conditionnée au port du masque obligatoire ou deux mètres en cas d'impossibilité de port d'un masque avec les autres personnes ». Elle ajoute également que « L'étalement des horaires doit permettre d'éviter les pics d'affluence et de faciliter la distanciation dans les transports en commun, à l'entrée et la sortie de l'entreprise, dans les ascenseurs, les couloirs, les vestiaires, lors des pauses ou du déjeuner... » S'adressant aux aides à domicile, elle indique « Portez un masque chirurgical, une blouse à usage unique ou à défaut, gardez les avant-bras dégagés et nettoyez-les autant que possible en même temps que les mains (ne pas réutiliser ni repositionner un masque à usage unique ; se laver les mains après avoir enlevé le masque) ». Le guide recommande également de se laver les « mains avant et après l'intervention auprès du bénéficiaire et, le cas échéant, après avoir enlevé le masque » et de limiter « les contacts physiques rapprochés » et de rester « autant que possible à plus d'1 m. des autres personnes éventuellement présentes au domicile (pas de bises, ne pas serrer les mains, etc.) ». Pour le retour des courses, les versions successives du guide conseilleront de « laver les fruits et légumes à l'eau claire, nettoyer les emballages avec un chiffon ou un essuie-tout à usage unique humide, retirer les emballages avant de ranger les aliments frais au réfrigérateur, se laver les mains après la manipulation des courses »⁹⁶.

Cette fiche évolue au cours de la crise : sa version d'avril 2021 ajoute « Exigez du bénéficiaire qu'il porte également un masque, dans la mesure où cela lui est possible », recommandation absente dans les versions précédentes. Alors que les versions d'avril mai 2020 conseillaient « Aussitôt arrivé à votre domicile personnel, lavez vos vêtements. Manteaux, écharpes,

⁹⁶ Versions du 28 avril 2020, du 8 mai 2020 jusqu'à celle de juillet 2021 du guide métier « aide à domicile » du ministère du travail.



bonnets, pulls en laine... doivent être déposés dans un espace à part de votre autre linge », ce message est supprimé en 2021, en lien avec l'évolution des consignes pour l'ensemble des salariés et de la connaissance des savoirs sur la pandémie. Par ailleurs, la version d'avril 2020 du guide recommande aux employeur·ses de :

- fournir « *des lingettes ménagères ou désinfectantes, du gel hydro alcoolique, des sacs-poubelle, du papier essuie-tout, une bouteille d'eau facilement identifiable, voire **des en-cas en sachets*** » et
- **simplifier « les menus au maximum afin de réduire le temps de présence et les interactions »** et de **limiter « les tâches ménagères à l'essentiel »**. La FEDESAP, la FESP et le SYNERPA signifiant au secrétaire d'Etat chargé de la protection de la santé des salariés, Laurent Pietraszewski, l'inadaptation de ces dernières recommandations et obtiennent en 2021 leur disparition des passages controversés de ces fiches métiers.

Un responsable d'une fédération patronale commente ainsi cette première version du guide : « *Qu'est-ce que le Ministère du travail nous a sorti comme protocole pour les services d'aide à domicile : alors [...] le truc comique : il fallait qu'on prévoie un goûter aux salariés, un encas qu'on devait leur remettre tous les jours. Un encas, si possible dans des emballages individuels. Donc il fallait qu'on leur fasse le goûter. Alors ça c'était très important en période de crise sanitaire. Et puis surtout, on devait remettre aux salariés les OPI nécessaires mais en plus des sacs poubelles. Donc on devait leur fournir des sacs poubelles pour qu'ils mette une bouteille d'eau, du sopalin et du gel hydro alcoolique. Et qu'on apporte la preuve de la remise bien sûr. Donc je leur ai fait un calcul tout simple, c'est qu'on est en effectif réduit, on est censé être fermé au public, un SAD c'est à peu près en moyenne (...) c'est 70 salariés. Sachant que ça, il fallait le faire avant chaque intervention pour tous les jours, sachant qu'on va estimer le temps pour le faire à 3/4 mn (...). Sachant qu'on devait éviter les regroupements, les cas contacts, et tout. Là donc voilà c'est les petites aberrations. Dans ce même protocole, ils nous ont demandé de dégrader les interventions : par exemple, pour la prise des repas, il fallait qu'on réduise le temps et que surtout on fasse les repas élémentaires et donc on nous a demandé à être maltraitant. Ça c'est écrit noir sur blanc dans les fiches du ministère du travail. Donc c'est pour cela qu'on a dit que de toute façon on n'appliquerait pas cette fiche, on ne l'a pas appliquée et on n'est pas mort. Mais par contre, s'il y avait du contentieux, ça aurait été problématique ».*

Alors que le ministère du travail publie ces **fiches métiers**, la FEPEM réfléchit de son côté à la mise en place d'un **guide métier** de préconisations et des bonnes pratiques, pouvant répondre à toutes les incertitudes et interrogations que se posent les salariées des particuliers et leurs employeur·ses. Ce guide est préparé par la FEPEM et la CGT puis discuté et validé par le CNPDS (le Conseil National Paritaire du Dialogue Social) de la branche des salariés du particulier employeur·se (branche SPE), puis par le Ministère du Travail et des Solidarités et de la Santé, avant d'être diffusé par les partenaires sociaux. La FEPEM, en entretien, rappelle que la branche SPE est parmi les premières à établir un tel guide au printemps 2020 ; en note de bas de page, on peut lire : « *Ce guide a été élaboré par les partenaires sociaux du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile. Il a reçu l'approbation du Ministère du Travail et du Ministère des Solidarités et de la Santé* ». Il s'adresse aux particuliers employeurs et à tous les salariées et assistants maternels du secteur, dans le but de « *permettre à tous de disposer de l'ensemble des informations nécessaires et de partager de bonnes pratiques afin que l'activité des salariés au domicile du particulier employeur et celle des assistants maternels*

puisse s'effectuer le plus sereinement possible, dans un cadre rassurant, sécurisé et sécurisant pour tout le monde en termes sanitaires »⁹⁷.

Il précise que « *la relation de travail entre un particulier employeur et son salarié ou son assistant maternel présente des caractéristiques particulières : elle s'exerce entre deux personnes physiques au sein du domicile privé, que ce soit celui du particulier employeur ou de l'assistant maternel. La responsabilité de l'employeur, notamment en matière d'obligation de sécurité est aménagée compte tenu de cette singularité* ». Ce guide encourage salariées et employeur-ses à échanger avant la reprise de l'activité professionnelle, en précisant que cet échange peut constituer « *l'occasion pour l'employeur et le salarié de s'engager ensemble dans une démarche participative et de communication par un temps d'échange pour : 1) s'assurer que le salarié connaît les risques liés à son activité professionnelle. 2) Echanger sur l'organisation du travail : champ d'intervention* ». Il comprend un volet spécifique pour les assistantes de vie, qui les encourage à changer ou protéger leurs chaussures (patins, chaussons) avant l'intervention, demander un espace dédié à l'habillage et la préparation des équipements et à intervenir au maximum en l'absence des personnes dans la pièce. Il rappelle que les assistantes de vie peuvent se fournir en masques dans les officines et encourage les personnes accompagnées à « *porter au minimum un masque et éventuellement en complément des lunettes/une visière en cas de proximité avec la personne, respecter la distance d'au moins 1 mètre dans la mesure du possible, se laver les mains régulièrement* ». Ce guide sera ensuite actualisé.

Or, ces guides n'ont pas de valeur normative, au sens juridique du terme, comme l'a précisé le Conseil d'Etat dans un arrêt du 29 mai 2020 : « (...) *les décisions de publication de ces guides sur le site du ministère du travail ont pour seul objet d'informer les employeurs et les salariés des branches concernées des travaux réalisés par les organisations professionnelles et syndicales auteurs de ces guides. Elles ne révèlent par elles-mêmes aucune décision d'approbation de leur contenu par l'administration et ne contiennent pas d'autres informations que celles ayant vocation à être portées, par ailleurs, à la connaissance des employeurs et salariés de la branche par les organisations qui sont à l'initiative de ces documents. Par suite, elles ne revêtent pas le caractère de décisions faisant grief et ne sont susceptibles de faire l'objet ni d'un recours pour excès de pouvoir ni, par conséquent, d'une requête tendant à la suspension de leur exécution* »⁹⁸. D'après la FESP, les guides et les fiches métiers « perdent leur valeur normative ».

IV.8. 1.2.2. Les protocoles du Ministère de la Santé et des Solidarités

Le 16 mars 2020, le Ministère des Solidarités et de la Santé publie un **guide de préparation de la phase épidémique de COVID 19**. Il contient plusieurs consignes à destination des services d'aide à domicile : « ***seules les interventions indispensables sont maintenues ; mise en œuvre drastique des mesures d'hygiène : hygiène des mains, aération de la chambre, application***

⁹⁷ « Guide de préconisations et de bonnes pratiques pour éviter la transmission de la COVID-19. » Conseil national paritaire du dialogue social (CNPDS) mai 2020, https://www.fepem.fr/wp-content/uploads/Guide_CNPDS_0806_2020.pdf . (fepem.fr) Consulté le 25 novembre 2022.

⁹⁸ Conseil d'Etat, juge des référés, 29 mai 2020, n° 440452

stricte des mesures barrières ; les consignes de nettoyage des locaux fréquentés par les personnes malades »⁹⁹.

Lors de la deuxième vague de l'épidémie, le Ministère des Solidarités et de la Santé prépare avec les partenaires sociaux un **plan de protection des personnes âgées à domicile**, publié le 13 novembre 2020. La dynamique d'échange avec la DGCS se poursuit à l'automne, les fédérations patronales soulignent la qualité du dialogue avec les services techniques de la DGCS, notamment avec Virginie Lasserre, directrice générale de cette administration, et les échanges directs, commencés avec Brigitte Bourguignon qui devient ministre déléguée à l'autonomie en juillet 2020, après avoir été Présidente de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale.

Ce plan rappelle la poursuite des deux circuits de distribution des masques. Les salariées des particuliers continuent de pouvoir s'approvisionner gratuitement dans les officines. Quant aux services d'aide à domicile, il leur est demandé de constituer des stocks pour trois semaines d'intervention.

En ce qui concerne les interventions des salariées des SAAD et des particuliers employeur-ses, si ce plan reprend les mêmes bonnes pratiques mentionnées par le Ministère du travail (lavage des mains, gestes barrières, aération, port du masque et des mesures à prendre en matière notamment d'entretien des sols, gestion du linge.), il inclut dans les tâches attendues celle de prévenir les proches aidants de « *l'apparition de tout symptôme* » et de « *sensibiliser la personne sur l'importance de contacter le médecin traitant* ».

Contrairement au printemps, à l'automne 2020, la DGCS encourage à **ne pas prioriser les interventions** auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et propose des règles à suivre dans le cas où les services seraient absolument nécessaires, en fonction de principes de « tri » déjà présents dans l'aide sociale : le guide prévoit ainsi de « *n'appliquer le principe de priorisation des interventions qu'en dernier recours, réactiver le cas échéant les dispositifs de mutualisation des ressources humaines. Lorsqu'une priorisation des interventions est rendue absolument nécessaire, celle-ci peut être effectuée en tenant compte notamment :*

☐ *de la nécessité d'effectuer des actes essentiels en fonction du degré d'autonomie ou de santé de la personne et de la possibilité ou non de les espacer ;*

☐ *des caractéristiques des publics et de leur environnement, certaines situations devant être particulièrement prises en compte : isolement de la personne (cf. infra), sortie d'hospitalisation, sortie d'établissement ayant été fermé, besoin de répit des proches aidants »¹⁰⁰ (image 2).*

⁹⁹ Guide de préparation de la phase épidémique de Covid-19, Ministère des solidarités et de la santé, 16 mars 2020, p. 35.

¹⁰⁰ *Ibid.*

Image 2 : extrait du plan de protection des personnes âgées à domicile contre l'épidémie de Covid-19, Ministère de la Santé et des Solidarités, 13 novembre 2020

Acteur	Mesures à mettre en œuvre
Services	<p>Rappels sur les bonnes pratiques liées à la prévention du risque infectieux (lavage des mains, gestes barrières, aération, port du masque et des mesures à prendre en matière notamment d'entretien des sols, gestion du linge.).</p> <p>Définir les procédures/modalités d'alerte, pour alerter les proches aidants de l'apparition de tout symptôme d'une personne accompagné par le service et sensibiliser la personne sur l'importance de contacter le médecin traitant.</p> <p>Garantir la continuité de la totalité des interventions auprès des personnes âgées à domicile et n'appliquer le principe de priorisation des interventions qu'en dernier recours, réactiver le cas échéant les dispositifs de mutualisation des ressources humaines. Lorsqu'une priorisation des interventions est rendue absolument nécessaire, celle-ci peut être effectuée en tenant compte notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la nécessité d'effectuer des actes essentiels en fonction du degré d'autonomie ou de santé de la personne et de la possibilité ou non de les espacer ; • des caractéristiques des publics et de leur environnement, certaines situations devant être particulièrement prises en compte : isolement de la personne (cf. infra), sortie d'hospitalisation, sortie d'établissement ayant été fermé, besoin de répit des proches aidants ; <p>Fournir les attestations dérogatoires de circulation à leurs salariés afin de sécuriser les déplacements nécessaires à leurs interventions.</p> <p>Se coordonner et solliciter l'appui des autres acteurs du territoire lorsque</p>

IV.8.1.3. La protection des salariées et des personnes âgées : continuer de travailler ?

IV.8.1.3.1. La possibilité de se déplacer et de travailler

Pendant la première vague de la pandémie, au-delà des mentions contenues dans l'autorisation générale dérogatoire de déplacement, aucun document n'indique explicitement que les activités d'aide à domicile pouvaient continuer à être effectuées, mais « *l'assistance des personnes vulnérables* » apparaissait dans l'autorisation. Dès le décret du 16 mars 2020, cette autorisation dérogatoire indique comme motifs au déplacement : « *Trajets entre le domicile et le ou les lieux d'exercice de l'activité professionnelle et déplacements professionnels insusceptibles d'être différés* » et « *déplacements pour motif familial impérieux, pour l'assistance des personnes vulnérables ou pour la garde d'enfants* »¹⁰¹. Par ailleurs, pour les salariées se rendant sur un lieu différent de leur domicile pour y travailler, une attestation dérogatoire doit être signée par l'employeur-se et, dans les premiers temps, de manière quotidienne. Contrairement aux professionnels de santé, les aides à domicile ne disposent pas de carte professionnelle comme la CPS (Carte Professionnelle de Santé). Blandine Wurtz (CFDT

¹⁰¹ Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus Covid-19.

Services), en entretien, explique les difficultés rencontrées par les assistantes de vie et leurs employeur-ses, souvent dépourvus d'outils informatiques adaptés.

Mi-mars 2020, le Ministère de la Santé et des Solidarités recommande de ne prévoir **que les interventions indispensables**. Dans une lettre adressée le 27 mars 2020 aux départements au sujet du secteur médico-social, Olivier Véran, Christelle Dubos et Sophie Cluzel¹⁰² les invitent à mettre en place des cellules de crise tripartites entre services de l'Etat, ARS, départements. Ils encouragent également ces derniers à renforcer les services d'aide à domicile et rappellent que les masques sont destinés aux professionnels du domicile intervenant pour « *les actes essentiels de la vie quotidienne auprès des plus vulnérables (personnes âgées et handicapées)* » afin de leur permettre d'effectuer les visites « prioritaires ». Ils ajoutent : « *les services à domicile doivent identifier les **visites prioritaires** pour le maintien à domicile des personnes vulnérables, ainsi que les professionnels en charge de ces visites. Le nombre de masques distribués sera proportionnel au nombre de professionnels intervenant pour ces visites prioritaires* »¹⁰³. Certaines fédérations professionnelles se positionnent clairement sur cette question. Ainsi, Thierry d'Aboville explique en entretien que l'ADMR a décidé de « *faire les actes essentiels, le confort pourra attendre* ». D'après un acteur syndical de la branche de l'aide à domicile (entretien d'octobre 2020), « *dans un premier temps [les départements] ont suspendu toute activité et très rapidement ils se sont rendus compte qu'ils avaient fait une grosse erreur parce que beaucoup de personnes en situation de dépendance ou de handicap n'ont comme présence et comme aide que les services d'aide à domicile. Donc potentiellement il aurait pu y avoir des dégâts monstrueux. Je sais que j'ai des départements où il y a un collègue qui me disait : oui, oui on sait que le département a dit qu'il ne fallait pas y aller mais on ne va pas les « laisser crever » entre guillemets* ».

Pour la seconde vague de la pandémie, le décret n°2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire indique les conditions dérogatoires de déplacement. La Direction Générale des Entreprises (DGE) se mobilise pour que ce décret soit modifié, ce qu'elle obtient le 2 novembre 2020 avec l'ajout après l'article 4 : « *Dans les cas où le lieu d'exercice de l'activité professionnelle est le domicile du client, les déplacements mentionnés au a du 1o du I de l'article 4 sont autorisés : «1o Pour les activités professionnelles de services à la personne, à la condition que ces activités soient mentionnées à l'article D. 7231-1 du code du travail* »¹⁰⁴.

En novembre 2020, le Ministère des Solidarités et de la Santé prévoit la possibilité de maintenir en activité les aides à domicile testées positives et publie un plan de protection des personnes âgées à domicile (cf. ci-dessus), selon lequel « *dans le cas où un professionnel asymptomatique [contaminé à la COVID-19] est non remplaçable, la possibilité dégradée d'un maintien en poste avec un renforcement des mesures de précaution et d'hygiène est*

¹⁰² Lettre du Ministère des solidarités et de la santé, du secrétariat d'Etat auprès du Premier Ministre, chargée des personnes handicapées, du secrétariat d'Etat auprès du Ministre des solidarités et de la santé, 20 mars 2020, OV/SC/CD D20-006997

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ Décret n° 2020-1331 du 2 novembre 2020 modifiant le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

envisageable conformément à l'avis du HCSP du 23 mai 2020 »¹⁰⁵. Cette possibilité offerte de maintenir en activité des aides à domicile testées positives suscite l'indignation des syndicats. Au même moment, un communiqué d'Olivier Véran affirme : « les mesures sanitaires n'empêchent pas, dans la plupart des cas, la poursuite des activités des salariés de particuliers employeurs, dont le maintien est particulièrement important s'agissant de l'aide aux personnes fragiles et en situation de handicap et de la garde d'enfants »¹⁰⁶.

IV.8. 1.3.2. Une judiciarisation des incertitudes chez les prestataires lors de la première vague

Au niveau national, les partenaires sociaux mettent en place des cellules d'écoute et tentent d'informer les salariées sur leurs droits et de les conseiller. Pour la CGT, Stéphane Fustec raconte avoir installé dès mars 2020 une permanence téléphonique pour répondre aux appels des salariées 7 jours sur 7. Il explique avoir été à la peine car sans directive du ministère, il s'est trouvé dans la position de devoir conseiller les salariées pour décider de leur présence ou de leur absence au travail.

A l'ADMR, chaque jour, à huit heures, la cellule de crise et le comité de direction organisent des visioconférences avec l'ensemble des directeurs régionaux. Dans la presse, des témoignages d'aides à domicile ayant exercé leur droit de retrait paraissent, comme dans le journal Libération du 26 mars 2020¹⁰⁷. Deux affaires sont médiatisées.

Dans le Nord, les déléguées CGT du personnel d'une association d'aide à domicile, l'ADAR, membre de la fédération Adédom, saisissent l'inspection du travail en mars car elles estiment que les mesures de protection des salariés ne sont pas respectées. D'après les médias, l'inspectrice en charge du dossier décide de poursuivre l'association en référé devant le tribunal judiciaire de Lille, contre l'avis de sa hiérarchie. Pour les organisations patronales commerciales, à cette époque, le Ministère du Travail n'avait pas défini la composition des équipements de protection (EPI) nécessaires et c'est donc l'inspectrice qui s'en est chargée. L'association est condamnée le 8 avril et d'après les organisations patronales de la branche des entreprises de services à la personne : « forts de ce jugement de Lille, après les syndicats s'en sont donnés à cœur joie, ils se sont régalés notamment un, en l'occurrence la CGT pour ne pas la citer voilà. Bon après on a réussi à trouver des consensus avant les audiences » (entretien avec le responsable d'une fédération patronale commerciale, octobre 2020). Suite à cette affaire, Adédom affirme que dans la mesure où l'Etat ne peut pas fournir les équipements de protection nécessaires, il devrait « prendre les mesures nécessaires permettant de protéger l'employeur au plan civil et pénal »¹⁰⁸.

Dans la Marne, à partir de mi-mars, Anthony Smith, inspecteur du travail, adresse des lettres de rappel au directeur d'une association d'aide à domicile, l'ARADOPA, au sujet de son obligation d'évaluer et de prévenir les risques de contamination au Covid-19. Ancien secrétaire général de la CGT-TEFP représentant des inspecteurs et inspectrices du travail au Conseil national de l'Inspection du Travail, il a été candidat sur une liste LFI-PCF à Châlons en

¹⁰⁵ Plan de protection des personnes âgées à domicile contre l'épidémie de Covid-19, Ministère de la Santé et des Solidarités, 13 novembre 2020.

¹⁰⁶ Communiqué de presse d'Olivier Véran, 20 novembre 2020.

¹⁰⁷ Fofana, Balla. « Coronavirus : « Aide à domicile, j'ai décidé d'exercer mon droit de retrait ». *Libération*, 26 mars 2020. https://www.liberation.fr/france/2020/03/26/coronavirus-aide-a-domicile-j-ai-decide-d-activer-mon-droit-de-retrait-pour-assurer-ma-protection_1783076 . Consulté le 25 novembre 2022.

¹⁰⁸ Communiqué de presse d'Adédom, 18 mai 2020.

Champagne aux élections municipales de 2020. Le 27 mars¹⁰⁹, sa hiérarchie lui reproche par écrit cette démarche auprès de l'ARADOPA. Le 10 avril, les élus CSE usent de leur droit d'alerte auprès de l'inspection du travail : quatre salariés exercent leur droit de retrait¹¹⁰. Le lendemain, l'inspecteur informe l'employeur-se de son intention d'engager une procédure en référé devant le juge judiciaire si la situation perdure. D'après le site dédié au soutien d'Anthony Smith : *« le directeur général de l'association alerte le Président du Conseil Départemental de la Marne et menace de fermer la structure. Ce dernier écrit au Ministère du travail pour se plaindre de l'action de l'inspecteur du travail. La presse documentera l'intervention assumée du Président du Conseil Départemental pour faire obstacle au contrôle de l'Inspecteur. La directrice départementale « court-circuite » Anthony Smith en intervenant auprès de l'association sans l'en informer »*¹¹¹. Selon un tract CGT, le 11 avril, avant même qu'il ne soit informé, l'association s'enquiert de l'avancement d'une procédure disciplinaire à l'égard de cet inspecteur. Anthony Smith saisit la justice le 15 avril et est suspendu par sa hiérarchie le 22 avril 2020. Face à cela, une campagne de soutien est lancée par la CGT, une pétition réunira 150 000 signatures, des leaders de gauche écriront une lettre de soutien¹¹², tandis que l'intersyndicale CGT –CNT-FSU-CNT saisit l'OIT au titre de l'article 6 de sa convention 81 qui protège l'indépendance des agents de l'Inspection du Travail. Anthony Smith est sanctionné par une procédure disciplinaire trois mois plus tard pour avoir *« méconnu de manière délibérée, grave et répétée, l'autorité centrale de l'Inspection du travail »* et avoir *« manqué de discernement dans la période actuelle de crise sanitaire »*¹¹³, avec mutation disciplinaire en Seine-et-Marne et retrait de ses mandats syndicaux. Cependant, après le remaniement gouvernemental de l'été 2020, Muriel Pénicaud, au Ministère du Travail, est remplacée par Elisabeth Borne qui, contre l'avis du Directeur Général du Travail Yves Struillou, estime qu'Anthony Smith doit être réintégré pleinement dans ses fonctions. Elle atténue les sanctions en affectant l'inspecteur dans la Meuse, département plus proche de son domicile et en lui redonnant pouvoir de contrôle et mandats syndicaux. Face à cette décision, Yves Struillou démissionne en septembre 2020. Anthony Smith a saisi la justice car il conteste toujours la sanction. Les fédérations Organismes sociaux de la CGT et Action Sociale de FO ont soutenu les salariées à l'origine de « l'affaire Anthony Smith » et les mobilisations consécutives. Pour Isabelle Roudil (FO) cette affaire a *« révélé les incohérences, les injonctions paradoxales qui ont fusé à ce moment-là (...) Ca a été quelque chose pour nous, un combat qu'on a mené, auquel on s'est associé parce que la santé des aides à domicile, ça ne se brade pas, c'est la même application de la loi pour tous. On ne met pas en danger d'autant plus (...) que les principales victimes, c'était le public auprès duquel on intervenait et on est des itinérantes, nous. D'un foyer, on passe à un autre, on n'a pas des tenues, des équipements de*

¹⁰⁹ « Chronique d'une suspension » Soutien Anthony Smith, <https://soutienanthonymsmith.com/chronique-dune-suspension/> Consulté le 25 novembre 2022.

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² D'après le journal Libération, l'ensemble des dirigeants de gauche (d'Olivier Faure à Jean-Luc Mélenchon, en passant par Julien Bayou, Olivier Besancenot, Fabien Roussel, ou Nathalie Arthaud) ont rédigé une lettre commune au Premier ministre dénonçant une *« atteinte majeure à l'indépendance des inspecteurs et inspectrices : la crise sanitaire ne doit pas servir de prétexte pour casser le droit du travail. »* https://www.liberation.fr/societe/police-justice/cgt-du-rififi-dans-la-marne-20210415_MTEEEIPVMNGEPE3YE5WA55LAEQ/

¹¹³ Lecadre, Renaud. « CGT : Du rififi dans la marne ». *Libération*, 15 avril 2021. https://www.liberation.fr/societe/police-justice/cgt-du-rififi-dans-la-marne-20210415_MTEEEIPVMNGEPE3YE5WA55LAEQ/ . Consulté le 25 novembre 2022.

protection en temps normal » (Entretien avec Isabelle Roudil, janvier 2022). Cette affaire portée devant la justice contre Anthony Smith connaît finalement un dénouement favorable pour lui. En octobre 2022, le tribunal administratif de Nancy a jugé que la mesure prise par sa hiérarchie à son encontre est « *disproportionnée au regard de la gravité des fautes commises* ». ¹¹⁴

1.3.3. Pour les particuliers employeur-ses, des flous autour du droit de retrait

Pour les particuliers employeur-ses, aucune « affaire » ne fait la une des journaux. La FEPEM diffuse beaucoup d'informations et se mobilise pour accompagner les salariés du particulier employeur-se dans cette période de crise : elle met en place sur son site particulier-emploi une foire aux questions ¹¹⁵, actualisée quotidiennement auxquelles répondent les juristes de la fédération ¹¹⁶. Pourtant, le droit du travail s'appliquant aux salariées des particuliers est flou.

Le secteur des particuliers employeur-ses est régulé par des articles spécifiques du Code du Travail : les articles L.7221-1 et L. 7221-2 du Code, renvoyant donc d'une certaine façon les salariées des particuliers à une forme de « loi spéciale ». L'article L7221-2 du Code du travail énumère limitativement les dispositions applicables au salarié du particulier employeur-se : prohibition des harcèlements, repos du 1er mai, congés payés, congés pour événements familiaux, et surveillance médicale ¹¹⁷. Le droit de retrait n'apparaît donc pas dans cette énumération. Cependant, la Cour de cassation considère que cette liste n'est pas limitative et a étendu les dispositions relatives au licenciement à quelques exceptions près ¹¹⁸, comme l'obligation générale de sécurité et le régime de la faute inexcusable ¹¹⁹. D'après la CFDT, en Côtes d'Armor, une assistante de vie employée sous le régime de la présence responsable de nuit a utilisé le droit de retrait face à l'insalubrité et la saleté du domicile d'un particulier employeur-se, domicile dans lequel elle devait partager le canapé pour dormir avec les animaux domestiques présents. Si un conseil des prudhommes s'est prononcé sur ce cas, à ce jour, le droit de retrait n'a pourtant pas fait l'objet de jurisprudence en cassation.

Pourtant, sur le site « Particulier employeur », géré par la FEPEM et consulté le 11 juin 2020, celle-ci interprète cependant ce droit, en indiquant en réponse à la question : « *Votre salarié*

¹¹⁴ Bissuel, Bertrand. « La justice annule la sanction contre un inspecteur du travail ». *Le Monde*, 21 octobre 2022. https://www.lemonde.fr/politique/article/2022/10/21/la-justice-annule-la-sanction-contre-un-inspecteur-du-travail_6146787_823448.html . Consulté le 25 novembre 2022.

¹¹⁵ Covid-19 - Foire aux questions : tout savoir sur la gestion de la relation de travail avec votre salarié ou assistant maternel - particulier-employeur, <https://particulier-employeur.fr/coronavirus-faq/> consulté le 15 juin 2020, le 28 novembre 2022

¹¹⁶ Entre le 17 mars et le 11 mai 2020, la plateforme de la FEPEM, le réseau Particulier emploi et le service juridique de la FEPEM ont répondu à 39 000 appels téléphoniques. Cf. « *Rapport d'Activité 2020 de la FEPEM* », *Fédération des Particuliers Employeurs de France (FEPEM)*, p. 11. <https://www.printvallee.com/externe/printvallee/fepem-rapport-dactivite-2020/?page=10> . Consulté le 25 novembre 2022.

¹¹⁷ Sont seules applicables au salarié défini à l'article L. 7221-1 les dispositions relatives : 1° Au harcèlement moral, prévues aux articles L. 1152-1 et suivants, au harcèlement sexuel, prévues aux articles L. 1153-1 et suivants ainsi qu'à l'exercice en justice par les organisations syndicales des actions qui naissent du harcèlement en application de l'article L. 1154-2 ; 2° A la journée du 1er mai, prévues par les articles L. 3133-4 à L. 3133-6 ; 3° Aux congés payés, prévues aux articles L. 3141-1 à L. 3141-33, sous réserve d'adaptation par décret en Conseil d'Etat ; 4° Aux congés pour événements familiaux, prévues à la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre Ier de la troisième partie ; 5° A la surveillance médicale définie au titre II du livre VI de la quatrième partie.

¹¹⁸ Soc, 29 juin 2011, n°10-11.525

¹¹⁹ Civ. 2^{ème}, 8 avr. 2021, n° 20-11.935



a peur pour sa santé et/ou celle de ses proches » : « S'il ne bénéficie pas d'un arrêt de travail ou qu'il n'est pas contraint de rester à domicile pour assurer la garde d'un enfant, il doit reprendre le travail (...) Attention, les salariés et les assistants maternels du particulier employeur ne sont pas des salariés d'entreprise. Toutes les règles du code du travail ne s'appliquent donc pas à eux, il en est par exemple ainsi du droit de retrait. Dans les circonstances actuelles, il est toutefois conseillé de considérer que le comportement de votre salarié n'est pas fautif. Nous vous recommandons de ne pas le sanctionner. Si votre salarié refuse de venir travailler, vous n'avez pas l'obligation de maintenir son salaire. Sauf cas particulier des arrêts maladie [...], nous vous recommandons toutefois de recourir au système d'indemnisation spécifique pour limiter sa perte de salaire »¹²⁰. Si la Fédération conclut à l'absence d'un droit de retrait pour les salariés des particuliers employeur-ses, elle incite cependant ces derniers à s'appuyer sur les ressources financières mises à disposition par l'Etat pour éviter une suspension de salaire.

IV.8.1.4. La question vaccinale : un problème éludé ?

Lorsque le ministère de la Santé annonce le déroulement de la campagne vaccinale fin 2020 et début 2021, les fédérations patronales du secteur de l'aide à domicile se mobilisent pour que leurs personnels soient considérés comme prioritaires au même titre que les personnels soignants et ceux des EPHAD et pour rappeler l'aide qu'elles peuvent apporter à la campagne de vaccination des personnes âgées et vulnérables. Alors que seules les personnes âgées et les personnels soignants de plus de 50 ans avaient accès au vaccin, les revendications formulées par les fédérations patronales conduisent Olivier Véran à élargir le public prioritaire pour la vaccination. Il annonce le 5 janvier sur RTL que les pompiers et les aides à domicile de plus de 50 ans seront aussi prioritaires pour la vaccination car ce sont « *aussi des professionnels qui sont au contact de personnes fragiles et qui peuvent être amenés à travailler auprès de malades* »¹²¹.

Les fédérations commencent une phase de négociation puis participent à plusieurs réunions dites de « concertation » notamment avec la ministre déléguée à l'autonomie Brigitte Bourguignon, le 6 janvier et avec les services du ministère de la Santé, le 11 janvier 2021. Si les premières décisions excluent les aides à domicile du public prioritaire pour la vaccination, celles de plus de 50 ans y sont finalement incluses avec des personnes âgées et d'autres personnes, en situation de handicap.

Au cœur de l'été 2021, l'Assemblée Nationale adopte de façon définitive la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire. Son article 12 dresse la liste des professions pour lesquelles la vaccination contre le Covid-19 sera obligatoire avant le 15 octobre 2021. Parmi elles figurent les professionnels intervenant chez les particuliers bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et de la Prestation Compensatoire du Handicap (PCH)¹²². Sont donc concernées toutes les salariées, qu'elles soient employées par des sociétés prestataires, ou qu'elles travaillent pour un particulier-

¹²⁰ « FAQ Covid-19 : tout savoir sur les règles et dispositifs actuellement en vigueur » *Fédération des Particuliers Employeurs (FEPEM)*, 17 mars 2020, <https://particulier-employeur.fr/coronavirus-faq/> . Consulté le 11 juin 2020

¹²¹ Interview de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, à RTL le 5 janvier 2021, sur la priorité de la vaccination contre le Covid-19 et l'augmentation du nombre de centres de vaccination.

¹²² Article 12, I, 5°) de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021

employeur-se (en emploi direct ou en mandataire). Les services prestataires sont sommés d'effectuer la vérification, les salariés non vaccinés devant alors utiliser, avec l'accord de leur employeur-se, des jours de repos conventionnels ou des jours de congés payés et à défaut il est prévu que leur contrat de travail soit suspendu. Si un manquement au contrôle est constaté, la loi prévoit une amende de 1 500 euros. Si une violation est verbalisée à plus de trois reprises dans un délai de trente jours, le contrevenant encourt une peine d'emprisonnement d'un an et 9 000 euros d'amende.

Rien de tel en ce qui concerne les particuliers employeur-ses, pour lesquels un régime **d'obligation sans sanction** est mis en place : le droit prévoit que les employeur-ses ne seront pas sanctionnés en l'absence de vérification de vaccination de leur employée¹²³. La loi ne prévoit donc pas un contrôle par les organismes mandataires, mais pourtant, la FESP se positionne en faveur de ce contrôle, comme l'affirme Antoine Grezaud directeur général de la Fédération du service aux particuliers (FESP) « *“Les entreprises mandataires (qui recrutent les aides à domicile, mais c'est le particulier qui est l'employeur, nldr) de notre réseau nous ont déjà affirmé qu'elles prendraient à leur charge, pour le compte des particuliers, cette vérification à l'instar des entreprises prestataires”*¹²⁴.

Pour des représentants du ministère des Solidarités et de la Santé, ce choix de ne pas sanctionner les particuliers employeur-ses s'explique par la prise en considération des effets possibles d'une sanction les concernant : « *Quel est le risque en fait ? Est-ce que c'est d'être abandonné et qu'on ne vous fasse plus à manger ou c'est d'attraper le Covid ?* ». Au contraire, pour Antoine Grézaud, DG de la FESP, il s'agit d'une rupture d'égalité : « *J'avais compris que le but pour le gouvernement avec ce texte de loi consistait à ce que le maximum d'aide à domicile qui s'occupe de ce public fragile soit vacciné. Or, cette dérogation exonère près de 400 000 employeurs, sur 1,2 million de personnes concernées, du contrôle de cette obligation.*”¹²⁵

La loi précise qu'à défaut d'avoir été vaccinés à temps, les salariés ou agents publics ne peuvent pas être licenciés mais suspendus, sans rémunération, cette décision pouvant être retardée si l'employé.e utilise des jours de repos ou de congés. Très peu d'organisations critiquent la loi, à l'exception de l'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Âgées) qui représente surtout des directeurs d'EPHAD. De son côté, la fédération Services de la CFDT rappelle l'asymétrie de la sanction : alors que les salariés pouvaient être sanctionnés pour non vaccination, ce n'était pas le cas des bénéficiaires de l'aide auprès desquels ils intervenaient, les partenaires sociaux de la branche des particuliers employeur-ses incitant même fortement les salariés concernés et les particuliers employeur-ses à se faire vacciner au plus vite¹²⁶.

Quand la loi est adoptée, les données sont floues, car les données de Santé publique France se limitent aux personnels soignants des EPHAD. L'Observatoire de l'emploi à domicile, financé par la FEPEM lance une enquête auprès de 1 211 particuliers employeur-ses et de 551

¹²³ Article 16, de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 : « Le premier alinéa du présent II n'est pas applicable au particulier employeur mentionné au 5o du I de l'article 12 »

¹²⁴ Lorence, Adeline. « Vaccination obligatoire pour certaines aides à domicile : le flou qui entoure les contrôles. » *Capital*, 26 juillet 2021, <https://www.capital.fr/votre-retraite/vaccination-obligatoire-pour-certaines-aides-a-domicile-le-flou-qui-entoure-les-contrôles-1410481> . Consulté le 25 novembre 2022.

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ « La vaccination dans le secteur de l'emploi à domicile. » *FEPEM*, septembre 2021, https://www.fepem.fr/des-particuliers-employeurs-et-des-salaries-favorables-a-la-vaccination/#_ftn1 . Consulté le 25 novembre 2022.

de salariés, qui permet à la FEPEM d'affirmer en septembre 2021 qu'entre le 23 et 28 juillet précédents, « 80 % des particuliers employeurs interrogés déclaraient être totalement vaccinés, 5 % l'étaient partiellement et 4 % avaient l'intention de le faire. La part importante de personnes âgées parmi les particuliers employeurs est un facteur explicatif de cette forte prévalence de la vaccination. Du côté des salariés, 7 sur 10 étaient totalement vaccinés »¹²⁷. Thierry d'Aboville, secrétaire général de l'ADMR, estime également en novembre 2021 qu'entre « 85 et 90% des personnels sont vaccinés ou dans un processus de vaccination ». Marc Dupont, vice-président de l'UNA, précise qu'il n'y a qu'un début de remontée de certains directeurs, et que « la vaccination obligatoire se rajoute aux problèmes récurrents de recrutement du secteur »¹²⁸. En effet, 5 à 10% de non-vaccinés parmi les personnels dans un secteur en tension constitue un pourcentage inquiétant pouvant entraîner le refus de nouvelles demandes d'aide ou la priorisation de certaines prestations. Selon la fédération Services de la CFDT, certains particuliers employeurs ont exigé que leur salariés soient vaccinés en les menaçant sinon de ne plus leur proposer de travail et de les licencier.

Aux assises de la FEDESAP, à l'automne 2021, le sujet est très vite abordé et la question minimisée¹²⁹ ; c'est l'application au 1er octobre de « l'avenant 43 » qui occupe l'essentiel des discussions. Pourtant, sur les réseaux sociaux et notamment sur le groupe de la « Force invisible », certaines salariées opposées à la vaccination s'expriment vivement à ce sujet. On retrouve dans la sociologie des employées du secteur des traits caractéristiques d'une population, également présente dans le mouvement des « Gilets jaunes » qui se méfie des injonctions venues « d'en haut », considère vivre des difficultés ignorées des élites politiques et qui se sent en manque de reconnaissance.

IV.8.2. Les dynamiques de mobilisation de ressources financières dans la pandémie

Durant la pandémie, deux enjeux conduisent à mobiliser des ressources financières en direction des aides à domicile : la compensation de pertes éventuelles de salaire ou d'activité (2.1) et la (re)valorisation du travail des aides à domicile (2.2).

IV.8.2.1. Compenser les pertes éventuelles de salaire ou d'activité

La mobilisation des ressources financières permettant un maintien du salaire des travailleur/euses arrêtées a rapidement été un enjeu de la crise sanitaire pour l'ensemble des secteurs. Cet enjeu est apparu de manière différente pour les salariées employées par des particuliers (2.1.1) et celles employées par des services prestataires (2.2.2.).

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ Raynaud, Isabelle. « EHPAD, aide à domicile : comment gérer l'obligation vaccinale ? » *La Gazette*, 25 août 2021. <https://www.lagazettedescommunes.com/760229/ehpad-aide-a-domicile-comment-gerer-lobligation-vaccinale/?abo=1>. Consulté le 25 novembre 2022.

¹²⁹ Observation. Voir programme des assises.

IV.8.2.1.1. La mobilisation de la FEPEM pour la mise en place d'un dispositif équivalent au chômage partiel pour les salariées du particulier employeur

Un dispositif d'indemnisation, inscrit à l'agenda politique et introduit en mars 2020, peut être qualifié de relativement généreux ; lors de la deuxième vague, s'y est substitué un nouvel outil d'indemnisation, bien plus restrictif.

La mise en place du dispositif au cours de la première vague

Dès le déclenchement du confinement le 17 mars 2020, la FEPEM se mobilise pour mettre en place un dispositif d'activité partielle équivalent à celui existant dans le reste du salariat. Ainsi, le 20 mars 2020, elle annonce dans un communiqué avoir obtenu du gouvernement une « *Adaptation du dispositif de chômage partiel pour tous les salariés et assistants maternels du secteur qui ne peuvent plus intervenir au domicile, dont les précisions sont attendues* »¹³⁰. De fait, l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant les mesures d'urgence en matière d'activité partielle prévoit que « *Lorsqu'ils subissent une perte de rémunération du fait d'une cessation temporaire de leur activité professionnelle consécutive à l'épidémie de covid-19, les salariés employés à domicile mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail (...) sont placés en position d'activité partielle auprès du particulier qui les emploie. Les dispositions du chapitre II du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code du travail sont applicables, sous réserve des dispositions du présent article. II. – Les particuliers employeurs sont dispensés de l'obligation de disposer d'une autorisation expresse ou implicite de l'autorité administrative. III. – L'indemnité horaire versée par l'employeur est égale à 80 % de la rémunération nette correspondant à la rémunération prévue au contrat sans pouvoir être (...) inférieure au montant net correspondant, pour les employés à domicile, au salaire minimum prévu par la convention collective nationale des salariés du particulier employeur* ». Concrètement, cette indemnité pour des heures non réalisées ne doit pas être inférieure à 80% de la rémunération minimale horaire nette prévue au contrat, ni à celle pour l'emploi repère de la grille de classification, ni au SMIC. Toutefois, un syndicat a constaté que dans la pratique, ce taux avait été calculé de façons très différentes (et en défaveur des salariées).

La FEPEM, et le CESU, via leurs sites et via les comptes auxquels sont inscrits les particuliers employeurs, communiquent ce nouveau dispositif auprès des employeurs et auprès des salariées. Sur le site particulier employeur, la FEPEM explique le fonctionnement du dispositif (Encadré 2). L'information est relayée sur le site de la « Fédération Mandataires », liée à la FEPEM, pour les structures qui accompagnent des particuliers employeurs et leurs salariés.

Encadré 2 : Extrait du site <https://particulier-employeur.fr/coronavirus-faq/> , alimenté par la FEPEM et consulté le 11 juin 2020

« Ce système d'indemnisation, inspiré du dispositif de chômage partiel de droit commun, a été adapté au secteur et vous permet de faire face financièrement à l'absence temporaire de votre salarié sans avoir à le licencier. La FEPEM a œuvré pour que cette indemnisation soit mise en place, et de la manière la plus simplifiée possible, pour vous aider à maintenir l'emploi de votre salarié. En pratique, une aide financière pourra vous être versée afin que vous soyez en mesure de maintenir son salaire.

En quoi consiste la mesure exceptionnelle d'indemnisation ?

¹³⁰ « Covid-19 : le secteur de l'emploi à domicile entre particuliers prend des mesures exceptionnelles de soutien. » *La rédaction FEPEM*, mars 2020, <https://www.fepem.fr/covid-19-le-secteur-de-lemploi-a-domicile-entre-particuliers-prend-des-mesures-exceptionnelles-de-soutien/> . Consulté le 25 novembre 2022.



Le dispositif met en place une indemnisation destinée à vous aider ainsi que vos salariés dans cette situation inédite.

Si l'activité de votre salarié est réduite ou suspendue du fait de la crise sanitaire, ce dispositif peut être actionné dès lors que vous n'avez pas la possibilité de prendre en charge le paiement des heures non travaillées (...)

Quelles sont les heures indemnissables ?

Sont indemnissables les heures non travaillées dans la limite de la durée fixée par les conventions collectives nationales des salariés du particulier employeur et des assistants maternels.

Si vous embauchez un salarié à domicile : les heures sont indemnissables dans la limite de 40 heures par semaine (...)

Quelles sont les démarches à accomplir pour avoir recours à ce dispositif exceptionnel ?

Vous devez obtenir et conserver une attestation sur l'honneur, établie par votre salarié, certifiant que les heures donnant lieu à indemnité n'ont pas été travaillées (et ce à de fins de contrôle).

Quelle indemnité devez-vous verser à votre salarié en application de ce dispositif ?

*Pour les heures prévues et non travaillées, vous versez une indemnité horaire égale à **80 %** du montant net des heures non réalisées déterminé en fonction de la rémunération prévue au contrat de travail. Attention, cette indemnité ne doit pas être inférieure à la rémunération minimale horaire nette conventionnellement applicable.*

Vous pouvez verser un complément de rémunération à votre salarié afin de permettre à ce dernier de bénéficier d'un maintien de salaire. La FEPEM œuvre afin de connaître les modalités de traitement et de déclaration de ce complément

Quelle indemnisation pourrez-vous percevoir en remboursement des sommes versées à votre salarié ?

Les indemnités horaires versées par vos soins dans les limites énoncées au paragraphe précédent font l'objet d'un remboursement intégral.

Le Cesu et Pajemploi communiquent, sur leurs sites, sur la marche à suivre pour obtenir le remboursement. Vous y trouverez également des tutoriels et des simulateurs mis à votre disposition pour la déclaration du mois de mai.

Le dispositif permet donc un maintien de salaire net à hauteur de 80 %. Il nécessite d'être activé par l'employeur et le remboursement est effectué par le CESU. De fait, la FEPEM encourage à enregistrer une déclaration des salariées, afin sans doute d'éviter les fraudes et ainsi « d'encadrer » les comportements des employeurs qu'elle représente. Pour être remboursés, les employeurs doivent remplir un formulaire d'indemnisation exceptionnelle accessible sur le site du CESU.

La FEPEM encourage les particuliers employeurs qui le peuvent à verser un complément de rémunération (20%) à leurs salariées pour leur garantir un maintien total de leur salaire. Pour la FEPEM, ce complément revêt la nature d'un « don solidaire » à la charge du particulier employeur. Dans la pratique, ce don pouvait néanmoins donner lieu au crédit d'impôt. De plus, les employeurs gardent la possibilité de maintenir le salaire de leurs salariées, même si toutes les heures déclarées n'ont pas été travaillées, sans solliciter le versement de l'indemnisation exceptionnelle. Ils bénéficient alors du crédit d'impôt à hauteur de 50% des dépenses. Toutefois, une syndicaliste souligne que le premier dispositif équivalent au chômage partiel obtenu par la FEPEM portait sur une durée limitée, alors que les salariés de droit commun n'étaient pas concernés par de telles limitations dans la durée. La fédération Services de la CFTD a également constaté que, parfois, certains salariés n'avaient pas été indemnisés ou rémunérés sur la base du taux horaire fixé par leur contrat mais à un taux en leur défaveur. Le dispositif est finalement poursuivi chaque mois jusqu'au 1er septembre

2020, moment où l'Etat y met fin sauf pour les départements de Mayotte et de Guyane dans lesquels l'état d'urgence persiste.

Les structures mandataires

Les structures mandataires ont été les grandes oubliées de ce système. Avant la pandémie, dans certains cas, des mandataires fonctionnaient grâce à un système de rémunération directe des salariées, bien que celles-ci soient employées par les particuliers. Le circuit de remboursement par le CESU n'impliquait pourtant pas les structures mandataires mais les employeurs, déclarant au CESU leurs salariées. Un membre de la DGE explique : « *le mandataire ça a été toute une bagarre pour qu'on puisse le faire [entrer dans les dispositifs du chômage partiel]* ». Une solution sera finalement trouvée également pour ces structures, le 18 mai¹³¹, trois mois après le début de la pandémie, ce qui entraînera des difficultés de trésorerie. Dans le dispositif trouvé, un service spécifique de déclarations des entreprises ou associations mandataires a été mis en place.

Selon la FEPEM et la FESP, la mise en place de ce dispositif, trois mois après l'entrée en vigueur de celui dédié aux salariés en emploi direct, a entraîné des difficultés de trésorerie à la fois pour les structures qui versaient les salaires pour le compte des particulier employeurs et celles qui s'en dispensaient. En effet, la FEPEM souligne que certaines structures mandataires se sont trouvées dans des difficultés de trésorerie. Par ailleurs, dans le cas des structures mandataires ne rémunérant pas les salariés pour le compte de leurs particuliers employeurs et lorsque la relation d'emploi n'utilisait pas le CESU, la structure informait les particuliers employeurs de la mise en place de ce dispositif d'activité sans que ces annonces ne soient suivies d'effets immédiats. D'après la FEPEM, ces particuliers employeurs ont dû faire de l'avance de trésorerie – pour des heures non réalisées – pendant 3 mois.

Le dispositif d'indemnisation des assistantes de vie (salariées des particuliers) dans la deuxième vague

Pendant la deuxième vague de la pandémie, Olivier Véran annonce dans un communiqué de presse en date du 20 novembre 2020 la mise en place d'un nouveau dispositif pour soutenir l'activité partielle des salariés des particuliers employeurs¹³². Ce communiqué rappelle que « *les employeurs ont l'obligation de maintenir la rémunération de leur salarié lorsqu'ils décident de ne pas l'accueillir pour réaliser une prestation.* ». Le financement public, de nouveau géré par le CESU, est alors beaucoup plus limité que celui du printemps puisqu'il s'applique seulement aux salariées de particuliers employeurs se trouvant dans les situations suivantes :

- « *Les salariés de particuliers employeurs pour des activités non autorisées durant le confinement (cours à domicile hors soutien scolaire notamment comme par exemple un cours de musique) ;*

¹³¹ Communiqué conjoint d'Olivier Véran et de Muriel Pénicaud, « Particuliers employeurs : Le Gouvernement annonce que l'indemnité exceptionnelle dédiée aux salariés à domicile sera reconduite pour le mois de juin », 5 juin 2020.

¹³² Communiqué de presse du gouvernement, Activation d'un dispositif exceptionnel ciblé d'activité partielle pour soutenir les salariés des particuliers employeurs. Paris, le 20 novembre 2020, N°399.

- *Les salariés d'un particulier employeur exerçant une activité indépendante arrêtée du fait des mesures sanitaires (gérants de commerces ne pouvant accueillir de public en particulier) ;*
- **Les salariés « vulnérables » susceptibles de développer des formes graves de Covid-19 (critères définis par le haut conseil de la santé publique et listés dans le décret du 10 novembre 2020) »**¹³³

Seule la troisième situation concerne le domaine du travail auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile. Ce dispositif dépend du degré de vulnérabilité des salariées. Donc, pour les assistantes de vie auprès des personnes âgées, seules celles « susceptibles de développer des formes graves de Covid-19 » sont indemnisées lorsqu'elles ne travaillent pas. La marge d'interprétation de cet outil est très importante, pouvant aisément le rendre moins généreux que le dispositif d'indemnisation mise en place lors de la première vague. Ainsi, il n'est pas prévu d'utiliser des financements publics pour indemniser les assistantes de vie qui n'interviendraient pas, dans le cas où leurs employeurs préféreraient éviter les contacts ou seraient hospitalisés.

Le communiqué indique : « *comme au printemps, les particuliers employeurs qui souhaitent recourir à l'activité partielle dans ces situations auront à garantir au moins 80 % du salaire net de leur salarié et ne pourront verser un montant inférieur au montant minimal prévu par la convention collective.* »¹³⁴. Cependant, dans cette circonstance, l'URSSAF ne remboursera à l'employeur que 65 % de la rémunération nette prévue pour les heures concernées et comme au printemps, les employeurs rempliront le formulaire d'indemnisation exceptionnelle, accessible sur le site CESU. Cette mesure s'étend sur une durée limitée. Ainsi, dans l'emploi par les particuliers, le dispositif mis en place pendant la deuxième vague est beaucoup plus restrictif que celui de la première vague.

IV.8. 2.1.2. Le paiement des services prestataires

Le principe de l'application de l'activité partielle et le maintien de l'APA

Les services prestataires ont été très vite concernés par les mesures communes prises pour le chômage partiel, permettant ainsi de poursuivre le paiement de salariées dans l'impossibilité totale ou partielle de travailler. Cependant, l'APA, généralement directement versée à ces services ou aux personnes âgées, allait-elle pour autant être réduite ? Le maintien de l'APA devient très rapidement une revendication des fédérations patronales¹³⁵.

La DGCS, en lien avec les fédérations d'aide à domicile, se mobilise pour que les dotations aux services d'aide ne soient pas impactées par l'activité partielle. Ainsi, dès le 25 mars 2020, une ordonnance prévoit que pour « *la partie de financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I du même article L. 312-1 qui ne relève pas de dotation ou de forfait global, la facturation est établie à terme mensuel échu **sur la base de l'activité prévisionnelle**, sans tenir compte de la sous-activité ou des fermetures temporaires résultant*

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Communiqué de presse d'Elisabeth Borne, 20 novembre 2020, <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/activation-d-un-dispositif-exceptionnel-cible-d-activite-partielle-pour> . Consulté le 28 février 2021.

¹³⁵ Communiqué FEDESAP 26 mars 2020, communiqué Adédom 18 mai 2020.

de l'épidémie de covid-19 »¹³⁶ . Ceci est confirmé dans le décret du 29 juin 2020¹³⁷ (encadré 3), qui précise que les départements ne peuvent pas non plus facturer des prestations aux bénéficiaires de l'APA lorsque le travail n'a pas été réalisé. Ainsi, le coût lié au maintien du revenu des salariées est entièrement pris en charge par les pouvoirs publics, avec deux sources possibles : l'Etat pour le chômage partiel et les départements pour l'APA.

¹³⁶ Ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux.

¹³⁷ Décret n° 2020-822 du 29 juin 2020 précisant les modalités de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.



Encadré 3 : Décret n° 2020-822 du 29 juin 2020 précisant les modalités de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans le cadre de l'épidémie de covid-19

« le montant des financements versés aux services d'aide et d'accompagnement à domicile par les présidents des conseils départementaux correspond :

1° Au maintien de la dotation prévisionnelle versée par douzième sur la base du dernier budget arrêté sans qu'il soit tenu compte de la sous-activité pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile financés par dotation globale en application de l'article R. 314-135 du code de l'action sociale et des familles dans le cadre d'une convention ou d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

2° Au versement par douzième à terme mensuel échu sur la base de l'activité prévisionnelle validée par le président du conseil départemental pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile financés en tarifs horaires en application des articles R. 314-130 à R. 314-134 du code de l'action sociale et des familles.

II. – Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles [i.e. les services d'aide à domicile autorisés], le montant des financements versés aux services d'aide et d'accompagnement à domicile par les présidents des conseils départementaux correspond au maintien des financements sur la base de l'activité prévue au contrat, sans qu'il soit tenu compte de la sous-activité et notamment des mécanismes d'ajustements à la baisse prévus par le contrat.

III. – Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles [i.e. les services d'aide à domicile autorisés] qui n'auraient pas conclu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11-1 du même code, l'activité prévisionnelle dont il est tenu compte pour le calcul des financements correspond :

– au nombre moyen d'heures mensuelles réalisées auprès de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap dans le cadre de la mise en œuvre de leur plan d'aide ou de leur plan de compensation sur l'année 2019 ;

– au nombre moyen d'heures réalisées auprès de ces mêmes bénéficiaires au mois de janvier 2020 dans le cadre de la mise en œuvre de leur plan d'aide ou de compensation ;

– au nombre d'heures qui étaient prévues contractuellement entre le service et ces mêmes bénéficiaires sur le mois de mars 2020 pour la mise en œuvre de leur plan d'aide ou de compensation en application du X de l'article D. 311 du code de l'action sociale et des familles.

La modalité la plus favorable au service d'aide et d'accompagnement à domicile est retenue par le président du conseil départemental après concertation avec le service d'aide et d'accompagnement à domicile.

Le financement correspond à la valorisation de ces heures sur la base du ou des tarifs départementaux applicables, déduction faite de la part correspondant à la participation des bénéficiaires. Il intervient au plus tard le 15 juillet 2020 pour la période du 12 mars au 30 juin 2020 et intervient ensuite à terme mensuel échu.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile ne facturent pas les bénéficiaires lorsque les interventions n'ont pas été réalisées, en dehors des possibilités prévues contractuellement en cas d'annulation par le bénéficiaire.

Art. 2. – Lorsque le président du conseil départemental ne verse pas directement la partie de l'allocation personnalisée d'autonomie au service d'aide et d'accompagnement à domicile dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 232-15 du code de l'action sociale et des familles, le financement correspondant aux heures non réalisées par le service est versé directement au service d'aide et d'accompagnement à domicile »

Le décret se poursuit en indiquant que le président du Conseil Départemental fixe le montant définitif alloué aux services au titre du maintien de leurs financements en tenant compte des recettes perçues au titre du chômage partiel, tout en mentionnant que « la prise en compte des recettes perçues ne donne lieu à récupération par le président du Conseil Départemental que lorsque le cumul entre ces recettes et les financements alloués par le département a eu pour effet le versement de financements supérieurs au prix de facturation du service sur le périmètre d'activité dont le financement est maintenu pour la période d'application du présent décret.

La récupération peut être effectuée sur une période pluriannuelle en fonction de la situation financière du service. Une convention entre le président du Conseil Départemental et le service d'aide et d'accompagnement à domicile organise les modalités de contrôle, de transmission de pièces justificatives et de récupération lorsqu'ils n'ont pas conclu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionnés » et en précisant que pour les services soumis à tarification, « les tarifs applicables au titre de l'exercice budgétaire 2021 ne peuvent être minorés à raison des recettes perçues au titre des mesures d'aide aux entreprises prises en application de l'ordonnance du 27 mars 2020 susvisée ». Les départements ont donc la charge de contrôler les services d'aide à domicile et de vérifier que pour les mêmes prestations annulées, il n'y a pas de cumul entre l'activité partielle et le versement de l'APA, ce que soulignent plusieurs acteurs rencontrés en entretien.

Mettre en place l'activité partielle dans les services à domicile

L'activité partielle a posé une série de questions spécifiques pour les salariées des services prestataires dont le temps de travail est souvent soit modulé (accord BAD) (1) soit aménagé sur l'année (accord SAP) (2).

1) la branche associative

Depuis l'accord du 30 mars 2006 dans la **branche de l'aide à domicile**¹³⁸, le temps de travail peut être modulé. Cela signifie que la rémunération mensuelle des salariées concernées est calculée sur la base de l'horaire mensuel moyen stipulé au contrat, indépendamment de l'horaire réellement accompli¹³⁹. La modulation consiste en la détermination d'une durée annuelle de travail pour chaque salarié qui se substitue à la durée mensuelle ou hebdomadaire stipulée par le contrat de travail. Les heures de travail effectif hebdomadaire au-delà de 35 heures, dans la limite supérieure de la modulation retenue, ne sont pas considérées comme heures supplémentaires. Compte tenu de la fluctuation des horaires qui implique des écarts positifs ou négatifs par rapport à l'horaire moyen défini, un compte de compensation institué pour chaque salarié doit faire apparaître pour chaque mois de travail :

- le nombre d'heures de travail effectif et assimilées ;
- le nombre d'heures rémunérées en application du lissage de la rémunération ;
- l'écart mensuel entre le nombre d'heures de travail effectif réalisé et celui du travail effectif prévu pour la période de modulation.

Le compte de compensation de chaque salariée est arrêté à l'issue de la période de modulation. La situation de ces comptes fait l'objet d'une information générale au comité d'entreprise ou, à défaut, aux délégués du personnel s'ils existent : si l'horaire effectif moyen de la modulation dépasse l'horaire de base de 35 heures hebdomadaires en moyenne, les heures effectuées au-delà de 35 heures donnent lieu soit à un paiement majoré, soit à un repos compensateur équivalent en application de l'article L. 212-5 du code du travail. Le principe du temps de travail modulé peut être appliqué aux salariés à temps partiel.

Dans le cas de la branche associative, l'accord de mars 2006 prévoyait des dispositifs de chômage partiel :

¹³⁸ Cet accord antérieur à la construction de la convention adoptée en 2010 n'a pas été renégocié et a été conservé.

¹³⁹ La rémunération des salariées à temps partiel est proportionnelle à celle d'une salariée qui, à qualification et ancienneté égales, occupe un emploi à temps complet.



Encadré 4 : Extrait de l'accord du 30 mars 2006 de la branche de l'aide à domicile

CHAPITRE II : Temps plein modulé

Article 17 : Chômage partiel

La durée hebdomadaire minimale de travail en dessous de laquelle la procédure de chômage partiel peut être mise en œuvre dans les conditions prévues par l'article L 351-25 du Code du Travail correspondra à la limite inférieure de la modulation fixée par le présent accord.

CHAPITRE III : Temps partiel modulé

ARTICLE 27 : Chômage partiel

Lorsque, pendant au moins 2 mois consécutifs, la durée de travail effectif est inférieure de plus d'un tiers de la durée moyenne mensuelle, l'employeur peut déclencher la procédure de chômage partiel dans les conditions prévues aux articles R 351-50 et suivants du Code du Travail.

2) la branche commerciale

En ce qui concerne les **entreprises de services à la personne**, un accord du 13 octobre 2016, également étendu, a mis en place un dispositif d'aménagement du temps de travail pendant l'année dans les entreprises de moins de 11 salariées équivalent temps plein. Au-delà de cet effectif, un accord d'entreprise est nécessaire. Cet accord de branche prévoit un lissage de la rémunération annuelle du travail, permettant d'assurer une rémunération stable et régulière, indépendante de la variation de la durée réelle travaillée pendant le mois. Pour les salariées en contrat à durée indéterminée, la rémunération est alors égale au nombre d'heures annuel contractuel/12 × taux horaire brut. Cependant, l'accord prévoit la possibilité, à la demande expresse du salarié, d'une rémunération versée sur la base de l'horaire réellement accompli.

Une syndicaliste explique que les employeurs ont tendance à mettre en place des contrats annualisés comportant une durée d'heures inférieure à celle souhaitée par les salariées, de manière à pouvoir « se garder de la marge » et à permettre de demander une durée d'intervention supérieure à l'horaire habituel, sans que celle-ci ne soit comptabilisée comme heure supplémentaire ou complémentaire : « [les employeurs] se disent : « la salariée a 120 heures de dispo, moi je lui en donne 100, mais je ne lui fais qu'un contrat de 80 parce qu'ainsi, elle accumule 20 heures en plus tous les mois, comme ça le jour où y a un accident [...] donc si elle perd un client un mois, ça sera indolore, je piocherai dans sa réserve » et puis la salariée se dit "c'est pas grave de toute façon ce sont des heures qu'on me paiera à la fin de l'année" et puis quand elle a des clients absents elle demande " mais vous me les remplacez pas ? » « non, non mais vous avez un compteur positif ce n'est pas grave, on verra, on se dépêche de vous trouver quelqu'un ». Les encadrants ne se dépêchent pas, parce que de toute façon, ils ont un compteur positif et ils ne voudront pas payer les heures complémentaires à la fin de l'année. Parce que si le compteur est positif il faut les payer et majorer. (...) Ou alors y existe des patrons qui paient au réel parce que c'est possible, on peut avoir des aménagements de temps de travail payés au réel donc là moi je ne comprends pas comment on peut signer des accords comme cela, parce que, quel est l'intérêt d'avoir un lissage des heures si tu n'as pas un lissage aussi de la rémunération ? Parce que payer au réel ça veut dire que si tu as un mois où on ne te donne pas de travail, tu es payé 0 euros. » (entretien avec une syndicaliste, octobre 2020).



Face à ces deux dispositifs de modulation ou d'annualisation du temps de travail, l'activité partielle pose alors une série de questions spécifiques au secteur. Les solutions techniques prévues pour l'activité partielle destinées à l'ensemble des salariés pendant la période Covid paraissent alors inadaptées au secteur : elles prennent difficilement en compte les situations particulières de temps de travail supérieurs ou inférieurs au temps lissé prévu au contrat. Pour les salariées dont les compteurs étaient positifs, ayant déjà atteint leur quota annuel d'heures et qui avaient des heures programmées devant être payées en heures complémentaires, comment faire ? Pour celles dont le compteur était négatif et qui auraient dû travailler davantage, l'activité partielle pouvait elle combler ce manque ?

Dans la branche des entreprises de services à la personne, un membre d'une fédération nationale explique en octobre 2020 les incertitudes posées par cette situation :

« j'ai fait des cauchemars de l'activité partielle pour notre secteur d'activité. Parce qu'on n'entrait pas dans les cases, parce que le système d'activité partielle, tel qu'il a été conçu jusqu'à aujourd'hui ne matche pas avec le principe d'annualisation du temps de travail. Et la majorité de nos salariés sont annualisés. C'est à dire que leurs formulaires [du ministère], ne prennent pas en compte le fait que par nature le temps de travail d'un salarié peut varier hebdomadairement et d'un mois sur l'autre. Donc tous leurs formulaires se mettaient en erreur dès qu'on déclarait un salarié. Donc il a fallu trouver une solution technique pour faire quand même la déclaration et puis ensuite sécuriser juridiquement le process.

Quand vous dites les formulaires se mettaient en erreur, c'est à dire ?

*Quand vous allez sur l'interface de déclaration d'activité partielle, vous avez différents types de modèle donc CDI, temps de travail hebdomadaire, temps de travail annuel, temps de travail que le salarié devait réaliser, le temps de travail qui a été réalisé, le temps de travail mis en activité partielle, ok, mais sauf que vous, par exemple, si votre temps de travail est annualisé, déjà, cela n'est pas prévu, donc c'est le temps théorique mensuel lissé. Mais par nature, d'un mois sur l'autre ce temps n'a rien à voir donc ça peut être 120 heures le mois un et puis 160 le mois deux. Sauf que le jour où vous rentrez ce paramètre, le logiciel se met en erreur, il ne marche plus. Il dit incohérence. Et là, impossible de valider, impossible de faire quoi que ce soit. Après se pose la vraie problématique de la qualification des heures complémentaires puisque par nature **l'activité partielle n'a pas pour objet de prendre en charge les heures complémentaires**. Sauf que par nature, quand on est annualisé, et qu'on avait une période de référence de saisie dans le logiciel mensuel et bien quand vous mettez, « contrat prévu 110 en lissé » et qu'il y avait 140 heures de planifiées au mois de mars, le logiciel il vous dit : « pas possible, les 140 heures déclarées ne peuvent pas être supérieures au contractuel ». Sauf que dans l'annualisation par nature, et bien la durée mensuelle est théorique. Donc il y avait plein de petites problématiques comme cela, et puis surtout il y a aussi, il y a enfin la question de savoir comment cela va se passer la régulation] en fin de l'année.*

Joyeux bazar. Franchement on s'attend à un rocher en fin d'année, ça crée un sacré bazar pour les réguls., parce que qui va savoir... Une des problématiques va être de déterminer quelle est l'origine de la création des heures complémentaires ? Est-ce que c'est le fait d'avoir plus travaillé maintenant ou est-ce que c'est le fait d'avoir maintenu de l'activité partielle à l'instant T, pendant la crise sanitaire ? Donc les heures complémentaires qui ont été faites maintenant elles auraient été payées ces heures. En plus donc si on nous enlève ce qu'on nous a versé avant, ça va être un joyeux bazar. Mais donc là-dessus, la DGCS s'est mobilisée, la personne en question à un moment donné c'est dit que bon, elle a pris son écran et elle nous a fait un tuto



et puis elle nous a dit par convention vous n'allez pas remplir ce que vous devriez remplir mais vous allez faire une déclaration comme ça même si on sait que ça ne correspond pas » (entretien, octobre 2020).

Face aux incertitudes, les partenaires sociaux de la branche de l'aide à domicile ont très vite mis en place un avis d'interprétation de l'activité partielle rappelant que les articles de l'accord du 30 mars 2006 relatifs au chômage partiel ne s'appliquaient pas dans ce contexte :

« Les articles 17 et 27 de l'accord relatif aux temps modulés se réfèrent à un dispositif de chômage partiel qui a été abrogé par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, et ne sont pas en lien avec le dispositif exceptionnel d'activité partielle mis en place par le gouvernement pour la durée de l'urgence sanitaire. De plus les dispositions ne s'appliquent pas à la situation très exceptionnelle et soudaine de la crise sanitaire du covid-19 et les difficultés économiques des services qui ne peuvent pas attendre deux mois pour enclencher le recours au dispositif de l'activité partielle »¹⁴⁰. Par ailleurs, cette commission tranche en indiquant que pour un salarié à temps complet, il « convient de créditer dans le compteur de modulation, les heures prises en compte au titre de l'activité partielle ». Pour un salarié à temps partiel, la commission prévoit que « l'indemnisation au titre de l'activité partielle vise toute heure chômée entre les heures de travail qui auront été réalisées et la durée contractuelle du travail ou la durée inférieure qui aurait dû être réalisée selon le planning prévisionnel du salarié qui devra être établi en conformité avec les plannings habituellement réalisés par les salariés avant la survenance de la crise sanitaire. Il convient de créditer dans le compteur de modulation, les heures prises en compte au titre de l'activité partielle. »¹⁴¹

Encadré 5 : Avis d'interprétation de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de l'accord de branche du 30 mars 2006 relatif aux temps modulés, avis n°41/2020 du 17 avril 2020, branche de l'aide à domicile

Exemple 2 :

Un salarié à temps partiel dont la durée contractuelle est de 120h par mois. Il devait travailler 130h selon le planning. Il ne travaille que 80h en raison de la baisse d'activité.

Il y a 40h d'activité partielle à déclarer (120h-80h).

Dans le compteur de modulation, il convient de créditer :

80h travaillées

40h d'activité partielle

+10h (130h-120h) ; 10 heures de compensation sont inscrites en positif dans le solde du compteur de modulation

Heures payées en brut :

80h travaillées à 100%

40h d'activité partielle à 70%

Exemple 3 :

Un salarié à temps partiel dont la durée contractuelle est de 120h par mois. Il aurait dû travailler 100h selon le planning établi. Il ne travaille que 80h en raison de la baisse d'activité.

Il y a 20h d'activité partielle à déclarer (100h-80h).

¹⁴⁰ Avis d'interprétation de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation de l'accord de branche du 30 mars 2006 relatif aux temps modulés, avis n°41/2020 du 17 avril 2020, branche de l'aide à domicile.

¹⁴¹ *Ibid.*



Dans le compteur de modulation, il convient de créditer :

80h travaillées

20h d'activité partielle

-20h (100h-120h) ; 20 heures de compensation sont inscrites en négatif dans le solde du compteur de modulation

Heures payées en brut :

100h travaillées (ou non) à 100%

20h d'activité partielle à 70%

Cette interprétation de la commission met donc les horaires prédéterminés des plannings au centre de la décision.

Comme l'explique Loïc Le Noc (entretien, octobre 2020) : « *Donc la proposition a été faite de se réunir en commission d'interprétation et de rendre un avis sur la COVID, modulations et activités partielles. Donc on a travaillé trois ou quatre demi-journées, on a rendu un avis unanime qui précise clairement que si je suis en activité partielle -mais en fait on n'avait pas d'activité partielle avec zéro activité- on avait en fonction des secteurs des gens qui bossaient 20 heures, d'autres qui en bossaient 8, d'autres qui en bossaient 30, d'autres qui en faisaient plus parce que les autres étaient malades, enfin y avait toute les situations donc on a sorti un avis d'interprétation qui dit : dans telle situation, la rémunération c'est ça, le compteur de modulation c'est ça, et la rémunération de l'activité partielle c'est ça. Et on avait eu justement les services de la DGT en disant : vos DIRECCTES elles font un peu n'importe quoi donc nous on va émettre un avis d'interprétation on vous demande de le leur diffuser tout de suite, nous on va le faire aussi avec nos réseaux de façon à ce qu'y ait une harmonisation et vous leur dites bien que si y a un problème d'application, d'interprétation qu'ils n'hésitent pas à nous contacter. Moi (...) je sais que j'ai eu une inspectrice du travail qui m'a appelé en me disant : le problème c'est que nous on a déjà tout mis en branle et ce que vous nous amenez là, ça dit le contraire de ce qu'on vient de faire. Je lui ai dit : oui mais vous vous êtes basés sur la circulaire de 2013 qui n'était pas très explicite [...] on s'est dit que c'était peut-être une bonne idée [de purger les heures si bien que les salariées soient]rémunérées comme avec du temps de travail effectif, donc la baisse de rémunération liée au paiement des heures uniquement dans le cadre de l'activité partielle était moindre, mais ça avait par conséquence aussi de priver les salariés de la majoration des heures sup auxquelles elles auraient pu avoir droit pour les temps pleins et la majoration des heures complémentaires pour les temps partiels* ». Au contraire, l'avis d'interprétation permet pendant l'activité partielle de comptabiliser des heures dans le compteur de modulation.

A ces difficultés se sont superposées celles relatives aux arrêts de travail.

IV.8. 2.1.3. La couverture en cas d'arrêt de travail lié au COVID

Avant la crise, la protection offerte par les trois conventions collectives du secteur était différente. Ainsi, la convention collective des entreprises de services à la personne ne mentionnait pas de prévoyance de branche, contrairement aux deux autres. Après le début du premier confinement, les partenaires sociaux des deux autres branches négocient des accords collectifs afin d'adapter les systèmes de prévoyance à la situation. Dans la BAD, un accord est trouvé pour la prise en charge de l'absence des salariés pour des raisons autres que la maladie. Dans la branche SPE, un accord prévoit d'aligner la prévoyance sur le régime de la Sécurité Sociale et de prendre en charge le remplacement du salaire en cas d'arrêt pour garde d'enfants et de supprimer les carences.



La gestion des arrêts de travail a également été particulière, comme le raconte le même membre d'une fédération patronale à l'automne 2020 :

« Non mais la gestion des arrêts, c'est Kafka.

Surtout là maintenant avec la problématique de la gestion des arrêts de travail, c'est sur l'origine de l'arrêt de travail [que l'on a des difficultés], est-ce que c'est une origine COVID [...] ou est-ce que c'est un arrêt maladie ? Parce que c'est cela qui détermine le principe des carences, carence 1er jour, nombre de jours indemnisés possible dans l'année, nombre de jours qui restent à indemniser. Je ne vous raconte pas le joyeux bazar. Les règles, elles changent, alors déjà entre mars, avril et mai y avait une règle par jour, là on en a deux. A la rentrée de septembre [2020], on a eu à nouveau le problème parce que on a eu les arrêts qui permettaient l'éligibilité à l'activité partielle et les arrêts qui ne permettaient plus l'activité partielle, puis ensuite on a eu les arrêts cas contacts alors là c'est fabuleux les arrêts cas contact parce que personne ne voit ces arrêts. Même pas le salarié puisque quand vous êtes identifiés par la cellule de l'ARS contact tracking (...), en fait, ce qui va se passer, automatiquement vous avez un arrêt de 7 jours pour vous faire tester et puis suivant le résultat vous avez de nouveau une prolongation encore de 7 jours pour être en quatorzaine.

Sauf que cela génère automatiquement, [...] un arrêt de travail enregistré auprès de la CPAM et c'est cette génération-là qui vous permet d'être prioritaire pour les tests par exemple. Les labos savent que vous êtes en arrêt. Mais le salarié ne le sait pas, l'employeur ne le sait pas (...) c'est la CPAM ou le médecin traitant qui peuvent prescrire l'arrêt. Mais dans quel cas c'est l'un, dans quel cas c'est l'autre ? Ça, c'est grand mystère. Donc [on a des] salariés qui bénéficient d'un arrêt au premier jour avec maintien de salaire sauf que comme on n'a pas l'arrêt pour calculer le maintien de salaire c'est un peu compliqué au premier jour donc on verra comment ça va sortir à la fin et puis surtout avec ça, on y perd son latin, un coup j'ai un délai de carence, un coup je n'ai pas de délai de carence, cet arrêt là il compte dans le nombre de jours total indemnisés sur une année, celui-là il ne compte pas, enfin c'était vraiment à y perdre son latin. (...) Donc ça veut dire que grosso modo si vous avez un arrêt cas contact, pas de carence, mais vous avez un arrêt maladie COVID, vous avez une carence. Donc vous n' imaginez même pas simplement le joyeux bazar au quotidien que c'est. Dans une période où c'est un peu tendu quand même, franchement tendu. Donc oui ça c'est, ça c'est, c'est problématique. »

IV.8.2.1. (Re)valoriser le travail des aides à domicile

IV.8. 2.2.1. La signature avant la crise d'un nouvel avenant dans la branche des associations (BAD)

Avant la crise, les partenaires sociaux de la branche des associations (BAD) ont vu une opportunité dans l'annonce d'une réforme future sur l'autonomie. Ainsi, Loïc Le Noc relate dans un entretien en octobre 2020 : « Quand il a été de nouveau évoqué un projet [de loi sur le secteur] on s'est dit : on a peut-être une fenêtre de tir, on ne sait pas de quoi sera composé la loi, mais puisque le rapport Libault puis le rapport El Khomri disent entre guillemets que "l'avenir de l'humanité c'est bien vieillir chez soi, il faut en face un outil qui le permette et l'outil ce sont les branches professionnelles du secteur et donc les salariés qui seront en capacité d'apporter la prise en charge nécessaire pour bien vieillir chez soi". Donc puisque tout le monde faisait le constat que ce sont des métiers qui ne sont pas attractifs, il fallait restaurer notre attractivité. Donc on a dit aux employeurs : on a une fenêtre de tir, donc on y va et donc on a négocié les nouvelles classifications, je ne vais pas dire au pas de charge mais en termes

d'efficacité de travail on a quand même fait très fort ». De fait, dans la branche associative de l'aide à domicile, les salaires du début de la grille étaient pour certains depuis 17 ans inférieurs au SMIC (si bien que pour les salariées, la hiérarchie des normes impliquait que le SMIC s'applique, comme l'explique Isabelle Roudil (FO Action Sociale), en janvier 2022 : « *Dans les entreprises du service à la personne, vous n'avez pas de classification en dessous du SMIC. Nous [dans la branche des associations], on avait des grilles salariales avec des salariées qui ont été 17 ans sous le SMIC. Clairement 17 ans sous le SMIC, ça veut dire que les filles pendant 17 ans, elles sont au SMIC. Sauf que parallèlement, elles développent quand même des compétences, une expérience, mais que jamais aucun salaire ne vient valoriser.* »

Un avenant, le 43, revalorisant les salaires dans la branche associative est donc négocié. Il est signé par la CFDT et FO le 16 février 2020, juste avant le début de la pandémie, alors que, à ce moment-là, la CGT n'était pas certaine de le signer. Après consultation de ses membres, elle y a adhéré en novembre 2020. Isabelle Roudil, de FO-Action Sociale, explique avoir souhaité signer l'accord parce qu'il permettait de « *sortir un certain nombre de salariées d'un niveau de rémunération inférieur au SMIC* » (entretien, 19 janvier 2022). Cependant, cet avenant ne peut pas entrer en vigueur avant d'être agréée par le Ministère des Affaires Sociales et étendu par le Ministère du Travail.

IV.8. 2.2.2. La prime COVID

Dès les premières semaines de la crise, alors que les personnels soignants sont applaudis le soir aux balcons par la population confinée, des tribunes soulignent l'importance du travail des aides à domicile, soit en les visant directement, soit en les incluant dans l'ensemble plus vaste des métiers féminisés. Ainsi, le 27 mars 2020, Valentin Biret intitule un article dans Ouest France « *Aides à domicile : souvent sans masques, toujours en première ligne* »¹⁴² et il cite un « *travailleur du secteur médico-social selon lequel « Sans ce maillon de la chaîne, ce serait une catastrophe [...]. Ce sont les aides à domicile qui permettent aux personnes âgées de se lever, de se coucher, d'être propres et d'avoir de quoi manger. Et même en effectifs réduits, ces auxiliaires tiennent le choc !* », tandis que le journal Libération publie le 2 avril une tribune intitulée « *Les héroïnes oubliées de l'aide à domicile et des EHPAD* »¹⁴³.

Le 13 avril, dans son adresse aux Français, le Président de la République française Emmanuel Macron souligne que « *notre pays, aujourd'hui, tient tout entier sur des femmes et des hommes que nos économies reconnaissent et rémunèrent si mal. « Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune* ». Ces mots, les Français les ont écrits il y a plus de 200 ans. Nous devons aujourd'hui reprendre le flambeau et donner toute sa force à ce principe. »¹⁴⁴, phrase qui sera ensuite reprise au début du film de François Ruffin et Gilles Perret « *Debout les femmes* », sorti en octobre 2021. Pour mettre en œuvre cette annonce, le 15 avril 2020, dans un communiqué de presse qui présente le projet de loi de finances rectificative, le premier ministre Edouard Philippe annonce une prime COVID de 1 500€ pour « *tous les personnels qui gèrent la crise du Covid-19 dans les hôpitaux des départements les plus touchés, ainsi qu'aux personnels des services ayant accueilli des patients Covid dans les*

¹⁴² Biret, Valentin. « Aides à domicile : « Souvent sans masques, toujours en première ligne » ». Ouest France, 27 mars 2020. <https://www.ouest-france.fr/leditiondusoir/2020-03-27/aides-a-domicile-souvent-sans-masques-toujours-en-premiere-ligne-7b2d0622-4253-4815-9790-a12402f27f5c> . Consulté le 25 novembre 2022.

¹⁴³ Lyazid, Maryvonne. « Les héroïnes oubliées de l'aide à domicile et des Ehpads ». *Libération*, 2 avril 2020. https://www.liberation.fr/debats/2020/04/02/les-heroinnes-oubliees-de-l-aide-a-domicile-et-des-ehpad_1783984/ . Consulté le 25 novembre 2022.

¹⁴⁴ Adresse aux Français d'Emmanuel Macron, 13 avril 2020.

départements moins touchés. Et pour tous les autres personnels des hôpitaux ne bénéficiant pas du taux maximal »¹⁴⁵, 500€ sont prévus. Cependant, le communiqué indique que le gouvernement souhaite qu'une prime soit également versée « **aux personnels qui remplissent une mission décisive au sein des EPHAD et des services à domicile du secteur médico-social** » tout en relevant que le gouvernement devra « *échanger avec les collectivités locales, en particulier avec les départements, qui en sont souvent les financeurs, pour déterminer les conditions de financement de cette prime* »¹⁴⁶. Le communiqué fait donc uniquement référence aux services prestataires et ne mentionne pas les assistantes de vie salariées des particuliers.

A la suite de ces annonces, plusieurs segments de l'espace de la cause des femmes se mobilisent pour souligner le caractère féminisé des métiers ne relevant pas du secteur sanitaire et qui font fonctionner le pays, alors que celui-ci est en partie à l'arrêt. Ces tribunes incluent systématiquement les aides à domicile dans la liste des métiers concernés. Ainsi, le 18 avril 2020, des chercheurs et chercheuses évoquent la féminisation de tous les emplois qui assurent la continuité de la vie au quotidien (soignantes, infirmières aides-soignantes, aides à domicile, aides ménagères, agentes d'entretien, caissières et vendeuses, enseignantes)¹⁴⁷, tout en développant longuement le cas des infirmières. Le 13 mai, le Haut conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes (HCEFH), communique sur les « *Femmes providentielles invisibles, sous-payées, surchargées* »¹⁴⁸.

Le 7 mai 2020, Olivier Véran annonce le versement prochain d'une prime pour les agents des EHPAD et du secteur du handicap, sans mentionner les aides à domicile¹⁴⁹. Quatre jours plus tard (le 11 mai), un communiqué détaille le plan financier EHPAD et corrige l'oubli précédent des aides à domicile : « *Cette prime [pour les EHPAD] sera également versée dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, dont l'engagement durant la crise est à souligner. Les échanges se poursuivent avec les départements, dans le respect des compétences de chacun, pour en assurer le financement* ». Cette dernière remarque est bien relevée par la presse spécialisée.

Immédiatement, le CNPDS (Le Conseil National Paritaire du Dialogue Social) de la branche SPE (Salariés du particulier employeur) réagit en dénonçant l'exclusion des salariées des particuliers du bénéfice de cette prime : les partenaires sociaux « *demandent au gouvernement que, dans un souci d'équité, le versement de cette prime soit étendu aux assistants de vie et assistants maternels qui ont également maintenu leur activité* »¹⁵⁰. Marie Béatrice Levaux, Présidente de la FEPEM, indique dans ce communiqué : « *Cette prime serait le signe d'une égalité de reconnaissance et de traitement entre des salariés qui s'engagent, chaque jour depuis le début de la pandémie, avec la même abnégation et le même souci de*

¹⁴⁵ Déclaration de M. Édouard PHILIPPE, Premier ministre, à l'issue du Conseil des ministres au Palais de l'Élysée, mercredi 15 avril 2020.

¹⁴⁶ *Ibid.*

¹⁴⁷ « Coronavirus : il faut « revaloriser les emplois et carrières à prédominance féminine » ». Le Monde, 18 avril 2020. https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/18/covid-19-il-faut-revaloriser-les-emplois-et-carrieres-a-predominance-feminine_6036994_3232.html. Consulté le 25 novembre 2022.

¹⁴⁸ Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, « Femmes providentielles mais femmes invisibles, sous-payées, surchargées », 13 mai 2020.

¹⁴⁹ « La prime sera bien versée aux aides à domicile ». Le Média Social, 11 mai 2020. https://www.lemediasocial.fr/la-prime-sera-bien-versee-aux-aides-a-domicile_7wGVXT Consulté le 25 novembre 2022.

¹⁵⁰ Communiqué de presse du CNPDS, 13 mai 2020, « Coronavirus : les partenaires sociaux du secteur de l'emploi à domicile demandent au gouvernement le versement d'une prime aux salariés du secteur ! »

prendre soin des plus fragiles de nos concitoyens ». De leur côté, dans un communiqué commun du 13 mai¹⁵¹, les fédérations d'aide à domicile, associatives comme commerciales, s'inquiètent de voir que les départements pourraient avoir en charge le versement de cette prime.

Les débats publics s'engagent dans les semaines suivantes. Dès le 18 mai, l'Assemblée des départements de France (ADF) met en place une « Commission solidarité et affaires sociales », présidée par Frédéric Bierry, Président du Département du Bas-Rhin, afin de réagir aux annonces gouvernementales, échanger avec les fédérations et mettre en œuvre un plan concerté de revalorisation des métiers de l'aide à domicile¹⁵². Les fédérations d'associations et d'entreprise exercent une véritable pression pour obtenir rapidement une prime pour leurs salariés. Ainsi, dans un communiqué du 18 mai, la fédération Adedom indique « *Il est inadmissible qu'à ce jour, au contraire des soignants et les personnels des EHPAD, les intervenants à domicile, quel que soit leur métier, ne bénéficient pas de la prime reconnaissant leur dévouement. Il s'agit d'une rupture d'égalité symbolique, qui replonge les intervenants à domicile dans la pénombre dont le Covid-19 vient péniblement de les sortir* »¹⁵³.

Face à ces demandes, Virginie Lasserre (Directrice générale de la cohésion sociale, DGCS) répond sur un autre volet, en promettant la rédaction prochaine d'un décret **destiné à maintenir les dotations des départements aux structures de services prestataires, indépendamment des services effectivement réalisés**. En effet, dès le début de la crise, les fédérations patronales de l'aide à domicile s'étaient montrées inquiètes quant au maintien des financements dédiés aux structures si le travail d'aide à domicile ne pouvait pas être réalisé. Le 26 mars, la FEDESAP avait appelé au maintien de « *tous les plans d'aide (APA et PCH) par les Conseils départementaux, décorrélés de l'effectivité* »¹⁵⁴. De la même façon, la fédération d'associations Adedom avait demandé le 18 mai « *que le mode de calcul repose sur l'activité prévisionnelle et non sur le volume d'interventions réalisé totalement biaisé par le Covid-19. Par ailleurs, ces fonds doivent être effectivement versés par les Conseils départementaux dans les délais impartis* »¹⁵⁵. Ce décret annoncé est finalement publié le 29 juin 2020 (voir plus haut la partie sur « *Le paiement des services prestataires* »). Alors que les négociations autour de la prime n'avancent guère, la DGCS essaie donc de rassurer les services prestataires sur un autre volet.

En mai-juin, un nouveau sujet de mécontentement anime les acteurs de l'aide à domicile : ils sont exclus du Ségur de la Santé. En effet, le 25 mai 2020, une consultation des acteurs du soin est lancée, avec le Ségur de la Santé qui durera jusqu'au 10 juillet 2020 et prévoira des

¹⁵¹ « Prime dans l'aide à domicile : révolte contre une injustice ». *Le Média Social*, 14 mai 2020. https://www.lemediasocial.fr/prime-dans-l-aide-a-domicile-revolte-contre-une-injustice_8NdMfG . Consulté le 25 novembre 2022.

¹⁵² « Communiqué de presse : « Les Départements de France engagent une mission sur la valorisation des métiers de l'aide à domicile ». » *Assemblée des départements de France*, 18 mai 2020. <https://www.psppaca.fr/IMG/pdf/20200518-cp-adf-les-departements-engagent-une-mission-sur-la-valorisation-des-metiers-de-laide-a-domicile.pdf> . Consulté le 25 novembre 2022.

¹⁵³ « Intervenants à domicile : Adedom dénonce une inégalité de traitement et demande le soutien de l'Etat. » *Adedom*, 18 mai 2020. https://asmad.fr/sites/default/files/adessadomicile/article/fichiers_joints/20200518-cp-adedom-covid.pdf . Consulté le 25 novembre 2022.

¹⁵⁴ « Covid-19 : les services d'aide à domicile en 1^{ère} ligne... jusqu'à quand ? » *Fédération Française des Services à la Personne et de Proximité (FEDESAP)*, 26 mars 2020. <https://www.fedesap.org/covid-19-les-services-daide-a-domicile-en-1ere-ligne-jusqua-quand/> . Consulté le 25 novembre 2022.

¹⁵⁵ « Intervenants à domicile : Adedom dénonce une inégalité de traitement et demande le soutien de l'Etat. » *Adedom*, 18 mai 2020. https://asmad.fr/sites/default/files/adessadomicile/article/fichiers_joints/20200518-cp-adedom-covid.pdf . Consulté le 25 novembre 2022.



augmentations de salaire dans le champ sanitaire. Les fédérations de l'aide à domicile regrettent d'y être peu associées. En parallèle, le projet de loi organique relatif à la dette sociale et à l'autonomie présenté à l'Assemblée Nationale le 15 juin 2020 concentre leur attention. Il prévoit de créer une cinquième branche de la sécurité sociale, dédiée à la prise en charge de la perte d'autonomie. Dans un communiqué de presse du 15 juin 2020, Thierry d'Aboville, secrétaire général de l'ADMR se saisit de cette occasion pour revenir sur la prime : *« deux mois se sont écoulés depuis que le Premier Ministre a annoncé l'octroi d'une prime pour le secteur médico-social comme pour les hôpitaux et les EHPAD. Depuis rien ou presque... Aucune avancée significative permettant d'espérer pour les centaines de milliers de salariés du domicile qui se sont pourtant fortement engagés durant toute la crise sanitaire. Ce silence est incompréhensible. Un seul point positif dans tout cela néanmoins qui mérite d'être souligné et salué : un petit nombre de départements se sont emparés du dossier et ont octroyé des primes aux aides à domicile et auxiliaires de vie. C'est une avancée mais qui reste encore marginale et pose un autre problème : celui de l'équité pour tous les salariés du secteur médico-social et de l'égalité de traitement entre les différents départements. De quoi désespérer encore un peu plus toute une profession qui n'avait pas besoin de cela ! »*¹⁵⁶.

Les associations rappellent également qu'elles attendent l'agrément de l'avenant 43, qui permettrait d'avancer vers son entrée en vigueur ; il serait pour elles, a contrario de la prime, une reconnaissance pérenne et immédiate des métiers du domicile¹⁵⁷.

En ce qui concerne les syndicats, l'évocation d'une prime n'est pas accueillie avec beaucoup d'enthousiasme. La CGT, comme FO, sont hostiles au principe d'une prime, qui correspond à une action ponctuelle et reste défiscalisée. Elles demandent au contraire des augmentations de salaire, associées au régime de prévoyance (entretien avec Isabelle Roudil FO, avec Estelle Pin, CGT, 19 janvier 2022).

Sur la proposition de Brigitte Bourguignon, le Premier ministre accepte finalement de réserver une enveloppe du budget de l'Etat de 80 millions d'euros pour inciter les départements à verser une prime Covid de 1 000€ en moyenne par personne intervenante. Cette mesure est annoncée le 4 août 2020 par deux communiqués coordonnés, du gouvernement et de l'Assemblée des Départements de France (ADF). L'ADF y indique *« l'engagement des professionnels des **services à domicile** a été et demeure crucial pour prendre soin des populations vulnérables, dans un contexte de crise sanitaire exceptionnelle. L'Etat et l'Assemblée des Départements de France (ADF) saluent le rôle essentiel joué par ces professionnels, au plus proche des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap. Afin de reconnaître pleinement leur mobilisation, les pouvoirs publics ont souhaité qu'une prime exceptionnelle non imposable et non soumise à prélèvements sociaux puisse être versée aux professionnels ayant été présents sur le terrain. (...) »*. Les salariées des particuliers sont donc exclues de cette prime, qui s'adresse autant aux salariées des associations qu'à celles des entreprises commerciales. Le communiqué précise également qu'une *« enveloppe de 80 Millions d'euros de l'Etat, calculée pour permettre, avec la contribution des Départements, le versement de primes de 1000 euros **au prorata temporis**, sera ainsi répartie par la Caisse nationale de solidarité de l'autonomie (CNSA). Elle sera mobilisable **en contrepartie d'un effort financier au moins égal des collectivités** et d'un engagement des assemblées départementales avant fin septembre 2020 à verser un montant de primes aux salariés **présents sur le terrain** pendant la période de crise. Les conseils départementaux ayant déjà versé la prime seront éligibles au soutien national, sous réserve*

¹⁵⁶ Communiqué de presse de l'ADMR, 15 juin 2020.

¹⁵⁷ *Ibid.*

du respect du montant global des primes versées au moins équivalent à l'aide exceptionnelle de l'Etat »¹⁵⁸. Le Président de la République, à Toulon ce jour-là, explique-lui aussi la mesure relayée par tous les médias nationaux : « Je veux adresser ce message de gratitude et de solidarité à toutes celles et ceux qui accompagnent plus d'un million de nos aînés et personnes en situation de handicap, leur permettant de se maintenir à leur domicile. Je l'ai vu ce matin à Toulon : par le temps que vous prenez avec chacun, par votre bienveillance, par vos sourires, vous incarnez cette Fraternité qui est au cœur de notre République. Face au COVID-19, vous avez joué un rôle essentiel auprès de toutes celles et ceux que vous accompagnez. Cela doit être reconnu. Une prime vous sera accordée, 160 millions d'euros y seront consacrés. Pour faire de la France une nation pleinement inclusive qui permette à chacune et chacun de vivre épanoui chez soi, nous avons besoin de reconnaître pleinement le risque de dépendance et la place de tous les aidants. Sens, reconnaissance, financement, gouvernance, attractivité des métiers, seront au cœur de la grande loi Autonomie que nous allons bâtir ensemble. »¹⁵⁹. Ces propos sont repris dans de nombreux médias (Libération, Public Sénat, l'Express...), y compris dans le journal télévisé de France 2. Les médias annoncent que 320 000 aides à domicile seront concernées : les salariées des particuliers ne sont pas comptées (en réalité, la France compte alors 578 000 aides à domicile si l'on inclut les salariées des particuliers employeurs¹⁶⁰).

D'après un rapport ultérieur de la CNSA, au mois d'août 2020, presque deux tiers des territoires n'avaient pas engagé de crédits pour financer la prime exceptionnelle¹⁶¹. Par ailleurs, dans le tiers de ceux qui s'y étaient déjà engagés (37), 15 d'entre eux voteront une nouvelle délibération. Par exemple, le département des côtes d'Armor qui avait initialement réservé la prime pour les services habilités à l'aide sociale l'étend après l'annonce du financement de l'Etat.

Dès septembre 2020 la CNSA communique aux collectivités territoriales le cadre prévisionnel d'attribution de ce soutien dont elle aura la gestion, avant de pouvoir procéder au versement lorsque la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021 sera adoptée en décembre¹⁶². Deux tiers des versements effectués par les départements aux services d'aide à domicile le seront pendant les mois de novembre et décembre 2020. L'article 4 de la LFSS définit le cadre du versement aux services d'aide à domicile, publics et privés. Il prévoit, comme promis, que les conseils départementaux ayant déjà accordé un financement aux services d'aide à domicile pourront être éligibles. Il indique également que les services devront s'engager auprès des départements à reverser l'intégralité des financements aux salariées éligibles. Il précise enfin que la contribution allouée par la CNSA « est répartie entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile au titre [de l'aide ménagères, l'ASH, l'APA et de la PCH]. Elle est versée aux départements dans la limite de la moitié du montant de prime exceptionnelle financé par chacun d'entre eux ». De plus, l'intégralité de la prime versée aux professionnels fait l'objet d'une exonération fiscale et sociale, sous réserve d'être versée avant le 31 décembre 2020. Au niveau national, la prime

¹⁵⁸ Communiqué de presse de l'Assemblée des Départements de France, 4 août 2020.

¹⁵⁹ Page Facebook du Président de la République Emmanuel Macron, 4 août 2020. <https://www.facebook.com/EmmanuelMacron/posts/2862192187346682> . Consulté le 25 novembre 2022.

¹⁶⁰ Audition de Christelle Avril au CESE, 2 septembre 2020.

¹⁶¹ CNSA, Attribution d'une prime exceptionnelle « COVID » aux professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile, Rapport d'information, CNSA, Paris, Mars 2021.

¹⁶² Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021.

est pensée de manière à pouvoir bénéficier à l'ensemble des professionnels : titulaires, contractuels, apprentis, toutes filières confondues, personnel de renfort notamment mis à disposition, à l'exclusion des intérimaires. Dans le courant de l'automne, la presse¹⁶³ relaie l'existence d'inégalités territoriales dans le versement de la prime.

Chargée du versement du financement et de la vérification de l'effectivité des aides, la CNSA rédige en mars 2021 un rapport destiné au Parlement pour rendre compte du versement de cette prime¹⁶⁴. Elle y précise que tous les départements français ont reçu un soutien pour le financement de la prime, à l'exception du Jura, de la Loire et de Mayotte. Ce rapport explique les modalités d'attribution et rapporte les différentes méthodes de calcul choisies dans les départements : alors que certains ont décidé d'attribuer la prime selon le nombre d'heures effectuées pour l'APA, la PCH ou l'aide-ménagère, d'autres ont également compté les heures de coordination administrative tandis qu'un troisième groupe a choisi de baser le calcul sur les heures réalisées en 2019. Par ailleurs, selon la CNSA, dans 30% des cas, les critères d'attribution de la prime ont été laissés à la discrétion de l'employeur. Alors que certains départements (la Meuse), reprennent les mêmes modes de calcul que ceux de la fonction publique, c'est loin d'être le cas de tous les départements. Plus généralement, pour l'éligibilité à la prime, les périodes d'activité, le type d'activité, les temps de travail ont varié : alors que certaines collectivités (Meurthe et Moselle par exemple) ont décidé de délivrer une prime de 1 500€ seulement aux salariées ayant exercé à temps plein pendant toute la période du confinement, d'autres collectivités ont versé la prime au prorata de la quotité du temps de travail effectif, tandis que d'autres choisissaient des critères plus généreux. Dans le département du Morbihan par exemple, la prime a été attribuée à chaque salariée présente au travail à partir de 5 % du temps effectif. Globalement la CNSA identifie 187 772 salariées comme bénéficiaires d'une prime « COVID ». De nombreuses aides à domicile ne l'ont donc pas reçue.

IV.8.2.2.3. Augmentations salariales dans les branches et réforme de l'APA.

En parallèle des discussions autour de la prime, les acteurs de la branche associative (la BAD) se mobilisent à partir de février 2020 pour obtenir l'agrément de l'avenant 43 par le Ministère des Affaires Sociales. De leur côté, les partenaires sociaux de la branche des entreprises (SAP) signent un accord d'augmentation salariale le 13 octobre 2020, avenant qui ne sera jamais étendu car un autre accord, signé le 7 janvier 2021, entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2021 et prévoira des augmentations légèrement supérieures. Pour la FESP, l'accord des partenaires sociaux dans la branche SAP (entreprises), signé par la CFTC Santé Sociaux et la CFDT Services en janvier est « historique » puisqu'il prévoit de passer d'un niveau de rémunération horaire de 10,03 à 10,25€ en niveau I, de 10,06 à 10,30€ en niveau II, de 10,09 à 10,35€, en niveau III et de 10,19 à 10,45€ en niveau IV¹⁶⁵.

Enfin, les partenaires sociaux de la branche des salariés du particulier employeur négocient une convention collective unique, rapprochant assistants maternels et salariés des particuliers employeurs. Elle est signée mi-mars 2021 par la FEPEM, la CGT, l'UNSA, FO le SPAMAF et la CFDT mais sans l'accord de la CSAFAM. Ces signatures précèdent directement la période

¹⁶³ Raynaud, Isabelle. « Prime covid : deux irréductibles départements ». *La Gazette*, 21 décembre 2020. <https://www.lagazettedescommunes.com/714507/prime-covid-deux-irreductibles-departements/> . Consulté le 25 novembre 2020.

¹⁶⁴ CNSA, *Attribution d'une prime exceptionnelle « COVID » aux professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile, Rapport d'information*, CNSA, Paris, Mars 2021.

¹⁶⁵ Avenant n° 6 du 7 janvier 2021 relatif aux salaires minima conventionnels.

d'élections professionnelles, entre le 22 mars et le 6 avril 2021¹⁶⁶, visant à établir la représentativité des organisations syndicales pour les salariés des particuliers employeurs et des TPE.

En ce qui concerne les associations (la BAD), Brigitte Bourguignon porte à l'automne 2020 un amendement dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021 (PLFSS), adopté à l'unanimité des parlementaires, permettant selon elle « *d'apporter un soutien massif aux départements, dans le but de revaloriser les salariés de la branche de l'aide à domicile* », avec une dotation d'un montant allant jusqu'à 150 millions d'euros pour 2021 et de 200 millions d'euros à partir de 2022¹⁶⁷. En s'appuyant sur l'adoption de cet amendement, la ministre déléguée agréée l'avenant 43 en juin 2021¹⁶⁸, ouvrant la voie à son extension par le ministère du Travail en juillet 2021¹⁶⁹ et son entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2021. Pour le gouvernement, « *l'entrée en vigueur de l'avenant 43 permettra d'assurer une refonte complète de la grille conventionnelle et entraînera une revalorisation salariale inédite, à hauteur moyenne de 13% à 15% pour les 209 000 personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), applicable dès le 1er octobre 2021* »¹⁷⁰, précisant qu'il s'agit des personnels des associations membres des fédérations ADMR, UNA, ADEDOM et FNAFP/CSF, membres de l'union (USB) représentant la partie employeur dans la branche de l'aide à domicile (BAD). Le gouvernement annonce que la CNSA couvrira, en 2021, 70 % des coûts de la revalorisation salariale via les financements versés aux départements pour l'APA, puis 50 % les années suivantes. Cette mesure cible donc uniquement les associations qui relèvent de la BAD et ne couvre pas les entreprises ni les particuliers.

Pour les syndicats, l'entrée en vigueur de cet avenant sera à l'origine d'une très grande sollicitation. Les différents représentants syndicaux rencontrés dans nos entretiens (CFDT, CGT, FO) organisent des tours de présentation de l'avenant 43, mais ils seront très vite interpellés par des salariés « *très mécontents, qui estiment avoir été mal reclassés* ». La CGT et FO critiquent la façon dont l'avenant est appliqué. Les syndicalistes regrettent la brièveté du temps consacré dans cette commission (la CPPNI, la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation de la branche) au règlement des conflits d'interprétation de l'avenant. Elles obtiennent finalement une augmentation de ce temps (2 demi-journées de réunion de la CCPNI par mois) afin de se pencher sur les dossiers, ce qui les mobilise largement. Selon les syndicats, les questions posées par l'avenant leur ont également amené de nouvelles adhésions, notamment dans les fonctions supports (administration) des services d'aide à domicile.

¹⁶⁶ Elle a pour conséquence donc de transformer la base électorale sur laquelle reposent les élections, et donc les taux de représentativité.

¹⁶⁷ Amendement à l'article 25 du PLFSS adopté en séance publique de l'Assemblée nationale, le jeudi 22 octobre 2020.

¹⁶⁸ Arrêté du 21 juin 2021 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif.

¹⁶⁹ Arrêté du 28 juillet 2021 portant extension d'avenants à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (n° 2941).

¹⁷⁰ « Publication au Journal Officiel de l'agrément de l'avenant 43 ». *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 02 juillet 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/publication-au-journal-officiel-de-l-agrément-de-l-avenant-43> . Consulté le 27 février 2021.

Par ailleurs, la branche est impactée par l'augmentation du SMIC, le 1^{er} octobre 2021 - simultanément avec la mise en œuvre de l'avenant 43- dans une problématique de réponse à l'inflation. Alors que l'accord prévoyait une augmentation de 2% pour les postes en bas de l'échelle de classification afin de dépasser le SMIC, ce dernier est augmenté de 2,2%, si bien que pour ces postes, le montant de salaire appliqué est celui du SMIC et non celui de l'accord (entretien avec Isabelle Roudil, 19 janvier 2022). Les salariées qui s'estiment mal classées dans la nouvelle grille font remonter leurs dossiers à la CPPNI.

L'extension de l'avenant 43 et son financement provoquent le courroux des fédérations d'entreprises commerciales, qui revendiquent, elles aussi, la capacité de mieux rémunérer leurs salariées et dénoncent les inégalités de traitement entre associations (relevant de la BAD, couvertes par l'avenant 43) et entreprises (convention SAP). En parallèle, la loi autonomie grand âge est finalement enterrée, les transformations des politiques de prise en charge des personnes âgées n'interviennent que par de simples changements de l'APA dans la LFSS à l'automne 2021.

En ce même automne 2021, un plan de 240 millions d'euros dédié à l'aide à domicile est adossé à la LFSS. Le projet prévoit la création d'un socle minimum de l'APA, fixé à 22€/heure, pour les prestataires (associations et entreprises) qui signeront des conventions avec les départements ; les salariées des particuliers ne sont pas concernés par ce tarif. Par ailleurs, une dotation qualité est prévue par rapport au tarif socle de 22€ pour une heure d'intervention à domicile. Ce bonus peut aller jusqu'à une majoration de 3€ par heure, portant la tarification à 25€, pour les structures d'aide à domicile lorsque leurs interventions sont considérées comme une nécessité particulière selon six critères son cumulatifs :

« 1) accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités ; 2) intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés ; 3) contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire ; 4) apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées ; 5) améliorer la qualité de vie au travail des intervenants ; 6) lutter contre l'isolement des personnes accompagnées »¹⁷¹. Seul le 5^{ème} critère comprend les conditions de travail. Le financement est assuré complètement par le gouvernement, via la CNSA, sans nouvelle charge pour les départements.

A l'hiver 2021, les salariées des particuliers employeurs font partie de la « première vague » de salariées à recevoir la « prime inflation » qui, cette fois, leur est versée directement, via le CESU¹⁷².

IV.8.3. Le développement de mobilisations

2.1. Des mobilisations en faveur des travailleurs étrangers sans papiers

Dès le début de la pandémie, plusieurs acteurs plaident pour la régularisation des sans-papiers « en première ligne », c'est-à-dire travaillant directement pour l'intérêt général, au risque de leur propre santé. Ainsi, peu de temps après le discours du Président de la République du 13 avril, des personnalités dont Pascal Brice et Louis Gallois publient le 21 avril 2020 dans le

¹⁷¹https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme_des_services_a_domicile_et_plfss_2022_-_notice_explicative.pdf

¹⁷² « Versement de l'indemnité inflation pour les salariés de particulier employeur ». URSSAF. <https://www.pajemploi.urssaf.fr/pajewebinfo/cms/sites/pajewebinfo/accueil/liste-des-actualites-2021/actualite-mapind.html> . Consulté le 25 novembre 2022.

journal Le Monde une tribune intitulée « *Notre nation doit montrer sa gratitude envers les étrangers qui affrontent cette crise avec nous* ».

La CGT, sous l'impulsion de Maryline Poulain, responsable de l'action pour les sans-papiers à l'intérieur du syndicat, semble également avoir joué un rôle important dans cette mobilisation soutenue par des ONG et par le parti politique La France Insoumise. Fait intéressant : dans la désignation des secteurs où ces travailleurs sans papiers se trouvent « en première ligne », « l'aide à la personne » ou « l'aide à domicile » ont toujours été mentionnées.

En août 2020, Marlène Schiappa, ministre déléguée à la citoyenneté reconnaît la nécessité de régulariser certaines de ces travailleuses, mentionnant cette fois dans la liste celles attachées à la garde d'enfants. Cette position est également portée par la Direction Générale des Etrangers en France (DGEF), mais bloquée par Gérald Darmanin, au ministère de l'Intérieur (entretien avec une syndicaliste engagée sur les droits des étrangers, 25 mai 2022). Le 17 octobre 2020, une manifestation pour la régularisation des sans-papiers est organisée.

Finalement, à l'automne 2020, le gouvernement prépare à la fois des régularisations au compte-gouttes et par circulaire¹⁷³, une procédure de naturalisation possible pour les aides à domicile. Cette circulaire prévoit ainsi de « reconnaître l'engagement des ressortissants étrangers pendant la crise du COVID-19 » et de réduire de 5 à 2 ans la durée minimale de séjour en France nécessaire pour obtenir la nationalité pour un groupe bien particulier aux contours flous, celui des « personnes ayant contribué activement, en première ligne, à la lutte contre la COVID-19, notamment les personnels de santé ». Ce document demande aux personnels des préfectures de s'assurer de « la contribution effective des personnes concernées » en indiquant que la notion de « service rendu important » pourra être utilisée. L'existence de cette procédure est relayée par les fédérations patronales, qui indiquent que les aides à domicile pourront être concernées. En parallèle, pendant toute la période, les procédures de régularisation prennent du retard (entretien, 25 mai 2022).

Un an plus tard, en septembre 2022, un communiqué de presse du Ministère de l'Intérieur indique que 12 012 travailleurs étrangers ont été naturalisés au titre de la circulaire, parmi lesquels « professionnels de santé, agents de sécurité ou d'entretien, garde d'enfants, caissiers, aides à domicile, éboueurs »¹⁷⁴. Il poursuit, en mentionnant : « la République s'honore d'accueillir en son sein ces nouveaux Français qui ont montré tant de détermination et de dévouement à servir leurs compatriotes ». Quelques semaines auparavant, la FEPEM annonçait vouloir mettre en place un « projet d'expérimentations pour une migration économique, inclusive et responsable dans nos territoires »¹⁷⁵, l'attention aux travailleuses étrangères se traduisant ainsi par une action de cette organisation patronale.

2.2. L'apparition d'un collectif, « la force invisible des aides à domicile » et son rapport compliqué aux syndicats

De nouvelles formes de mobilisation des salariées émergent pendant la pandémie, parfois déconnectées des négociations institutionnelles. Le collectif « la force invisible des aides à

¹⁷³ Circulaire de la ministre déléguée auprès du ministre de l'intérieur, en charge de la citoyenneté, 14 septembre 2020.

¹⁷⁴ Communiqué de presse du ministère de l'intérieur, jeudi 9 septembre 2021.

¹⁷⁵ « Le secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile va lancer un projet d'expérimentations pour une migration économique, inclusive et responsable pour répondre aux besoins de recrutements à horizon 2030 » FEPEM, 9 juillet 2021, <https://www.fepem.fr/le-secteur-des-particuliers-employeurs-et-de-l-emploi-a-domicile-va-lancer-un-projet-d-exp-erimentations-pour-une-migration-economique-inclusive-et-responsable-pour-repondre-aux-besoin/> . Consulté le 25 novembre 2022.

domicile » se constitue en une association nationale rassemblant 5000 membres environ (5 600 dans les groupes Facebook) s'appuyant sur un maillage de collectif régionaux.

Créée au début du premier confinement par Anne Lauseig (aide à domicile à Bordeaux), la page Facebook a d'abord servi d'exutoire à la détresse des professionnelles qui, sans masque, devaient continuer à s'occuper de patients vulnérables : *« on était le seul lien que le bénéficiaire pouvait avoir puisque tous les paramédicaux ne venaient plus à domicile. Donc c'était nous qui faisons le lien. La famille ne venait pas et c'est là où ils se sont rendus compte qu'on était important. »*¹⁷⁶. On retrouve des discussions sur les conditions d'emploi, le manque de formation, les emplois du temps entrecoupés avec de grandes amplitudes horaires, les bas salaires, les problèmes de santé liés au métier.

Le manque de reconnaissance des personnes employées et soignées est au cœur du nom et du logo du collectif. Une des femmes les plus actives du collectif, parle même de « mépris ». Les prises de parole soulignent l'importance inconnue de leur métier, notamment de l'aide psychologique apportée et du maintien de l'autonomie physique, intellectuelle et sociale des personnes aidées. Elles insistent sur la dignité due aux employées.

Sur la page Facebook du collectif, un thème très souvent abordé est celui des normes imposées et considérées comme des injonctions contradictoires ou ne relevant pas de la fiche de poste (que l'on retrouve aussi chez les personnels soignants des établissements): donner des médicaments parce que l'infirmière ne passera pas ou plus simplement couper les ongles ou les cheveux, actes non autorisés. Et pourtant, ces aides à domicile le font tout en craignant des remontrances des familles ou des donneurs d'ordre. Ces situations sont aussi en lien avec le Covid où des arbitrages entre consignes sanitaires et continuité des soins se sont posés quotidiennement.

Outre sa présence sur les réseaux sociaux, un « tour de France » du collectif est organisé en février 2021 et est marqué par des rencontres avec des élus, des opérations pour être visibles (notamment affiches sur les voitures et t-shirts), et, à l'automne 2021, l'organisation ou la participation aux projections du film « Debout les femmes ! » de François Ruffin et Gilles Perret. Le collectif national « La force invisible des aides à domicile » appelle à un rassemblement devant l'Assemblée nationale le 23 novembre, jour des questions au gouvernement, alors même que se tient le salon des services à la personne à Paris. Parmi les porte-parole de « La force invisible » figurent Anna Fenandez, syndiquée à la CGT et travaillant à l'ADMR du Loir et Cher, ainsi qu'Aurore Artigue, ancienne attachée parlementaire de Marie Pierre Vieu, députée européenne PCF jusqu'en 2019.

Au sujet des syndicats, l'intersyndicale « grand âge » de la CGT est réactivée à l'automne 2021. La CGT appelle à la grève des aides à domicile le 23 septembre, appel relayé par le mouvement de la « Force invisible » mais sans rencontrer de succès, un syndicaliste indiquant qu'une cinquantaine de personnes seulement étaient présentes à Paris dans la manifestation prévue ce jour-là. Le représentant rencontré de la fédération Commerce de la CGT souligne son rapport ambivalent au mouvement, qu'il essaie de suivre, mais souligne que celui-ci enlève les logos CGT lorsqu'il reprend des slogans du syndicat. Il relate en entretien recevoir des dizaines de messages d'insultes lorsqu'il poste des éléments signés CGT sur les réseaux du mouvement, ce qui l'a amené à arrêter d'intervenir. D'autres syndicalistes rencontrés ont également renoncé à suivre ce mouvement.

¹⁷⁶ Hiscock, Stéphane. « Gironde : « Les aides à domicile méritent de sortir de la précarité. » France bleu, 21 septembre 2021. <https://www.francebleu.fr/infos/societe/gironde-les-aides-a-domicile-meritent-de-sortir-de-la-precarite-1632148888> . Consulté le 25 novembre 2022.

IV.9. Policy debrief sur la Belgique (Chiara Giordano)

Citer comme : Chiara Giordano, « Les effets du COVID sur les politiques et le dialogue social dans le secteur du care auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile », Policy debrief COVICARE – Belgique

Ce *policy debrief* offre un aperçu des enjeux principaux du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées pendant la crise du COVID en Belgique et les conséquences tant pour les travailleuses du secteur que pour les bénéficiaires et la manière dont ces enjeux ont été traités. Plus précisément, il s'agit d'explorer le rôle joué par les acteurs nationaux et les interlocuteurs sociaux du secteur pendant la pandémie. Cette analyse explore également la manière dont tous ces acteurs ont travaillé ensemble pour faire face aux problèmes et incertitudes soulevées par la crise. Les résultats présentés ici s'appuient sur une revue de la presse belge parue entre février 2020 et décembre 2021, une analyse de textes et de sources secondaires, tels que les circulaires ministérielles et le matériel fourni par les professionnels du secteur (rapports internes, communiqués de presse, analyses, etc.), ainsi que 6 entretiens menés avec des professionnels du secteur du care et experts qui ont participé à la concertation sociale pendant la pandémie, à savoir :

- Le directeur de *Iriscare* (Organisme d'Intérêt Public, entité responsable en matière de protection sociale en Région bruxelloise – niveau de l'administration publique)
- Le directeur général de la FASD (Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile – organisation patronale)
- Un conseiller de la FGTB (organisation syndicale)
- Une secrétaire fédérale du SETCa et une conseillère du SETCa, FGTB (organisation syndicale)
- Deux responsables et une conseillère du service d'études de la FGTB Horval (organisation syndicale)
- La secrétaire générale de la FEDOM (Fédération wallonne des services d'aide à domicile – organisation patronale)

IV.9.1 - Le cadre institutionnel de la prise en charge des personnes âgées en Belgique

L'évolution du système du care aux personnes âgées en Belgique

Parmi tous les types de soins et d'accompagnement aux personnes âgées, les services résidentiels représentent historiquement le cœur de l'offre en Belgique, tandis que les services d'aide à domicile et les allocations financières ont joué un rôle plus marginal. Cela s'explique en partie par le fait que le système de protection sociale belge a été pendant longtemps basé sur une forte interconnexion entre l'intervention de l'État et le rôle fondamental de la famille (Leitner, 2003 ; Degavre et Nyssens, 2012).

En raison d'une série de changements démographiques, économiques et sociaux qui ont suscité une reconfiguration des services (Bettio et al., 2006 ; Gerhard et al., 2005 ; Simonazzi, 2009 ; Anderson, 2012 ; Ambrosini, 2013 ; Anderson et Schutes, 2014)

Comme dans d'autres pays européens, le secteur de l'aide à domicile fait l'objet d'un intérêt grandissant depuis plusieurs décennies, en raison d'une série de changements démographiques, économiques et sociaux qui ont demandé une reconfiguration des services. Le vieillissement de la population et l'entrée massive des femmes sur le marché de l'emploi à partir des années 1970, combinés à la marchandisation des services (avec une tension de plus en plus visible entre le secteur marchand et le secteur non marchand), la tendance vers la désinstitutionnalisation des soins (sorties anticipées de l'hôpital et institutionnalisation tardive de personnes âgées) sont tous des facteurs qui soulèvent des questions liées à la reconnaissance et la valorisation des métiers du *care*, la qualité des services et des emplois dans le secteur, l'organisation du travail et du personnel, et les qualifications, entre autres (Degavre et Nyssens, 2012 ; Dieu et Pironet, 2001).

Si l'on suit l'évolution du secteur de l'aide à domicile, en particulier d'une manière historique, il est important de souligner deux distinctions fondamentales. La première est celle entre l'aide à domicile (le *care* qui relève de l'action sociale) (Ballara et Lamargue, 2019) et les soins de santé. Les premiers ont une vocation sociale et d'accompagnement de la personne à domicile tandis que les seconds (effectués à domicile par des infirmières et/ou des aides-soignantes souvent ayant un statut d'indépendant) font partie du système des soins de santé.

Une seconde distinction importante concerne la séparation entre les services d'aide à la personne et les services de nettoyage à domicile, développés de manière parallèle et distincte. D'une part, un pôle « formel », comprend des services à vocation sociale financés par le public et s'articulant autour de la figure de l'aide familiale, qui dans les années 1950-70 s'adressaient à un public vulnérable varié, dont les personnes âgées ne constituaient pas nécessairement la majorité. D'autre part, un pôle « informel », de services de nettoyage essentiellement non déclarés (au noir) se développe de manière considérable à partir des années 1970 (Dieu et Pironet, 2001). Face à l'augmentation du taux de chômage, en 2001 l'État met en place un système de financement public très généreux, qui permet aux familles de recevoir des services de nettoyage à domicile en achetant des chèques (les titres-services) à des prix réduits et assortis de déductions fiscales. Ce système, prévu uniquement pour des services de nettoyage, dont les prestations peuvent être réalisées en l'absence du bénéficiaire – contrairement aux services d'aide à domicile qui sont effectués en sa présence – ne rentre donc pas dans le secteur de l'aide à domicile.

Les premiers services d'aide aux familles sont créés en 1949 et initialement ne se limitent pas à la prise en charge de la personne âgée (Ballara et Lamargue, 2019). À partir des années 1980 de nouvelles configurations apparaissent dans la manière dont l'offre d'aide à domicile est organisée et en termes d'acteurs impliqués. Les changements institutionnels et administratifs survenus ces dernières années – et plus précisément la 6^{ème} réforme de l'État en 2014, la dernière dans le secteur – introduisent une série de changements dans l'offre de services aux personnes âgées. Parmi les tendances les plus visibles, trois changements sont apparus i) le

transfert des responsabilités du niveau national vers le niveau local, qui se traduit en Belgique par un transfert de compétences de l'État fédéral vers les communautés et les régions dans les années 1980 et par la régionalisation de toutes les compétences dans le domaine de l'aide à domicile en 2014 ; ii) un renforcement global des services d'aide à domicile, avec le développement des politiques de maintien des personnes âgées à domicile, en invoquant des raisons liées au maintien de l'autonomie des personnes, au bien-être des personnes âgées et à leur désir de rester « chez elles » ; et iii) la privatisation croissante des services d'aide à domicile (ainsi que des services résidentiels). Ceci a des effets importants sur l'offre de services aux personnes âgées, avec notamment une fragmentation des services (types, qualité, prix, etc.), ainsi qu'un impact sur les métiers et sur les travailleuses elles-mêmes.

L'aide à domicile aux personnes âgées aujourd'hui

Encadré 6 : le secteur de l'aide à domicile étudié ici

Le secteur de l'**aide à domicile** à Bruxelles est aujourd'hui extrêmement fragmenté, avec un éventail d'options assez important. Pour couvrir l'ensemble de la demande de *care* les familles combinent souvent plusieurs services, offrant chacun des solutions très différentes. Face à la complexité du secteur, avec des services de plus en plus fragmentés et divers, il importe de définir quels services et métiers sont considérés dans cette analyse. Cette définition se base sur trois éléments. Premièrement, à partir de l'évolution du secteur telle que mentionnée précédemment, le secteur de l'aide à domicile n'inclut pas les services de type médical (couverts par le système des soins de santé), ni les services de nettoyage (couverts par le système des titres-services). Deuxièmement, en raison de la régionalisation des compétences et notamment de la distinction du système mis en place dans la Région flamande par rapport aux deux autres régions (Région de Bruxelles-Capitale et Région wallonne), notre regard se limitera sur les deux dernières, qui présentent plus de similitudes. Troisièmement, nous nous concentrerons sur les services d'aide à domicile du système de financement public et qui sont donc réglementés par ce système et couverts par la concertation sociale. Notre analyse s'orientera principalement sur ces derniers, tandis que d'autres types de services – à savoir les entreprises privées, le système des titres-services et le travail non déclaré – seront mentionnées, très brièvement, à la fin de ce chapitre.

De plus en plus centré sur la prise en charge des personnes âgées, le secteur de l'aide à domicile repose aujourd'hui sur un système d'**agrément publics**. Le financement public ne couvre que les entreprises sans but lucratif, qui reçoivent des financements à travers les agréments accordés par la COCOF et la COCOM (commissions communautaires francophone et commune, respectivement). Depuis 2016, des Organismes d'Intérêt Public (OIP) – Iriscare pour la Région de Bruxelles Capitale et l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité) pour la Région wallonne – existent pour s'occuper des agréments, des financements, du budget de toute la gestion du secteur de l'aide aux personnes âgées (services résidentiels et aide à domicile) et de la protection sociale en général. Ces organismes, qui représentent l'administration publique en matière de protection sociale (COCOF, COCOM et ministères), disposent d'une

personnalité juridique et fonctionnent selon une gestion paritaire (organisations patronales, organisation syndicales, prestataires, organismes assureurs et mutuelles, sont donc représentés en leur sein).

Le financement public est accordé aux entreprises titulaires d'un agrément sous la forme d'un quota ('contingents' d'heures), qui correspond à un nombre fixe d'heures de travail couvertes par l'agrément. Elles font partie des Services d'Aide à Domicile (SAD) en région Bruxelloise et des Services d'Aides aux Familles et aux Aînés (SAFA) en Région wallonne.

Grâce aux subsides publics, les entreprises avec un agrément public proposent des prix qui varient d'environ 0,50 euro à 7,50 euros l'heure et sont calculés en fonction du revenu du bénéficiaire. Hormis les services qui ne requièrent que des tâches ménagères, une évaluation médicale et sociale définit le type de service et le nombre approximatif d'heures auxquelles le bénéficiaire a droit. Malgré de légères différences dans la manière dont les réglementations institutionnelles sont mises en œuvre au niveau local, les prestataires avec agrément sont soumis à la même réglementation et présentent des caractéristiques homogènes en terme de types de services, de conditions de travail et de profil de travailleurs (Godard et Sammiez, 2007 ; De Donder et al., 2012). Une commission paritaire du secteur (CP 318.01) régit leurs conditions de travail, y compris les salaires. En ce qui concerne les bénéficiaires (aujourd'hui principalement des personnes âgées), ceux-ci ont généralement droit à un nombre limité d'heures par semaine, avec des services d'une durée comprise entre une demi-heure et trois heures, généralement entre 8 heures et 16 heures. Sauf exception (voir statut de garde à domicile), les soirées, les nuits et les week-ends ne sont pas couverts.

Allocations financières et Assurance Autonomie

En ce qui concerne les **allocations financières** destinées aux personnes âgées, deux instruments spécifiques existent en Belgique. L'APA (Allocation pour l'aide aux personnes âgées) est un instrument financier spécialement conçu pour les personnes âgées qui présentent un certain degré de dépendance. Le montant de l'allocation, qui varie de 50 à 375 euros par mois, dépend du degré de dépendance basé sur l'indice de Katz. En revanche, la GRAPA (Garantie de revenus pour les personnes âgées), dont le montant varie entre 750 et 1100 euros, vise à soutenir les personnes âgées qui ne disposent pas de revenus suffisants pour subvenir à leurs besoins en matière de soins.

L'**Assurance Autonomie** est une caisse d'assurance, séparée de la sécurité sociale habituelle, qui a comme objectif de fournir un soutien financier aux personnes fortement dépendantes, y compris les personnes âgées. Le montant attribué est accordé sans conditions de revenus et peut être utilisé par le bénéficiaire comme il le souhaite. L'assurance Autonomie existe en Flandre depuis 2002, et elle est actuellement en discussion dans les régions bruxelloise et wallonne (Ballara et Lamargue, 2019).

Les professionnels de l'aide à domicile

Hormis les autres profils de travailleurs à domicile, tels que les infirmières et les aides-soignantes, qui font partie du personnel soignant couvert par le système de soins de santé, les

profils principaux de l'aide à domicile comprennent les aides familiales, les aide-ménagères sociales et les garde à domicile.

L'**aide familiale (AF)** a comme mission de permettre au bénéficiaire de continuer à vivre dans son domicile tout en s'assurant de sa bonne qualité de vie. Elle accomplit, avec le bénéficiaire, les gestes de la vie quotidienne, tels que préparer les repas, accompagner, faire les courses, aider dans des démarches administratives, organiser le budget ou encore entretenir la maison. « Elles assurent également un rôle sanitaire (veiller à la santé, l'hygiène, la sécurité), un rôle éducatif (conseil et soutien des familles, favoriser l'autonomie...), une aide relationnelle (écouter et identifier les difficultés, soutenir par la présence, le dialogue ») (Dieu et Pironet, 2001). Pour exercer la profession, les AF doivent avoir suivi une formation spécifique reconnue d'une durée d'environ 12 mois.

L'**aide-ménagère sociale (AMS)** effectue l'entretien ménager de la résidence (nettoyage, maintien et amélioration de l'hygiène de l'habitation, etc.) et intervient en présence du bénéficiaire. A la différence du travail réalisé dans le cadre du système des titres-services, la mission de l'aide-ménagère sociale est de contribuer au bien-être et à l'autonomie de la personne. Malgré sa mission 'sociale', l'AMS fait partie du personnel technique (ouvrier) et la profession peut être exercée sans diplôme.

La **garde à domicile (GAD)** assure une présence et une surveillance active et ses prestations peuvent être réalisées pendant la journée ou la nuit. Concrètement, elle veille à la prise des médicaments et des repas et assure un accompagnement au travers d'échanges relationnels. Pour exercer la profession, les GAD doivent être titulaires d'une formation spécifique reconnue du même type que celle des AF. Le statut de garde à domicile existe uniquement en Région wallonne, et pas en Région bruxelloise, où ces métiers ne sont pas couverts par la réglementation et la convention collective concernées (Ballara et Lamargue, 2019).

Tableau 8 – Statut des métiers de l'aide à domicile selon la région

Région	Professionnels ayant un statut		
	Aide familiale	Aide-ménagère sociale	Garde à domicile
Bruxelles-Capitale	X	X	
Wallonie		X	X

Les statuts sont fixés dans des textes qui régissent les services d'aide à domicile (SAD) à Bruxelles et les Services d'Aide aux familles et personnes âgées (SAFA) en Wallonie.

La fragmentation du secteur de l'aide à domicile

Bien que ce *policy debrief* se concentre principalement sur les services d'aide à domicile agréés par des organismes publics, il est essentiel d'évoquer que le secteur est hautement fragmenté. En plus des services agréés, il existe une multitude d'autres options de forme et de nature différentes qui sont de plus en plus utilisées par les personnes âgées et leurs familles. Les principaux systèmes, souvent utilisés de manière parallèle et/ou complémentaire aux services d'aide à domicile agréés, incluent i) les entreprises privées sans agrément public, ii) le système des titres-services, et iii) l'économie informelle.



Les entreprises privées sans agrément et subsides publics

Depuis les années 1990 et en réponse à la demande croissante de *care*, un nombre considérable d'initiatives privées sans agrément se sont développées dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ces initiatives, qui ne sont pas soumises à la réglementation ou au contrôle de l'État, répondent à des besoins et à des bénéficiaires différents et offrent des services qui varient énormément en termes de prix, de type de service, mais aussi de conditions de travail des travailleuses (salaire, type de contrat, horaires de travail, couverture sociale, congés, avantages, etc.) (Giordano, 2022). Comme ces entreprises privées ne reçoivent pas de financement public, le coût des services est généralement plus élevé et ces entreprises ont tendance à avoir un public issu des classes sociales aisées.

Le système des titres-services

Le système des titres-services est un dispositif qui permet aux particuliers de payer des services à domicile à un tarif réduit. Il a été introduit en Belgique en 2004 pour lutter contre le travail au noir et pour encourager l'emploi dans le secteur des services à domicile. Les utilisateurs peuvent acheter des titres-services, subventionnés par l'État, pour rémunérer des travailleurs effectuant certaines tâches ménagères. Les particuliers achètent des titres-services auprès de sociétés agréées. Chaque titre-service représente une heure de travail et est subventionné par l'État, ce qui réduit le coût pour l'utilisateur final. Les sociétés agréées emploient les travailleurs et s'assurent du respect des conditions de travail. Elles sont également responsables de la gestion administrative et du suivi des prestations. Le système des titres-services est conçu principalement pour couvrir des tâches ménagères de base, tels que nettoyage, repassage, lessive, préparation de repas simples et petits travaux de couture, et non les services de *care*. Même s'ils ne peuvent pas être utilisés pour des prestations d'aide à domicile qui impliquent des soins personnels ou médicaux et l'aide aux personnes âgées ou dépendantes, ils sont souvent utilisés à ces fins en l'absence d'autres options.

L'économie informelle

Le travail non déclaré, souvent assuré par des travailleuses migrantes, parfois avec un statut administratif irrégulier, est de plus en plus répandu dans le secteur de l'aide à domicile et constitue une alternative moins coûteuse, moins sécurisée et non réglementée (Giordano, 2022). Ce système parallèle présente des risques significatifs pour les travailleurs et les bénéficiaires : 1) Manque de protection sociale (les travailleuses ne bénéficient pas des droits sociaux tels que la sécurité sociale, les congés payés, ou l'assurance maladie ; 2) Absence de garanties de qualité (dans le cadre de l'économie informelle, aucune réglementation ni obligation en termes de formation) ; 3) Exploitation et conditions de travail précaires (horaires irréguliers, salaires bas, absence de contrats formels).

La concertation sociale dans le secteur

Les principaux acteurs de la concertation sociale dans le secteur de l'aide à domicile sont les entités fédérées régionales, au niveau de l'administration publique, les organisations patronales et les organisations syndicales.

Iriscare et l'AVIQ (dans la Région flamande existe un système différent) sont des Organismes d'Intérêt Public (OIP) qui agissent au nom de la COCOF et de la COCOM (entités fédérées), dont elles ont hérité les compétences en matière de protection sociale. Dans la concertation sociale, ils représentent le niveau de l'administration publique. Ils ne gèrent pas les soins de santé, compétence fédérale, mais sont responsables de l'aide et de l'accompagnement des familles et des personnes âgées, compétences régionalisées en 2014. Concernant l'aide aux personnes âgées, ils gèrent les maisons de repos et les services d'aide à domicile : agréments, financements, règlements, barèmes des prix pour les bénéficiaires, barèmes salariaux pour les travailleurs, etc. Ils sont soumis à un contrôle au niveau ministériel.

Les organisations patronales et les syndicats sont organisés autour des « piliers » historiques, selon le système de pilarisation de la société belge (piliers chrétien, socialiste, libéral).

Les trois principales organisations syndicales en Belgique – la CSC (Confédération des Syndicats Chrétiens), la FGTB (Fédération générale du travail de Belgique) et la CGSLB (Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique), correspondent respectivement aux piliers chrétien, socialiste et libéral – actifs dans le secteur de l'aide à domicile.

Tableau 9 – Organisation syndicales dans le secteur de l'aide à domicile

Région (s)	Organisations syndicales
Belgique	Confédération des Syndicats Chrétiens (CSC) Centrale Nationale des Employés (CNE) (dont secteur non-marchand : hôpitaux, maisons de repos...) - représente ouvriers et employés
Belgique	Fédération générale du travail de Belgique (FGTB) FGTB Horval (ouvrier) Syndicat des Employés, Techniciens et Cadres de Belgique (SETCA) (dont secteur non-marchand : infirmier...)
Belgique	Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique (CGSLB) non-marchand et enseignement (employé-ouvrier) Services aux personnes (titres-services)

Source : Ballara et Lamargue, 2019

Les organisations patronales sont des fédérations regroupant les prestataires de services d'aide à domicile qui possèdent un agrément public.

Tableau 10 – Organisation patronales dans le secteur de l'aide à domicile (1)

Région (s)	Secteur non-marchand
Belgique	UNion des entreprises à Profit SOcial (UNIPSO) Confédération intersectorielle et pluraliste qui défend le fonctionnement du secteur à profit social (non-marchand), et représente des fédérations d'employeurs des secteurs public et privé, actives dans le domaine de la santé, l'accueil et l'hébergement des personnes âgées, l'aide et les soins à domicile et la petite enfance.
Bruxelles	Confédération Bruxelloise des Entreprises Non-Marchandes (CBENM) ASBL qui représente les employeurs, privés et publics, du secteur à profit social de la Région de Bruxelles-Capitale. Elle est active dans les domaines : des soins de santé, l'aide à domicile...

Source : Ballara et Lamargue, 2019

Tableau 11 – Organisation patronales dans le secteur de l’aide à domicile (2)

Région (s)	Domaine de l’aide et des soins à domicile
Bruxelles et Wallonie	Fédération des Associations Sociales et de Santé (FASS - membre de l’UNIPSO) - CP 330 et 332 Cette Confédération rassemble plusieurs fédérations d’employeurs du secteur extra hospitalier, de l’action sociale et de la santé à travers la Wallonie et Bruxelles.
Bruxelles	Coordination Bruxelloise d’Institutions sociales et de Santé (CBI - membre de la CBENM) - C.P. 330 Cette Fédération d’employeurs bruxellois concerne le secteur à profit social de la santé et de l’aide aux personnes. Elle regroupe les institutions de soins privées d’inspiration chrétienne et à but non lucratif de la Région de Bruxelles-Capitale.
Wallonie	Fédération Wallonne de services d’aide à domicile (FEDOM) - CP 318.01 La FEDOM regroupe 11 services privés d’aide à domicile répartis sur le territoire wallon.
Bruxelles et Wallonie	Fédération de l’Aide et des Soins à Domicile (FASD) La FASD regroupe 11 services privés répartis sur le territoire bruxellois (1), la Wallonie (9) et la Communauté germanophone (1). Ces services disposent de toute la gamme de services d’aide et de soins à domicile.
Bruxelles et Wallonie	Fédérations des Centres de Soins et Services à Domicile (FCSD) La FCSD regroupe 16 services privés (dont 2 à Bruxelles) : 10 centrales de services à domicile et 6 services associés. Certains services proposent des services d’aide et de soins à domicile, tandis que d’autres sont axés sur l’aide uniquement.
Bruxelles	Fédération des Services Bruxellois d’Aide à Domicile (FSB) - CP 318.01
	La FSB regroupe les 25 services d’aide à domicile de Bruxelles (publics/privés et francophones/flamands), ainsi que le service de garde à domicile Gammes. Parmi ces services, deux services pratiquent à la fois l’aide et les soins et disposent d’une cellule garde d’enfants malades.
Wallonie	Union des Villes et Communes de Wallonie (UVCW) Au sein de l’Union des Villes et Communes de Wallonie, la Fédération des CPAS défend les intérêts des centres publics d’action sociale de Wallonie. On compte 55 SAFA dans les CPAS (secteur public).
Bruxelles et Wallonie	Confédération des Centres de Coordination de Soins et Services à Domicile – CP 318.01 Cette confédération représente pour le secteur privé non-marchand la grande majorité des services infirmiers salariés à domicile ainsi que les centres de coordination intégrée pour la partie francophone du pays.
Bruxelles et Wallonie	Association des Centres de Coordination de soins et de services à domicile (ACCOORD) Cette Fédération regroupe plus de 30 Centres de Coordination de Soins et Services à Domicile situés en Communauté française.
Wallonie	Association des services d’aides aux familles et aux aînés (ASSAF) Cette association rassemble les services publics et privés du secteur de l’aide à domicile en Wallonie. Quatre fédérations sont membres de l’ASSAF : FEDOM, UVCW, FCSD, FASD.

Source : Ballara et Lamargue, 2019

La crise COVID en Belgique

La propagation du COVID-19 sur le territoire national est officiellement confirmée par les autorités belges au début du mois de mars 2020. Comme dans d’autres pays européens, les premières mesures de confinement, annoncées le 13 mars, imposent la fermeture des écoles et de toutes les activités économiques, culturelles et sociales qui ne sont pas reconnues comme « essentielles », la limitation des déplacements transfrontaliers et à l’intérieur du territoire national, l’imposition d’un système de télétravail pour toutes les professions dont le travail peut être effectué à distance, ainsi que la limitation des contacts sociaux aux personnes vivant sous le même toit (Jamart et al., 2020).

Dès le début de la crise, le gouvernement fédéral doit faire face à des problèmes spécifiques, principalement liés aux capacités du système de soins de santé et des hôpitaux en particulier, au manque de matériel pour les travailleurs de première ligne et au manque de coordination entre les institutions, les hôpitaux et les médecins. Dans ce contexte, la priorité est donnée aux hôpitaux, laissant de côté les autres structures d'accueil, notamment les maisons de repos pour personnes âgées et les centres d'hébergement pour personnes handicapées (Jamart et al., 2020). Les conséquences sont dramatiques pour les maisons de repos, qui deviennent rapidement les épicentres des infections et des décès liés à COVID (Bergfeld, 2021). Ce n'est que dans les phases ultérieures de la crise et en réaction à l'augmentation dramatique des taux de mortalité dans les maisons de repos que les soins résidentiels pour personnes âgées font l'objet d'une plus grande attention.

Malgré leur position en contact direct avec des groupes vulnérables (principalement des personnes âgées), les prestataires de services d'aide à domicile ne reçoivent que peu ou pas d'attention, au point que leurs travailleurs sont désignés comme « les grands oubliés » de la pandémie (Degavre et al., 2020). Comme l'exprime le directeur d'Iriscare lors de notre entretien, « *en fait, on s'est moins préoccupé des soins à domicile... les choses étaient plus faciles par rapport aux maisons de repos* » (Iriscare). En raison des caractéristiques de leur travail, les prestataires de services d'aide à domicile et les travailleurs et travailleuses de première ligne sont confrontés à certaines des difficultés rencontrées dans les établissements résidentiels, mais aussi à des problèmes spécifiques.

Comme dans le secteur résidentiel, les prestataires d'aide à domicile sont exposés à des problèmes structurels, tels que le manque de matériel d'équipement et de directives précises sur la manière de protéger les travailleurs et les bénéficiaires. Tout d'abord, la nature « domestique » de leurs services les rend particulièrement invisibles, à la fois au niveau politique et dans le domaine de la coordination entre les services et les autorités publiques (Giordano, 2022). Une autre conséquence, qui devient immédiatement visible après l'annonce du premier confinement le 13 mars et qui dure jusqu'à la fin du premier confinement, est la réduction importante du nombre d'heures de services fournis. Celle-ci est due à la diminution de la demande de la part des personnes âgées et des familles, l'annulation des heures de travail pour cause de maladie confirmée, de symptômes suspects liés au COVID et pour d'autres raisons limitant leur disponibilité, comme la fermeture des écoles et à la limitation des possibilités de garde d'enfants pour les familles. Ceci est particulièrement visible pour les femmes ayant des obligations familiales (Giordano, 2022).

Les parties suivantes examineront en détail comment les problèmes ont été gérés au niveau national, la collaboration entre les acteurs du secteur de l'aide à domicile face aux défis de la pandémie, leur contribution à la gestion de la crise et la possible reconfiguration du secteur. L'analyse présentée est articulée autour de trois axes : i) la protection des travailleuses et des personnes âgées pendant la crise (partie IV.9.2) ; ii) les ressources financières (partie IV.9.3) et la collaboration entre les interlocuteurs sociaux pendant la crise (partie IV.9.4). La partie IV.9.5 est consacré à l'analyse des conséquences positives et négatives dans le secteur de l'aide à domicile.

IV.9.2 : La protection des travailleuses et des personnes âgées pendant la crise

Le matériel de protection

Au début de la crise, quand le premier confinement est annoncé en mars 2020, la Belgique fait face à une forte pénurie de masques buccaux et de matériel de protection (gants, blouses de protection, gel hydroalcoolique). Ce manque de matériel de protection, qui met en évidence des problèmes structurels épineux touchant à la gestion des soins de santé et qui alimente des discussions virulentes dans les médias, devient la raison principale de la mise en place d'un système de priorisation par le gouvernement fédéral. Le peu de matériel de protection à disposition est donné en priorité aux soins intensifs et aux hôpitaux, avec des consignes de rationalisation au nom de la santé publique. La première circulaire fédérale envoyée aux services SAFA, le 17 mars 2020, mentionne la pénurie de masques et diffuse l'information d'un prochain approvisionnement des services dès la réception du matériel par le gouvernement fédéral. Cette circulaire invite aussi à « *rationaliser l'utilisation des produits et à éviter le gaspillage* » (17 mars 2020). D'ailleurs, le 21 mars 2020 les SAFA reçoivent une circulaire spécifique et détaillée sur l'utilisation des masques, ayant comme objectif de « *promouvoir l'utilisation rationnelle des masques médicaux et des autres moyens de protection. Leur utilisation abusive constitue en effet une mise en danger directe de la santé publique (pénurie et spéculation)* ».

Dans un premier temps, ni le personnel des maisons de repos, ni les travailleuses de première ligne de l'aide à domicile ne reçoivent de matériel de protection. Le 4 et le 10 avril 2020, des articles de presse dénoncent l'absence de reconnaissance du secteur de l'aide à domicile comme « secteur pénible », ils relèvent le manque « cruel d'équipements, notamment de masques (les chaînes de télévision BX1 et RTBF respectivement). Ils dénoncent aussi les instructions reçues par le SPF (le ministère) qui demande de ne pas changer les masques pour chaque patient, sauf si ce dernier a le COVID. Jusqu'au 23 avril, quand les premiers stocks de masques arrivent, le secteur demande à être considéré comme prioritaire et réclame le matériel de protection (La Libre, 23 avril 2020). Lors des deuxième et troisième vagues de la pandémie, quand le matériel est enfin disponible pour toute la population en quantité suffisante, la question des masques est encore mentionnée dans les principaux journaux nationaux, avec les témoignages des aide-ménagères qui rapportent les difficultés rencontrées lors des premières vagues (RTBF, 14 mai 2021).

Le manque de masques est mentionné par tous les répondants comme le problème le plus pressant rencontré pendant le premier confinement. Face aux pressions du gouvernement pour que les services d'aide à domicile soient assurés aux bénéficiaires en situation de vulnérabilité, les prestataires et les travailleurs doivent initialement s'adapter et mettre en place des solutions individuelles. Lors d'un entretien avec deux dirigeants et une conseillère du syndicat FGTB (secteur Horval), les répondants mettent en avant deux questions cruciales liées au manque de matériel. D'une part, ils dénoncent que dans la priorisation des travailleurs dits « essentiels », les aides à domicile reçoivent le matériel de protection après les autres et en plus petite quantité, avec des conséquences directes sur la santé des travailleuses et des bénéficiaires. D'autre part, ils dénoncent cette carence, liée à l'urgence de maintenir les

prestations, amenant les organisations et les travailleuses elles-mêmes à mettre en œuvre des stratégies de survie pendant plusieurs semaines.

« T : Dans les travailleurs essentiels les derniers servis ça a été le secteur de l'aide à domicile, en termes de rapidité et en termes de quantité. Parce que les employeurs ont quand même dû faire beaucoup d'efforts pour essayer de trouver des filières d'approvisionnement pour... »

M : Puis il y avait des travailleuses-mêmes qui confectionnaient leur masques.

T : Oui, oui, ça a été le règne de la débrouille. Il y a des travailleuses – c'est utile de le mentionner – comme ils n'avaient pas de moyens, ils se fabriquaient eux-mêmes... Il y a des services qui ont organisé des ateliers de couture pour pouvoir distribuer des masques.

P : Moi j'ai connu... tu avais des déléguées qui fabriquaient tous les masques pour fournir à leurs collègues, parce qu'ils n'en n'avaient pas au début.

T : [...] Et puis les aides familiales elles avaient autant de masques par semaine. Ça veut dire qu'elles avaient parfois un masque pour un jour, parfois pour deux jours, et elles avaient un masque, il fallait pas se plaindre ! C'était déjà bien...

M : C'était pas les chirurgicaux non plus...

T : Oui, parce que dans les hôpitaux, selon les départements on avait – je me rappelle plus, mais c'était les masques blancs, puis on avait les masques bleus, il y avait des masques qui filtraient plus que d'autres... les aides familiales travaillaient avec des masques en tissu, hein ! C'était au début le règne du bricolage. Ça a quand même duré un certain temps. Puis après les stocks sont arrivés, les services ont commencé à être approvisionnés... donc on a vu les masques en tissu disparaître progressivement au profit des [masques] FP2, je pense ».

Les fédérations des employeurs rencontrées dans le cadre de cette étude (la FASD et la FEDOM), racontent avoir commandé des lots de masques à l'étranger, pour pouvoir les fournir au personnel de première ligne. Cette initiative a été réalisée sans le soutien financier du gouvernement, ce qui a généré une perte financière initiale assez importante.

« Et notre job à ce moment-là ça a été, voilà, de compenser cette absence d'investissement. Donc nous on a... notre responsable marchés publics, qui a d'ailleurs très mal vécu cette période-là et qui est tombé en 'burnout' après, a joué le rôle de trader, en fait. Elle est passée de responsable marchés publics à trader, puisqu'on a dû négocier notamment avec la Chine, des entreprises chinoises, pour faire venir en cargo des caisses de masques. Avec dans ces lots qu'on a acheté à l'époque des caisses de masques qui ont été bloquées à la frontière, parce que plus rien ne rentrait sans qu'il passe par l'aval du SPF [Ministère]. [...] On a dû démontrer qu'on n'avait pas l'intention de vendre, par une entreprise marchande derrière, de faire venir des masques de l'étranger. Et donc nous il y avait une utilité de première ligne, et donc on a quand même pu les avoir, elles sont quand même arrivées. Mais c'est des semaines, voire des mois de négociations, entre le moment où on trouve une entreprise qui veut bien nous les envoyer et pas à un prix dérisoire, parce que là aussi, on a fait la demande, on a commencé à acheter des masques à plusieurs euros par pièce dans certaines offres. Et donc là ça a un coût. Tout ça non financé, au départ. Parce qu'on n'a aucun financement

pour du matériel dans ce volume-là. En soins infirmiers on n'a pas de financement... enfin, le financement est déjà très précaire. Et dans les métiers de l'aide il y a aucun financement de matériel de protection ». (FASD)

C'est seulement vers la fin du premier confinement, quand les masques sont arrivés en Belgique en nombre suffisant, que le gouvernement a pu fournir des stocks de masques aux services d'aide à domicile. Néanmoins, un autre problème mentionné par les répondants concerne l'évolution des recommandations concernant le matériel à utiliser et la manière de l'utiliser. Même dans une situation où chacun pouvait facilement se procurer des masques, les responsables des fédérations déplorent les difficultés liées à la complexité des instructions d'une part, et aux changements de règles d'autre part, parfois d'un jour à l'autre.

« ...à chaque fois que Sciensano [organisme de recherche public en charge de la politique scientifique fédérale] renvoyait des nouvelles recommandations, et avec après les masques qui arrivaient... Après il a fallu gérer les distributions de masques qu'on a obtenus de l'administration, avec aussi parfois des péripéties dans ces masques. On a reçu parfois des masques où 15 jours après on nous disait « bah, ces masques-là il ne faut pas les utiliser, ils ne sont pas bien ». Mais en même temps ils sont partout, ils sont déjà utilisés, ils sont chez les travailleurs. Donc, nous on va pas s'amuser à [les récupérer]... Je ne sais pas si vous vous souvenez... on avait à l'époque un tableau avec tous les types de masques qui étaient distribués, avec la déclinaison et des codes couleurs ». (FASD)

La question des masques est évoquée par les prestataires comme un enjeu dramatique vécu en début de crise, mais aussi comme un facteur problématique pour le futur. Si, d'une part, la crise a montré la nécessité de garder du matériel en suffisance pour faire face aux épidémies futures afin d'éviter les problèmes d'approvisionnement gérés en urgence dans cette crise, ceci s'est traduit par l'imposition aux services d'aide agréés de garder un stock important de matériel non périmé. Cette nouvelle règle n'a pas été accompagnée par un système de financement supplémentaire qui pourrait être utilisé à ces fins. D'autre part, comme souligné par le directeur de la FASD, l'expérience de la pandémie et l'obligation d'utiliser des masques avec les bénéficiaires a créé des « habitudes » chez les travailleuses qui, selon lui, ne sont pas durables en termes financiers.

« Parce qu'à la sortie de la crise COVID on nous a imposé d'avoir un stock stratégique. On est obligé. Donc, les structures, toutes les structures subventionnées, ont l'obligation maintenant d'avoir un stock stratégique de masques. Alors, en sortie de crise tout le monde a reçu ce stock, parce que c'était tout ce qui restait dans les entrepôts des pouvoirs publics. Ils ont liquidé tout ce qu'ils avaient dans les entrepôts, en disant [...] : tout le monde doit avoir un stock de minimum 3 mois au regard de son personnel et son champ d'action. Mais non seulement maintenant il y a un réflexe d'utilisation de ces masques dans certaines situations... ici par exemple on a des travailleurs qui ont ressorti des masques. [...] Il y a des travailleurs qui ont pris le réflexe « je me sens pas bien, j'ai le nez qui coule, je commence à tousser : je mets un masque ». Ce qu'on faisait pas avant, ou beaucoup moins. Et donc on continue à consommer les masques et le stock qu'on a. Et après, deuxième élément, ces masques ont une durée de vie limitée. Il y a des dates de péremption sur les masques. [...] À un moment chaque

structure va devoir faire la même chose : ils sont plus valables depuis quelques mois, est-ce qu'on les garde ? est-ce que c'est sérieux de continuer à garder des masques que de toute façon normalement on est plus censé mettre, parce qu'ils seraient plus protégeant ? [...] Donc, l'obligation retombe sur les opérateurs de terrain, mais qui sont pas financés pour ça. Et donc, le jour où on doit racheter les masques, on doit renouveler ces masques, il va falloir sortir ces dizaines et centaines de milliers d'euros ». (FASD)

Même si l'approvisionnement des masques a été vécu comme un enjeu crucial, certains répondants mentionnent d'autres problèmes qui relèvent de la protection des travailleuses pendant la pandémie et qui ont touché ce secteur en particulier. La question de la « désinfection » du matériel (vêtements, véhicules, etc.), par exemple, a été vécue par les aides à domicile comme un facteur de risque et d'appréhension.

« On a eu de très longs débats pour définir ce qu'était le matériel de protection qui était indispensable ou pas. Et j'ai eu un débat assez exemplaire : c'était sur les véhicules. Parce qu'un des particularismes des aides familiales c'est qu'elles prennent des bénéficiaires dans leur véhicule privé pour aller faire des courses avec eux, ou pour aller voir un médecin, ou pour aller à l'hôpital... Elles le prennent dans leur véhicule privé. Bon, les gens sortent du véhicule et les aides familiales étaient pas rassurées. Comment est-ce qu'on désinfecte ? Parce qu'une ambulance à l'époque pour chaque intervention il y avait une demi-heure de nettoyage qui était prévue, où on désinfectait tout. Et puis l'aide familiale elle prenait quelqu'un dans sa voiture, elle sortait quelqu'un de la voiture et puis elle retournait au travail. Toute la question se posait aussi des vêtements de travail. Parce qu'à l'hôpital on travaillait et puis après on prenait ses vêtements, on les mettait dans des poubelles. Là les gens ils arrêtaient de travailler et puis ils allaient chez le client suivant avec les mêmes vêtements. Et donc il y a eu des grands débats sur tout le principe de désinfection ». (FASD)

Continuer à travailler / droit de retrait

Une des premières questions qui se pose dès le début de la première vague de la pandémie est de déterminer quels sont les travailleurs qui peuvent (et ceux qui doivent) se rendre au travail, en tant que travailleurs « essentiels ». Comme mentionné dans la partie IV.9.1 le gouvernement fédéral a commencé par mettre à l'arrêt toute activité dite non-essentielle. Si les professionnels de la santé (notamment ceux des unités de soins intensifs et des hôpitaux) sont immédiatement reconnus comme des travailleurs essentiels, et donc tenus de maintenir la continuité des services dans la mesure du possible, au début de la pandémie le gouvernement ne donne pas d'instructions précises pour les services à domicile. La recommandation générale, rapportée d'ailleurs par des articles de presse, est que les travailleuses des métiers de l'aide à domicile – que ce soient les services d'aide à la personne avec agrément ou les travailleuses des titres-services (nettoyage) – *peuvent* continuer à se rendre au travail, mais sans obligation (RTBF, 13 et 16 mars 2020). Dans les médias l'attention principale est accordée au système des titres-services. On constate d'ailleurs une confusion, tant dans les médias que dans le discours public que celui des autorités, entre les aide-

ménagères titres-services et les aide-ménagères sociales et aides familiales employées dans le secteur de l'aide à domicile.

Les semaines qui suivent sont marquées par un débat animé, y compris dans les médias, opposant ceux qui estiment que les travailleuses doivent assurer la continuité et ceux qui demandent l'interruption des services afin de protéger les travailleuses et les usagers. Concernant les titres-services, dès le début de la pandémie, plusieurs entreprises demandent d'arrêter officiellement l'activité de l'aide au ménage pour prévenir tout risque. À partir des premières semaines plusieurs entreprises ferment, également en réaction à l'augmentation des annulations de services par les clients, et ne reprendront leur activité (presque) normale qu'en mai 2020. Concernant les services d'aide à domicile aux personnes âgées avec agrément public, la question est plus complexe. De manière générale, on recommande aux services d'aide à domicile d'assurer dans la mesure du possible la continuité des services, en privilégiant les situations considérées comme urgentes et indispensables.

Le représentant d'un syndicat décrit cette différence de cette manière:

« Quand il y a eu la période COVID les titres-services se sont retirés. Eux avaient la possibilité de dire 'nous on ne va plus travailler, on va recevoir des allocations de chômage majorées'. Les aides familiales c'était [...] des travailleurs essentiels, voilà. Donc, c'était devenu des travailleurs essentiels et donc eux devaient aller au travail. Leur statut justifiait leur existence [...],]les personnes ne savaient pas vivre sans elles. Après, on s'est rendu compte que c'était des travailleurs essentiels, mais qu'on avait pas besoin de les payer comme des travailleurs essentiels ». (FGTB Horval)

Alors que les mesures annoncées par le fédéral demeurent vagues et concernent principalement le personnel soignant, les entités régionales en charge de l'aide à domicile font un travail d'« interprétation » de ces mesures et fournissent les informations aux fédérations et aux prestataires. Contrairement aux prestations de nettoyage incluses dans le système des titres-services, les prestations de l'aide à domicile à la personne doivent être assurées, mais « par manque d'effectifs, une priorisation des situations à prendre en charge doit avoir lieu. Les situations seront évaluées en termes de santé, d'isolement, de réponses aux besoins élémentaires et vitaux [...]. Tenant compte de ce contexte, il se peut que les conventions ou les plans d'aide consécutifs soient momentanément modifiés » (AVIQ, 17 mars 2020).

Le manque de précisions dans les recommandations, combiné aux carences de matériel de protection pour les travailleuses de première ligne, alimentent un débat avec des visions divergentes chez les interlocuteurs sociaux, du moins dans les premières semaines. Notamment, si les fédérations des employeurs et les prestataires ne prennent jamais véritablement en compte l'éventualité d'arrêter les prestations, pour les syndicats la protection des travailleuses doit être assurée, au risque de mettre à l'arrêt le secteur.

« Nous on s'est positionné à l'époque en disant 'si vous ne protégez pas les travailleurs on va dire aux travailleurs qu'ils doivent arrêter de travailler'. Et on a eu des responsables politiques qui ont trouvé qu'on était des irresponsables, qu'on faisait prendre des risques importants à des personnes âgées qui avaient absolument besoin. On disait 'on est d'accord, on est d'accord, mais donnez les moyens de protection ! Donnez-moi les moyens de protection !' Et c'est pour ça que Patrick vous explique qu'à

défaut d'avoir les moyens de protection les gens ont créé leurs propres moyens de protection. C'était illusoire, parce qu'un masque en tissu ne protège absolument pas : on a le sentiment, mais il y a que le sentiment [...]. Et donc pendant toute la première période ça a été le règne de la débrouille. Donc les gens ont fait des choses qui étaient irrationnelles, parce que faire des masques en tissu c'est comme prendre deux kleenex et mettre deux élastiques ». (FGTB Horval)

« Tant les employeurs que nous, il faut le reconnaître, ont été face à une problématique inconnue qu'on essayait de gérer et où on avait, les uns et les autres, grosso modo les mêmes constats. Simplement, l'approche était différente, parce que les services estimaient qu'on était essentiels, donc les gens devaient aller travailler, et nous on disait 'on est essentiels, mais on aimerait bien être protégés comme les vrais essentiels'. (FGTB Horval)

Selon ce répondant, les employeurs et les syndicats, confrontés aux mêmes enjeux de protection des travailleuses, réagissent différemment. En effet, comme il n'était initialement pas possible de bien protéger les travailleuses, les employeurs, qui en étaient conscients, offrent des solutions de protection illusoires et fictives pour maintenir les prestations.

Au contraire, les fédérations d'employeurs considèrent le travail des aides à domicile comme « essentiel » dès le début, et avant que cela soit clairement défini par le niveau fédéral. Le directeur de la FASD explique que *« nos travailleurs, les métiers d'aide familiale, etc., ils doivent aller au domicile. Même s'il y a un danger, on doit... Si nous on y va pas, plus personne n'ira. Et le nombre de situations où il y a pas d'aidant proche, il y a pas de voisin, les gens sont isolés... [...] on est incapable de quantifier le nombre de morts qu'il y aurait eu à domicile si on était pas présent, mais on peut bien être conscient que [...] la situation serait totalement dégradée. Donc, soit ils seraient tombés malades sans qu'on puisse identifier, sans qu'ils puissent aller vers quelqu'un d'autre et avec un COVID qui aurait été radical pour eux ; soit une situation qui se serait dégradée avec une santé qui serait devenue précaire post-crise COVID. Parce qu'on a des situations où on ne va pas pendant 3 semaines de suite, la situation se dégrade et c'est normal [...]. Et donc ça c'est vraiment quelque chose qui n'a jamais vraiment été mis en évidence ».* (FASD)

Cette prise en charge est facilitée par ce que les répondants décrivent comme une caractéristique du secteur de l'aide à domicile, où l'aspect social prédomine sur les aspects économiques et matériels.

« Et on leur disait 'vous devez aller, parce que vous êtes des travailleurs essentiels, les gens ont besoin de vous'. Et puis parce qu'il y a cette culture dans le secteur que nos petits vieux on les soigne, on peut pas les abandonner ». (FGTB Horval)

La résilience des travailleuses, décrites comme ayant assuré la continuité des services même en situations de manque de protection, est renvoyée par plusieurs répondants à une sorte de « vocation », ou encore une responsabilité morale que les travailleuses auraient envers les personnes âgées dont elles s'occupent.

Les vaccins

Même vécue de manière moins virulente par rapport à d'autres pays européens et par rapport à la question du matériel de protection, la question des vaccins génère à partir de la deuxième vague de la pandémie des débats animés.

Dans ces débats, deux enjeux distincts sont au centre et contribuent à polariser les discussions. Le premier est lié au droit à la vaccination et à la priorité des destinataires. Comme pour la question des masques et du matériel de protection, il s'agit de respecter le système de priorité mis en place par le gouvernement fédéral, dans lequel les travailleuses de l'aide à domicile sont encore une fois 'placées' après le personnel soignant des hôpitaux. Comme rapporté par les principaux journaux dès le début du mois de février 2021, le plan de vaccination donne la priorité, à partir de la mi-février, aux médecins et au personnel de santé, ensuite aux aides familiales, et, dans un premier temps, uniquement aux travailleuses âgées de plus de 50 ans (RTBF, 3 février 2021). Les catégories de travailleurs ayant droit à la vaccination sont élargies dans les mois qui suivent, avec des disparités importantes en fonction des régions en ce qui concerne le nombre de personnes vaccinées.

Comme mentionné par le directeur de la FASD, l'inclusion des aides à domicile dans le système de priorisation demande encore une fois des négociations communes de la part des organisations patronales et des syndicats : « *Au final, nos travailleurs, tous les travailleurs ont été vaccinés de la même manière, considérés comme étant professionnels de soins, dans le sens large du terme. Mais je dis au final, parce qu'on a dû batailler ferme avant, lors de la définition des politiques de vaccination, de qui était prioritaire, qui se retrouvait dedans* ». (FASD)

Une fois les travailleuses du domicile considérées comme prioritaires, le problème pratique posé aux prestataires est l'organisation des vaccinations. Les fédérations d'employeurs le décrivent comme un moment critique qui a demandé le plus d'efforts de leur part.

« On a fait beaucoup de boulot, parce que lors de la première vague de vaccination, pour qu'ils soient prioritaires, on a dû fournir le listing de tout le personnel, de tous ceux qui étaient concernés. On a même dû nous-même les caser dans les plages horaires des centres de vaccination, parce qu'à un moment on n'était pas dedans, on était pas prioritaires, tous les infirmiers étaient planifiés et ils pouvaient eux s'inscrire directement via leur numéro et la plateforme... et puis nos travailleurs pas dedans. Et donc on insiste, on insiste. En fait, au final on a pu le faire, mais on a dû tout gérer en 48h ». (FASD)

Dans ce contexte, les demandes des syndicats pour que les travailleuses soient vaccinées pendant les heures de travail, créent une charge de travail supplémentaire pour les employeurs, avec l'organisation d'horaires de passage et l'annulation des prestations avec les bénéficiaires.

« On a eu la première vague de vaccination. La deuxième s'est un tout petit peu mieux passée, mais je me rappelle être à 9-10h du soir ici à compiler des listes... moi, directrice d'une fédération ! [...] On avait des créneaux [...] et donc on devait inscrire les travailleurs dans les créneaux horaires. Nous, on devait faire ça, en fonction des bénéficiaires... c'était la folie, la folie ! Et l'AVIQ, notre administration à un moment-donné : « Oui, on peut faire encore pendant le travail, c'est bien ». Mais non, c'est pas



bien du tout ! Au début on n'était pas contre, parce qu'on voyait bien que c'était important et qu'on devait donner l'opportunité à tout le monde, mais à un moment donné c'était plus gérable [...]. Moi c'est pas mon métier d'organiser des plannings ».
(FEDOM)

Le second enjeu, devenu une question particulièrement épineuse aussi dans d'autres secteurs de l'économie, est lié à l'obligation vaccinale et au droit des travailleurs de refuser la vaccination et de cacher leur statut vaccinal à leur employeur (*Covid Safe Ticket*).

Ainsi, on discute de la fiabilité ou non des vaccins (l'immunité collective) et par ailleurs de l'exigence de la vaccination gratuite pour celles et ceux désireux de bénéficier de cette protection contre les risques de contamination. Cette question est déjà abordée dans la presse pendant le mois de mai 2021, quand certains journaux rapportent des témoignages de travailleuses dénonçant la demande de vaccination comme étant discriminatoire (RTBF, 10 mai 2021).

« Il y avait des bénéficiaires qui ont exigé de la part des services d'avoir la garantie que les aides familiales qui venaient chez eux étaient vaccinées. Et les aides familiales avaient aussi la même demande par rapport aux bénéficiaires. Ça a été des débats qui ont été aussi lancés. C'est compliqué, parce qu'il y a toute une série de réglementations qui s'opposaient, parce que le secret médical fait qu'on ne peut pas dire 'elle est vaccinée et lui pas'. Mais en même temps les gens dans les hôpitaux, les maisons de retraite et aussi les aides familiales voulaient avoir la garantie que les gens qui s'approchaient d'eux étaient des gens qui allaient pas les contaminer ». (FGTB Horval)

Comme le souligne ce répondant, l'obligation de vaccination soulève un problème supplémentaire, celui de la protection de la vie privée. La décision du gouvernement en faveur de l'obligation vaccinale le 20 août 2021 – qui ne sera finalement pas appliquée – devient un véritable combat pour les syndicats. Si la possibilité d'être vacciné en priorité est considérée comme un enjeu important, le fait d'adopter un système d'obligation/sanctions pour les travailleurs dit « essentiels » qui auraient décidé de ne pas se faire vacciner est inacceptable du point de vue des syndicats. Ce long extrait de l'entretien avec des représentantes de la centrale SETCa de la FGTB montre les réflexions au sein du syndicat :

« La vaccination, par exemple : on arrive dans un système où on a quand même un secret médical. Un travailleur a droit au respect des données personnelles relatives à sa santé. Et donc dans la crise COVID les employeurs, l'administration, tout le monde voulait contrôler que les travailleurs étaient vaccinés. Mais ça veut dire qu'on donne accès à un dossier médical. Et donc ça on s'est battu, en disant 'non, nous sommes pas d'accord, ce n'est pas l'employeur, ni le médecin de l'employeur' [...]. On a des médecins ou des infirmiers chef qui vérifiaient, qui recevaient en direct les résultats des tests COVID des travailleuses. Donc, ça, au-delà de faire en sorte que tout le monde soit protégé, on s'est vraiment battu pour protéger les droits fondamentaux des collègues, parce que ce n'est pas parce qu'on est dans une crise que les données santé des travailleuses peuvent être manipulées [...]. Il y a eu une tentation de certains, au travers de la nécessité sanitaire, de prendre possession de la vie des travailleuses et des travailleurs. Ça, ça a été quelque chose de très compliqué. La question de la vaccination,

qui a été aussi très compliquée, parce qu'évidemment nous sommes dans une organisation qui n'était pas du tout... qui était pro-vaccination dans le sens où c'était l'outil qu'on pouvait tous mettre ensemble pour augmenter la prévention et avoir une immunité collective suffisante pour protéger nos anciens, mais ça restait un acte individuel et donc nous nous sommes battus contre les sanctions vaccinales, puisque les gouvernements avaient décidé que les travailleurs non vaccinés pouvaient représenter un danger [...]. C'était un combat très francophone : ça c'était uniquement du côté francophone. Nous, on s'est vraiment battu pour protéger les travailleuses contre un licenciement lié à la non-vaccination. Et on a bien fait, parce que finalement ils ont mis cette loi au frigo ». [SETCa FGTB]

Même si l'attestation de la vaccination (*Covid Safe Ticket*) reste obligatoire dans certains contextes – y compris dans les maisons de repos et les hôpitaux – pendant quelques mois, l'obligation vaccinale et le système de sanctions prévu à ces fins ne rentreront jamais en vigueur.

IV.9.3 : Les ressources financières

Le maintien des salaires

Contrairement à d'autres secteurs de l'économie, qui utilisent de manière importante le « chômage pour force majeure » ou des systèmes de chômage partiel, le secteur de l'aide à domicile bénéficie d'un autre type de soutien financier de la part du gouvernement. Étant donné que le financement des prestataires se base sur un système de contingents d'heures (nombre d'heures) octroyés aux prestataires pour effectuer les services, la solution négociée (et accordée) dès le début de la crise est i) de « congeler » le contingent d'heures des prestataires, de manière à ne pas impacter les subsides pour les années suivantes, au cas où la pandémie aurait diminué de manière considérable le nombre de prestations ; et ii) de continuer à financer les heures – y compris celles non effectuées – de manière à garantir les salaires à toutes les travailleuses, sans besoin de passer au chômage. Autrement dit, suite aux négociations avec les interlocuteurs sociaux, les entités régionales qui s'occupent des financements (Iriscare et AVIQ dans les régions Bruxelloise et Wallonne) acceptent de suspendre de manière temporaire le calcul des heures effectivement effectuées – calcul qui détermine, en temps normaux, l'octroi (ou pas) du contingent d'heures financées pour l'année suivante et son adaptation aux flux de la demande. En même temps, ils prennent en charge la partie des coûts engendrés par la perte d'heures prévues, de manière à garantir le paiement des salaires aux travailleuses. Alors que la première mesure est prolongée pour trois ans, la seconde est limitée aux premiers mois de la pandémie, afin de couvrir les situations de perte d'heures les plus urgentes. Cette solution, l'une des victoires les plus importantes du secteur, permet aux prestataires d'amortir la perte financière liée à la réduction des heures, et aux travailleuses de garder leur salaire. Seules les aide-ménagères sociales, ayant été mises à l'arrêt pendant quelques temps et de manière plus importante que les aides familiales, doivent recourir au chômage temporaire.



Si les employeurs et les syndicats considèrent cette décision comme le fruit d'une série de négociations communes – « *c'est le genre de petite négociation qu'on a eue, mais sur lesquelles en fait on a même pas besoin de négocier, parce que c'est nous qui avons directement proposé ça. Ça nous paraissait du bon sens (FASD)* – l'administration la présente elle comme émanant d'une prise de risques volontaire à son niveau :

« Il fallait que les services soient assurés, puisqu'ils étaient essentiels. Donc [...] on a facilité le financement et on a dit [que] on prend des risques éventuels de perdre de l'argent, de faire des mauvais financements, mais ce risque-là il faut le courir, parce que le risque de non-service à la population est beaucoup plus important. De même, le fédéral a pris énormément de mesures en termes de chômage, etc. De faciliter aussi sur le plan économique toutes les possibilités de chômage spécifique... Donc, là, vraiment, la Belgique s'est dit : on met les moyens financiers qu'il faut ! ». (Iriscare)

Malgré l'enthousiasme initial pour cette mesure, quatre ans plus tard, les premiers effets négatifs commencent à se manifester. Les administrations régionales ont rétabli le système de calcul des contingents en se basant sur les heures de service effectivement effectuées dans les deux années précédentes, c'est-à-dire en pleine crise COVID. Cela signifie que le calcul se fonde sur une période où la demande de services était exceptionnellement basse et instable, plutôt que sur les données antérieures à la pandémie. En conséquence, les subventions accordées aux prestataires pour cette année sont nettement réduites pour beaucoup d'entre eux.

Les fédérations des employeurs soulignent que cette réduction des subventions risque de diminuer considérablement l'offre de services à la population. De plus, cette situation pourrait accroître la concurrence et favoriser la privatisation des services une fois la demande revenue à son niveau normal.

Le chômage COVID et les primes

Grâce au système de maintien des contingents d'heure et de couverture des heures non effectuées, l'utilisation du chômage temporaire pour force majeure ('chômage COVID') reste plutôt limitée dans le secteur. Notamment, puisque la couverture des heures non prestées intéresse majoritairement les aides familiales, lesquelles doivent garantir la continuation des prestations, le chômage temporaire est utilisé principalement par les aide-ménagères sociales ayant arrêté les prestations de manière plus massive. Evoquant le chômage temporaire, le directeur de la FASD explique : « *On en a eu [le chômage], mais c'était très limité. On en a eu un peu en aide-ménagère sociale, parce que là à un moment il y a des secteurs, des régions, dans lesquelles il y avait vraiment une chute importante* » (FASD).

Concernant les autres aides financières, encore une fois, les services d'aide à domicile accusent un retard dans l'attribution de la « prime unique d'encouragement », octroyée initialement au personnel soignant dans les hôpitaux. Suite aux négociations entre employeurs et syndicats, le 20 décembre 2020, les SAD et les SAFA reçoivent une circulaire ministérielle annonçant l'octroi de la prime pour le secteur de l'aide à domicile. La circulaire adressée aux SAFA (Région wallonne) explique : « *afin de remercier et encourager les travailleurs des soins et du social pour leurs efforts fournis durant la crise sanitaire, le*



Gouvernement wallon a décidé d'octroyer aux dispositifs agréés et subventionnés du secteur socio-sanitaire régional des moyens financiers exceptionnels destinés à couvrir l'octroi, en 2020, d'une prime unique à l'ensemble des travailleurs du secteur impliqués dans la prise en charge sanitaire des personnes malades de la Covid-19 ou susceptibles de l'être. Cette prime unique d'encouragement s'élève à 985 euros brut par équivalent temps plein affecté à l'activité » (20 décembre 2020). Le même montant est attribué aux travailleuses à domicile dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Le discours des employeurs et des syndicats trahit un sentiment de frustration lié au manque de reconnaissance du secteur et démontre une réelle réflexion sur le message symbolique véhiculé par cette énième omission quant à la valeur de ces professions :

« En fin de crise COVID, on a eu une prime COVID. Donc, il y a eu un dégagement de budget pour tous les secteurs concernés : 'bon, vous avez droit à un montant...'. Au départ, nos secteurs rien. [...] Les maisons de repos ont reçu, les médecins [...], les maisons médicales... Plein de secteurs ont reçu les moyens pour faire cette prime et au début on n'était pas dans la liste. On a tapé les poings sur la table, on a dit 'vous vous rendez compte de nouveau le message que vous faites passer ?'. 'Ah, mais vous avez reçu d'autres financements, on a financé vos heures perdues'. Oui, mais c'était pour garantir l'offre à la population. Ici vous octroyez des budgets pour faire une reconnaissance de l'engagement pendant la crise COVID. Et on est un des secteurs où il y a eu peut-être le moins de chômage temporaire pendant la crise et encore plus d'heures de terrain réalisées. Et il y a pas. Il y a un truc qui colle pas, quoi. Voilà, après, une fois qu'on est intervenu dans ce sens-là ça a été corrigé et ça a été ajusté, mais c'est la perception... Quelle est la reconnaissance ou le ressenti de connaissance qu'on renvoie ? Alors, soit c'est des oublis, soit c'est une méconnaissance. À un moment, pendant la crise COVID, on se demandait comment le secteur était perçu ». (FASD)

« Et les travailleurs ont très mal vécu la situation, parce qu'ils avaient vraiment le sentiment qu'ils étaient déconsidérés ». (FGTB Horval)

L'expérience de la pandémie et la gestion de la crise faite dans l'urgence amènent donc les acteurs du secteur à s'interroger non seulement sur le rôle des travailleuses -reconnues travailleuses de première ligne indispensables- mais aussi sur la valeur de leur travail et la perception qu'en ont la population et la classe politique.

IV.9. 4 : La collaboration entre les interlocuteurs sociaux

Dans le secteur de l'aide à domicile, la crise du COVID-19 révèle des tensions sous-jacentes entre les fédérations d'employeurs et les syndicats, malgré leur objectif commun de protection des travailleurs et des bénéficiaires. La concertation sociale, qui vise à harmoniser les relations entre ces acteurs, est mise à l'épreuve par les circonstances exceptionnelles de la pandémie.

La période de la pandémie demande un travail de concertation intense et bien particulier. Notamment, dans l'urgence de la situation sanitaire et la panique des premières semaines puis face aux nouveaux enjeux qui se dessinent au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie (différentes vagues de confinement, vaccins, etc.), des négociations se révèlent nécessaires à plusieurs reprises pour gérer toutes ces questions. Celles-ci sont menées dans

le secteur de l'aide à domicile par i) Iriscare et l'AVIQ, qui représentent le niveau de l'administration et sont en contact avec le gouvernement fédéral, les ministères et le Comité de Concertation (CODECO) qui prennent les décisions au niveau de la population ; ii) les fédérations des employeurs, représentant les prestataires, soit les organisations qui travaillent sur le terrain ; et iii) les organisations syndicales, qui interviennent notamment pour veiller à la protection des travailleurs du secteur.

Dans l'urgence du moment et face à des problématiques totalement nouvelles, les interlocuteurs sociaux effectuent un travail très intense pendant toute la période pandémique, surtout dans les premiers temps, reconnu par toutes les personnes interrogées comme très éprouvant, compte tenu des conditions du moment. Les responsables des entités impliquées dans les négociations se réunissent – tous les jours, du moins dans la première phase – pour négocier : d'une part, les employeurs et les syndicats, qui présentent des recommandations pour défendre leur secteur et leurs travailleurs, et d'autre part, l'administration, qui évalue les mesures à prendre en fonction des recommandations en vigueur au niveau national. Indépendamment des victoires (ou des défaites) obtenues au cours de cette période très intense de négociations, les acteurs impliqués expriment des visions contrastées. D'un côté, une expérience positive – mais qui est soulignée uniquement par la secrétaire fédérale du SETCa (syndicat) – concerne précisément la capacité démontrée par tous les acteurs à collaborer dans une période aussi confuse que complexe, et à travailler ensemble pour une cause commune : celle de la défense des travailleurs.

« Et donc on a quand même eu... pendant des semaines on a négocié. C'était même le week-end, c'était non-stop, parce que toutes les circulaires ont été négociées pour laisser la concertation... tout en visio, ça c'est vrai. Mais vraiment pour se dire comment on met les choses en place : il faut respecter les travailleuses – ça c'était vraiment quelque chose qui revenait. Et aussi du point de vue employeurs, il y a pas eu une volonté de la part des employeurs de mettre en danger les collègues. Je pense que ça a été une trêve [avec] les interlocuteurs sociaux, vraiment. Et avec les administrations, avec les représentants de la ministre, il y a eu un dialogue, un vrai dialogue. [...] Ça a créé des liens spéciaux ». (SETCa)

Les employeurs et les syndicats travaillent donc ensemble pendant la crise sur plusieurs fronts sans heurts majeurs. Ils unissent leurs forces pour garantir la sécurité des travailleuses à domicile, en revendiquant ensemble des masques et du matériel de protection, en soutenant la vaccination prioritaire des travailleuses, et en réclamant des primes pour reconnaître leur engagement en première ligne. Ces combats communs montrent que, malgré les divergences, une collaboration est possible et souvent efficace lorsque leurs intérêts convergent clairement.

Cependant, cela ne correspond pas à l'opinion de tous les répondants, dont la plupart, qu'ils appartiennent aux syndicats, aux employeurs ou à l'administration, soulignent des problèmes de coopération survenus au cours de cette période exceptionnelle. Si d'une manière générale les syndicats et les employeurs reconnaissent les efforts accomplis par tous, y compris par l'administration, et si les revendications ont presque toutes été prises en compte, certaines critiques émergent à l'égard de l'administration : sa réactivité aurait pu être meilleure par rapport à de nombreuses revendications formulées. Toutefois, ce problème n'est pas tant

imputé à un manque de volonté de l'administration ou de l'État fédéral mais plutôt à des problèmes structurels, comme le manque de planification en vue d'une éventuelle situation de pandémie : la Belgique s'est retrouvée dans un premier temps sans structures sanitaires adéquates, sans stocks de matériel, etc. Comme le décrit la directrice de la FEDOM, le vrai problème renvoyait au fait que les informations fournies par l'administration étaient souvent contradictoires : « *les informations elles étaient pas claires, elles arrivaient au compte-gouttes, elles étaient contradictoires. Parfois on nous prévenait de quelque chose qui était mis en place déjà depuis une semaine ou deux dans les hôpitaux : on nous a pas prévenu, après les masques ils ont périmés...* » (FEDOM). Un autre reproche fait à l'administration, plus sérieusement lié à la concertation sociale de cette période, concerne « l'attitude » de cette dernière.

« Ce qui a été le plus décevant c'est comme dans beaucoup de situations de crise : c'est l'autojustification des politiques, de la réaction. Je crois qu'ils ont fait ce qu'ils pouvaient, comme tout le monde à ce moment-là... ils ont été quand même très moralisateurs [...]. Et on a eu des séances d'autojustification et de moralisation. On disait aux gens : 'mais vous devez être responsables, vous devez faire... nous, on sait pas vraiment vous aider, parce que voilà'. (FGTB Horval)

« C'était très tendu au début de la crise et c'était conflictuel entre l'administration, le politique et les services de terrain, parce que forcément nous on souhaitait que ça avance plus vite, on est venu avec des propositions concrètes, on a soumis... ce qui a été mis en place on l'a proposé dès le début de la crise COVID, en connaissant la réalité de terrain, les difficultés face auxquelles on allait être, et l'ingénierie qu'on doit faire derrière les mécanismes de financement, on était venu avec des propositions qui allaient dans ce sens-là, qui ont été refusées dans un premier temps par les experts financiers du cabinet et du coup par l'administration ». (FASD)

Certains désaccords surviennent aussi entre les employeurs et les syndicats. Selon les employeurs, des tensions importantes émergent en raison de l'« intransigeance » perçue des syndicats, critiqués pour leur rigidité et leur difficulté à s'adapter à la situation exceptionnelle. Par exemple, dès les premières semaines de la pandémie, les syndicats exigent non seulement la présence d'équipements de protection, mais ils envisagent aussi l'arrêt total du travail des aides à domicile en leur absence. Les employeurs jugent cette position irréaliste et déconnectée des réalités du terrain, soulignant que les services de première ligne offerts par les aides à domicile sont incontestablement indispensables, notamment pour les personnes âgées les plus vulnérables. Les employeurs reprochent aux syndicats de manquer de perspective globale, en se concentrant exclusivement sur la protection des travailleuses sans prendre en compte les besoins cruciaux des bénéficiaires. Ils estiment que cette approche risque d'entraver une réponse coordonnée et pragmatique à la crise, exacerbant ainsi les tensions au sein du secteur.

Malgré des divergences d'opinions sur certains enjeux spécifiques pendant la crise du COVID-19, la critique majeure des employeurs à l'égard des syndicats concerne leur manque de prise en compte concrète de la réalité dans les négociations du secteur. Les directeurs des fédérations d'employeurs interviewés soulignent que les syndicats ont eu du mal à trouver leur place et à s'adapter à la situation d'urgence. En restant attachés à leurs positions

traditionnelles et à leurs modes de fonctionnement habituels, les syndicats se sont retrouvés quelque peu à l'écart des discussions et des décisions cruciales.

Les employeurs estiment avoir joué le rôle principal dans la gestion de la crise, grâce à leur implication directe sur le terrain. Ils affirment avoir été les principaux acteurs des négociations, proposant des solutions efficaces et adaptées aux circonstances. Selon eux, les syndicats n'ont pas su se montrer suffisamment flexibles ni réactifs, et leur intervention a souvent été perçue comme gênante plutôt qu'utile.

Par exemple, lors des discussions sur la vaccination obligatoire pendant les heures de travail ou sur les priorités à établir pour les prestations, les syndicats adoptent des positions jugées contraignantes et peu pragmatiques par les employeurs. Ces derniers ressentent les exigences syndicales comme des contraintes entravant les efforts déjà complexes de gestion de la crise, au lieu d'apporter une aide constructive.

Ainsi, bien que les syndicats aient partagé des préoccupations communes avec les employeurs concernant la protection des travailleuses, leur approche a souvent été perçue comme rigide et mal adaptée à l'urgence de la situation. Se sentant seuls à porter le poids des décisions pratiques et des propositions constructives, les employeurs expriment des frustrations face à ce qu'ils considèrent comme un manque de contribution réelle et d'adaptabilité des syndicats à la situation concrète durant cette période critique.

« Du côté employeur [...] moi j'ai fort senti que les syndicats par exemple se sont vus un petit peu dépossédés pendant la crise COVID, parce que les employeurs ont dû prendre une place prépondérante. Et donc de négociations avec les syndicats, il y en a pas eu tant que ça. Alors, on allait ensemble pour revendiquer une protection des travailleurs, ça c'est certain... les syndicats de manière peut-être plus ferme et plus avec des choix individuels. On a été dans la même bataille pour dire 'il nous faut aussi du matériel de protection, etc.', mais en fait les employeurs menaient la danse, parce que nous étions dans l'opérationnel du quotidien, que nous avons les urgences et que nous étions, oui, dans l'opérationnel. Les syndicats, je pense qu'ils ont été un peu, oui, dépossédés de leur rôle habituel. Le contact avec les travailleurs était moins évident pour eux aussi, tandis que nous sommes tous restés au front. Je ne dis pas qu'ils n'étaient pas au front, mais d'une autre manière [...]. Pendant le COVID, l'employeur a un peu pris le pouvoir. Parfois il y avait des demandes des syndicats et on n'avait pas le temps... on avance, on se réveille, on doit aller chez le bénéficiaire, on a pas le temps de... [...] Les travailleurs ils voyaient comment leurs assistants sociaux travaillaient, ils avaient leur conscience de travailleurs, et en fait les syndicats nous ont plutôt un peu embêté, parce qu'on travaille, on produit des trucs, on produit des protocoles... ». (FEDOM)

« Progressivement ils [les syndicats] ont été moins présents dans les négociations paritaires et autres. L'analyse que j'en faisais [...] c'est qu'on arrivait dans un contexte où en fait il n'y a aucun levier de négociation. Aucun. Puisque tout est régi par d'abord le virus – c'est lui qui a décidé de beaucoup de choses pour tout le monde – et puis après par les pouvoirs publics, qui doivent prendre leurs responsabilités en tant qu'autorités supérieures, où la règle de base c'est la protection et l'intérêt général [...] Et donc dans cet espace-là il n'y a pas beaucoup de marges de négociations, il n'y a pas... Parce



qu'eux, ils ont une posture 'je viens, je négocie, je défends mon travailleur'. [...] J'ai constaté qu'ils avaient énormément de mal à être dans la dimension de la proposition et recherche de solutions par rapport à ça. En sachant que ces solutions parfois devaient aller à l'encontre de leur cahiers de revendications historiques [...]. Leurs mécanismes de négociations c'est 'donnant-donnant' : on ne lâche rien si on a rien à la place [...]. Je me rappelle, il y avait parfois un réflexe de protection automatique, sans anticiper, ou sans tenir compte des effets que ça allait avoir de protéger. Je protège mon travailleur, OK, mais quels sont les effets, et les dégâts sur tous les autres qu'il y a derrière ? Sur d'autres professionnels et sur les citoyens les plus fragilisés ? [...] Je comprends la difficulté, puisque c'est totalement neuf pour eux [...] de devoir changer totalement d'environnement et savoir modifier ses codes, pour lesquelles en plus on a été formé, formatté, en termes de négociations, revendications, de relations entre les pouvoirs publics et les relations entre les syndicats et les travailleurs [...]. C'est peut-être parce que je suis un peu trop idéaliste dans la manière de voir les choses, mais je trouve qu'il y avait une opportunité d'être vraiment co-acteurs, en fait, de travailler ensemble beaucoup plus main dans la main pour défendre et aller chercher les moyens pour la protection et la reconnaissance que méritaient les travailleurs de terrain. On a eu le sentiment parfois de le faire un peu seuls, par volonté de chacun de garder sa place, en fait ». (FASD)

Un des effets les plus marquants de la pandémie a donc été, selon les employeurs, le changement temporaire des rapports de pouvoir et des dynamiques internes au sein de la concertation sociale. En raison de la réalité du terrain et de l'urgence dans laquelle ils travaillaient, combinées aux spécificités du secteur de l'aide à domicile, les rôles traditionnels et les influences habituelles ont été bouleversés.

La crise a exigé une réactivité et une flexibilité accrues, ce qui a mis en lumière les capacités d'adaptation des différents acteurs. Les employeurs, directement impliqués dans la gestion quotidienne des services et confrontés aux défis immédiats, ont vu leur rôle et leur influence renforcés. Ils ont été les principaux initiateurs de propositions concrètes et pragmatiques, répondant rapidement aux besoins pressants des travailleurs et des bénéficiaires.

En revanche, les syndicats, souvent perçus comme rigides et moins réactifs, ont vu leur influence relative diminuer. Leur difficulté à s'adapter rapidement aux conditions exceptionnelles de la pandémie a temporairement modifié les dynamiques de pouvoir au sein de la concertation sociale. Cependant, cette situation reflète surtout la nature exceptionnelle de la crise, et il reste à voir si ces changements perdureront une fois la situation stabilisée. En révélant les forces et les limites des acteurs sociaux dans le secteur de l'aide à domicile, la pandémie a mis en avant la nécessité d'une plus grande flexibilité et d'une meilleure collaboration pour faire face aux crises futures.



IV.9. 5 : Victoires et défaites

Les effets positifs

L'expérience du COVID dans le secteur de l'aide à domicile génère à la fois des conséquences positives et négatives, particulièrement en ce qui concerne le travail des interlocuteurs sociaux.

Le premier point positif, et le plus visible, est ce que les syndicats appellent une « **victoire historique** » obtenue à la fin de la période du COVID. À la suite de la pandémie, le gouvernement accorde un budget conséquent destiné à améliorer les conditions de travail et les salaires des travailleuses du secteur. À part l'augmentation des salaires, une mesure phare de cet accord est la réduction du temps de travail de 38 heures à 32 heures par semaine pour les aides familiales à partir de 58 ans. Cette victoire est largement reconnue par les personnes interviewées comme une réalisation majeure, directement liée à la crise du COVID. La pandémie ayant mis en lumière le manque d'investissement, les problèmes structurels du secteur et le manque de reconnaissance des travailleuses, cet accord est perçu comme une sorte de récompense pour les efforts et les sacrifices des travailleuses pendant cette période difficile et une reconnaissance de leur contribution essentielle.

« À la fin du COVID les syndicats ont négocié quelque chose qui est assez historique en Belgique et en tout cas en région wallonne : c'est ce qu'on appelle un accord du non-marchand. [...] Et je pense sincèrement qu'il a été historique à cause du COVID. Donc, les derniers accords du non-marchand – c'est par législature – nous avons reçu pour le secteur [...] 3-4 millions d'euros. [Maintenant] on a reçu 10 fois plus : donc c'était vraiment historique. Et ça a été ciblé travailleurs, protection travailleurs, revalorisation des travailleurs. Et c'était important, il le fallait ! [...] Et cet accord du non-marchand il est une des conséquences du COVID, quelque part. On aurait peut-être pas été chercher ces sommes-là sans le COVID ». (FEDOM)

Le deuxième point positif concerne la **résilience** et le sacrifice des travailleuses et des employeurs qui sont restés sur le terrain. Malgré les risques et les défis, ces acteurs ont continué à travailler, ont pris leurs responsabilités et se sont soutenus mutuellement. Leur engagement indéfectible est salué par tous et met en évidence la capacité d'action des travailleuses, l'importance du secteur de l'aide à domicile, et le besoin d'une plus grande reconnaissance pour ce travail crucial. Leur dévouement montre également la solidité et la solidarité inhérentes à ce secteur, des qualités essentielles qui méritent une valorisation accrue.

« S'il n'y avait pas des gens qui se sont sacrifiés, qui ont donné une énergie et un temps, et parfois leur santé, pour opérationnaliser ce qu'il fallait mettre en œuvre, jamais ça n'aurait fonctionné. Et donc la politique d'urgence qui a dû être réalisée – parce que c'était pas préparé, parce qu'il manquait, il y avait des manquements au début et parce que le politique aussi a dû naviguer dans un océan totalement inconnu (et ça, tout le monde est conscient de ça) – jamais ça n'aurait pu être le résultat qu'on a eu sans des gens qui se sont donnés corps et âme sur le terrain ». (FASD)

Cette capacité de résilience est également visible au niveau des employeurs, des syndicats et des administrations, où le personnel a travaillé sans relâche pendant la crise. Ils racontent tous

avoir fait des heures supplémentaires, travaillé jour et nuit, cherchant toujours des solutions là où cela était possible, et réussissant finalement à parvenir à des accords même dans les circonstances les plus difficiles. Par exemple, on se félicite d'avoir réussi à obtenir cette victoire historique, ainsi que d'autres succès, à travers des négociations menées en ligne et en situation d'urgence.

« Est-ce que vous imaginez qu'on a fait toute la négociation en visio ? C'est quand même extraordinaire de se dire : on a des patrons, des syndicats et un gouvernement, un ministre, qui se mettent autour d'un écran et qui négocient des mesures, dont certaines touchent à la réduction collective du temps de travail ». (SETCa)

« Ça a mis en évidence qu'il y avait un nœud au niveau de la santé, et que tout le monde voulait décider de tout, et donc ça pose problème, mais en même temps ça a montré qu'à un moment, quand il y a un enjeu majeur de ce type-là, on retrouve le sens commun et on est capable de prendre des orientations communes, en tout cas sur certains aspects. Ça a permis de mettre en évidence toute la plus-value des métiers de terrain aussi, et de première ligne ». (FASD)

Les effets négatifs

Malgré ces points positifs mentionnés par certains répondants, ce sont surtout les aspects négatifs qui sont mis en avant. Tous les répondants affirment que, bien que le secteur souffrait déjà de certains problèmes structurels – qui sont d'ailleurs au cœur de leurs revendications depuis au moins 10 ans – la période du COVID a mis en évidence ces dysfonctionnements et accéléré les problèmes.

Le problème principal, unanimement reconnu par les répondants, est que le COVID a accentué ou créé, selon la situation initiale, d'énormes problèmes de **recrutement** du personnel. Pour certains prestataires, ce problème, déjà visible avant la pandémie, restait gérable. Cependant, depuis la fin de la pandémie, la situation est devenue catastrophique. Aujourd'hui, le secteur est à l'agonie, incapable d'attirer de nouveaux travailleurs, ce qui met en péril son développement et même son existence. Au lieu de se renforcer, le secteur semble se réduire de plus en plus. Cette situation, combinée à la réduction du contingent d'heures financées chez certains prestataires, inquiète profondément les acteurs du secteur – tant les fédérations des employeurs que les syndicats.

« Le COVID a accentué des problématiques : nous n'étions pas en pénurie – c'était pas toujours facile de recruter, mais avant le COVID on s'en sortait, c'était pas la problématique majeure, il fallait faire attention mais ça allait... Le Covid pour tous les métiers du care en général a accentué les pénuries existantes et en a créé des nouvelles. Les gens ils sont en 'burnout', ils ont pris beaucoup sur leurs épaules, il y a eu beaucoup de stress, beaucoup de remises en question ». (FEDOM)

« Dans tout le secteur non-marchand depuis le COVID – c'était déjà tendu au niveau des problèmes de recrutement – mais depuis le COVID c'est catastrophique. Même pour que les gens s'inscrivent dans les filières de formation, que ce soit dans l'accueil de l'enfance, dans l'aide à domicile, dans les soins infirmiers, on sait plus quoi inventer



pour que les gens veillent encore bien se former dans ces métiers qu'on disait 'essentiels' ». (SETCa)

Comme mentionné par la directrice de la FEDOM, la pénurie au niveau du personnel aura des répercussion sur l'organisation des services et sur les bénéficiaires : « *c'est en cascade : si on n'arrive pas à être solide, si on arrive pas à recruter, on sait pas répondre à toutes les demandes, au-delà de – j'imagine qu'on vous a expliqué le système de contingents – au-delà de notre contingent, il y a pas de norme de croissance, donc on est quand même plus ou moins cadenassé. Et en plus on ne sait même pas recruter pour faire le minimum* » (FEDOM).

Ce problème est d'autant plus préoccupant si l'on considère l'augmentation des salaires obtenue par les syndicats suite aux nouveaux accords du secteur non-marchand. A cet égard, l'un des deux dirigeants de la FGTB Horval interrogés, révèle le contexte de ce qui a été décrit par tous comme une victoire historique (l'augmentation des salaires) et explique les points critiques de cette mesure. Le budget obtenu qui sert à augmenter les salaires des travailleuses, est certes extrêmement élevé par rapport aux budgets précédents, mais avec d'importantes différences de salaire entre les travailleuses des maisons de repos et des établissements résidentiels d'un côté et les travailleuses à domicile de l'autre. En effet, alors qu'auparavant les salaires de ces travailleuses étaient équivalents, qu'elles travaillent en maison de repos ou à domicile, avec cette nouvelle mesure les travailleuses en institution sont payées à 100 % du nouveau barème, tandis que celles à domicile sont payées à 70 % de ce barème. Ainsi, s'il est vrai que toutes les travailleuses ont vu leur salaire augmenter, l'élément discriminatoire introduit dans la mesure pourrait être à l'origine du désengagement des travailleuses à domicile.

« La période COVID a fait en sorte que les gouvernements se sont sentis obligés de survaloriser le personnel soignant. Ils ne pouvaient pas à la fois demander que tous les jours on les applausisse et puis ne pas les prendre en considération. Et donc au niveau salarial il y a un décrochage qui s'est fait entre le médical et l'aide, qui à mon avis va être très difficile à rattraper, étant donné le contexte budgétaire. [...] Eh bien, les règles salariales ont été modifiées en faveur des soignants. Et donc maintenant quand on discute avec des responsables des services on se rend compte qu'ils ont un problème de recrutement, d'approvisionnement de personnel, parce que le secteur serait moins attractif. Et s'il est moins attractif c'est parce que le gouvernement, dans le réponses qu'il a apportées, a fait en sorte de créer ce décrochage entre l'aide et les soins. Et maintenant aller travailler dans l'aide à domicile c'est savoir qu'on est moins payé, qu'on a plus de charges, que quelqu'un qui va travailler en institution ». (FGTB Horval)
« Il y a un cinquième du salaire qu'ils n'ont pas par rapport aux collègues qui ont fait les mêmes études. Et avant ça n'existait pas ! C'est pour ça que je vous dis que le COVID a eu un impact positif, mais qu'il a eu en même temps un impact très négatif. [...] Ça contribue à la pénurie, ça contribue au fait que le secteur a du mal à s'approvisionner en main d'œuvre pour répondre aux enjeux, qui sont des enjeux sociétaux ». (FGTB Horval).

Cette victoire historique, qui a l'avantage incontestable d'avoir amélioré les conditions de travail des travailleuses de première ligne, est atténuée par l'introduction d'une différence de salaires entre travailleuses. Selon les personnes interrogées, il s'agirait du résultat concret de

mesures décidées lors du COVID – à savoir la hiérarchisation des fonctions, avec les travailleurs de la santé au premier plan et les travailleurs à domicile au second plan – qui aurait ainsi pénalisé l'attractivité du secteur.

Néanmoins, il existe également d'autres raisons qui expliquent les problèmes de recrutement dans ce secteur. Le principal problème réside dans l'effort considérable que les travailleuses ont dû fournir pendant la pandémie, aussi bien sur le plan physique que psychologique. La résilience dont elles ont fait preuve, leur capacité à se débrouiller et à assurer la continuité des services, malgré des conditions extrêmement difficiles, ont engendré une fatigue extrême. Cette fatigue se manifeste aujourd'hui par des taux d'« absentéisme » élevés.

Tous les répondants observent avec une certaine surprise que, contrairement à d'autres secteurs de l'économie où des taux importants d'absentéisme étaient visibles pendant le COVID, le secteur de l'aide à domicile a connu une présence assidue des travailleuses dans les services durant la crise. Cependant, c'est maintenant que cette fatigue accumulée s'exprime. Les absences se font de plus en plus fréquentes, que ce soit à travers des certificats de maladie de longue durée, des abandons du secteur ou d'autres formes d'absence. Cette situation aggrave encore davantage les problèmes de recrutement et met en lumière la nécessité de prendre des mesures urgentes pour améliorer le bien-être et les conditions de travail des aides à domicile.

« Bon, voilà, ça c'est le travail, la charge qu'on a vécu pendant la crise COVID, avec les effets que ça a eu derrière. Ça a des effets également sur le personnel de terrain : on a jamais eu un absentéisme aussi important qu'après la crise COVID. Pendant la crise COVID on a jamais été aussi bas : on a vraiment eu un investissement, une présence, un engagement des travailleurs de terrain qu'on a jamais vu en termes de capacité à intervenir et être présent. On a effectivement très très peu eu d'absentéisme pendant cette période-là. En tout cas, pas plus que ce qu'on a en temps normal, et voire même moins dans certains services ou certains métiers, où on avait une présence plus importante. Par contre on l'a payé en double après ». (FASD)

« Dans nos personnels de terrain ils ont tellement donné qu'ils ont eu le contrecoup. Et on a eu un grand contrecoup dès 2022, et qui s'est poursuivi aussi en 2023, de personnel qui est en arrêt de maladie de longue durée, qui s'est réorienté totalement, qui revient mais avec vraiment du mal et beaucoup moins d'énergie et de motivation qu'avant. Parce que, je pense, il y a l'investissement en termes d'énergie, et le sentiment derrière de non-retour sur cet investissement. Il y a un sentiment de non reconnaissance ». (FASD)

« On s'est rendu compte quand même qu'au niveau de la santé mentale il fallait peut-être qu'on attire l'attention que cette crise sanitaire allait avoir quand même des conséquences graves [...]. Parce qu'au moment de la crise vous acceptez beaucoup de choses, la population a accepté des choses incroyables, et aujourd'hui on est quand même face à une population très fatiguée, où la résilience n'est pas infinie ». (SETCa)

Si malgré l'augmentation salariale et l'amélioration des conditions de travail le secteur éprouve plus de difficultés à recruter, cela soulève des questions importantes concernant la reconnaissance des métiers du care. Plus précisément, cela montre clairement que la

reconnaissance et la valorisation des métiers ne passent pas uniquement par la revalorisation salariale, mais englobent également d'autres facteurs.

En effet, eu delà de la valorisation salariale, la **reconnaissance** est devenue un point crucial. Elle s'étend d'un point de vue symbolique à la revalorisation des métiers eux-mêmes à travers des formations et d'autres éléments. Les répondants en évoquent plusieurs. Comme l'explique la directrice de la FEDOM, deux changements récents contribuent à ce problème.

Le premier est une réforme récemment introduite (février 2024) qui modifie les barèmes de prix pour les bénéficiaires en baissant le prix de toutes les prestations de 1,50 euros. Bien que cette mesure vise à résoudre le problème urgent de la paupérisation de la population et notamment des bénéficiaires qui ne pouvaient payer les heures de prestations, elle n'a pas été pensée de manière proportionnelle aux revenus. Selon la directrice de la FEDOM, cette mesure, avec laquelle on arrive presque à la gratuité des services pour certains, est perçue par les travailleuses comme une dévalorisation de leur travail. *« Je crois que maintenant le montant maximum ça va être moins de 6 euros de l'heure. Un titres-services c'est passé à 10-11 euros. Où est la valorisation du métier social ici ? Donc, pour le secteur ça a été très compliqué à réceptionner, même s'il faut travailler sur l'accessibilité » (FEDOM).*

Le second changement contribuant au sentiment de manque de valorisation concerne une autre réforme récemment introduite, qui transfère toute une série d'actes infirmiers aux aides à domicile, sans les inclure dans les formations. Cette mesure, qui vise à alléger les tâches du personnel infirmier a été introduite suite à la surcharge du personnel soignant pendant le COVID, va à l'encontre des travailleuses à domicile. Celles-ci doivent accomplir des soins infirmiers sans aucune reconnaissance ni formation, risquant également de perdre petit à petit l'aspect le plus social de leur travail.

De manière générale, les répondants soulignent que la valorisation du travail de *care* doit aussi inclure une reconnaissance sociale et une amélioration des conditions de travail au quotidien. Cela concerne, par exemple, des horaires de travail plus flexibles, un soutien psychologique, des opportunités de développement professionnel et une meilleure communication entre les différents acteurs du secteur. La crise du COVID a mis en lumière le besoin urgent de repenser et de restructurer le secteur pour attirer et retenir les travailleurs, assurant ainsi la pérennité et le bon fonctionnement des services d'aide à domicile.

Un dernier point important négatif mentionné par les répondants, déjà visible avant la pandémie, qui a été amplifié par celle-ci, concerne la mise en **concurrence** avec d'autres types de services à domicile et la fragmentation du secteur. Selon eux, la mise en concurrence risque de s'accroître avec trois systèmes « parallèles » spécifiques: i) le système des titres-services; ii) les sociétés privées sans agrément; et iii) l'économie informelle (travail non déclaré). Concernant le premier, le processus de mise en concurrence est déjà en cours, avec les titres-services qui offrent des services de plus en plus similaires à ceux offerts par le secteur de l'aide à domicile. Déjà aujourd'hui, un nombre croissant de bénéficiaires est obligé de passer par les titres-services lorsque les prestataires agréés ne peuvent pas répondre à la demande.

« Vu qu'on répond pas à la demande, il faut savoir que beaucoup de bénéficiaires qu'on devrait nous aider, sont aidés par les titres-services. Clairement, sans formation, etc. Alors, il y a certainement des personnes qui s'occupent très bien des... [personnes



âgées], mais c'est pas qualité, c'est pas sécurité, c'est pas tout ça. Donc les lignes sont de plus en plus floues. [...] Et c'est renforcé, parce que les gens n'ont plus de solutions [...]. Et les titres-services s'affirment vraiment avec des publicités sur des missions comme la nôtre. Alors, ils disent pas 'aide familiale', parce que c'est un terme protégé, mais citent tout ce qu'on fait, et 'on peut le faire aussi' ». (FEDOM)

Pour ce qui est des initiatives privées, elles prennent différentes formes et ne sont pas soumises à une réglementation ou à la concertation sociale. Elles offrent généralement des services beaucoup plus chers, destinés à une population plus aisée. Ceci risque, entre autres, de créer et d'augmenter la polarisation entre les bénéficiaires en fonction de leur statut socioéconomique. Enfin, concernant le travail non déclaré, celui-ci se développe de manière parallèle et est de plus en plus visible dans les centres urbains, avec une forte présence de travailleuses migrantes qui s'occupent de personnes âgées à domicile sans contrat, parfois avec un statut administratif irrégulier, parfois 24h/24 (Giordano, 2022). Cette situation crée une précarité accrue pour ces travailleuses et contribue à la fragmentation du secteur, rendant la régulation et la protection des travailleurs encore plus complexes.

Les conséquences directes de cette mise en concurrence avec d'autres initiatives, formelles ou informelles, sont multiples. Comme aucun de ces systèmes (titres-services, sociétés privées ou travail non déclaré) n'est soumis à des obligations en termes de formation et de qualifications des travailleuses, les risques principaux sont i) une baisse de la qualité des services, avec des risques significatifs pour la santé et le bien-être des bénéficiaires, et ii) une dévalorisation accrue des métiers de l'aide à domicile. En outre, les conséquences seront plus négatives pour les travailleuses qui les plus précaires, notamment les travailleuses migrantes en situation irrégulière d'un point de vue contractuel et administratif.

« Vous avez vu tous les problèmes de crise migratoire. Ces gens sont pas reconnus, ils n'ont pas de revenus, qu'est-ce qu'ils font ? Bah, s'il y a une filière qui sait les amener à trouver des petits jobs, peu importe lesquels, ils s'engouffrent dedans. Qui est-ce qui peut les blâmer ? Ils essayent de survivre. Donc l'incurie de l'État crée des systèmes parallèles, des systèmes alternatifs, parce que les gens doivent vivre. Et donc on voit toute une série de migrants qui sont dans plein de secteurs... ». (FGTB Horval)

Comme souligné par la directrice de la FEDOM, sans un investissement massif du secteur de la part du gouvernement et la mise en place de réformes qui touchent à tous les problèmes vécus par le secteur, ces nouvelles formes de concurrence qui prolifèrent mettent en péril l'existence-même du secteur, qui va être « écrasé » par les autres services.

« Je ne donne pas 5 ans pour que les maisons de repos et les hôpitaux soient complètement saturés encore. C'est vraiment des options politiques qu'on attend maintenant, parce que là il y a beaucoup de confusion et le terrain commence à être pris par des sociétés privées, par des sociétés commerciales, par plein d'acteurs sur lesquels on n'a pas de maîtrise. Et c'est comme ça qui se gère le vieillissement aujourd'hui. Et notre secteur, en fait [...] devient presque une 'niche'. On devient presque une niche qualitative [...] et les bénéficiaires qui ont la chance d'accéder à cette niche, on va peut-être devoir les prioriser de plus en plus, et cette niche va devenir de plus en plus sanitaire, peut-être. Et tout ce qui a autour prend de la place. On reçoit des publicités, on m'envoie des trucs tous les jours ou presque, sur un nouveau truc qui



arrive, une société privée, un titres-services qui dit « oh, on va faire tout ça ». Il y a de la place, il y a la demande, pourquoi se priver ! Et en plus ça va vraiment être une sécurité sociale à deux, voire à trois vitesses, parce que ces sociétés-là [...] peuvent demander plus. Il y en a qui demandent beaucoup plus aussi. Et donc ils vont faire quoi ? Est-ce qu'ils vont happer une partie de la population un peu plus aisée financièrement, et que nous on va être qu'avec des personnes appauvries ? C'est ça qu'on veut ? C'est que le service public qu'on rend soit que pour des personnes qui n'ont pas d'argent et que les personnes qui ont plus d'argent puissent se permettre autre chose... mais autre chose ! c'est pas ce qu'on a imaginé à la base, quoi. C'est ça la sécurité sociale qu'on veut pour l'avenir ? [...] Une personne en fin de vie, qui est toute seule, qui a pas de famille, qu'elle ait de l'argent ou qu'elle ait pas d'argent, c'est notre mission de les aider. Argent ou pas argent, il y a pas de priorisation, c'est le besoin qui compte. (FEDOM)

Conclusions

Ce *policy debrief* offre un aperçu des enjeux principaux du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées pendant la crise du COVID en Belgique et les conséquences que cette crise a eues tant pour les travailleuses du secteur que pour les bénéficiaires, ainsi que la manière dont ces enjeux ont été traités. Les résultats présentés dans ce texte montrent que la crise du COVID-19 a profondément impacté le secteur de l'aide à domicile en Belgique, révélant et exacerbant des problématiques structurelles déjà existantes. L'analyse des défis rencontrés et des réponses apportées par les interlocuteurs sociaux impliqués dans le secteur met en évidence certains points cruciaux qui méritent d'être soulignés.

1. Problèmes Spécifiques au Secteur de l'Aide à Domicile

- Les travailleuses du secteur de l'aide à domicile ont été exposées à des risques importants, souvent sans une protection adéquate, malgré leur statut de travailleuses reconnues comme « essentielles ».
- La gestion des ressources rares telles que les masques, les équipements de protection et les vaccins a posé des défis significatifs, avec une priorisation qui n'a pas toujours favorisé ce secteur crucial.

2. Problèmes Structurels Accélérés par la Pandémie

- Le manque de reconnaissance des métiers du *care*, tant au niveau financier que symbolique, a été mis en lumière de manière encore plus aiguë pendant la crise.
- Le manque d'investissement chronique dans le secteur a été accentué, limitant la capacité à répondre efficacement aux besoins croissants des bénéficiaires.
- La fragmentation et l'augmentation de la concurrence avec des systèmes parallèles comme les titres-services, les entreprises privées sans agrément et l'économie informelle, ont exacerbé les défis de recrutement et de rétention du personnel.

Leçons apprises

1. Importance de la Reconnaissance et de la Valorisation

- La crise a démontré que la reconnaissance des travailleuses ne passe pas uniquement par une augmentation salariale, mais aussi par une valorisation symbolique de leur travail et par des formations adaptées pour leur permettre d'assumer de nouvelles responsabilités.

2. Rôle Crucial des Interlocuteurs Sociaux

- Les syndicats, les fédérations d'employeurs et les administrations ont tous joué un rôle essentiel pendant la crise. Leur capacité à collaborer et à négocier des solutions malgré les divergences a été déterminante pour maintenir la continuité des services.
- Les « victoires historiques », comme l'obtention de budgets conséquents pour l'amélioration des conditions de travail et des salaires, illustrent l'importance de la concertation sociale dans la défense des intérêts des travailleuses.

3. Nécessité d'un Soutien Structurel Renforcé

- Les problèmes de recrutement et de rétention du personnel montrent qu'un soutien structurel plus fort est nécessaire. Cela inclut des politiques publiques favorisant non seulement une meilleure rémunération, mais aussi des conditions de travail attractives et durables.

Recommandations

- **Investissement accru dans le secteur** : Il est crucial d'augmenter les investissements publics dans le secteur de l'aide à domicile pour garantir des conditions de travail décentes et attirer de nouveaux travailleurs.
- **Renforcement de la formation et de la reconnaissance** : Développer des programmes de formation continue et des mesures de reconnaissance symbolique pour les travailleuses, afin de valoriser leurs compétences et leur contribution essentielle.
- **Régulation et intégration des systèmes parallèles** : Mettre en place des régulations plus strictes pour les entreprises privées sans agrément et lutter contre l'économie informelle afin d'assurer des standards de qualité et de sécurité pour les bénéficiaires.
- **Promotion de la concertation sociale** : Continuer à promouvoir la concertation sociale entre tous les acteurs du secteur pour garantir une réponse coordonnée et efficace aux défis présents et futurs.

En conclusion, la crise du COVID-19 a été un révélateur des faiblesses structurelles du secteur de l'aide à domicile, mais elle a aussi montré la résilience et la capacité d'adaptation des travailleuses et des acteurs sociaux. Les leçons tirées de cette période doivent servir de fondement pour construire un secteur plus fort et mieux préparé aux défis futurs.

IV.10. Policy debrief sur l'Angleterre (Clémence Ledoux et Claire Sonnet¹⁷⁷)

Ce rapport s'appuie sur la lecture de la littérature administrative, scientifique et sur la réalisation de 12 entretiens (dont 8 retranscrits), en présentiel à Londres, Oxford et sur zoom, menés entre Mars et Juin 2023. Les acteurs suivants ont été rencontrés : une représentante du Trade Union Congress (TUC), le national Officer for Social Care à UNISON, la national Officer for Social Care à GMB, un *regional domiciliary care organiser* de GMB, une représentante de Kalayaan, qui défend les domestic workers migrantes, une ancienne inspectrice et formatrice pour la Care Quality Commission (CQC). Nos échanges avec trois expertes : Eleonore Kofman, Mary Daly, Jane Lethbridge, deux care workers (dont un living care worker auprès d'une personne âgée), l'observation du *care show* à Londres, les 24 et 25 avril 2024 et un long entretien avec une représentante de la CQC à cette occasion ont complété ces entretiens.

IV.10.1. Le contexte global précédant le COVID

Comme l'ont souligné de nombreux travaux, avant la pandémie, le régime de *social care* au Royaume Uni était déjà en crise, très fragmenté, dépendait de niveaux de gouvernement différents (Glendinning, 2018; Hayes, 2017; Howard & Kofman, 2021). Les instruments de régulations du travail, de l'emploi et de l'immigration relevaient du niveau central, alors que ceux concernant la distribution des services *social care* dépendaient du niveau des nations et des autorités locales, avec d'assez grandes différences entre l'Ecosse, le Pays de Galles, l'Irlande et l'Angleterre (Howard & Kofman, 2021). Pour ces raisons, le projet COVICARE s'est concentré sur le cas de l'Angleterre, dans laquelle la situation était la plus contrastée avec la France.

IV.10.1.1 Les régulations du *domiciliary care* avant le COVID

Les régulations du travail et de l'emploi

Avant la pandémie, les règles concernant le travail et l'emploi étaient -comme elles le sont toujours- définies au niveau de l'État central. Une distinction a été introduite entre les salariées (*employees*) et les travailleuses (*workers*). Ainsi, le contrat de *worker* oblige réciproquement l'employeur à fournir le travail jusqu'à échéance du contrat et le travailleur à l'effectuer, mais les *workers* sont exclus de tout un ensemble de protections, comme le congé de maternité légal, le congé de paternité légal, le congé d'adoption légal et le congé parental partagé, les périodes de préavis minimales à la fin de l'emploi ; la protection contre les licenciements abusifs ; le droit de demander un travail flexible ; le temps libre pour les urgences ; l'indemnité de licenciement légale (Hayes, 2017; Howard & Kofman, 2021).

Le terme "*zero hour contract*" n'a pas de signification précise en droit - les contrats diffèrent d'un employeur à l'autre. Cependant, il est utilisé pour désigner tout contrat avec un *worker* dont l'employeur n'est pas tenu d'accorder au salarié un nombre minimum d'heures de travail (Martin et al., 2024). L'agence n'est pas obligée de proposer du travail et le travailleur de

¹⁷⁷ Nous remercions Héloïse Fioleau et Alice Picard pour la relecture de ce texte

l'accepter. Depuis 2015¹⁷⁸, les employeurs ne peuvent plus exiger une clause d'exclusivité aux travailleurs signataires de ce type de contrat.

Bien qu'ils bénéficient en principe de droits fondamentaux tels que salaire minimum, congés payés et protection contre la discrimination, les travailleurs ne savent pas la plupart du temps comment ces droits s'appliquent aux contrats à temps zéro (*ibid.*). Même si leurs employeurs souhaitent les considérer comme des employés, dans la pratique, la nature fluctuante du travail avec ces contrats signifie que de nombreuses personnes n'accumuleront pas les deux années de service continu nécessaires pour bénéficier de droits essentiels en matière d'emploi, tels que la protection contre les licenciements abusifs. L'aide à domicile constitue le secteur dans lequel les travailleuses les contrats zéro heure sont les plus fréquents (56 % des contrats du secteur)(Skills for Care, 2020). Dans la pratique, les travailleuses craignent qu'on ne leur propose rien d'autre si elles refusent ces heures (Hayes, 2017). Le Pays de Galles avait introduit en 2016¹⁷⁹ une mesure de limitation du recours à de tels contrats de travail, à la différence de l'Angleterre. Lorsqu'elles sont simples *workers* et non *employees*, les aides à domicile (*domiciliary care workers*) ont accès au NHS, mais ne disposent pas systématiquement de salaire de remplacement en cas de maladie. Elles ne reçoivent pas de salaire de remplacement complémentaire d'entreprise et elles bénéficient du salaire de remplacement légal en cas de maladie seulement si elles ont gagné au-delà d'un minimum hebdomadaire (95,25£ par semaine).

Par ailleurs, les aides à domicile anglaises peuvent également travailler pour des agences sans être des *workers* et être soi-disant à leur compte. Cela génère parfois de faux emplois indépendants accompagnés d'une rémunération en espèces, rendant ardue la régulation dans ce secteur. Selon Lydia Hayes « Le Royaume-Uni possède l'une des structures d'application du droit du travail les plus faibles d'Europe » (Hayes, 2017, p. 17). À noter que si les relations employé-employeur sont peu claires, agir en justice est également complexe (*ibid.*).

Les financements et l'organisation de l'aide à domicile

Au Royaume Uni, les autorités locales assurent l'évaluation des besoins des personnes âgées et l'attribution d'une aide appropriée, distribuée sous condition de ressources avec de très fortes différences entre les nations. Avant la crise, au Pays de Galles, le *social care* était gratuit lorsque le patrimoine des personnes âgées était inférieur à 50 000£, alors qu'en Angleterre, la limite était à seulement 14 250£. Les personnes ayant un patrimoine compris entre 14 250£ et 23 250 £, devaient participer en partie au financement, complété par celui des autorités locales dont l'intervention ne dépassait pas la limite de 23 250 £ (Foster, 2021). La résidence principale pouvait être prise en considération dans le calcul du patrimoine (sauf si des proches y vivaient encore), obligeant ainsi des citoyens à vendre leurs biens immobiliers pour pouvoir entrer en maison de retraite. Des accords avec les autorités locales (*deferred payment agreements*) pouvaient parfois repousser cette obligation. Cependant, alors que les règles étaient assez strictes pour le *social care* reçu en établissement, à domicile, cette application était plus souple par les autorités locales, avec la possibilité d'être plus généreuses que cette

¹⁷⁸ Small Business, Enterprise and Employment Act

¹⁷⁹ Regulation and Inspection of Social Care (Wales) Act 2016,
<https://www.legislation.gov.uk/anaw/2016/2/enacted/data.pdf>

règle (ibid.). L'évaluation des ressources financières était donc presque plus importante que l'évaluation des besoins de *social care* pour déterminer l'accès aux services d'aide à domicile.

A partir des années 1980, le *social care* avait connu un mouvement très profond de privatisation en Angleterre (Hudson, 2019; Humphries, 2022). Ainsi, alors que 95 % des services d'aide à domicile appartenaient aux autorités locales en 1993, ils étaient uniquement 11 % en 2012 (Mitchell, 2021, p. 2). À ce titre, le Community Care Act de 1996 a constitué un tournant, en introduisant une forme de « *cash for care* » : les *local councils* ont eu le droit de remplacer la distribution de services par des sommes d'argent versées aux ménages (*direct payments*). Cette logique a été renforcée en 2008 avec l'obligation pour les local authorities de proposer des personal budgets (Picard, 2025). Pour les autorités locales, cela a constitué un moyen de faire des économies. Une partie du financement des autorités locales provenait de subventions du gouvernement central spécifiquement affectées à l'aide sociale.

Avant la crise et jusqu'à aujourd'hui, les autorités locales font des appels d'offre pour les services d'aide (*commission*) et décident du montant de leurs dépenses, avec de possibles différences d'un territoire à un autre. Ces appels d'offre leur permettent de sélectionner des prestataires, de leur acheter des services proposés ultérieurement aux citoyens même si ces derniers ne sont pas reconnus éligibles à l'aide publique. Dans ce cas, les clients paient l'autorité locale, qui rémunère les prestataires, comme l'expliquait une représentante de la *Care Quality Commission* (CQC) en avril 2024. Pour les citoyens non éligibles au soutien financier des autorités locales, les dépenses sont pourtant réduites par l'intervention des autorités locales, puisque celles-ci peuvent passer des contrats importants avec les services d'aide et négocier des prix inférieurs à ceux du marché. Cependant, ces prix bas parfois ne couvrent pas complètement les coûts des prestataires, à tel point que ceux-ci peuvent préférer se tourner vers les clients privés. Si elles souhaitent délivrer du soin aux Personnes Agées (PA), les organisations doivent être enregistrées auprès de la *Care Quality Commission* (CQC), procédure très facile avant la crise.

Avec la grande récession, les dépenses totales des autorités locales en *social care* ont considérablement baissé alors que les besoins augmentaient (Humphries, 2022). Entre 2016 et 2017, l'association des directeurs des services de *social care* avait identifié 941 millions de livres de coupes budgétaires sur les budgets du *social care*, touchant en particulier les territoires les plus pauvres (Mitchell, 2021). Face à cette réduction des dépenses, les critères d'éligibilité au *social care* financé par le public ont été durcis, entraînant une diminution de 26% du nombre de personnes de plus de 65 ans accédant à ces services entre 2009-2010 et 2013-2014 (Trade Union Congress (TUC), 2020, p. 4).

Plus de 100 000 postes avaient été supprimés dans le secteur de la santé et du *social care* avant la pandémie (Owens et al., 2022). Par ailleurs, plus de la moitié (54 %) des autorités locales n'exigeaient pas des prestataires d'aide à domicile qu'ils rémunèrent les travailleuses pour le temps passé à se déplacer entre les visites, si bien que leur salaire pouvait tomber en dessous du salaire minimum légal (Trade Union Congress (TUC), 2020). Avant la crise, le *domiciliary social care* connaissait déjà une situation de pénurie de main d'œuvre, caractérisée par nombre de postes inoccupés, un fort *turn over*, des difficultés de recrutement, des niveaux de salaire très bas et une culture du « *time and task* » (ibid. ; Skills

for Care, 2020). Cette culture renvoie au fait que les *domiciliary care workers* effectuaient des tâches très courtes, considérées comme insuffisamment longues pour prendre soin (ibid.).

La crise pandémique est donc arrivée après 10 ans de politiques très fortement austéritaires, ayant contribué à fragiliser largement le secteur du *domiciliary social care* anglais.

La régulation des migrations

Alors que les travailleuses migrantes constituaient une part importante du « *social care* », en particulier dès 2018, la question a été posée dans l'espace public de savoir qui allait assurer leurs tâches après les réformes de l'immigration liées au Brexit, comme reconnaissait déjà un document du gouvernement en 2018 "*we recognise the challenges [related to the new immigration system] faced by these employers, particularly in sectors like construction and social care, who would find it difficult immediately to adapt [nous reconnaissons les défis [liés au nouveau système d'immigration] auxquels sont confrontés ces employeurs, en particulier dans des secteurs tels que la construction et le social care, qui auront du mal à s'adapter immédiatement]*".¹⁸⁰.

En conséquence du Brexit, le gouvernement avait prévu d'introduire en janvier 2021 un nouveau régime d'immigration unique (alors qu'auparavant deux existaient, l'un pour les européens, l'autre pour les extra-européens), basé sur un système à points qui devait mettre fin aux droits à la libre circulation des travailleurs de l'UE. L'entrée sur le territoire dépendrait de différents éléments : la détention d'une offre d'emploi écrite proposée par un employeur qui « sponsoriserait » le demandeur, l'offre devait correspondre à un niveau de qualification suffisant, les candidats devaient parler suffisamment bien anglais et le salaire devait être au moins de 23 039£/an¹⁸¹ : un nombre de points était associé à ces éléments. Avec ce système, certaines caractéristiques devenaient négociables : un salaire de 20 480£ pouvait être accepté si le demandeur souhaitait occuper un métier en tension (*shortage occupation*) ou s'il détenait un doctorat. Ce nouveau système, défini juste avant la pandémie et mis en œuvre en 2021, a été présenté comme le moyen d'attirer « *the brightest and the best workers [les travailleurs les plus brillants et les meilleurs]* » et assumait, de fermer la route migratoire aux travailleurs pauvres¹⁸². Il ne permettra alors pratiquement plus aux candidat.e.s volontaires pour travailler dans le secteur du *social care* l'entrée sur le territoire, car rendant presque impossible l'acquisition d'un nombre de points suffisants (Turnpenny & Hussein, 2022). Néanmoins, quelques autres moyens d'entrer et/ou de travailler dans le *social care* persisteront : comme le statut de réfugié.e.s ou le regroupement familial (ibid.). Effectivement, un an après être entré.e.s au Royaume Uni, les réfugié.e.s seront autorisés à travailler dans les secteurs avec pénurie de main d'œuvre (ibid.).

¹⁸⁰ HM Government, The UK's future skills-based immigration system, Londres, December 2018

¹⁸¹ <https://www.gov.uk/government/publications/the-uks-points-based-immigration-system-policy-statement/the-uks-points-based-immigration-system-policy-statement>

¹⁸² James Bloomfield, "We need everyone we can get in the care industry", The Independent, 16 avril 2020

IV.10.1.2. L'organisation du champ

Au niveau central, la responsabilité ultime du *social care* est portée par le *Department of Health and Social Care* (DHSC)

Les représentant.e.s des travailleuses

Trois syndicats étaient actifs dans le champ du *domiciliary care* avant le COVID : gmb, UNISON et Unite the Union. UNISON représente le secteur public et toutes les activités ayant été à un moment de leur histoire dans le secteur public, le *social care* inclus tandis que Gmb, a historiquement représenté les cols bleus. Unite the union, créé en 2007, est issu de la fusion d'un syndicat généraliste du privé (Amicus) et d'un syndicat des transports. Gmb, UNISON et Unite the Union sont affiliés à la *Trade Union Confederation* (TUC), qui dispose d'une *policy officer* en charge des services publics avec dans l'un des trois sous thèmes de son portefeuille le *social care* (*Policy Officer - Public Services (social care, procurement, devolution)*). En entretien, cette *policy officer*, titulaire d'un master en *gender and international development*, explique que le rôle du TUC est de produire des études et d'amplifier la voix des travailleuses :

"we do a couple of different things. So we work with our affiliate unions to think about how we can support them and amplify their work, the workers members experiences in different policy and political spheres. We do a lot of research and analysis. So we keep on top of labor market data other forms of data and research evidence that's coming out about what's happening in social care and we bring these kind of bodies of evidence together essentially to make sure that there's an enabling policy and political environment for good working conditions in the social care sector so we do this in a couple of different ways so we work at national level nous faisons plusieurs choses différentes [Nous travaillons avec nos syndicats affiliés pour réfléchir à la manière dont nous pouvons les soutenir et amplifier leur travail, les expériences des travailleurs membres dans différentes sphères politiques. Nous faisons beaucoup de recherches et d'analyses. Nous nous tenons au courant des données du marché du travail, d'autres formes de données et des résultats de la recherche sur ce qui se passe dans le secteur du social care et nous rassemblons ces éléments de preuve pour nous assurer qu'il existe un environnement politique favorable à de bonnes conditions de travail dans le secteur du social care, et ce de différentes manières]" (entretien avec une représentante du TUC, 27.03.2023)

À côté des syndicats, des ONG défendent l'intérêt des travailleurs. En particulier, l'ONG Kalayaan, dont les activités ont été bien documentées par la recherche (Schwenken, 2005), défend l'intérêt des travailleuses domestiques entrées sur le territoire avec un visa de travail correspondant. Cette association développe à la fois des activités de services aux *domestic workers* et d'*advocacy* (entretien le 27.03.2023).

Les représentant.e.s des employeurs et des agences

Les observateurs s'accordent pour reconnaître qu'aucune organisation ne représente de manière évidente les employeurs et que l'espace de la représentation est très fragmenté (Mitchell, 2021). La *National Homecare Association*, identifiée comme un acteur important par les acteurs interrogés, a changé de nom pendant la crise de la COVID, puisqu'elle s'appelait auparavant la *United Kingdom Homecare Association* (UKHCA). Fondée en 1989, cette

organisation assure à la fois des activités de lobbying auprès des acteurs publics et propose des services à ses membres. *Care England*, cité dans les rapports gouvernementaux, représente essentiellement les acteurs commerciaux et ceux du secteur résidentiel. Au contraire, le *National care Forum* représente les employeurs du secteur non lucratif et semble constituer un allié des syndicats : lors du *care show* organisé à Londres les 24 et 25 avril 2024, le *National care Forum* intervenait dans une table ronde aux côtés des syndicats gmb et UNISON et soulignait l'importance de constituer une coalition avec eux, afin de faire changer le système du *social care* : « *the more representative we are, the more chances we have that our message will be heard / plus nous sommes représentatifs, plus nous avons de chances que notre message soit entendu* » s'exclamait ainsi la représentante du *National care Forum*.

Les autres acteurs

À côté des précédentes, trois autres organisations méritent d'être mentionnées dans le cadrage des débats sur la situation des travailleuses du *social care* :

- La *Care Quality Commission* (CQC) instituée légalement en 2008 comme l'unique régulateur de tous les services de santé et de *adult social care*¹⁸³ et chargée d'évaluer la qualité des services à domicile et résidentiels et de les labelliser. Selon la législation de 2008, est considérée comme une activité régulée¹⁸⁴ toute activité impliquant une « *provision of health or social care* », entendue comme une mise à disposition de personnel réalisant de telles activités. La CQC publie de nombreux rapports sur le secteur du *social care*. Avant le COVID, elle considérait cinq principaux critères afin d'évaluer la qualité des services « *safety, effectiveness, caring, responsiveness* » et « *well-lead services* ». Les résultats de l'inspection étaient publiés sur le site de la CQC.

- l'organisation *Skills for Care*, créée en 2005, est issue de la *Training Organisation for Personal Social Services England* (TOPSS), l'équivalent existe dans les autres nations. Elle regroupe les 150 services sociaux des autorités locales mais aussi les employeurs du secteur privé, elle est dirigée par les employeurs afin de rassembler des données sur la main d'œuvre relevant du *adult social care*. *Skills for Care* publie ainsi de très nombreux rapports, utilisant beaucoup de matériaux quantitatifs constitués grâce à une source statistique particulière, l'*Adult Social Care Workforce Data Set* (ASC-WDS), qui a remplacé la base précédente : la *National Minimum Data Set for Social Care NMDS-SC*.

- le *Nuffield Trust*, un think tank indépendant ayant pour objectif d'améliorer les soins et le *social care* en fournissant des recherches et des analyses politiques fondées sur des preuves empiriques (« *evidence-based research and policy analysis* »), en informant et en suscitant le débat.

IV.10.1.3. Des actions précédant le COVID qui se sont poursuivies

Les projets de réforme gouvernementaux

Avant le COVID, le gouvernement avait mis plusieurs fois le *social care* à l'agenda, sans que cela ne conduise à des réformes. En 2010, à la demande de D. Cameron, la Commission Dilnot avait travaillé sur le coût du *social care* pour les finances des ménages. Pour Sir Andrew Dilnot,

¹⁸³ <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/regulations-enforcement/legislation>

¹⁸⁴ <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/14/section/8>

le système était « injuste » et « inadéquat », car les dépenses imposées aux familles pour le *social care* pouvaient les forcer à vendre leurs logements. La Commission avait proposé que les individus ne financent leurs frais de *social care* en établissement eux même que si leur patrimoine avait une valeur supérieure à 100 000 £, en fixant une limite supérieure à 30% du patrimoine utilisé pour financer ces dépenses¹⁸⁵. La Commission, proposait de mettre en place une taxe de protection sociale pour réaliser une telle réforme. Inclue dans le manifeste des conservateurs en 2015, la proposition avait été retirée 2 mois après, à la suite des nouvelles élections. Alors que Theresa May n'avait proposé aucune réforme du *social care*, en arrivant au pouvoir en juillet 2019, Boris Johnson avait annoncé qu'il allait « réparer » (*fix*) la crise dans le secteur.

Pour les syndicats, deux stratégies marquantes avaient été suivies : la *strategic litigation* et le développement de chartes éthiques visant une distribution du financement public plus respectueuse des travailleurs.

Strategic litigation

Avant le COVID, UNISON a voulu attaquer le paiement des heures de présence de nuit (*sleep in*) d'un montant égal ou inférieur à 34 £ pour 10 heures de travail. UNISON a sélectionné une travailleuse, Tomlison Blake, qui pourrait porter la cause devant un juge et ainsi changer le système juridique, comme le raconte un représentant de UNISON :

“Claire Tomlinson Blake was a UNISON member who worked for Mencap and you know there are thousands and thousands of our members who are in this situation we just needed to pick a case which we wanted to take through the system that would set the legal principle [Claire Tomlinson Blake était un membre d'UNISON qui travaillait pour Mencap et vous savez qu'il y a des milliers et des milliers de nos membres qui sont dans cette situation].”

UNISON a sélectionné cette travailleuse pour sa résilience qui laissait imaginer sa capacité à passer beaucoup d'épreuves.

“[we] needed somebody's quite resilient and you know because they're going to go through quite a lot as part of this process and obviously that means their name is out there and it's quite difficult and she you know she did a fantastic job of doing that [“Nous avons besoin d'une personne de résiliente, parcequ'elle allait traverser beaucoup d'épreuves dans le cadre de ce processus, ce qui signifie que son nom allait être connu et que c'est assez difficile, et elle a fait un travail fantastique à cet égard].”

Par ailleurs, sa situation apparaissait solide : elle devait se lever régulièrement la nuit pour s'occuper d'une personne. Ce cas a suscité une forte couverture médiatique mais finalement, UNISON a perdu. Selon le *national officer*, malgré la défaite en justice, des compagnies ont néanmoins arrêté de payer les heures de nuit comme elles le faisaient avant cette action.

Les chartes éthiques

Avant le COVID, UNISON et gmb avaient développé des chartes éthiques concernant le contenu des *public procurement* (procédures de marchés publics) qu'elles proposaient à la signature des *local councils*. Chez UNISON, cette démarche lancée en 2012 faisait suite à une

¹⁸⁵ <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/briefings/dilnot-commission-report-social-care>

étude montrant que les conditions de travail étaient intrinsèquement liées à la qualité du soin (Moore, 2017). Cette charte a été initiée par la section « *local government* » de UNISON (*ibid.*).

La charte de UNISON est constituée de 3 étapes¹⁸⁶ :

1) L'étape 1 suppose que les appels d'offre des *local authorities* s'assurent que :

- les visites ne soient pas de 15 minutes ou moins ;
- les travailleuses soient payées pour leurs déplacements et frais de déplacements ;
- il y ait un paiement du *statutory sick pay*.

2) L'étape 2, suppose que :

- les *0 hours contract* ne soient plus utilisés ;
- les clients aient le même *worker* ;
- les *workers* ne soient plus isolés.

3) L'étape 3, quant à elle, implique que les *workers* soient payés au *living wage*.

Dans sa charte, gmb demande que les syndicats soient impliqués et que la « *task and time culture* » soit supprimée. En 2019, gmb a lancé une campagne en ce sens et plusieurs municipalités ont abandonné la « *task and time culture* » : Leeds, Sheffield, Liverpool, que d'autres municipalités Labour.

IV.10.2. Les réponses aux questions posées pendant le COVID

Pendant le COVID, la crise du secteur de l'aide à domicile s'est aggravée en Angleterre, car le NHS ne pouvait pas renvoyer les patients chez eux. La question de la coordination entre le NHS et le *social care* a été beaucoup discutée car il est devenu clair que des personnes aptes à réintégrer leur domicile pour poursuivre leur traitement du COVID ne le pouvaient pas en raison de l'incapacité de mettre en place du *social care* à domicile pour elles. La crise sanitaire a montré à quel point la crise du *domiciliary care sector* pouvait avoir des effets sur le NHS.

IV.10.2.1. Les arrêts de travail et le salaire de remplacement

Au Royaume-Uni, il existe un *statutory sick pay*, c'est-à-dire un salaire de remplacement légal et universel en cas de maladie : il est le même pour toutes les personnes éligibles.

Encadré 7 : Le salaire de remplacement en cas de maladie au Royaume Uni

Au Royaume Uni, les entreprises peuvent proposer leur propre programme de salaire de remplacement en cas de maladie, dont le montant dépend de leur propre politique. Ce type d'indemnité n'est pas proposé par tous les employeurs. Par ailleurs, il existe un revenu de remplacement « béveridgien », le « *statutory sick pay* », d'un montant identique pour tous les bénéficiaires et qui, avant la pandémie, dépendait de trois conditions :

- Etre considéré comme un « *employee* » et avoir réalisé du travail pour son employeur
- Gagner en moyenne un minimum de 120£ par semaine
- Avoir été malade plus de 3 jours d'affilée ; 3 jours de carence sont donc appliqués.

¹⁸⁶ <https://www.unison.org.uk/care-workers-your-rights/the-ethical-care-charter/>



Les *agency workers* ont droit au *statutory sick pay*. Pour que les personnes en *zero hours contracts* en bénéficient, elle devaient travailler un nombre d'heures hebdomadaires suffisant.

Ce salaire de remplacement s'élevait à 99,35 £ par semaine en 2022¹⁸⁷. Durant la pandémie, le *statutory sick pay* a été transformé de façon à pouvoir être accessible dès le premier jour en cas de maladie¹⁸⁸.

Un grand nombre de travailleuses de l'aide à domicile n'étaient protégées que par le *statutory sick pay* car leur entreprise ne leur proposait pas d'autre couverture. Certaines d'entre elles, en particulier celles en contrat zéro-heure, n'y accédaient même pas car elles n'avaient pas une durée de travail suffisante (Mitchell 2021). Ainsi, pour ces travailleuses, le COVID a constitué un grand risque d'appauvrissement, comme l'explique une représentante de gmb :

"73% of people within a small workforce, at some point, because of government direction, have got to then self-isolate for up to 10 days right. So, most of those workers don't actually have any contractual right to sick pay and only get statutory sick pay and (...) at the time anyway it's not feasible or possible for people to be able to live and if you're catching COVID repeatedly or if you're testing positive repeatedly over a period of time you're not going to be able to live [73 % des travailleurs d'une petite entreprise doivent, à un moment donné, s'isoler pendant une période pouvant aller jusqu'à 10 jours, en raison d'une directive gouvernementale. La plupart de ces travailleurs n'ont donc aucun droit contractuel à des indemnités de maladie et n'ont droit qu'à des indemnités de maladie légales et (...) à ce moment-là, de toute façon, il n'est pas possible pour les gens de vivre et si vous attrapez le virus de façon répétée ou si vous êtes testé positif de façon répétée sur une période de temps, vous ne pourrez pas vivre]" (entretien avec gmb, printemps 2023)

Les travailleuses testées positives en arrêt de travail risquaient donc de ne pas recevoir d'indemnité. Certaines d'entre elles ont du devoir choisir entre la poursuite du travail avec des symptômes ou rester à la maison et sans revenu. Aussi, pour les syndicats rencontrés en entretien, certaines travailleuses testées positives sans salaire de remplacement ont « fait le mauvais choix » en continuant d'aller travailler, mais c'est parce qu'elles n'avaient pas le choix.

Dans le cas des *living care workers* recrutés par des agences, nous avons rencontré le cas d'un travailleur dont l'agence exigeait de lui qu'il soit testé avant d'aller travailler. Un résultat positif interdisait la reprise, celle-ci dépendant d'un résultat négatif. La personne avec laquelle il se relayait chez la personne âgée devait de son côté y séjourner plus longtemps. Pendant cet arrêt forcé, le travailleur interrogé n'a reçu aucune compensation.

Aussi, pour éviter le risque de travailleuses positives en activité, le gouvernement crée en mai 2020 le « *infection control fund* (ICF) »¹⁸⁹, un fonds de 600 millions, à destination à la fois des établissements d'hébergement pour personnes âgées et des services d'aide à domicile. Il s'agissait de soutenir les prestataires de *social care* pour adultes, y compris ceux avec lesquels les autorités locales n'avaient pas de contrat et de réduire le taux de transmission du COVID-

¹⁸⁷ <https://www.unison.org.uk/news/2022/06/absence-of-sick-pay-for-care-workers-shows-system-needs-reform/>

¹⁸⁸ <https://www.gov.uk/government/news/sick-pay-from-day-one-for-those-affected-by-coronavirus>

¹⁸⁹ <https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-infection-control-fund/about-the-adult-social-care-infection-control-fund>

19. Un petit pourcentage était destiné aux prestataires d'aide à domicile et visait à limiter la circulation du virus dans ce segment.

Selon les syndicats, ce fonds a donné lieu à l'utilisation de « *fully money* », c'est-à-dire à une injection de cash de l'État aux *local authorities*, afin de le distribuer aux *providers* relevant de leur aire géographique. Théoriquement, les autorités locales devaient distribuer ces fonds à tous les *providers*, avec ou sans contrat avec elles. Grâce à ce fonds, toutes les *domiciliary care workers* auraient dû recevoir un salaire de remplacement et aucune travailleuse, quel que soit son type de contrat, n'aurait dû être pénalisée d'avoir « *fait la bonne chose, c'est-à-dire rester chez elle au lieu d'aller travailler quand elle est infectée* » (entretien avec UNISON).

Cependant, d'après les syndicats, ce fonds n'a pas bien fonctionné : il s'appuyait sur la bonne volonté des employeurs de transmettre le financement aux travailleuses. Beaucoup de *providers* ne voulaient pas financer les arrêts maladie de leurs travailleuses, craignant qu'elles se mettent toutes en arrêt s'ils commençaient à le faire. Selon le syndicat UNISON, le secteur était tellement fragmenté que l'utilisation de ce financement était difficile à suivre. En entretien, les syndicats indiquent avoir joué un rôle dans le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation de ce fonds. UNISON a demandé à la *National Court of Audit* de vérifier comment cet argent avait été utilisé. Gmb a raconté en entretien que des membres ont indiqué que le fonds n'était pas arrivé. D'après la responsable interrogée, le syndicat a alors menacé les *providers* d'une plainte auprès des *city councils* en cas d'absence de redistribution de l'argent, expliquant qu'il était en position de pouvoir influencer les *city councils* en raison du grand nombre de ses membres dans l'administration de ces autorités locales.

Après la crise, ce mécanisme de financement du « *sick pay* » s'est arrêté, seul le *statutory sick pay*, au montant très faible, étant conservé. Cependant, la période de la crise a permis de mobiliser autour de cet enjeu et de le regarder autrement. En 2022, UNISON a financé une enquête auprès des travailleuses afin de mieux connaître l'état de leurs ressources en cas d'arrêt de travail¹⁹⁰. Les résultats montrent que pendant la crise, alors même que le fonds de l'ICF existait, plus de 36% des travailleurs n'ont pas reçu un remplacement plein de leur salaire en cas d'arrêt, plus de 37% ont utilisé leurs congés annuels pour faire face, 24% ont dû s'endetter en raison de leur perte de ressources. 7% des répondants ont continué à travailler après avoir été testé positifs et ce malgré les risques, car ils ne pouvaient pas envisager une diminution de salaire¹⁹¹. Une relation entre la diffusion du virus et les dispositifs de *sick pay* a donc été établie par UNISON : l'accès limité au salaire de remplacement a conduit les aides à domicile à continuer à travailler et a contribué à faire circuler le virus et la mort¹⁹².

IV.10.2.2. La protection de la santé

Alors que le virus commence à se diffuser au Royaume Uni, plusieurs acteurs dénoncent le manque d'équipements de protection dans le secteur du *care*. Ainsi l'UKHCA signale que « *The*

¹⁹⁰ Afin d'inciter les travailleurs à répondre, l'enquête promet aux participants de participer à un tirage au sort pour un prix s'ils et elles répondent <https://www.unison.org.uk/news/article/2022/04/sick-pay-survey-launched-as-staff-say-they-cant-afford-to-be-sick/>

¹⁹¹ <https://www.unison.org.uk/news/2022/06/absence-of-sick-pay-for-care-workers-shows-system-needs-reform/>

¹⁹² <https://www.unison.org.uk/news/2022/06/absence-of-sick-pay-for-care-workers-shows-system-needs-reform/>

UK Home Care Association says the firms need more protective equipment for staff and clearer guidance on protecting clients [l'association de Home Care affirme que les entreprises ont besoin de plus d'équipements de protection pour leur personnel et de conseils plus clairs sur la protection des clients] »¹⁹³. De leur côté, les représentants des travailleuses unissent leurs voix. Ainsi, fin mars, la secrétaire générale d'UNISON, relayée par la presse spécialisée¹⁹⁴, indique que les « *Care workers are being treated as though their safety and that of their loved ones doesn't matter [Les care workers sont traités comme si leur sécurité et celle de leurs proches ne comptait pas]* »¹⁹⁵. De son côté, Jeremy Corbyn, du parti travailliste envoie une lettre au premier ministre, dans laquelle il qualifie d'« intolérable », le fait que le personnel du *social care* ne dispose pas de masques¹⁹⁶ : « *Neither can we tolerate a situation where social care workers – in both residential and domiciliary settings – do not have PPE. Care workers are scandalously poorly paid. Now is the moment to recognise their true value to our society and provide them with the protection they need [Nous ne pouvons pas non plus tolérer une situation où les social care workers- dans les établissements résidentiels et à domicile - n'ont pas d'équipement de protection. Les care workers sont scandaleusement mal payés. Le moment est venu de reconnaître leur véritable valeur pour notre société et de leur fournir la protection dont ils ont besoin]* »¹⁹⁷. La question des masques est donc l'occasion d'évoquer la valeur de ces travailleuses, elle préoccupe également les autorités locales. Ainsi, L'ADASS (*Association of directors of adult social Services*) et la « *Local government Association* », écrivent au ministre au sujet du manque d'équipements personnels de protection et regrettent l'avis donné aux travailleurs de se tourner vers leurs autorités locales car celles-ci n'ont pas de masques¹⁹⁸. Le 1^{er} avril, des représentants du TUC, d'UNISON, du *Royal College of Midwives*, du syndicat Unite, de GMB, de la *Chartered Society of Physiotherapy* et de la *British Dietetic Association* unissent leurs forces pour demander transparence dans la distribution de masques et que leurs membres ne soient pas obligés de réaliser des tâches sans équipement de protection¹⁹⁹.

Alors que les protections manquent toujours selon les professionnels, il faudra attendre le 27 avril 2020 pour qu'un guide COVID 19 soit publié par le gouvernement²⁰⁰. Il fournit des informations sur la manière dont le personnel (*visiting homecare, extra care housing, live-in homecare*) doit utiliser les équipements personnels de protection et travailler de manière sécurisée. Il s'agit essentiellement de prescriptions concernant les conditions dans lesquelles utiliser les différents types de masques : par exemple la distance entre le bénéficiaire et la travailleuse détermine le type de masques à utiliser. Cependant, ce guide ne règle pas la

¹⁹³ <https://www.bbc.com/news/health-51934034>

¹⁹⁴ <https://www.nursingtimes.net/news/social-care/social-care-staff-on-coronavirus-frontline-feel-forgotten-31-03-2020/>

¹⁹⁵ <https://www.unison.org.uk/news/2020/03/care-workers-put-risk-lack-face-masks-basic-safety-kit-says-unison/>

¹⁹⁶ <https://labourlist.org/2020/03/corbyn-writes-to-pm-with-six-key-coronavirus-demands/> consulté le 16 juin 2024

¹⁹⁷ Ibid.

¹⁹⁸ <https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/Letter%20to%20SoS%20Matt%20Hancock.pdf>

¹⁹⁹ <https://www.unison.org.uk/news/article/2020/04/lack-protective-equipment-health-social-care-staff-crisis-within-crisis/>

²⁰⁰ <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-how-to-work-safely-in-domiciliary-care>

question de la pénurie des masques. Les « *care workers* » et leurs agences ont été obligés de fabriquer leurs propres kits de protection.

Plusieurs mois plus tard, en février 2021, un rapport de la Chambre des Communes ²⁰¹ reproche au gouvernement de n'avoir pas su protéger les personnes âgées, lors de la première vague de COVID, en ayant choisi de délivrer prioritairement ces équipements au NHS. Ce document estime que 10% des équipements de protection seulement ont été attribué au secteur de *l'adult social care*. De plus, il faut attendre septembre 2020 pour que le gouvernement annonce dans son plan pour l'hiver, la mise à disposition de masques pour les fournisseurs de soins en maison de retraite et à domicile.

En juin 2021, la *Care Quality Commission* publie un rapport sur l'impact du COVID sur les prestataires de soins à domicile, pour la période du 2 au 8 mai 2020. Elle établit que la pénurie d'équipements de protection parmi les fournisseurs de d'aide et de soins était une « très grande préoccupation ». Dans l'aide à domicile, parmi les agences qui ont répondu aux questions, pour 6% d'entre elles à Londres les équipements de protection personnel se réduisaient à une réserve pour 2 jours ou moins, pour 28% à Londres et dans le Nord-Ouest à une réserve d'une semaine. La *Care Quality Commission* affirme avoir travaillé avec les autorités locales pour s'assurer que les fournisseurs avaient obtenu les produits dont ils avaient besoin. Des prêts d'équipements de protection ont même été organisés afin de permettre de répondre aux besoins immédiats. La CQC s'est aussi intéressée au coût représenté par la fourniture nécessaire de protections pour le personnel.

Au début de l'année 2021, les statistiques sur le nombre de morts par type d'occupation commence à être mieux connu. Une publication de l'office national de statistiques montre ainsi que les *care workers* ont eu une probabilité beaucoup plus grande que d'autres travailleurs de mourir du COVID²⁰². Le 10 mai 2021, un journal d'investigation publie son enquête sur les aides à domicile et révèle que souvent, le personnel ne portait pas de gants et était obligé de s'acheter ses propres masques à défaut de ceux fournis, qui étaient à l'origine de coupures au niveau des oreilles. Aucune doctrine, ni approche claire n'existait au niveau de l'hygiène²⁰³. Pour autant, le 10 juin 2021, le ministre M. Hancock nie le fait qu'un manque de masque ait causé la mort de 1500 personnels de santé et de *care* pendant la pandémie²⁰⁴. Il dément que le manque d'équipements de protection personnels puisse en être la cause et soutient qu'il n'y a jamais eu de manque dans ce domaine.

Au-delà de ces problèmes, la protection de la santé pose aussi la question de l'accès au NHS. Pour les travailleuses en situation irrégulière cet accès ne va pas de soi, car elles craignent d'être arrêtées. Aussi, pour répondre à cela, le gouvernement promet-il de ne pas croiser les

²⁰¹ Rapport du comité des comptes publics (PAC) de la Chambre des Communes.

²⁰²<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/latest>

²⁰³ <https://www.thebureauinvestigates.com/stories/2021-05-10/revealed-thousands-of-pandemic-deaths-in-home-care>

²⁰⁴<https://www.gponline.com/hancock-denies-ppe-shortages-caused-1500-nhs-staff-deaths-covid-19/article/1718813>

fichiers du ministère de l'intérieur et du NHS, comme l'indique Avril Sharp : « *they had to make quite a strong promise or an assurance that they, you know, they wouldn't share information. There would be no data sharing deals between a vaccination centres, which essentially, you know, NHS and immigration enforcement [ils ont dû faire une promesse assez ferme ou donner l'assurance qu'ils ne partageraient pas d'informations. Il n'y aurait pas d'accords de partage de données entre les centres de vaccination, qui sont essentiellement, vous savez, le NHS et les services d'immigration]* ».

IV.10.2.3. La vaccination

Au Royaume-Uni, le *Joint Committee on Vaccination and Immunisation* chargé d'établir des recommandations sur les groupes sociaux à prioriser pour l'accès au vaccin les identifie dès décembre 2020²⁰⁵. Le premier groupe est constitué des résidents des maisons de retraite et du personnel travaillant avec eux. Dans le second groupe, le comité sélectionne les personnes âgées de 80 ans et les *frontline workers* du secteur de la santé et du *care*. Toutes les personnes âgées de plus de 75 ans sont incluses dans le troisième groupe. En tout, 9 groupes sont identifiés. Dans sa justification, le comité remarque que le personnel médical et de l'aide à domicile risque moins d'être infecté que celui des maisons de retraite, d'où la priorité accordée à ce dernier. Dans ses travaux ultérieurs, à partir d'enquêtes statistiques, le *Joint Committee* identifie les hommes et les minorités ethnoraciales comme des groupes sociaux plus exposés au virus que les autres.

Déroulé de la campagne vaccinale

Un suivi précis de la campagne vaccinale auprès des travailleurs du *social care* est mené par le gouvernement. Au printemps 2021, plusieurs articles de presse soulignent cependant le retard de la vaccination dans les maisons de retraite et les liens entre le défaut de vaccination du personnel intervenant auprès des personnes âgées et leur décès.

Obligation vaccinale

En août 2021, le gouvernement décide de son côté que les personnes travaillant dans des maisons de retraite devront toutes avoir terminé leur schéma vaccinal contre le COVID pour le 11 novembre 2021²⁰⁶ et qu'à défaut, elles seront licenciées, sans indemnité de licenciement (Hayes & Pollock, 2021). À la date fixée, seules les travailleuses ayant validé leur schéma vaccinal seraient autorisées à entrer dans ces établissements et la *Care Quality Commission* a été chargée du respect de cette obligation par les employeurs et les agences (*ibid.*).

La délimitation des groupes identifiés comme prioritaires dès décembre 2020 est donc reprise et les travailleurs du secteur de la santé et de l'aide à domicile ne sont pas concernés par ces mesures. En novembre 2021, le gouvernement annonce son intention d'étendre au printemps

²⁰⁵ Joint Committee on Vaccination and Immunisation: advice on priority groups for COVID-19 vaccination, 30 décembre 2020

²⁰⁶ La vaccination du personnel des maisons de retraite devait donc dès lors avoir été commencée au plus tard le 16 septembre.

cette mesure au *health sector* et au *domiciliary care sector*, tout en organisant une consultation dans l'hiver à ce sujet. Celle-ci révèle que plus de 19 000 travailleurs ont quitté le secteur des *care homes* à la suite de l'obligation vaccinale. Les syndicats et les représentants des prestataires s'y opposent. Finalement, alors que l'extension au secteur de la santé et du domicile devait entrer en vigueur le 1^{er} avril 2022, le gouvernement retire le projet le 15 mars 2022, presque au dernier moment. Cette mesure, jamais entrée en vigueur, a pourtant entraîné de larges controverses.

Les attitudes des syndicats sur la vaccination

Les syndicats UNISON et gmb expliquent, plusieurs mois après, que l'obligation vaccinale a été très mal vécue par certains de leurs membres (mais pas tous). Alors qu'ils avaient travaillé sans masque, avaient contracté parfois le COVID du fait de leur activité professionnelle, pour certains, la politique de vaccination obligatoire a été vécue comme une blessure, un manque de respect et de reconnaissance :

“And I think with it, you know, within care as well, you've got a lot of people that have gone through a year of stress, trauma, not feeling as though they've got access to their own families. All within, you know, within the GMB, we're waiting for a post where we're seeing the unfolding of post-traumatic stress within a lot of our members at the minute. So to say to everybody, whatever it is that you have been doing now, no, no, no, you need to have a vaccine now on top of that. It's unfair. Is an unfair mandate and completely unappreciated mandate at that because the protection wasn't there when it was that they needed it [Et je pense qu'avec cela, vous savez, dans le domaine du care également, vous avez beaucoup de personnes qui ont traversé une année de stress, de traumatisme, qui n'ont pas l'impression d'avoir accès à leur propre famille. Au sein du GMB, nous attendons un post où nous voyons apparaître le stress post-traumatique chez beaucoup de nos membres en ce moment. Alors dire à tout le monde, quoi que vous fassiez maintenant, non, non, non, vous avez besoin d'un vaccin en plus. C'est injuste. C'est une obligation injuste et complètement inappréciée en plus, parce que la protection n'était pas là quand ils en avaient besoin]” (entretien avec gmb)

Les syndicats ont vu là un risque de division, ce que rapporte UNISON :

“the government was kind of using as a kind of divide and conquer thing: you were either a good guy and having the vaccination or you're a bad guy and you won't get the vaccination [le gouvernement utilisait [cela] en quelque sorte afin de diviser pour mieux régner : soit vous étiez pour eux un bon gars et vous vous faisiez vacciner, soit vous étiez un mauvais gars et vous ne vous faisiez pas vacciner]”.

En entretien, les syndicats expliquent qu'ils n'étaient pas anti-vaccins mais s'opposaient à l'obligation vaccinale. Ainsi, un représentant de UNISON raconte :

“we were very pro vaccination, right, you know it's a collective solution to a collective problem, it makes people safe, it reduces number of people who get COVID and the spread of COVID so it you know it's something that we strongly backed (...). But we



thought that the best way of quickly getting care workers vaccinated was to persuade people and put in place a program of reassuring conversations guides -you know peer-to-peer reassurance- in order to get people taking up the program. That's what they did in Wales but instead the government takes a sledgehammer to back and up and they they introduce mandatory vaccinations so if you say to some who's worried about a vaccination I will sack you if you don't get the vaccination you're not gonna get that's not gonna reassure you. That's not how reassurance works. And you know this was clearly shown it had an impact on black and ethnic minority and care workers as well because it was shown through the research that black and ethnic minority care workers who had previously had poorer experiences of health care and were therefore less reassured by the idea that the NHS was going to give them a safe vaccine the course there's a lot of misinformation out there at this time as well you know. [Nous étions très favorables à la vaccination, c'est une solution collective à un problème collectif, elle sécurise les gens, elle réduit le nombre de personnes qui contractent le COVID et la propagation du COVID, c'est donc quelque chose que nous soutenions fermement (...). Mais nous avons pensé que le meilleur moyen de vacciner rapidement les care workers était de persuader les gens et de mettre en place un programme de guides de conversations rassurantes - vous savez, de pair à pair - afin d'inciter les gens à participer au programme. C'est ce qu'ils ont fait au Pays de Galles, mais au lieu de cela, le gouvernement a pris un marteau de forgeron et introduit des vaccinations obligatoires [en Angleterre]. Ainsi, si vous dites à quelqu'un qui s'inquiète d'une vaccination que je vais le licencier s'il ne se fait pas vacciner, cela ne va pas le rassurer. Ce n'est pas ainsi que fonctionne la réassurance. Et vous savez, cela a été clairement démontré, cela a eu un impact sur les Noirs et les minorités ethniques ainsi que sur les care workers, parce qu'il a été démontré par la recherche que les care workers noirs et les appartenant aux minorités ethniques qui avaient eu auparavant de moins bonnes expériences des soins de santé et qui étaient donc moins rassurés par l'idée que le NHS allait leur donner un vaccin sûr - bien sûr, il y a beaucoup de désinformation en ce moment, vous savez]"

Cet extrait témoigne d'une attention aux minorités ethnoraciales, dont les représentants syndicaux pensaient qu'elles étaient plutôt opposées à la vaccination obligatoire.

En octobre 2021, le syndicat gmb organise une consultation de ses membres afin de savoir quelle position adopter. La majorité se prononce contre la vaccination obligatoire, conduisant le syndicat à s'opposer à la politique gouvernementale, tout comme UNISON. En entretien, une responsable de gmb interrogée à ce sujet répond en insistant sur la proximité des représentants syndicaux avec le terrain :

"we've also got dedicated care branches within the GMB who are formed by care workers and are run by care workers so we are very well placed. And after we got all the communication settled with everybody we were very well placed to actually know directly what it was that our members were wanting, what our members were saying. We've also got national committees as well with these care workers from these branches so all of our regions are represented [Nous avons également des branches spécialisées au sein du GMB, qui sont formées par des care workers et dirigées par des care workers,

nous sommes donc très bien placés. Une fois la communication établie avec tout le monde, nous étions très bien placés pour savoir directement ce que nos membres voulaient, ce qu'ils disaient. Nous avons également des comités nationaux composés de care workers issus de ces sections, de sorte que toutes nos régions sont représentées]".

Là où la vaccination a été rendue obligatoire, la mesure ne s'appliquait pas au soignant relevant du monde de la santé (les *health workers*), donnant l'impression aux travailleurs du *care* d'être des travailleurs de seconde classe. Certains d'entre eux ont quitté le secteur. D'autres ont cherché des emplois auprès d'organisations qui acceptaient les personnes non vaccinées, comme les *children's care homes* ou les *day centers*.

Par exemple, une personne en contrat zéro-heure rencontrée dans l'enquête travaillait pour plusieurs agences, qui le plaçaient dans des maisons de retraite. Elle présente dans l'entretien cette situation comme permettant de réduire les risques en cas de rupture de contrat avec une agence, mais avoir dû chercher du travail plus loin de son domicile. C'était pour elle une nécessité vitale.

En novembre 2021, le gouvernement annonce son intention d'étendre la vaccination, obligatoire au *health sector* et au *domiciliary care sector*. Il organise une consultation dans l'hiver à ce sujet, qui montre le départ de plus de 19 000 travailleurs du secteur des *care homes* à la suite de l'obligation vaccinale. Les *providers* et les syndicats insistent pour souligner qu'une telle mesure risquerait de poser un problème encore plus grand de main d'œuvre.

Finalement, alors que l'extension de l'obligation vaccinale au secteur de la santé et du domicile devait entrer en vigueur le 1^{er} avril 2022, le gouvernement l'a retirée in extremis le 15 mars 2022. Sans être entrée en vigueur, cette mesure a pourtant eu un effet de départs du secteur.

IV.10.2.4. Les visas

Alors que selon les prévisions, la réforme de 2021 du système migratoire devait fermer les routes migratoires aux travailleuses du *social care*, considérées comme non qualifiées, les mobilisations d'acteurs organisés du secteur et les conclusions du *Migration Advisory Committee* ont amené le gouvernement à changer très rapidement de position (Sumption & Zachary, 2023).

Ainsi, plusieurs acteurs, comme la *Cavendish coalition* refusent de considérer les travailleuses du *care* comme non qualifiées et envisagent pour le système d'immigration à venir une évaluation des compétences (*skills*) en fonction de la valeur du service public : « *a future immigration system should assess skill levels based on "public service value" [un futur système d'immigration devrait évaluer les niveaux de compétences sur la base de la « valeur du service public »]*», qui pourrait constituer un critère alternatif à celui du niveau de salaire²⁰⁷. Pour certains journalistes *"the value of both new and second generation migrants to the NHS and social care has been revealed ever more starkly by the pandemic [la valeur des migrants de la*

²⁰⁷ James Bloomfield, "We need everyone we can get in the care industry", The Independent, 16 avril 2020

nouvelle et de la deuxième génération pour le NHS et le social care a été révélée de manière encore plus frappante par la pandémie”²⁰⁸.

Dès février 2022, les *care workers* finissent pas être ajoutés à la liste des professions qualifiées et en pénurie, accédant donc au visa « *skilled workers* » (Sumption & Zachary, 2023, p. 3). En parallèle, un *Health and Care Visa* a été créé, posant à peu près les mêmes exigences que le *Skilled Worker visa*, mais avec des frais plus faibles et un examen plus rapide (Sumption & Zachary, 2023). Après 5 ans de travail, les *care workers* peuvent alors demander un statut permanent.

Après ces changements, selon Skills for care, entre avril 2022 et mars 2023, environ 70 000 personnes ont été recrutées pour venir travailler comme *social care worker* au Royaume Uni. Les chiffres du ministère de l'intérieur montrent qu'environ 58 000 *care workers* (à domicile et en institution) ont reçu un visa de travailleur qualifié ou de *health et care worker*, après février 2022, les autres sont arrivés au Royaume-Uni par d'autres voies, telles que les permis familiaux²⁰⁹, ce qui représentait bien plus que le flux habituel dans le régime d'avant le Brexit (ibid). 99% d'entre eux ne venaient pas de pays européens mais en majorité d'Asie ou d'Afrique, avec l'Inde et le Zimbabwe parmi les premiers pays de départ (ibid : 13).

De fait, comme le visa est lié à une organisation avec laquelle la travailleuse s'engage à travailler et qui la « sponsorise », ce système rend alors difficile pour elle le changement d'employeur une fois sur place. Des situations d'exploitation ont été mises en avant dans les médias, avec des cas de personnes venant au Royaume-Uni sponsorisées par des employeurs qui ensuite les font travailler dans des conditions illégales, avec par exemples des salaires horaires inférieurs au salaire minimum²¹⁰. Dans ce système, les plaintes sont difficiles car la conservation du visa dépend du contrat de travail. En entretien, Avril Sharp, de l'association Kalayaan, explique ainsi « *people are trapped essentially they'd have to work even longer hours for no money [les gens sont pris au piège, essentiellement parce qu'ils devraient travailler encore plus longtemps pour rien]* ». En entretien, une membre de la CQC évoque également, des cas de travailleuses du *social care* qui paient des employeurs pour que ceux-ci les sponsorisent et ensuite, une fois arrivées au Royaume Uni, se retrouvent sans emploi, bien que liées à cet employeur. La BBC a ainsi eu accès aux chiffres du services d'assistance téléphonique anti-esclavage agréé par le gouvernement et géré par l'organisation caritative Unseen et indique que de janvier à mars 2023, le nombre de victimes d'exploitation dans le secteur du *care* a doublé²¹¹. En s'appuyant sur le scandale dénoncé par la presse, le gouvernement justifie un nouveau changement du système.

Celui-ci est introduit en mars 2024 : le salaire requis est élevé à 29 000£ et les nouvelles candidates à l'immigration dans le secteur du *social care* ne peuvent être accompagnées de leurs enfants ou de leur partenaire²¹². Suite aux différents scandales d'exploitation, les employeurs habilités à sponsoriser les travailleurs arrivant en Angleterre doivent être

²⁰⁸ ibid

²⁰⁹ <https://www.skillsforcare.org.uk/About-us/Our-policy-positions/Capacity/Recruiting-from-abroad.aspx>

²¹⁰ <https://www.bbc.com/news/uk-66260064>

²¹¹ Ibid.

²¹² <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9920/>

enregistrés auprès de la CQC²¹³. La réforme interdit également aux ménages et aux particuliers de sponsoriser les travailleurs migrants.

Le changement des modalités de fonctionnement de la CQC

L'évaluation des organismes labellisés distribuant des services de *social care* a changé à la suite de la crise COVID, comme l'explique Steven Paisley²¹⁴. Ainsi, alors que l'évaluation avait lieu en une fois avant la crise COVID, comme dans d'autres pays, les évaluations ont été suspendues pendant le confinement et les services de la CQC ont ensuite appris à travailler davantage en distanciel.

En 2024, les modalités d'évaluation ont été changées, puisqu'ont été mis en place des systèmes d'informations conservant les données sur les services d'aide et que l'évaluation a cessé de reposer sur une seule visite. L'objectif, en tout cas tel qu'il est exposé lors du *care show* et sur le site de la CQC²¹⁵, est de pouvoir davantage prendre en compte l'expérience des bénéficiaires et des partenaires. Sur le site de la CQC, des couleurs vertes, rouge et jaune s'affichent face au nom des prestataires, pour distinguer facilement ceux dont les services ont été évalués de qualité et les autres.

IV.10.3. Les changements des acteurs

3.1. La relation entre les acteurs

Les Trade unions racontent avoir une vision du secteur du *domiciliary care* très différente de celle du Département ministériel *of Health and Social Care*. Ils souhaiteraient mettre en place une instance représentative du secteur avec un *social care partnership*, qui représenterait les partenaires sociaux, identique à celle obtenue par le NHS. Avec le National Care Forum, Care England et d'autres acteurs, une telle instance a été mise en place mais le *Department of Health and Social Care* ne la reconnaît pas. Le COVID a aussi été le moment déclencheur pour donner naissance à la *Future Social care coalition*.

Celle-ci regroupe d'anciens ministres ou secrétaires d'État, à la fois du Labour et du parti conservateur, le *National Care Forum*, UNISON, la *National Care Association*, qui rassemble des petites et moyennes maisons de retraite, une organisation représentant les aidants (*Carers UK*), la *Care and Support Alliance*²¹⁶ et des organisations représentant les professions médicales (*The Allied Health Profession Federation*, *the Academy of medical Royal Colleges*).

²¹³ <https://www.gov.uk/government/publications/skilled-worker-visa-immigration-salary-list/skilled-worker-visa-immigration-salary-list>

²¹⁴ Intervention de Steven Paisley Interim Deputy Director of Operations - Midlands Network, Care Quality Commission, Care Show, Londres, avril 2024

²¹⁵ <https://www.cqc.org.uk/about-us/how-we-will-regulate>

²¹⁶ Créée en 2009, elle représente l'intérêt d'une soixantaine d'organisations caritatives travaillant auprès de personnes âgées notamment

3.2. Les mobilisations collectives : se mobiliser autour de la force de la care economy

En décembre 2021, le gouvernement annonce un projet de réforme profonde du *social care* avec un plan de 5,3 milliards de livres, mais celui-ci n'est pas mis en place. En avril 2023, le montant restant de 1,7 milliard de livres est mis de côté pour des réformes plus larges du système. Sur ces 1,7 milliards de livres, seuls 572 millions de livres devaient être engagés au cours des deux prochaines années.

Aussi, face à l'insuffisance des réformes annoncées et mises en œuvre, dès 2021, la *Future Social care coalition* propose la mise en place d'un *Social Care People Plan* (SCPP), demandant que les *care workers* soient rémunérés au niveau du *living wage* et de certains métiers du secteur de la santé, afin de donner la possibilité aux travailleuses de rejeter des contrats zero-heure. Il s'agirait aussi d'établir une obligation d'enregistrement pour les *care workers* et d'introduire d'un *National Social Care Partnership Forum* auquel les syndicats seraient associés²¹⁷.

En juin 2023 la *Fabian Society* publie un rapport commandité par UNISON pour mettre en œuvre des mesures concrètes de réforme²¹⁸. Ce rapport développe un argumentaire de « business case » pour le *social care*, expliquant comment les investissements dans ce secteur permettent de faire des économies, en particulier dans le NHS, permettent d'augmenter l'employabilité des aidants, des personnes en situation de handicap, de créer de nouveaux emplois et de réduire les inégalités de genre. Cependant, la proposition ne se limite pas à demander l'augmentation des moyens pour le *care*, elle imagine aussi l'introduction d'un *National Care Service*, à l'image du NHS, impliquant une plus grande régulation par le niveau national. Il s'agirait alors de créer des droits plus clairs, de couvrir une plus grande partie de la population, de créer des conditions de travail à parité avec celles du NHS. De son côté, gmb milite pour la mise en place d'un *Fair Pay Agreement* concernant tout le secteur et qui intégrerait un salaire de remplacement en cas de maladie, des heures de travail décentes.

Au cours de l'année 2024, la *Future Social care coalition* et d'autres acteurs ont lancé une campagne autour des *care economics*, visant à montrer le pouvoir économique du secteur du *care*, dans le but d'obtenir des règles pour les appels d'offres des *local authorities*. Il s'agissait de s'assurer qu'elles pourront garantir l'accès au *care*, la qualité de celui-ci et la dignité des travailleuses. Tout au long de l'année 2023 et 2024, les acteurs de la coalition ont essayé de convaincre les représentants du Labour de s'engager à intégrer dans leur programme les propositions de réformes du *care*. Ainsi, les représentants des syndicats tentent de convaincre les membres du Labour, dans la perspective des prochaines élections législatives. Prévues en septembre, celles-ci seront finalement avancées au 4 juillet 2024.

Le 13 juin 2024, le Labour publie finalement son manifeste de campagne²¹⁹. Il n'y prend pas d'engagements précis en termes financiers, mais promet de créer un service national du *care*, avec des régulations nationales, ainsi que la mise en place d'un accord collectif sectoriel sur

²¹⁷ <https://futuresocialcarecoalition.org/wp-content/uploads/2021/06/Final-FSCC-A-Social-Care-People-Plan-Framework-1.pdf>

²¹⁸ <https://fabians.org.uk/publication/support-guaranteed/>

²¹⁹ <https://labour.org.uk/change/build-an-nhs-fit-for-the-future/#social-care>

les salaires (*Fair Pay Agreement*), fixant des niveaux de salaire justes, associés à des conditions de formations.

IV.11. Policy debrief sur l'Italie (Chiara Giordano)

Ce *policy debrief* offre un aperçu des enjeux principaux du secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées pendant la crise du COVID en Italie et les conséquences que cette crise a eues tant pour les travailleuses du secteur que pour les bénéficiaires, ainsi que la manière dont ces enjeux ont été traités. Plus précisément, il s'agit d'explorer le rôle que les acteurs nationaux et les interlocuteurs sociaux qui interviennent dans le secteur de l'aide à domicile aux personnes âgées ont joué pendant la pandémie et la manière dont ils ont travaillé ensemble pour faire face aux problèmes et aux incertitudes soulevés par la crise dans ce secteur. Les résultats présentés dans ce texte s'appuient sur une revue de la presse italienne parue entre le 14 mars 2020 et le 24 février 2022, une analyse de textes et de sources secondaires et de la littérature, ainsi que 3 entretiens menés avec des professionnels du secteur du care et experts qui ont participé à la concertation sociale pendant la pandémie, à savoir:

- Le directeur de *Nuova Collaborazione*, qui fait partie de la *FIDALDO* (organisation patronale)
- La responsable du secteur *badanti/colf* de la *Filcams-CGIL* (organisation syndicale)
- La responsable du secteur *badanti/colf* de la *Federcolf* (syndicat)

IV.11.1. Contexte et organisation du système de *care* en Italie

Contexte démographique et historique

En Italie, le vieillissement démographique atteint des niveaux sans précédent, représentant l'un des enjeux majeurs du pays dans le domaine des soins de longue durée (*Long Term Care*, LTC) (Eurostat, 2024). Selon Eurostat (2024), l'Italie possède l'une des populations les plus âgées d'Europe, dépassée seulement par le Japon au niveau mondial. Environ 24,3 % de la population italienne est âgée de 65 ans ou plus, dont plus de quatre millions de personnes dépassant les 85 ans (Istat, 2023). Ce vieillissement démographique découle d'une baisse continue de la natalité et de la mortalité depuis les années 1990. Les flux migratoires, principalement composés de travailleurs temporaires, restent insuffisants pour équilibrer cette diminution de la population, ce qui accentue le besoin de ressources en soins et en soutien pour une population âgée grandissante (Istat, 2021, 2023).

L'évolution des structures familiales en Italie est un autre facteur clé ayant façonné la prise en charge des personnes âgées. Comme largement documenté par la littérature, le modèle italien repose traditionnellement sur un régime de *care* dit *familialiste*, où la responsabilité des soins incombe à la famille (Bettio & Plantenga, 2004; Bettio, Simonazzi & Villa, 2006; Saraceno, 1994; Saraceno & Keck, 2010; Degavre & Nyssen, 2012). Or, les transformations socioéconomiques, notamment l'entrée massive des femmes sur le marché du travail et la diminution des familles élargies, ont réduit la capacité des familles à assurer seules ces tâches.

Cette évolution, conjuguée au vieillissement de la population, a créé un déficit de *care* qui a été progressivement comblé par des travailleuses migrantes²²⁰, souvent appelées *badanti* (Ambrosini, 2013 ; Vietti et al. 2012). Ces derniers, issues pour la majorité d'Europe de l'Est, d'Afrique du Nord et d'Asie du Sud-Est, ont permis aux familles italiennes de perpétuer leurs obligations de soin dans un cadre principalement informel (Sciortino, 2004; Ambrosini, 2010; Marchetti, 2022).

Les politiques publiques ont cherché, depuis les années 1980, à s'adapter à ces changements par le biais de mesures de soutien monétaire. Cependant, contrairement à d'autres pays européens qui ont davantage développé des services publics d'aide à domicile, l'Italie a orienté ses efforts vers des dispositifs de financement indirects, notamment des allocations financières (*cash-for-care*), laissant aux familles la gestion et l'organisation de la prise en charge des personnes âgées et dépendantes (Ranci & Pavolini, 2008, 2013). Ce modèle, combiné à une couverture inégale des services publics, a créé une dépendance envers le *care* informel et les travailleuses migrantes, dans un contexte où les interventions formelles restent insuffisantes pour répondre aux besoins croissants.

Modèle italien du *care* : aides financières et services à domicile

Les dispositifs de financement en Italie sont principalement centrés sur des transferts monétaires destinés aux familles pour financer la prise en charge de la dépendance, plutôt que sur la prestation de services de soins à domicile ou en établissement (Da Roit et al., 2007 ; Ranci & Pavolini, 2008; Gori, 2012).

L'instrument financier principal, introduit à partir des années 1990, est l'*Indennità di accompagnamento* (IDA), une allocation nationale d'assistance pour les personnes dépendantes. Le système de l'IDA se distingue en Europe pour son absence de critères liés aux revenus des bénéficiaires, permettant ainsi à un grand nombre de familles de bénéficier de cette aide. L'IDA représente environ la moitié des dépenses publiques en LTC en Italie, mais elle souffre de plusieurs limitations structurelles (Ranci et al. 2024). Non seulement son montant est insuffisant pour couvrir l'ensemble des besoins de *care* des bénéficiaires (environ 500 euros par mois), mais il reste aussi non modulé selon l'état de santé ou la condition économique des individus, ce qui le rend peu équitable. Par ailleurs, cette aide financière n'est pas accompagnée de services publics formels, de sorte que les familles doivent organiser elles-mêmes les soins, contribuant ainsi à une demande accrue pour les travailleurs domestiques, souvent migrants et employés de manière informelle.

En complément de l'IDA, des programmes régionaux ont été mis en place par certaines régions, permettant aux familles d'obtenir des aides spécifiques pour l'emploi de travailleurs de *care* qualifiés. En effet, le système italien de prise en charge des personnes dépendantes se caractérise par une décentralisation importante, qui confère aux régions une grande autonomie dans la gestion des services sociaux et de santé (Berloto & Perobelli, 2019). Cette régionalisation, initiée dans les années 1990, vise à adapter les services aux besoins

²²⁰ Malgré une récente 'masculinisation' du métier de *badante*, due à l'augmentation du nombre d'hommes migrants dans le secteur, le métier de *badante* reste très majoritairement féminin (selon Eurostat, environ 86% de femmes). Dans ce rapport, on utilisera donc le féminin pour mettre l'accent sur cette prédominance de femmes.

spécifiques des territoires, mais elle a également engendré de fortes disparités régionales, particulièrement entre les régions du nord, plus prospères, et celles du sud, économiquement plus fragiles (Del Pino & Pavolini, 2015).

Parmi les instruments gérés au niveau régional, les *vouchers* ont pour objectif de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées, mais leurs montants et leur accessibilité varient largement d'une région à l'autre (Pasquinelli & Rusmini 2021). Certaines régions, comme l'Émilie-Romagne, offrent un modèle structuré de soutien aux aidants, incluant des programmes de formation et d'intermédiation pour les travailleurs de soins à domicile. Néanmoins, dans les régions moins favorisées, en particulier dans le sud, ces aides sont souvent faibles et parfois non disponibles, exacerbant les inégalités territoriales et renforçant la dépendance envers l'emploi informel de travailleurs de soins non qualifiés.

Chaque région dispose aussi de dispositifs octroyant des prestations à domicile, telles que l'*Assistenza Domiciliare Integrata* (ADI) et le *Servizio di Assistenza Domiciliare* (SAD). L'ADI, financé par le Service national de santé (*Servizio Sanitario Nazionale*), propose des soins infirmiers gratuits pour les personnes âgées à domicile. Cependant, ce service est limité en termes de couverture et de durée, offrant en moyenne seulement 18 heures de soins par personne et par an. Le SAD, quant à lui, est administré par les municipalités et s'adresse principalement aux personnes ayant besoin d'une aide limitée pour les tâches domestiques. Néanmoins, en raison de financements publics réduits, ce service ne couvre qu'environ 1 % des personnes âgées de plus de 65 ans, le rendant insuffisant pour les besoins d'une population vieillissante.

Les ressources et les critères d'accès aux prestations de *care* varient ainsi considérablement d'une région à l'autre. Dans certaines régions, comme la Lombardie et l'Émilie-Romagne, les citoyens peuvent bénéficier de subventions régionales (telles que des *vouchers*), mais leur couverture est souvent limitée par des plafonds de financement et des critères d'éligibilité restrictifs. Par exemple, en Émilie-Romagne, ces aides peuvent atteindre jusqu'à 700 euros par mois, mais elles sont prioritairement attribuées en fonction des revenus et de l'état de santé des bénéficiaires. En revanche, dans le sud, les aides sont souvent plus modestes, voire inexistantes dans certaines zones, ce qui contribue à renforcer les inégalités dans l'accès aux soins.

Réformes du système

Face aux défis posés par le vieillissement rapide de la population et l'insuffisance des services de soins formels, le gouvernement italien a récemment introduit des réformes visant à mieux structurer le système de care et la prise en charge de la dépendance (LTC), tout en encourageant la formalisation du marché du care à domicile (Ranci et al. 2024). En mars 2023, l'Italie a proposé une nouvelle réforme, le Système national pour les citoyens totalement dépendants (*Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti*), un programme destiné à harmoniser les interventions socio-médicales et à améliorer la coordination entre les autorités sanitaires et sociales.

Ce plan de réforme comportait deux volets majeurs : premièrement, la mise en place d'un service intégré de soins à domicile (*ADISS*) en remplacement des systèmes *ADI* et *SAD*, visant à fournir une assistance publique coordonnée et à intensifier les soins en fonction des besoins des bénéficiaires. Deuxièmement, le plan proposait une prestation monétaire



universelle pour les citoyens totalement dépendants, destinée à remplacer l'IDA et modulée selon l'état de santé des individus. Cette prestation aurait permis aux bénéficiaires de choisir entre un soutien financier direct et une assistance en nature via des services formels de soins (Ranci et al., 2024).

Cependant, ces réformes ont été révisées dans les mois suivant leur lancement, et à l'exception de quelques mesures expérimentales, leur mise en œuvre a été reportée pour une discussion ultérieure.

Migration et travail informel : le modèle du « migrant-en-famille »

La majorité des aides à domicile, ou *badanti*, sont des femmes migrantes originaires d'Europe de l'Est, d'Afrique du Nord et d'Asie du Sud-Est (Andall, 2000; Vietti et al., 2012; Ambrosini 2012, 2013). Ce phénomène s'inscrit dans la dynamique globale de la « chaîne mondiale des soins », avec une main-d'œuvre migrante venant combler le manque de soignants dans les pays occidentaux, y compris en Italie, souvent au détriment des besoins de *care* dans les pays d'origine de ces travailleuses (Parreñas, 2001; Ehrenreich & Hochschild, 2002).

L'emploi de travailleuses migrantes directement par les familles est une caractéristique distinctive du secteur du *care* en Italie. Le modèle du « *migrant in the family* », un concept proposé par Bettio, Simonazzi et Villa (2006) et largement repris dans la littérature scientifique (Ambrosini, 2012, 2013 ; Degiuli, 2016; Modanesi, 2018), reflète cette dépendance structurelle vis-à-vis des travailleuses migrantes dans le *care*. En Italie, le rôle des *badanti* s'est progressivement substitué au système de protection sociale formel pour les personnes âgées, de manière si institutionnalisée qu'il est désormais perçu comme une solution normale et attendue pour répondre aux besoins de *care*. Ce modèle repose ainsi sur une prise en charge déléguée au sein même des foyers, où les travailleuses migrantes combler les lacunes des services publics en matière de soins, intégrant leur présence dans les familles italiennes de façon quasi permanente.

Le recours massif aux travailleuses migrantes informelles dans le secteur du *care* en Italie est encouragé par des politiques migratoires qui, bien qu'offrant des voies de régularisation occasionnelles, demeurent strictes en matière de permis de travail (Sciortino, 2004 ; Finotelli & Sciortino, 2009; Marchetti, 2022). De nombreuses travailleuses arrivent ainsi avec des visas touristiques, prolongeant leur séjour au-delà des trois mois autorisés et travaillant dans des conditions informelles pendant de longues périodes. Pour ces travailleuses, la seule option pour obtenir un statut administratif régulier repose souvent sur les programmes de régularisation (ou amnisties) mis en place de manière ponctuelle par le gouvernement italien, certains étant spécifiquement destinés aux travailleuses domestiques et du secteur du *care*.

Par ailleurs, il est essentiel de distinguer l'irrégularité du statut migratoire de celle de l'emploi. En effet, si la première concerne la présence des travailleuses sans statut légal durable, la seconde renvoie aux conditions d'emploi non déclarées. Les coûts et la complexité administrative liés à la régularisation des contrats de travail découragent en effet de nombreuses familles et travailleurs de se conformer aux exigences légales, même lorsqu'un statut de séjour régulier a été obtenu (Stuppini, 2013; Pasquinelli & Pozzoli, 2021). Bien que le gouvernement ait créé des voies légales simplifiées permettant aux familles d'employer

directement les *badanti* par des contrats réguliers, le travail non déclaré demeure très répandu. En conséquence, près de la moitié des travailleurs domestiques en Italie restent non déclarés, un défi majeur pour la formalisation du secteur et pour la reconnaissance des droits professionnels dans ce secteur (Borelli, 2021).

En plus de compliquer l'accès aux protections sociales pour ces travailleuses, la dépendance à l'égard du marché informel a des effets néfastes sur les conditions de travail. Les *badanti* sont souvent sujettes à des charges de travail élevées, des horaires étendus et des salaires modestes, sans droits sociaux ou filets de sécurité (Da Roit & Sabatinelli, 2010; De Giuli, 2010; Redini et al., 2020).

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière cette précarité: pour limiter les déplacements, de nombreuses familles ont régularisé leurs travailleurs domestiques, mais cette tendance est restée temporaire. La dernière amnistie nationale liée aux soins date de 2009, et les données montrent une augmentation temporaire du nombre de travailleurs réguliers, suivie d'une diminution progressive en l'absence de mesures de soutien structurelles.

La concertation sociale dans le secteur de l'aide à domicile

En Italie, le secteur de l'aide à domicile se divise principalement en deux catégories professionnelles : les *colf*, chargées des tâches domestiques, et les *badanti*, qui offrent une assistance directe aux personnes âgées ou en situation de dépendance, souvent en résidant au domicile de leurs employeurs. La concertation sociale dans ce secteur revêt une importance cruciale pour structurer un domaine largement informel et souvent peu réglementé. En effet, bien que les accords sociaux aient contribué à l'amélioration des conditions de travail des *colf* et *badanti*, une proportion importante des travailleurs demeure non déclarée, et le travail informel reste largement répandu.

Les acteurs principaux de cette concertation sociale sont les syndicats représentant les travailleurs, les associations d'employeurs et le gouvernement. Les syndicats comme FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL et UILTuCS-UIL œuvrent pour défendre les droits et les conditions de travail des *colf* et *badanti*, souvent confrontées à une précarité professionnelle importante. Les associations d'employeurs, notamment DOMINA et Fidaldo, représentent les familles qui emploient ces travailleuses et travaillent à structurer les relations de travail dans un cadre légal. Le gouvernement, via le ministère du Travail et des Politiques sociales, supervise et régule les processus de concertation, et facilite l'accès à des aides pour encourager l'emploi déclaré dans les familles.

La concertation sociale repose sur divers types d'accords. La Convention Collective Nationale (CCN) est négociée périodiquement entre les syndicats et les associations d'employeurs, fixant ainsi les conditions minimales de travail et de rémunération des *colf* et *badanti*. Des accords locaux ou régionaux peuvent également compléter ces conventions pour répondre aux spécificités des différentes régions. Enfin, des commissions de conciliation interviennent pour résoudre les litiges entre employeurs et travailleurs de manière extrajudiciaire, un recours utile dans ce secteur où les relations de travail sont souvent intimes et sensibles.

La Convention Collective Nationale



La Convention Collective Nationale (CCN) en Italie constitue le cadre de référence principal pour les conditions de travail des *colf* et *badanti*. Négociée entre les syndicats représentant les travailleurs et les associations d'employeurs, elle garantit un socle de protection pour les travailleuses domestiques, tout en fournissant aux familles employeurs un cadre juridique stable. Parmi ses principaux aspects, la CCN classe les travailleurs en catégories selon leurs qualifications, avec des rémunérations et droits spécifiques. Elle fixe également des grilles salariales minimales adaptées aux tâches, à l'expérience et aux régions, en prévoyant des ajustements périodiques pour tenir compte de l'inflation.

La CCN encadre aussi les horaires de travail et de repos, notamment pour les *badanti* en résidence, en imposant des limites pour prévenir des journées de travail excessivement longues. Elle assure enfin des droits aux congés payés, aux jours fériés, et aux congés maladie ou familiaux. En matière de sécurité au travail, des dispositions sont intégrées pour protéger les travailleurs des risques physiques, en particulier pour ceux qui assistent des personnes dépendantes.

En réponse aux besoins croissants du secteur, la version actuelle de la CCN est en cours de révision, avec des ajustements en discussion pour revaloriser les salaires, adapter les horaires de travail et renforcer la protection sociale des travailleuses.

La crise COVID en Italie

En mars 2020, lorsque la crise de la COVID-19 frappe l'Italie, des mesures de confinement sont rapidement mises en place, limitant fortement les déplacements et accentuant les fragilités structurelles du secteur de l'aide à domicile. Les travailleuses domestiques, notamment les *colf* et les *badanti*, se retrouvent sans protection face à cette crise sanitaire. Les familles employeurs sont incitées par le gouvernement à suspendre les services non essentiels, ce qui entraîne de nombreux licenciements, particulièrement pour les travailleuses non-résidentes. Beaucoup de *colf* et de *badanti*, exclues des dispositifs de chômage partiel, perdent alors leurs revenus sans compensation. Le gouvernement italien adopte en urgence le décret « *Cura Italia* », qui mobilise d'importantes aides économiques pour protéger l'emploi, mais exclut spécifiquement les travailleuses domestiques de la *cassa integrazione*, le principal soutien au chômage partiel. Pour elles, seul un fonds de secours de 300 millions d'euros est envisagé, mais sa mise en application demeure floue et complexe, laissant ces travailleuses dans une grande incertitude.

Au mois d'avril, les syndicats et les associations représentant ces travailleuses ainsi que les familles employeurs interpellent le gouvernement, demandant instamment l'inclusion des *colf* et *badanti* dans les dispositifs de soutien. Cette demande devient d'autant plus urgente que nombre de travailleuses continuent leurs missions, souvent sans équipements de protection individuelle (masques, gants), augmentant ainsi leur exposition au virus. En réponse, le gouvernement met en place un *bonus* de 600 euros pour certaines catégories de travailleurs, incluant progressivement les *badanti*, bien qu'initialement exclues. La mesure reste partielle et les cotisations sociales sont temporairement reportées pour soulager financièrement les employeurs. Cependant, pour beaucoup, les aides au chômage demeurent difficiles à obtenir et insuffisantes, et l'accès aux droits de chômage reste complexe.

À l'été 2020, les autorités italiennes prennent de nouvelles mesures pour stabiliser le secteur. En juin, un programme de régularisation temporaire permet aux travailleuses domestiques sans permis de séjour de régulariser leur situation, à condition d'avoir un contrat datant de 2019 ou avant. Cette initiative offre ainsi un sursis de six mois à de nombreuses *badanti* et *colf*, répondant à un besoin criant de main-d'œuvre stable et réduisant partiellement les pratiques de travail non-déclaré. Parallèlement, des initiatives régionales émergent pour distribuer des équipements de protection dans les foyers ayant recours aux soins à domicile, bien que l'accès à ces équipements reste inégal.

En septembre 2021, le contexte sanitaire impose un nouveau changement avec l'instauration du *Green Pass*, un *pass* sanitaire obligatoire pour les travailleuses en contact direct avec les personnes vulnérables. Les *badanti* et les *colf* non vaccinées sont désormais menacées de suspension sans salaire, ce qui entraîne des contrôles dans les foyers pour s'assurer du respect de la mesure. La même année, le gouvernement italien s'engage dans une réforme plus large des soins de longue durée, cherchant à inclure de nouvelles normes et des financements pour améliorer les services à domicile. Ce mouvement, soutenu par le *Decreto Rilancio* (mai 2020) et le *Plan national de relance et de résilience* (2021), vise à professionnaliser le secteur, garantir une sécurité accrue pour les travailleuses et répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Ainsi, la pandémie de COVID-19 a révélé et exacerbé les défis déjà présents dans le secteur de l'aide à domicile en Italie. Les *colf* et *badanti*, initialement exclues des mesures de protection sociale, ont dû affronter cette période dans des conditions souvent précaires, sans garantie de rémunération ni accès suffisant aux équipements sanitaires. Au fil des mois, l'Italie a tenté de compenser ces lacunes en introduisant des aides ponctuelles et en ouvrant des possibilités de régularisation, mais beaucoup de travailleuses sont restées sans protection efficace. Ce contexte a finalement poussé le gouvernement à entreprendre une réforme en profondeur du secteur, pour répondre aux vulnérabilités mises en lumière par la crise et mieux encadrer ces métiers essentiels.

IV.11.2. La protection des travailleuses et des personnes âgées pendant la crise

Pour explorer la question de la protection des travailleuses domestiques durant la pandémie de COVID-19 en Italie il faut prendre en compte le caractère dual du secteur : une grande partie des travailleuses sont employées sans contrat formel, ce qui crée une fracture profonde entre celles opérant dans le cadre de l'économie informelle et celles bénéficiant d'un contrat régulier. Environ 60 % des travailleuses domestiques (en majorité des femmes migrantes) sont employées sans contrat, ce qui les exclut des dispositifs de soutien et de protection mis en place par le gouvernement, les syndicats et les associations d'employeurs pendant la crise sanitaire. Ainsi, les mesures de protection instaurées durant cette période n'ont concerné que les travailleuses régulières, ne couvrant qu'une minorité du secteur. Ce constat est essentiel pour comprendre l'impact de la pandémie sur les travailleuses domestiques, car les réponses institutionnelles à la crise n'ont eu que peu d'effet sur la majorité non régularisée, qui s'est



retrouvée particulièrement vulnérable face aux décisions individuelles des familles employeuses.

Continuer à travailler / droit de retrait

Durant les différentes vagues de la pandémie le gouvernement italien a instauré un *lockdown* strict avec des restrictions importantes sur les déplacements. Il était interdit de se déplacer sans raison valable, et chaque sortie devait être justifiée. Cependant, mis à part certaines mesures temporaires mises en place dans certaines régions, aucune directive spécifique n'a été prévue pour les travailleuses domestiques et les *badanti*.

Il y a eu une confusion initiale, parce qu'au début on ne comprenait pas bien, puis il y a eu ce « Decreto Rilancio », qui était clair, mais pas tout à fait limpide... disons qu'il y a eu le... D'abord, chez nous, ont continué à travailler tous ceux qui l'ont voulu, à condition d'être en règle. Donc tu sortais de chez toi, tu allais faire ton... tu allais sur ton lieu de travail, l'important c'est que tu sois déclaré officiellement.. [Fidaldo]

En l'absence de règles claires pour ce secteur, la décision de permettre ou non aux travailleuses de continuer leur activité a été laissée aux familles, qui ont pu imposer des régimes de travail différents selon leurs contraintes et priorités (peur de contamination, besoin plus ou moins intensif de soins pour la personne âgée, etc.).

Dans ce contexte, où les décisions se jouaient dans l'intimité de la relation employeur-employé, deux scénarios typiques ont été observés pour les travailleuses sans contrat :

Licenciement sans protection : Certaines familles ont choisi de licencier leurs employées sans contrat. Elles sont alors retrouvées sans aucun soutien financier ni filet de sécurité. En plus de la perte de revenu, ces travailleuses ont souvent perdu leur logement, particulièrement celles employées sous un régime de travail 24 heures sur 24. La précarité s'est intensifiée en raison des restrictions de déplacement qui rendaient difficile un retour dans leur pays d'origine. Dans ce contexte, nombre de travailleuses ont dû s'appuyer sur leur réseau personnel ou sur des associations caritatives, principalement catholiques (telles que Caritas), pour trouver un logement temporaire et des aides matérielles.

Isolement forcé : D'autres familles, pour limiter les risques de contamination, ont imposé à leurs travailleuses un confinement strict au domicile de la personne âgée. Ce type de confinement s'est souvent traduit par une extension des heures de travail sans compensation, une absence de moments de repos et une forte pression psychologique, plaçant ces travailleuses dans une situation de vulnérabilité accrue.

Si ces situations ont touché toutes les travailleuses dans le secteur, elles ont été particulièrement sévères pour celles employées sans contrat. Tous les répondants (syndicats, associations d'employeurs) soulignent l'amplification, durant la pandémie, de la fracture entre travailleuses régulières et informelles.

Dans le secteur du travail domestique, le plus gros problème, c'est le travail non déclaré. La majorité des travailleurs sont en situation irrégulière en Italie. Il est donc évident que ces travailleurs ont beaucoup souffert pendant cette période, parce qu'ils n'étaient pas protégés. Ils ont été licenciés sur-le-champ par les familles et se sont retrouvés sans emploi. Et ceux qui travaillaient comme cohabitants se sont également retrouvés sans logement et sans nourriture, et ont donc été mis à la rue. C'est la majorité. L'autre partie travaille à



l'heure et a été licenciée en masse. Il y a aussi une partie des travailleurs non déclarés qui cohabitent – donc principalement des personnes qui s'occupent de personnes âgées, mais aussi des baby-sitters – qui ont été presque, on peut dire, saisis (entre guillemets) par les familles, qui ne leur ont pas permis de partir, n'ont pas reconnu leurs droits (c'est-à-dire le congé hebdomadaire, le repos hebdomadaire, le repos dominical), par peur qu'ils ne contractent le Covid, et se sont donc retrouvés à travailler 24 heures sur 24, sans être payés (pour les heures supplémentaires), privés de leurs droits, et enfermés pendant des mois chez les employeurs. C'était donc la question la plus importante. [Federcolf]

La régularisation des travailleuses : une occasion manquée

La pandémie a également ravivé le débat autour de la régularisation des travailleuses domestiques. Dans les entretiens, cette question a été abordée selon deux dimensions distinctes.

Régularisation des contrats de travail. Bien que l'Italie dispose d'un contrat collectif national pour le secteur domestique et qu'il soit possible pour les familles d'employer des travailleuses de manière formelle, une majorité des familles continue d'opter pour le travail informel. Les mesures de confinements (*lockdown*) pendant la pandémie ont cependant poussé de nombreuses familles à régulariser leurs employées en leur offrant un contrat afin de leur permettre de se déplacer sans restriction légale.

Tous ceux – à part ce moment particulier dans le Piémont – tous ceux qui étaient en règle avec leur emploi pouvaient aller travailler. C'est là que le problème a commencé, justement. "Alors, que faire ? Je m'en passe ? Je la licencie ?" ... Eh bien, tu la licencies... "Ou alors je la fais venir travailler ? Mais si elle est non déclarée, comment je fais pour la faire venir travailler ? Régularisons-la." [Fidaldo].

Cette régularisation a donc été une question de nécessité pour plusieurs familles. Malgré cette augmentation temporaire des contrats réguliers, les données de l'INPS pour 2022 montrent un retour rapide aux niveaux initiaux, signalant ainsi un retour au travail informel une fois les restrictions levées.

Selon les répondants, cette situation est perçue comme une grande déception, une occasion manquée de restructurer durablement le secteur.

On avait enregistré une nette augmentation du nombre de travailleurs régularisés. Le problème, c'est qu'ensuite, en 2022 – pardon, 2023, mais qui rapporte les données de l'année précédente – on pensait que cette régularisation allait suivre une tendance de croissance constante. Et pourtant non, on est revenus en arrière. Cela signifie donc que le Covid, et donc le confinement, ainsi que la régularisation (sanatoria), ont été juste un moment ponctuel pour faire monter le nombre de travailleurs déclarés, c'est-à-dire pour réduire ces 50 ou 60 % de travailleurs irréguliers. On est revenus en arrière, donc cela veut dire que les gens, les employeurs, ont profité de ce moment par nécessité – le confinement – et qu'au moment où cette phase s'est terminée, ils sont revenus au travail non déclaré. [Fidaldo]

Les raisons avancées pour ce retour au travail informel incluent des contraintes économiques (le coût annuel d'un contrat formel avoisinant les 17 000 euros pour les familles, même avec l'*Indennità di accompagnamento*), le manque de contrôles, et surtout une résistance



« culturelle » profondément enracinée. Les répondants parlent d'une « culture du travail au noir », justifiée par divers facteurs : une faible valorisation du travail domestique, la nature intime et privée de l'emploi à domicile, et un modèle familialiste qui perpétue la pratique de l'emploi informel.

Moi, je pense que c'est un problème culturel, une véritable culture du travail. C'est un travail – comme on l'a dit tout à l'heure, peut-être... je vous laisse le dire : sous-estimé, dévalorisé. Il n'y a donc pas de culture du travail pour ce type d'activité, et donc, forcément, on revient au travail au noir. C'est un problème culturel. [Fidaldo]

Parce qu'il est clair que si la culture ne change pas, y compris celle des citoyens, c'est-à-dire de ceux qui devraient embaucher ces travailleuses et ces travailleurs, alors il est évident que nous risquons de nous heurter à beaucoup de difficultés, même simplement pour affirmer certains principes. [Filcams-Cgil]

Régularisation des permis de séjour. Par ailleurs, une campagne de régularisation (*sanatoria*) pour les travailleuses migrantes en situation administrative irrégulière a été lancée pendant la pandémie, permettant aux familles de formaliser l'emploi de leurs aides domestiques. Ce mécanisme, courant dans le contexte des politiques migratoires italiennes, a offert aux travailleuses déjà installées sur le territoire la possibilité d'obtenir un permis de séjour. Bien que cette initiative ait permis la régularisation de certaines travailleuses, des obstacles administratifs majeurs ont été signalés par les répondants : lenteur des procédures, difficulté de suivi des dossiers, et complications lorsque la personne âgée ayant initié la demande de régularisation décédait ou que la travailleuse perdait son emploi avant la fin de la procédure. De manière générale, tous les répondants sont d'accord sur le fait que, vu la nécessité de main d'œuvre migrante dans le secteur du *care*, des politiques migratoires basées sur ce système de régularisation occasionnelle ne sont pas suffisantes, ni adaptées à la demande, et que le gouvernement devrait mettre en place des véritables politiques migratoires.

En Italie, nous avons un système qui, en ce qui concerne la gestion des flux migratoires, rend quasiment impossible la régularisation de sa propre situation en Italie. Et donc, par conséquent, l'activité de travail... parce qu'ensuite, en Angleterre c'est différent : en Angleterre, le travailleur arrive, on lui fait un contrat, il reste en Angleterre avec ce contrat, et puis... Ici, c'est l'expulsion, quoi qu'il en soit ! Mais les régularisations sont toujours limitées, et le secteur du travail domestique est toujours méprisé dans ces régularisations. Qui, déjà en soi, sont mauvaises, même comme... Dans le cadre général, le secteur du travail domestique est encore plus pénalisé. [...]

Parce que si l'on pense qu'ils sont dans l'illégalité à cause de la législation sur les politiques migratoires, dans un pays où il est établi que nous ne parvenons même pas à récolter les tomates si ce n'est... et surtout, que nous ne parviendrons pas à renouveler les générations sans la présence des migrants – qui sont donc fondamentaux pour le progrès, pour la continuité de notre société – eh bien nous avons une mentalité gouvernementale selon laquelle il faut fermer les ports. Et donc, à partir de là, cela ouvre le paradoxe suivant : on a besoin de travailleurs, mais ceux qui sont là, on n'arrive pas à les embaucher légalement. [Filcams-Cgil]

Le matériel de protection et les vaccins

En Italie, la question de la fourniture de matériel de protection pour les travailleuses de l'aide à domicile a été influencée par la spécificité du cadre d'emploi direct entre les familles ou les personnes âgées et les travailleuses, sans intermédiaires. Contrairement à d'autres pays européens où des agences facilitent souvent le recrutement et peuvent intervenir sur les conditions de travail, ici, chaque famille devait gérer elle-même la question de la protection, dans l'intimité de la relation employeur-employée. Cette dynamique a généré des tensions et parfois de la confusion quant à savoir qui, de la famille ou de la travailleuse, devait s'occuper de l'achat et de l'approvisionnement en matériel de protection.

D'un côté, les personnes âgées et leurs familles avaient un intérêt clair à minimiser le risque de contamination pour protéger leur santé et celle de la travailleuse. Cela incluait l'utilisation de masques et le recours à la vaccination. Cependant, de nombreuses familles n'étaient pas disposées à fournir le matériel de protection aux travailleuses, laissant à ces dernières la responsabilité de s'en procurer si elles le souhaitaient. Ainsi, la gestion des masques et des vaccins reposait entièrement sur des accords informels entre les familles et les travailleuses, ce que plusieurs répondants ont souligné.

Cela a toujours été régulé à l'intérieur du cadre familial. Parce qu'il ne s'agissait pas d'une entreprise, où il y aurait eu des règles spécifiques imposées par une direction, comme l'obligation d'entrer et de travailler avec un masque. Chaque famille a géré la question à sa manière : certaines avec plus de précautions, d'autres avec plus de légèreté. En réalité, il y a eu énormément de cas de COVID parmi les personnes âgées. [Fidaldo]

Lorsqu'il y avait une famille pour soutenir la personne âgée, avec la badante qui vivait avec elle, ils géraient la situation entre eux. Au début, il y a eu un gros problème concernant le port du masque. Ensuite, beaucoup de familles ont décidé de ne plus laisser sortir la badante : "Je fais les courses pour toi ! Toi, tu ne sors pas, tu restes avec la personne âgée." [Fidaldo]

Pour ce qui est des masques, d'après ce que je sais, et selon les informations dont je dispose, c'étaient surtout les familles qui les fournissaient aux travailleurs domestiques.

Dans d'autres cas, le travailleur les achetait lui-même. [Federcolf]

En réalité, selon certains syndicats ce sont souvent les travailleuses elles-mêmes qui ont dû s'approvisionner en masques, car un certain nombre de familles ne les fournissaient pas systématiquement. Cette situation a provoqué des frictions entre les syndicats et les associations patronales, car les syndicats souhaitaient que les associations patronales mettent davantage de pression sur les familles pour qu'elles assument cette responsabilité et fournissent le matériel de protection nécessaire aux travailleuses.

De manière générale, le cadre de travail direct et informel de l'aide à domicile en Italie a fait que les mesures officielles du gouvernement, concernant l'obligation de port du masque et la vaccination, ont eu un impact limité dans ce secteur. Contrairement aux autres secteurs de l'économie où la question des masques et des vaccins a suscité des débats intenses et parfois conflictuels, donnant lieu à des oppositions très médiatisées, les travailleuses du *care* à domicile ont vécu cette question de manière beaucoup plus indirecte et informelle.

Ce contraste avec les autres secteurs montre que, dans le contexte italien de l'aide à domicile les préoccupations liées à la santé publique et à la sécurité au travail ont été absorbées par la dynamique familiale, où les décisions prises étaient guidées moins par des politiques publiques que par les priorités et les perceptions des familles.

IV.11.3. Les ressources financières

Le maintien de salaires et les primes

En Italie, comme dans d'autres pays, la pandémie a rapidement soulevé la question de qui devait continuer à travailler et dans quelles conditions. Dans ce contexte, les gouvernements ont souvent dû déterminer quels emplois seraient considérés comme « essentiels ». Dans le secteur domestique et de l'aide à domicile en Italie, où la relation d'emploi est directe entre les familles et les travailleuses, sans l'intermédiaire d'agences comme dans d'autres pays européens, la décision de maintenir ou non les travailleuses en poste est revenue directement aux familles. Celles-ci devaient choisir entre conserver les services des travailleuses ou prendre elles-mêmes en charge les soins nécessaires pour leurs proches âgés – une option possible pour les familles dont les membres étaient en télétravail ou temporairement sans emploi.

Pour les travailleuses ayant continué à travailler, la question du maintien de salaire ne s'est pas posée. En revanche, pour celles dont l'emploi a été suspendu, cette question s'est révélée cruciale. Les décisions des familles à cet égard ont eu des impacts notables : certaines familles ont choisi de maintenir une partie des salaires pour conserver la travailleuse et garantir son retour à la reprise de l'activité normale. D'autres familles, en revanche, ont procédé à des licenciements, laissant les travailleuses concernées dans des situations précaires, dont la gravité dépendait de leur statut contractuel et de résidence (régulier ou sans-papiers). Encore une fois, comme pour la question du matériel de protection, l'absence de directives publiques ou de soutien institutionnel direct dans le secteur domestique a fait que tout s'est joué au niveau familial.

En raison de la nature « privée » de la relation d'emploi dans ce secteur, aucun acteur intermédiaire n'a pu garantir la couverture salariale des travailleuses mises à l'arrêt ou licenciées. Du côté institutionnel, le gouvernement n'a pas étendu aux travailleuses domestiques les dispositifs de chômage technique temporaire appliqués dans d'autres secteurs. Grâce aux pressions conjointes des syndicats et des organisations patronales, cependant, elles ont pu bénéficier d'une aide limitée sous forme de primes financières ponctuelles, appelées « bonus ». Ces aides, allouées uniquement en avril et mai 2020, représentaient environ 500 euros par mois pour les travailleuses affectées par la suspension d'activité. En dehors de ces versements uniques, aucune autre aide n'a été mise en place pour soutenir les travailleuses privées de salaire.

Les primes. Les primes, comme pour toutes les catégories. Pendant les années de la pandémie, il y a eu un versement de primes, de 300-400 euros, pour les aides domestiques, les aidantes, etc., pour ceux qui ne pouvaient pas travailler. Mais ce n'étaient que des primes ; il n'y a pas eu d'intervention structurelle. [Fidaldo]



Malgré le caractère limité de l'aide gouvernementale, plusieurs répondants l'ont perçue comme suffisante, voire comme un effort substantiel de l'État.

C'était de l'argent 'en pluie', ils ont donné ça comme ça [...] de l'argent en pluie, ils en ont donné beaucoup... [...] Il suffisait d'envoyer le certificat, et ils vous en donnaient : pas beaucoup, mais quand même ils donnaient des sommes. Donc, à cette période, beaucoup d'argent a été distribué. [Fidaldo]

Le directeur de l'organisation patronale interrogée souligne même que l'attribution des bonus aurait conduit à certains abus de la part de travailleuses, qui auraient cumulé les primes avec leurs salaires pour les périodes d'activité suspendue.

Elle l'a pris aussi, ma femme de ménage ! [...] Mais oui ! Alors... imaginez – je l'ai su plus tard [rire] – elle est allée au syndicat, je ne sais pas ce qu'elle a dit, et toujours est-il qu'elle a pris la prime même si je la payais ! J'aurais pu ne pas la payer, hein, parce que j'aurais pu suspendre le travail, vu qu'elle ne venait pas, mais... et alors elle aurait eu droit... Que fait-elle, comme beaucoup d'autres ? Elles sont restées en suspension d'emploi, l'employeur, pour ne pas les perdre, a payé ce mois, mois et demi, et elles ont demandé le bonus à l'INPS, donc elles ont pris leur salaire plus le bonus. [Fidaldo]

Le problème sous-jacent à cette politique de primes est que seules les travailleuses régulières y ont eu accès, creusant davantage l'écart entre celles-ci et leurs collègues de l'économie informelle. Les travailleuses au noir, n'étant pas couvertes, n'ont bénéficié d'aucune protection. Elles ont dû se tourner vers leur réseau d'amis et les associations caritatives pour obtenir de l'aide.

Le gouvernement est intervenu en prévoyant une indemnité. Donc, pour l'employeur qui a voulu une suspension de la relation de travail, l'État est intervenu pour reconnaître une indemnité au travailleur pendant la période de suspension. Ce traitement a concerné une partie seulement de nos inscrits, mais aussi en Italie, car la majorité des travailleurs domestiques travaillent au noir. Donc ces protections... Ensuite, il y a eu aussi des aides ponctuelles, dans certaines régions. Par exemple, la région du Lazio, avec laquelle j'ai eu de nombreux contacts. Cependant, nous avons réussi à obtenir une aide unique, un soutien pour les travailleurs domestiques... mais bien sûr réservé uniquement à ceux avec un contrat de travail régulier. [Federcolf]

IV.11.4. La collaboration entre les interlocuteurs sociaux

La collaboration pendant la pandémie

En Italie, pendant la pandémie, les interlocuteurs sociaux ont continué d'agir pour protéger les travailleuses et les familles, en ligne avec leur rôle habituel. Dès les premières phases du COVID, ils ont travaillé ensemble et soumis des demandes conjointes au gouvernement, notamment pour étendre les aides financières (bonus) aux travailleuses domestiques. Quelques frictions sont néanmoins apparues : les syndicats auraient souhaité que les familles prennent davantage en charge la protection des travailleuses, notamment en assurant la continuité de l'emploi et en fournissant le matériel de protection. Cependant, les

organisations patronales, en cohérence avec leur mission, ont plaidé pour les intérêts des familles, également confrontées à de multiples vulnérabilités.

Un point important, souligné par tous les répondants, est la vulnérabilité des deux parties concernées : les travailleuses d'une part, et les familles employeuses d'autre part. La spécificité de cette relation d'emploi direct entre familles et travailleuses, propre au contexte italien, a mis en lumière les difficultés rencontrées par tous les acteurs impliqués en raison de leurs propres vulnérabilités. En effet, les employeurs dans ce secteur sont des familles confrontées elles-mêmes à des contraintes financières et sociales.

Non, ensuite, nous ne sommes pas des entreprises. Comprenez qu'une entreprise, c'est différent, on peut remplacer les travailleurs. Ici, il suffit qu'il y ait... C'est-à-dire, quand on a un travailleur domestique au sein de la famille... c'est lui, il faut le traiter correctement, mais attention, cela peut aussi être un coût lourd pour la famille. [Fidaldo]

Ici, chez nous, l'employeur, c'est directement la famille. Cela signifie qu'il y a un responsable précis pour le contrat de travail, mais cela révèle aussi la faiblesse de l'employeur, la partie forte du contrat étant la famille. [Filcams-Cgil]

Cette spécificité a limité les revendications des syndicats en faveur des travailleuses, conscients que les familles-employeurs, avec leurs moyens financiers souvent limités, faisaient également ce qu'elles pouvaient. Ce problème, déjà existant en temps normal, a été exacerbé pendant la pandémie.

Oui, l'État laisse toute la responsabilité aux familles, et cela retombe aussi sur les travailleurs et les travailleuses, considérés comme des travailleurs de seconde zone – et c'est en fait ce qu'ils sont. [Filcams-Cgil]

Selon les entretiens, le véritable problème tient à l'absence générale de soutien étatique pour ce secteur, qui repose essentiellement sur les familles et rend vulnérables à la fois les employeurs et les travailleuses. Même si l'État a tenté de mettre en place quelques mesures de soutien en période de crise sanitaire, cette action a été limitée par la structure même du système de *care* en Italie. L'absence de politiques publiques globales et de soutien au secteur est un problème structurel qui dépasse le cadre de la pandémie.

La collaboration en temps normaux

En dehors des actions conjointes prises pendant la pandémie, les syndicats et les organisations patronales se concentrent plutôt sur des revendications et conflits historiques liés à la nature du travail domestique. Les organisations patronales, représentant les intérêts des familles, militent depuis longtemps pour une défiscalisation du travail domestique. Selon elles, cette mesure permettrait de réduire le coût de l'emploi de travailleuses domestiques pour les familles. Elles sollicitent un appui étatique, notamment par des incitations fiscales :

C'est la possibilité que l'employeur obtienne une défiscalisation des coûts. Un peu comme les entreprises. Ce ne serait pas énorme, mais cela constitue une aide économique pour les familles, car 17 000 euros pour une aide-soignante, c'est un coût important. [...] Et les conflits restent toujours les mêmes, car le gouvernement refuse toujours de mettre en place une mesure fiscale (tous les gouvernements, sans distinction), pour des raisons financières, des questions idéologiques... Par exemple, le

décret « Flussi » est une demande récurrente de notre part. Nous avons toujours été conscients du besoin d'une main-d'œuvre qualifiée. [...] Quant au reste, les autres conflits sont liés au soutien économique. [Fidaldo]

Du côté des syndicats, les revendications portent sur l'amélioration des conditions de travail et sur une protection sociale équivalente à celle dont bénéficient les travailleurs d'autres secteurs, en matière de congés de maternité, de maladie, etc. Les syndicats sont également particulièrement engagés dans la défense des droits des travailleuses migrantes, qu'il s'agisse de leur régularisation ou de leur intégration dans l'économie formelle.

Concernant les relations entre syndicats et organisations patronales, les deux parties relèvent des conflits « historiques », en raison des rôles distincts qu'elles jouent dans le dialogue social:

Nous nous entendons généralement bien avec les syndicats. Bien sûr, quand il s'agit de questions liées au contrat collectif, surtout maintenant que nous sommes en période de renouvellement, eh bien, les conflits surgissent. Car ils demandent toujours plus, et nous, nous essayons de... Et à ce moment-là, il y a une part conflictuelle. [Fidaldo]

Actuellement, nous sommes en pleine négociation pour le renouvellement de la convention collective nationale, qui a expiré en décembre 2022. Nous nous confrontons aux associations d'employeurs... disons qu'il y a des divergences importantes. [Filcams-Cgil]

Conclusions

La crise du COVID-19 a agi comme un révélateur brutal des failles systémiques du modèle italien de prise en charge des personnes âgées à domicile. Ce système repose de manière quasi-exclusive sur les familles, qui assurent tant la charge organisationnelle que le financement des soins. Dans un contexte marqué par l'allongement de la durée de vie et la montée en puissance des besoins en *care*, cette architecture familiale montre ses limites, d'autant plus lorsqu'elle est confrontée à une crise sanitaire majeure.

Les entretiens menés avec les syndicats et les représentants d'organisations patronales convergent vers un constat partagé : l'absence de l'État dans l'organisation et le financement du *care* à domicile constitue un problème structurel majeur. Comme le souligne le répondant de Filcams-CGIL, « il y a un désintérêt de la part des pouvoirs publics et du gouvernement pour des situations qui devraient en réalité relever de l'État, et non des familles ni des travailleurs, sur lesquels se répercutent toutes les faiblesses économiques des ménages ». Cette carence institutionnelle est également pointée par Federcolf, pour qui « tout est actuellement laissé sur les épaules des familles ». L'insuffisance des politiques publiques dans ce domaine engendre une forte inégalité d'accès aux services de *care*, tout en renforçant la précarité des travailleuses – majoritairement des femmes migrantes – qui y sont impliquées.

Cette absence de soutien public est d'autant plus problématique que les services de *care* ne sont pas de simples commodités, mais des besoins fondamentaux. Comme le rappelle un représentant de Fidaldo, « le coût des badanti [...] n'est pas un luxe. Ce n'est pas un service facultatif : c'est une nécessité réelle, mais qui a un coût ». Or, en l'absence de soutien étatique adapté, ce coût pèse lourdement sur les familles, notamment les plus modestes. Cela

contribue à reproduire des inégalités sociales et territoriales profondes dans l'accès aux soins à domicile.

Un autre enjeu central mis en lumière par la pandémie est la précarité des relations de travail dans le secteur. Près de 60 % des travailleuses de l'aide à domicile opèrent sans contrat formel. Cette informalité endémique limite non seulement l'accès aux droits sociaux des travailleuses, mais affaiblit aussi toute tentative de structuration du secteur.

C'est un contrat collectif national qui naît entre deux parties toutes deux porteuses de grandes fragilités, avec un grand absent : l'État. Pourtant, selon notre Constitution, c'est à l'État de garantir l'accès aux soins et d'assurer que chacun puisse affronter la maladie ou les aléas de la vie avec le soutien des structures publiques. Or, celles-ci sont inadéquates, et les ressources que l'État met à disposition des familles sont inexistantes ou dérisoires. [Filcams-Cgil]

Ces constats plaident pour des réformes structurelles ambitieuses. Une des pistes actuellement débattues concerne la transformation de l'*Indennità di Accompagnamento* en une aide personnalisée, ajustée aux besoins concrets des bénéficiaires, et permettant aussi bien de rémunérer des services publics que l'embauche d'une *badante*. Une telle mesure marquerait un pas vers une reconnaissance institutionnelle du care comme un service d'intérêt général, et non comme une affaire privée à résoudre dans le huis clos familial. Comme le résume un représentant de Fidaldo : « *En fonction de vos besoins, nous vous donnons plus [...] et parmi ces besoins, il y a aussi une aide familiale, une badante [...] La rémunération devrait être payée par l'État* ».

En somme, la pandémie a mis en évidence une tension structurelle entre un besoin social croissant de care et un modèle politique qui délègue cette responsabilité aux familles et au marché. Si la crise a indéniablement exacerbé les fragilités du système, elle a aussi ouvert un espace de dialogue inédit entre syndicats, employeurs et acteurs publics. Cet espace constitue une opportunité à saisir pour repenser collectivement le rôle de l'État, la reconnaissance des travailleuses du care et l'égalité d'accès aux services de soutien à l'autonomie. C'est à cette condition que le care pourra être reconnu pour ce qu'il est : un pilier du bien-être collectif et non une charge privée.

IV.12. Policy debrief sur l'Allemagne (Clémence Ledoux)

Ce document de travail repose sur la lecture de littérature grise, de sources secondaires, de revues destinées aux directeurs de structures d'aide à domicile et de sept entretiens réalisés²²¹ entre octobre 2022 et mars 2023, avec les responsables de la *Arbeitgeberseite* de la *Caritas*, avec le chargé d'affaires européenne de l'*Arbeiterwohlfahrt* et de la nouvelle organisation patronale le BVAP, avec deux responsables nationaux du syndicat Ver.di, avec des membres du *Hauswirtschaftsrat*, avec des responsables du ministère de la santé en charge du soin, avec un responsable du DGB et un autre de la *Diakonie*.

²²¹ Dont quatre en présentiel et trois en distantiel

IV.12.1. Le cadre démographie et institutionnel pré-pandémique

L'assurance dépendance allemande

Adoptée en 1994, l'assurance dépendance est depuis longtemps considérées comme relevant d'une logique conservatrice-corporative et familialiste (Noack & Storath, 2022; Ranci & Pavolini, 2013; K. A. Shire & Nemoto, 2020). Elle distribue des prestations à destination des personnes considérées comme ayant besoin d'aide, sans limite d'âge mais couvre néanmoins majoritairement des personnes âgées : en 2019, plus de 80% de la population des allocataires de l'assurance dépendance allemande avaient 60 ans ou plus.

En 2019, la population allemande, plus vieillissante qu'en France, comptait 3,795 millions (sur 83 millions d'habitants) de personnes identifiées comme ayant des besoins d'aide, en recevant et donc caractérisées comme « *Pflegebedürftige* ». 73,6% recevaient la prestation à domicile, tandis que la population en institution (y compris pour de courts séjours ou en accueil de jour) était en diminution : elle correspondait à 26,4% des personnes identifiées comme ayant besoin d'aide, soit près d'un million. Parmi elles, 726 970 étaient accueillies à plein temps en maison de retraite ou en EHPAD²²². Cette évolution renvoie à un mouvement général de désinstitutionnalisation du *care* en Europe (Halásková et al., 2017; Rothgang & Müller, 2019).

La distribution des allocations est gérée par des caisses d'assurance dépendance (Ledoux, 2015), Environ 89% de la population est couverte par les assurances sociales et 11% sont par les assurances privées (Rothgang & Müller, 2019). Ces prestations restent cependant insuffisantes pour couvrir l'intégralité des besoins, si bien que depuis l'introduction de l'assurance dépendance, un nombre croissant de bénéficiaires ont recours à l'aide sociale en particulier en maison de retraite (Rothgang & Müller, 2019, p. 99). A domicile, les bénéficiaires peuvent choisir essentiellement entre deux types de prestations : en argent ou en services ou combiner les deux, l'assurance dépendance prévoyant un montant double de dépenses quand les bénéficiaires choisissent les services. Ainsi en 2019, une personne ayant un niveau de dépendance (« *Pflegegrad* ») 2 pouvait recevoir 316€ par mois au titre de la prestation en argent et 689€ pour des prestations d'aide à domicile délivrées par des services agréés. En 2019, d'après l'office de statistiques Destatis, 421 550 personnes étaient employées et déclarées par des services d'aide et de soins à domicile²²³ -financés par la prestation en services- représentant environ 288 268 emplois équivalents temps plein, car seulement 117 124 étaient effectivement employées à plein temps

Dans les années 1990, la prestation en argent (« *Pflegegeld* ») avait été pensée comme un moyen de rétribuer des proches aidant les personnes en perte d'autonomie. Elle ne nécessitait et ne nécessite toujours pas de relation d'emploi ou de prestation de services comme en France pour être distribuée. Avec l'augmentation du taux d'emploi des femmes, elle a

²²²https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten_2022.pdf

²²³ https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile

néanmoins de plus en plus été utilisée pour rétribuer des personnes travaillant sans être déclarées ou ayant des contrats à la limite de la légalité, et très souvent venant des pays de l'est (Gerlinger, 2018; Leiber et al., 2019; Safuta et al., 2022)..

Les acteurs du secteur de l'aide à domicile en Allemagne

En 2019, avant la pandémie, selon l'office des statistiques fédéral (Destatis 2019), l'Allemagne comptait 14 688 services d'aide et de soins à domicile (« *ambulante Pflege-und-Betreungsdienste* »), dont 66,5% commerciaux -la plupart exerçant exclusivement à domicile- 30,8%, de services à associatifs, à but non lucratif et 2,7% de prestataires publics. Alors que de grandes associations dominaient le secteur dans les années 1980, la création de l'assurance dépendance a conduit à la création et au développement de petits services prestataires marchands. Souvent fondés par des professionnels de l'aide et du soin, ils ont créé leur activité indépendante puis ont embauché quelques salarié.e.s. Cependant, ces structures commerciales restent plus petites que celles associations. Ainsi, l'activité des services non-lucratifs d'aide à domicile dépassait en 2019 largement celle des services commerciaux, avec en moyenne 96 bénéficiaires couverts par les associations et 53 par les services commerciaux.

Au contraire des services commerciaux, les services non lucratifs étaient constitués principalement d'organisations relevant de cinq grandes structures ou fédérations, présentes à la fois dans l'aide à domicile et dans le secteur stationnaire (hôpitaux, maisons de retraite...): la *Diakonie* (affiliée aux églises protestantes), *Caritas* (affiliée aux Eglises catholiques), l'*Arbeiterwohlfahrt* (AWO, l'association pour le bien être des travailleurs, issue du mouvement ouvrier) la Croix Rouge et *le paritätische Wohlfahrtsverband*, une union d'associations très diverses, actives dans le social. S'y ajoutait une association liée aux organisations juives. La *Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege*, le groupe de travail des associations du tiers secteur représente toute ces organisations ; elle leur permet d'être associées aux instances de décision aussi bien au niveau national que local (Bahnmüller et al. 2000).

Liées aux Eglises, *Caritas* et la *Diakonie* sont régies par un droit particulier, le « droit des Eglises », qui s'appuie sur les articles 4 et 140 de la loi fondamentale allemande, garantissant la liberté de religion individuelle à tous les citoyens (article 4), et la liberté d'agir des organisations religieuses (article 140)²²⁴. Ce dernier article reconnaît ainsi aux Églises la capacité à régler elles-mêmes leurs affaires, y compris le droit du travail, ce qui a donné lieu au développement d'un « droit des Eglises » (« *kirchenrecht* »), se situant cependant toujours dans les limites des lois applicables à tous. Les lois relatives à la protection de tous les travailleuses / eurs, comme celle sur la protection contre le licenciement, celle sur les congés, sur le temps partiel, sur la limitation de la durée du travail, sur le temps de travail et d'autres lois s'appliquent ainsi sans restriction aux travailleurs/euses de la *Diakonie* et de *Caritas*. Cet arrangement spécifique, souvent appelé « troisième voie » (« *den dritten Weg* ») (voire encadré 8), s'inscrit dans une histoire longue des rapports entre les Eglises et l'Etat en

²²⁴ Cet article 140 provient de la constitution de la République de Weimar et a été intégralement incorporé dans la loi fondamentale de la République Fédérale d'Allemagne en 1949.

Allemagne et dans laquelle la période nazie a constitué uniquement une parenthèse (Bahle, 2007).

Encadré 8: La « troisième voie »

Pour *Caritas* comme pour la *Diakonie*, la « troisième voie » signifie que les conditions de travail ne sont pas déterminées unilatéralement par l'employeur (première voie, le cas général pour les fonctionnaires et une partie de l'économie privée). Elles ne sont pas non plus aménagées par des conventions collectives, négociées avec des syndicats ayant la possibilité de s'appuyer sur la pression des actions collectives (grèves et lock-out) (deuxième voie). Dans la « troisième voie », les conditions de travail sont négociées au sein d'une commission de droit du travail (« *Arbeitsrechtlichen Kommissionen* ») propre à chaque organisation (*Diakonie* et la *Caritas*), dans lesquelles siègent un nombre égal de représentants du « côté employés » et du « côté employeur », qui doivent pouvoir se rencontrer, échanger. Ces commissions jouissent d'une grande indépendance et chaque décision nécessite un accord majoritaire : aucune décision ne peut être prise sans l'accord des deux parties. Ces commissions produisent des lignes directrices (« *Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen* », AVR).

Pour *Caritas* comme pour la *Diakonie*, cette construction reflète la volonté que la pensée chrétienne oriente la construction des rapports de travail ²²⁵. Ainsi, la *Caritas* indique que « *la conception chrétienne de Caritas, selon laquelle nous nous rencontrons d'égal à égal et nous nous engageons ensemble pour d'autres personnes* »²²⁶ constitue l'arrière-plan de cette troisième voie. Si aucun accord correspondant n'est trouvé lors des négociations de la commission de droit du travail, le conflit est résolu dans le cadre d'une procédure de conciliation neutre et contraignante et non par la grève. En effet, à partir du moment où les acteurs siègent dans ces commissions, ils acceptent de renoncer à la grève, cette procédure pouvant impliquer des acteurs religieux (évêques) (entretien avec Ver.di, 14 novembre 2023).

Les représentants des travailleurs siégeant dans ces commissions doivent effectivement en accepter les principes et renoncer à l'appel à la grève. Même si la grève est reconnue comme un droit fondamental, le processus de la « troisième voie » vise à donc l'éviter donc et les travailleurs/euses ne comprennent pas toujours, selon le syndicat Ver.di, qu'ils et elles pourraient exercer ce droit. La *Diakonie* et *Caritas* proposent au syndicat de participer à leurs commissions de droit du travail mais les responsables fédéraux du syndicat expliquent en entretien qu'ils « *feraient tout pour ne jamais le faire* » (entretien le 14.11.2022)

En entretien, les responsables de *Caritas* affirment que leurs membres doivent appliquer l'intégralité des droits négociés par la commission de droit du travail, ceux refusant de le faire seraient exclus de l'organisation. Les responsables de Ver.di rencontrés au cours de l'enquête insistent cependant pour dire que la valeur juridique d'une AVR et d'une convention collective normale n'est pas la même :

« *Si la convention collective prévoit des conditions plus avantageuses, celles-ci s'appliquent automatiquement. Je n'ai donc rien à inscrire dans le contrat de travail. [Au contraire], les*

²²⁵ <https://www.diakonie.de/die-diakonie-als-arbeitgeberin/arbeitsrecht> et <https://www.caritas.de/fuerprofis/arbeitenbeidercaritas/arbeitgebercaritas/190113> consultés le 18 novembre 2023.

²²⁶ <https://www.caritas.de/fuerprofis/arbeitenbeidercaritas/arbeitgebercaritas/190113> consulté le 18 novembre 2023

directives relatives aux contrats de travail [des organisations religieuses] ne s'appliquent pas automatiquement. Je dois alors les inscrire dans chaque contrat de travail. (...) Il s'agit donc toujours d'une référence statique dans le contrat de travail, ce qui signifie également que, en théorie, l'employeur peut inscrire quelque chose de différent dans chaque contrat de travail. Et il ne peut pas le faire dans le cas d'une convention collective, car une convention collective a un effet direct et immédiat, un peu comme une loi. Personne ne peut y échapper » (entretien avec des responsables de Ver.di, 14 novembre 2023).

Par ailleurs, les acteurs collectifs sont fragmentés du côté employeurs selon une ligne lucratif / non lucratif, notamment sous l'effet de la marchandisation permise par l'assurance dépendance. Ils le sont beaucoup moins côté des travailleuses / travailleurs. On peut également noter une moins grande fragmentation qu'en France entre monde institutionnel (maison de retraite, hôpital) et domicile.

Du côté des employeurs, la *Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege* représente les organisations du secteur non marchand auprès des pouvoirs publics. Cette organisation ne constitue pas une organisation employeur habilitée à négocier des conventions collective, cette fonction reste assurée par les membres. Les prestataires marchands sont de leur côté représentés par l'*Arbeitgeberverband Pflege* (AGVP) et le *Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V* (bpa). Ce dernier affiche sur sa page internet regrouper plus de 13 000 institutions membres actives, pourvoyant à la fois de l'aide ambulatoires et (semi-) stationnaire, dans les secteurs du « care » auprès des personnes âgées, en situation de handicap, de l'aide à l'enfance, à la jeunesse, gérées par des organismes privés. Sur son site toujours, le bpa annonce que ses membres sont responsables d'environ 395.000 emplois et de 29.000 places d'apprentissage²²⁷. Au moment de l'enquête, le Bpa est présidé par Rainer Brüderle, ancien ministre (FDP libéral) du gouvernement Merkel entre 2009 et 2011 et ancien Président du groupe des libéraux au Bundestag entre 2011 et 2013. Le bpa s'est opposé à la négociation collective d'une convention collective nationale (entretien avec des responsables de Ver.di, 14 novembre 2023).

Depuis 2014, une organisation représente également les familles employeuses, il s'agit du *Bundesverband für häusliche Betreuung und Pflege e.V.* (VHBP), qui affirme sur son site représenter « les intérêts d'environ 300.000 familles dont les proches âgés, malades ou mourants sont pris en charge à domicile par des personnes de l'Europe de l'Est principalement »²²⁸. Pendant la crise pandémique, en mai 2020, le VHBP a fusionné avec le *Bundesverband für häusliche Seniorenbetreuung e. V.*, l'association fédérale pour les soins à domicile aux personnes âgées (BHSB).

Du côté des salariés, là où des accords et conventions collectives sont négociés, un syndicat unique représente les salarié.e.s dans ce qui a été construit en Allemagne comme « la » branche de l'aide et du soin, comprenant à la fois dans les institutions stationnaires et à domicile. Il s'agit du grand syndicat Ver.di (« *die Vereinte Dienstleistungsgemeinschaft* »), syndicat des services, deuxième plus grand syndicat allemand après *IG Metall* et rassemblant

²²⁷ <https://www.bpa.de/der-bpa/ueber-uns> consulté le 18 mars 2024

²²⁸ <https://www.vhbp.de/> consulté le 18 mars 2024

près de deux millions de membres, dont 400 000 appartiennent au secteur de la santé, de l'aide et du soin et de la petite enfance (entretien avec Ver.di, 14 novembre 2023).

Majoritairement féminin, Ver.di est issu d'une fusion au début des années 2000 de plusieurs syndicats avec l'ancien syndicat du secteur public. Il est membre, tout comme *IG Metall*, de la Confédération nationale des syndicats allemands, le *Deutscher Gewerkschaftsbund* (DGB). Dans l'aide et le soin à domicile, le taux de syndicalisation reste faible pour l'Allemagne : autour de 12% avant la crise (Schroeder & Kiepe, 2020, p. 219). Les représentants de Ver.di peinent à organiser les travailleurs et reconnaissent ne pas avoir des ressources suffisantes pour le faire, en raison selon eux de la multiplication des petites structures privées sans *Betriebsrat* (comité d'entreprise), de l'autonomie des salariées dans leur tournée et de leur difficulté à se penser comme des collectifs (entretien avec Ver.di, 14 novembre 2023). S'appuyant sur une enquête quantitative auprès des salariées (Schroeder & Kiepe, 2020), les représentants de Ver.di soulignent également la difficulté pour les salarié.e.s de savoir qui devrait être responsable de l'amélioration de leur situation, entre l'Etat et les partenaires sociaux. On retrouve ici le « cercle vicieux » de la représentation syndicale : comme le syndicat a peu de membres dans ce secteur, il manque de ressources pour organiser les travailleur/euses et les taux de syndicalisation restent encore plus bas (F. Van Hooren et al., 2021).

A la *Caritas* et la *Diakonie*, les travailleuses/eurs sont essentiellement représentés par des organisations qui ne sont pas considérées comme des syndicats et siègent dans les commissions de droit du travail *Arbeitsrechtlichen Kommissionen* (voir au-dessus). Celle de la *Caritas* se dénomme l'« *ak.mas* », la « *Mitarbeiterseite der Arbeitsrechtlichen Kommission* » (la « partie » « employé.e.s » de la Commission du droit du travail). Si le fonctionnement de la *Diakonie* est similaire à celui de la *Caritas*, dans le *Land* de *Niedersachsen*, la *Diakonie* avait pourtant mis en place un accord collectif régional avec Ver.di (entretien avec l'AWO, 10 novembre 2022).

Verdi négocie avec des employeurs détenant à la fois des institutions stationnaires et des services à domicile (essentiellement les employeurs du secteur non lucratif). Les représentants de Ver.di expliquent en entretien qu'ils tentent alors de négocier des droits de même qualité dans ces deux segments : « *es ist ja bei uns, also wir haben in unseren Tarifverträgen den ambulanten Bereich, die mobile Pflege sozusagen, immer auf dem gleichen Niveau wie die stationäre Pflege* [Chez nous, donc dans nos conventions collectives, nous avons toujours placé le secteur ambulatoire, l'aide et les soins mobiles (*pflege*) pour ainsi dire, au même niveau que l'aide et les (*pflege*) soins en institution stationnaire] ».

L'évolution des relations professionnelles dans le secteur de l'aide et du soin en Allemagne avant la pandémie

Le principe de la liberté de négociation des salaires entre partenaires sociaux et sans intervention de l'Etat (« *Tarifautonomie* ») est fondamental dans le système de relations industrielles allemand. Dans la seconde moitié des années 1990, les conventions collectives

des régions de l'ouest ont été étendues à l'est, incluant pourtant des dispositifs fixant des salaires inférieurs dans les régions de l'est. Ce mouvement a entraîné un processus de fragmentation de la négociation collective, avec l'introduction de clauses d'ouverture dans les conventions collectives de différentes branches de l'économie allemande, permettant aux entreprises de déroger aux accords collectifs (Giraud & Lallement, 1998). Progressivement, un mouvement général de décentralisation et de différenciation des réglementations conventionnelles s'est diffusé (Bahnmüller et al., 2000), provoquant l'introduction de conditions de travail et d'emploi moins favorables aux salarié.e.s.

Dans l'aide et les soins, à l'issue de nombreuses négociations entre Ver.di et les employeurs publics, les différentes conventions pour le service public à l'est et à l'ouest de l'Allemagne ont été unifiées en octobre 2005 et remplacées par un nouveau texte (le *Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst -TVöD*). Les *Länder* l'ont refusé, créant une convention séparée, le *Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder*.

Alors que plusieurs organisations du secteur associatif ont cessé de suivre et de reprendre dans leur propre convention celle du secteur public, les organisations rattachées aux Eglises ont continué à le faire. Ainsi, les commissions de droit du travail de la *Diakonie* et *Caritas* ont continué de s'orienter en fonction des textes du secteur public et de les reprendre en grande partie dans leurs accords. Dès lors, comme l'expliquent les personnes rencontrées, le « droit des Eglises » protégerait les salarié.e.s de la *Caritas* et de la *Diakonie* de la fragmentation des droits et leur permettrait d'importer dans le droit des Eglises les textes du secteur public, plus protecteurs que ceux du privé (Gottschall et al., 2015). Pour le syndicat Ver.di, ces textes ne sont cependant pas de « vraies » conventions collectives pour deux raisons. Premièrement, ils n'impliquent pas de négociations menées par des représentants légitimes susceptibles d'établir un rapport de force. Deuxièmement, on l'a vu, selon Ver.di, ils n'ont pas la même valeur juridique que les conventions collectives traditionnelles.

L'éclatement des droits collectifs a surtout touché les autres structures prestataires. Pour les prestataires associatifs non religieux, l'effet d'entraînement du secteur public sur les organismes d'aide et de soins à domicile s'est atténué au début du siècle. Des conventions régionales ou locales spécifiques ont été signées par l'*Arbeiterwohlfahrt* (AWO), qui a abandonné le principe d'accords tarifaires centralisés. En 2003, l'AWO a créé une fédération patronale (*Arbeitgeberverband*)²²⁹. Les membres de l'AWO ont la liberté d'y adhérer ou non, afin d'être aidés dans la négociation des conventions collectives régionales ou les accords d'établissement. De même, les membres du *paritätische Wohlfahrtsverband* ont parfois signé des accords collectifs mais rarement (ibid.). De son côté, l'association patronale (*Arbeitgeberverband*) de la *Rote Kreuz* (Croix Rouge) a négocié une convention nationale pour ses membres avec Ver.di, mais les institutions de la Croix rouge sont libres d'adhérer ou non à cette association et donc d'appliquer cette convention²³⁰.

En parallèle, l'assurance dépendance a soutenu le développement de petits prestataires privés marchands qui ne sont pas couverts par des accords d'établissements et de branche.

²²⁹ <https://www.verbaende.com/news/pressemitteilung/arbeiterwohlfahrt-gruendet-arbeitgeberverband-16739/> consulté le 18 novembre 2023

²³⁰ En Allemagne, le principe de l'extension des droits négociés n'est pas quasi systématique comme en France et ces accords ne s'appliquent qu'aux membres des organisations patronales et des syndicats salariés.

Pour le syndicat Ver.di, ce dernier mouvement constitue un *challenge* important, car ces organisations sont souvent trop petites pour disposer d'un comité d'entreprise. Ainsi, en entretien, les responsables de Ver.di expliquent « *nous avons plus de 15 000 structures dans le secteur ambulatoire de l'aide et du soin, si nous voulons bien les organiser, nous devrions aller dans les entreprises, construire les choses, établir un rapport de force pour conclure un accord d'établissement mais nous n'avons pas les ressources (...). Souvent, les entreprises sont rattachées à des groupes d'intérêt qui pour des raisons politiques refusent les accords et les conventions avec les syndicats, car elles voient de manière très négative le principe de la Tarifaautonomie. Elles nous disent également : puisque 90% des employé.e.s ne sont pas syndiqué.e.s, cela signifie que 90% des employé.e.s ne sont pas favorables à la mise en place d'un accord d'établissement ou de branche* » (entretien avec des responsables de Ver.di, 14 novembre 2023). De fait, alors que 36% des prestataires associatifs disposaient d'un comité d'entreprise, c'était le cas de seulement 10% des prestataires commerciaux avant la crise (Schroeder & Kiepe, 2020).

Face à toutes ces transformations, le syndicat Ver.di, pourtant attaché au principe de la négociation collective « *Tarifaautonomie* », s'est allié aux organisations non lucratives pour demander la mise en place d'un salaire minimum par la loi dans « *la branche de l'aide et du soin* » (« *die Pflegebranche* »), incluant à la fois les organisations stationnaires et à domicile. Pour les associations, cette action permettait d'éviter une concurrence déloyale de la part des entreprises privées ne respectant aucun accord collectif. La possibilité de mettre en place un tel salaire minimum est adoptée grâce à la modification, en 2009, d'une loi autorisant l'Etat central à réguler les conditions de travail pour les branches dans lesquelles interviennent régulièrement des entreprises d'origine étrangère²³¹. Cette loi prévoit la possibilité que la/le Ministre du Travail et des Affaires Sociales puisse adopter des ordonnances définissant un salaire minimum s'appliquant à toutes les structures de la branche, après consultation d'une commission constituée de représentants de la « *branche* ».

Bien qu'ils ne soient pas considérés comme des partenaires sociaux en raison de l'existence du « *droit des Eglises* » il est pourtant prévu que *Caritas* et la *Diakonie* soient représentés dans cette commission (« *Pflegekommission* ») instituée par l'Etat. Cette dernière est constituée de huit membres : deux syndicats de la branche, deux organisations patronales non religieuses, deux représentants du « *versant patronal* » et deux du « *versant employé* » des organisations religieuses. Cette commission fait des propositions pour la mise en place d'un salaire minimum dans la branche de l'aide et du soin, propositions suivies par le gouvernement. Avant la pandémie, les réunions de cette « *Pflegekommission* » a donné lieu à la publication de trois règlements : en 2010²³², en 2014²³³, en 2017²³⁴ et les conclusions de la quatrième commission

²³¹ Gesetz über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz –AentG), 20.04.2009, BGBl p. 799.

²³² Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Pflegearbeitsbedingungenverordnung –PflegeArbbV), Bundesanzeiger, 27.07.2010, p. 2571.

²³³ Zweite Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Zweite Pflegearbeitsbedingungenverordnung - 2. PflegeArbbV) vom 27. November 2014. BAnz AT 28.11.2014 V1

²³⁴ Dritte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Dritte Pflegearbeitsbedingungenverordnung - 3. PflegeArbbV) vom 1. August 2017. BAnz AT 11.08.2017 V1

venaient d'être établies en janvier 2020, sans avoir encore été adoptées par le gouvernement. Ainsi, avant la pandémie, l'Etat était intervenu plus directement dans « la » branche de l'aide et du soin pour définir un salaire minimum, s'éloignant ainsi des principes de la *Tarifautonomie*, mais comme il l'a également fait dans le reste de l'économie avec le salaire minimum en 2015.

IV.12.2. Les actions menées avant la pandémie : l'action concertée pour l'aide et le soin et la création d'une nouvelle organisation patronale

Dans les années précédant la pandémie, en Allemagne, comme dans d'autres pays européens, le débat public autour de l'aide et du soin portait sur l'insuffisance des prestations de l'assurance dépendance et la pénurie de main d'œuvre.

Construction d'une grande coalition en faveur d'une réforme de l'assurance dépendance

A la suite de l'intervention croissante de l'Etat dans la régulation de l'aide et du soin, l'AWO et Ver.di ont été très actifs dans la création d'une grande coalition visant à réformer l'aide et le soin à domicile, le « *Bündnis für gute Pflege* » (l'Alliance pour le bon « care »). Cette alliance vise à regrouper à la fois des représentants des travailleurs/ euses, des employeurs/ euses prestataires et des bénéficiaires. Dans les faits, l'alliance va réussir à allier, au minimum dans ses supports de communication, les grandes fédérations prestataires du secteur associatif : l'AWO bien sûr mais aussi la *Paritätische*, la *Caritas*, la Croix Rouge, la *Diakonie* et la centrale d'aide aux Juif/ves. Du côté des travailleuses/eurs, l'alliance cofondée par Ver.di a été rejointe par le DGB mais aussi par l'associations professionnelle représentant les métiers de l'aide et du soin : le *Deutscher Verband für Pflegeberufe*. De manière intéressante, l'alliance regroupe également les associations de personnes en situation de handicap et leurs proches²³⁵, de personnes âgées et retraitées²³⁶, d'aidant.e.s²³⁷, la fédération représentant des associations féminines²³⁸ mais aussi la centrale représentant les consommateurs en Allemagne²³⁹.

Les archives de l'alliance indiquent des positions arrêtées dès 2012 autour de trois principales revendications capables de créer consensus entre les différents intérêts en jeu :

- Les personnes ayant besoin d'aide et de soin ont besoin d'être mieux prises en charge
- Les aidant.e.s ont besoin de soutien et d'une reconnaissance sociale
- L'aide et le soin ont un prix et ont besoin de davantage de solidarité.²⁴⁰

Le rapport de 2012 de l'Alliance indique que ses différents membres ont appris à mieux se connaître malgré leurs différences, ce qui a permis d'ouvrir des perspectives.

Dans les faits, dans les années qui suivent, l'Alliance est surtout active en amont des élections législatives. En 2013, elle multiplie les rencontres avec les candidats du parti le SPD et des

²³⁵ *le BAG Selbsthilfe*

²³⁶ *Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetreffene Menschen ; Sozialverband Deutschland*

²³⁷ *Wir pflegen*

²³⁸ *Deutscher Frauenrat*

²³⁹ *Verbraucherrzentrale Bundesverband*

²⁴⁰ <http://www.buendnis-fuer-gute-pflege.de/termine/> consulté le 10.03.2024

Verts. A l'issue de ces élections, le SPD revient au pouvoir dans une grande coalition CDU-CSU / SPD et participe à l'introduction d'une réforme de l'assurance dépendance en 2016 (mise en oeuvre en 2017) qui ne change pourtant pas profondément le système mais étend la définition de la perte d'autonomie²⁴¹ (Rothgang & Müller, 2019).

A la suite des élections de 2017, l'accord de coalition entre le SPD et la CDU-CSU pour la période 2018- 2021 prévoit un long chapitre consacré à l'aide et au soin, avec la mise en place immédiate d'une action concertée dans le secteur, des mesures concernant les conditions de travail et les salaires dans le secteur, la prise en charge des déplacements, la recherche de main d'œuvre à l'étranger. L'accord prévoit explicitement de mettre en place une meilleure couverture des conventions collectives dans l'aide à domicile et poursuit ainsi l'intervention de l'Etat dans l'organisation des relations industrielles de ce segment.

La „Konzertierte Aktion Pflege », KAP (2018-2020)

A la suite des élections, à l'été 2018, l'action concertée pour l'aide et le soin (« *Konzertierte Aktion Pflege* », KAP), est mise en place. Elle réunit les ministères de la famille (à l'époque, dirigé par Franziska Giffey, SPD), du travail (à l'époque, dirigé par Hubertus Heil, SPD) et de la santé (à l'époque, dirigé par Jens Spahn, CDU), les représentants des *Länder*, et les acteurs considérés comme pertinents par les pouvoirs publics, c'est-à-dire les caisses d'assurance maladie et d'assurance dépendance, les unions représentant les prestataires, les partenaires sociaux, les Eglises, l'agence fédérale pour l'emploi...²⁴². Le ministère de la santé, compétent en matière de prise en charge de la perte d'autonomie, coordonne l'ensemble des travaux et accueille donc le bureau de la KAP. Le constat de la pénurie de main d'œuvre conduit le ministre de la santé, Jens Spahn, à tenter de recruter du personnel d'aide et de soins aux Philippines et au Mexique.

L'objectif principal de *la „Konzertierte Aktion Pflege-KAP*», réunissant tous ces acteurs, consistait à trouver des moyens de rendre les métiers de l'aide et du soin (« *Pflege* ») plus attractifs, en particulier en améliorant leurs conditions d'emploi et de travail, leur formation et en trouvant des moyens de les décharger de certaines tâches. Cinq groupes de travail avaient été constitués. Parmi eux, le quatrième visait à attirer des travailleurs et travailleuses de l'étranger et le cinquième à améliorer les rémunérations. Les discussions de ce cinquième groupe ont permis de constater l'importance de distinguer les minimas selon les qualifications. Les réflexions de ce groupe débouchent sur une loi adoptée en 2019²⁴³. Celle-ci modifie l'article 7a de l'*Arbeitnehmer-Entsendegesetz*, en créant une base juridique permettant d'étendre une convention collective au secteur du « *Pflege* » par voie de décret, avec la participation d'au moins deux commissions paritaires des employeurs religieux (Lenzen & Evans-Borchers, 2023). L'objectif est d'établir une « convention collective d'application générale » pour le secteur des soins. Ce changement renforce les pouvoirs de la *Pflegekommission* -en lui permettant d'émettre également des recommandations sur les

²⁴¹ Cette réforme a en particulier introduit une nouvelle façon de mesurer la perte d'autonomie, afin d'être mieux capable de prendre en considération les cas des personnes démentes.

²⁴² <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/3-quartal/konzertierte-aktion-pflege.html> consulté le 18 novembre 2023.

²⁴³ La *Pflegelöhneverbesserungsgesetz* vise à améliorer les conditions de travail dans le secteur de l'aide et du soin.

conditions de travail minimales relatives aux congés- et ceux du ministère du travail²⁴⁴, en lui donnant la possibilité d'adopter des ordonnances étendant les accords sans l'aval du *Bundesrat*. Cette loi de 2019 distingue deux moyens pour améliorer la rémunération du personnel de l'aide et du soin :

1. en donnant la possibilité d'étendre à l'ensemble du secteur une convention collective
2. en adoptant par ordonnances des règles sur les salaires minimaux sur recommandation de la *Pflegekommission (ibid.)*.

Dans le cas où l'amélioration des conditions de travail passerait par l'établissement d'une convention collective unique de la branche de l'aide et du soin, étendue par le gouvernement, la loi reconnaît un pouvoir de veto aux commissions de droit du travail (« *Arbeitsrechtlichen Kommissionen* ») des deux organisations religieuses (*Caritas* et la *Diakonie*). Pour les responsables de la *Caritas*, ce changement est essentiel, puisqu'il permet de reconnaître leur spécificité (entretien avec des représentants de la *Caritas*, 3 novembre 2022).

A la suite de cette loi, la quatrième *Pflegekommission* de 2020 prévoit des augmentations du salaire minimum dans la branche selon le niveau de formation, en distinguant les travailleuses ayant suivi plus d'un an de formation, un an de formation, de celles n'en ayant pas suivi²⁴⁵. La commission prévoit aussi une convergence des salaires minimaux à l'est et à l'ouest du pays pour atteindre un niveau de 12,55€ brut en 2022 pour les salariées non formées, 13,2€ pour celles ayant suivi un an de formation et 15,40€ pour celles en ayant plus. Ces conclusions seront reprises par le gouvernement en avril 2020²⁴⁶.

Insatisfaits des productions de la KAP, plusieurs acteurs décident de créer en 2019 une nouvelle organisation patronale, la *Bundesvereinigung Arbeitgeber in der Pflegebranche* (BVAP) et de tenter la première voie prévue par la loi : la négociation d'une convention collective nationale à étendre par le gouvernement. Parmi les membres fondateurs de cette nouvelle organisation patronale, la fédération patronale (*l'Arbeitgeberverband*) de l'AWO, la commission employeur de la *Diakonie* du *Land* de *Niedersachsen*, *l'Arbeiter Samariter Bund* (entretien avec l'AWO du 10 novembre 2022). Ultérieurement, de petites entreprises à but lucratif rejoignent le BVAP²⁴⁷. A partir de ce moment, le BVAP commence à négocier avec Ver.di une convention collective unique et nationale en espérant obtenir l'extension.

²⁴⁴ Gesetz für bessere Löhne in der Pflege (Pflegerlohnverbesserungsgesetz) Vom 22. November 2019, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 42, 28.11. 2019.

²⁴⁵ https://www.haufe.de/oeffentlicher-dienst/personal-tarifrecht/pflegemindestlohn-wird-schrittweise-erhoeht_144_508670.html consulté le 18 novembre 2023

²⁴⁶ Vierte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Vierte Pflegearbeitsbedingungenverordnung - 4. PflegeArbbV) vom 22. April 2020. (BAnz AT 28.04.2020 V2).

²⁴⁷ <https://tarifvertrag-in-der-pflege.de/> consulté le 18 novembre 2018



IV.12.2. Les politiques mises en place pendant la pandémie concernant les revenus

L'échec de la négociation d'une convention collective nationale unique

La pandémie accélère les négociations entre le BVAP et Ver.di, qui aboutissent le 1^{er} février 2021 à la conclusion d'une convention collective de branche fixant des conditions d'emploi minimales²⁴⁸. Pour être transformé en ordonnance et étendu à tout le secteur, cet accord doit néanmoins recueillir l'accord des représentants employeur et salarié des commissions du droit du travail de la *Diakonie* et de *Caritas*. Dans les semaines suivantes, les représentants de *Caritas* s'y opposent. L'utilisation de leur droit de veto suscite un très grand débat à la fois dans l'espace public et en interne.

Dans la presse et en entretien, les responsables -côté employeur- de la *Caritas* justifient ce choix en expliquant que :

- 1) Le BVAP manquait de représentativité et ne pouvait pas seul décider des règles pour tous les employeurs
- 2) La convention nationale unique n'apportait pas beaucoup d'améliorations par rapports aux standards minima définis par la *Pflegekommission* et par les ordonnances qui ont suivi
- 3) Les conditions des règles d'emploi de la *Caritas* étant meilleures que celles prévues dans ce texte, la *Caritas* souhaitait donc pouvoir continuer à attirer les meilleures travailleuses avec des conditions d'emplois plus favorables à celles de ses concurrents.

Le représentant de la *Diakonie* interrogé en entretien explique «*Und wenn man jetzt mal auf einer tarifpolitischen Ebene die Sache diskutiert, dann, hatten jetzt unsere Dienste nicht so großen Interesse individuell an der also Tarifangleichung, weil sie ja bisher mit ihrem höheren Gehalt auch werben konnten [Nos services n'étaient pas très intéressés individuellement par l'harmonisation tarifaire, car jusqu'à présent, ils pouvaient aussi attirer des travailleuses grâce à leurs salaires plus élevés].* » (entretien avec un membre de la *Diakonie*, 10 mars 2023)

Alors que la convention collective unique, si elle avait été acceptée par les organisations religieuses, aurait pu s'appliquer à toutes les entreprises commerciales d'aide et de soin à domicile, son rejet laisse ces entreprises, non couvertes par un accord collectif ou une convention collective en dehors de toute régulation autre que celles, minimales, prévues par la *Pflegekommission*. Le ministre du travail, Hubertus Heil (SPD), avait fortement soutenu ce processus, mais face à l'échec de cette première voie possible d'amélioration des conditions d'emploi et de travail, il prévoit d'intervenir directement et prépare un nouveau texte. Une loi est adoptée en urgence dans l'été 2021, juste avant les élections législatives de l'automne 2021.

²⁴⁸ <https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/verstaendigung-zwischen-bvap-und-verdi-ueber-tarifvertrag-altenpflege/> consulté le 18 novembre 2023



La réforme de la *Pflegeversicherung* et les augmentations de salaire

La nouvelle loi, la *Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz* (GVWG)²⁴⁹ votée en juillet 2021 introduit un instrument directement dans l'assurance dépendance qui la régulation des prestataires à des conditions sur les salaires qu'ils pratiquent. La loi prévoit effectivement que les organisations prestataires ne soient autorisées (« *zugelassen* ») par les services des caisses d'assurance dépendance à être financées que si elles appliquent déjà une convention collective ou si elles choisissent au moins une de ces trois options :

- 1) Soit elles négocient un accord avec un syndicat ou adhèrent à une organisation patronale ayant signé une convention collective
- 2) Soit elles décident de suivre une convention collective existante ou un accord des organisations religieuses
- 3) Soit elles rémunèrent leurs salariés à un niveau au moins égal à celui pratiqué dans les conventions collectives régionales ou par les organisations religieuses

Les organisations peuvent renoncer à ces autorisations de l'assurance dépendance mais cela entraînerait la perte des soutiens financiers importants, ce qui n'est pas attractif pour les assurés.

Par ailleurs, la troisième option n'avait pas été prévue au départ. D'après l'entretien avec les représentants de Ver.di, elle a été introduite pour contrer un recours de l'organisation patronale représentant les prestataires commerciaux, le Bpa devant la Cour constitutionnelle. Ce recours mettait en avant la contrainte sur la liberté d'entreprendre exercée par les deux premières options. Par ailleurs, à la satisfaction de Caritas et de la Diakonie, la loi met sur le même plan les lignes directrices de organisations religieuses et les conventions collectives. L'association qui coordonne les caisses d'assurance sociale maladie et dépendance, le *gesetzliche Krankenkassen Spitzenverband* (GKV-Spitzenverband) est chargé de coordonner la mise en œuvre de ces conditions avec la publication de directives à l'attention des caisses d'assurance.

Une étude menée en Rhénanie du Nord-Westphalie montre qu'au 30 avril 2022, environ 27 % des établissements de l'aide aux personnes âgées de ce *Land* déclaraient être liés par une convention collective, 30 % avaient préféré l'option « orientation tarifaire » (option 2) et environ 26 % indiquaient vouloir s'aligner à l'avenir sur le « niveau de rémunération habituel dans la région » (Lenzen & Evans-Borchers, 2023).

Même si d'après les syndicats, ces nouvelles règles ont permis de faire augmenter les salaires, leur application comportent des limites. Elles n'exigent pas de suivre dans leur intégralité les conventions existantes, mais simplement leurs passages concernant la rémunération du personnel d'aide et de soin (*Pflege*) : celle-ci ne doit pas être inférieure à celle de la convention collective ou l'accord des organisations religieuses suivi. Ces règles ne concernent donc que le salaire et d'autres protections du salarié ne sont pas prises en considération. Enfin, les organisations prestataires n'ont pas à les appliquer au personnel ne relevant pas de l'aide et du soin, comme par exemple le personnel dédié au ménage (*Hauswirtschaft*). En entretien,

²⁴⁹ Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz – GVWG) Vom 11. Juli 2021, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nr. 44, ausgegeben zu Bonn am 19. Juli 2021, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nr. 44, ausgegeben zu Bonn am 19. Juli 2021, p.2754.

les représentants de *Caritas* expliquent craindre que cette règle ne conduise à ce que les caisses d'assurance demandent de moins rémunérer le personnel ne relevant pas de l'aide et du soin, pourtant intégré par *Caritas* dans ses propres accords collectifs.

La loi est progressivement mise en œuvre, avec une application complète en septembre 2022. D'après les acteurs rencontrés et les premières évaluations (Lenzen & Evans-Borchers, 2023) la troisième option laisse des marges de manœuvre puisqu'elle repose sur le calcul de moyennes concernant les salaires, avec donc la possibilité que certains employeurs décident de manière discrétionnaire de bien rémunérer certains salariés de l'aide et du soin moins bien d'autres. Cette option est donc considérée comme manquant de transparence pour les salariés et les syndicats, ne créant pas un droit direct pour les salariés et rendant possible l'existence d'inégalités au sein d'une même organisation (ibid.).

Par ailleurs, ces nouvelles règles demandent énormément de travail administratif aux organisations prestataires et aux caisses d'assurance dépendance, sensées contrôler leur application : « *Die Pflegekassen* sollen sehr sehr viel prüfen [Les caisses d'assurance dépendance doivent contrôler beaucoup, beaucoup de choses] » (entretien avec les représentants de la *Caritas*, 3 novembre 2022). En entretien, plusieurs acteurs se sont interrogés sur la capacité des caisses à réellement appliquer cette politique. Ainsi, finalement, la période pandémique a accéléré un processus d'intervention de l'Etat dans la régulation des salaires de l'aide à domicile déjà entamé avant la pandémie.

En complément de ce changement législatif, les négociations du secteur public ont conduit à des augmentations de salaires, reprises par *Caritas* et la *Diakonie* dans leur lignes directrices. L'ensemble de ces changements ont conduit à une augmentation du salaire médian dans le grand secteur de l'aide aux personnes âgées (à domicile et en institution), de 64% entre 2012 et 2023 pour les personnels qualifiés, mais de 36% en taux réels tenant compte de l'inflation, avec des taux plus bas pour les personnels non qualifiés et des différences régionales fortes (Carstensen et al., 2024).

Le salaire de remplacement en cas d'arrêt de travail

En Allemagne, comme dans d'autres pays, des programmes très généreux ont été mis en place à destination des entreprises pour financer le chômage partiel de leurs salarié.e.s. En parallèle, les conditions de distribution des allocations de l'assurance dépendance ont été allégées de telle sorte qu'en cas de maladie de la personne aidée ou de la travailleuse, des arrangements pouvaient être trouvés avec les caisses. Une règle a également permis aux caisses d'assurance dépendance de payer aux prestataires d'aide les surcoûts engendrés par la pandémie²⁵⁰ (entretien le 23 novembre 2023). Cependant, les effets de ces politiques n'ont pas été les mêmes sur tous les types d'emplois.

Dans un pays comme l'Allemagne où le taux d'emploi au noir est important, les travailleuses non déclarées n'ont pas pu en bénéficier et se sont parfois retrouvées parfois sans revenus.

²⁵⁰ § 150 Absatz 2 SGB XI

Les primes

Les primes ont d'abord été prévues par les acteurs fédéraux pour le personnel soignant présent dans les unités de soins intensif, puis pour tout le personnel hospitalier en septembre 2020. Ainsi, en entretien, les représentants de la Caritas affirment « Cela a toujours commencé dans les hôpitaux, et après il était question des autres / *Es ging immer im Krankenhaus los und dann ging es um die anderen* ».

La loi a parfois rendu obligatoire le versement de primes à des catégories professionnelles, sans que celles-ci ne soient complètement financées par les pouvoirs publics ou la sécurité sociale. C'est finalement l'assurance dépendance qui a versé la prime prévue lors de la première vague. Les partenaires sociaux ont parfois décidé, de leur propre chef, de verser des primes. Cela a été le cas de Caritas, comme ses représentants l'expliquent en entretien (3 novembre 2022). Ces primes étaient alors libres d'impôt.

Le nouveau cadre d'articulation entre négociation collective et intervention gouvernementale a joué un rôle primordial dans l'adoption de la première prime financée par les pouvoirs publics. Très vite, dès avril 2020 et dans la continuité de ses négociations autour de la convention collective unique, la nouvelle organisation patronale, le BVAP a trouvé un accord avec Ver.di autour de la mise en place d'une prime de 1500€ dans l'aide et le soin pour les personnes âgées (*Altenpflege*). Les deux acteurs ont demandé à l'Etat une extension de cet accord à toute la branche, en s'appuyant sur l'*Arbeitnehmer-Entsendegesetz*²⁵¹. L'accord prévoyait que la prime s'applique à toutes les salariées ayant consacré au moins 25% de leur temps de travail dans l'aide et le soin entre le 1^{er} mars et le 30 octobre 2020, pendant au moins trois mois sans interruption, quelle que soit l'activité effectuée (donc y compris le ménage). D'après les acteurs rencontrés, le ministre de la santé CDU, Jens Spahn, a préféré une intervention de l'Etat plutôt que de laisser utiliser l'instrument de la convention collective, si bien que d'après Verd.di, « *die Altenpflege die erste Branche, die eine Prämie per Gesetz hatte* [l'aide aux personnes âgées est la première branche qui a eu un bonus par la loi] » (entretien avec Ver.di, 14 novembre 2023)

En juin 2020, le gouvernement a donc rendu cette prime de 1500€ obligatoire pour tous les employeurs. Il prévoyait que l'assurance dépendance finance les 2/3 et que les *Länder* ou les employeurs financent le reste²⁵². Une étude ultérieure de Ver.di indique que 40% des travailleurs/ euses de la branche de l'aide et du soin pour les personnes âgées (*Altenpflege*, comprenant donc le secteur stationnaire et ambulatoire) n'ont jamais reçu cette prime. Sur son site, Ver.di a communiqué sur ce droit à la prime auprès des salarié.e.s, leur indiquant se tenir à leur disposition pour les aider à l'appliquer : « *les membres des syndicats bénéficient d'une protection juridique si l'employeur ne se soumet pas à son obligation. Il s'agit certes d'un terrain juridique vierge, mais la probabilité que les tribunaux confirment le droit à l'égard de l'employeur est très élevée* »²⁵³. Ces primes sont néanmoins restées inaccessibles aux travailleuses non déclarées.

²⁵¹ <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/coronavirus/++co++9b10be30-8495-11ea-ba0e-001a4a160119>

²⁵² <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/coronavirus/++co++9b9783a2-95e8-11ea-b579-001a4a160119>

²⁵³ <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/altenpflege/++co++aaf1147e-9e95-11eb-a870-001a4a160111>

Une deuxième prime a plus tard été prévue. Ainsi le contrat de coalition gouvernementale de 2021 prévoit de dédier un budget exceptionnel à l'aide et aux soins, ce qui conduit à l'adoption par le *Bundestag* et le *Bundesrat* en mai 2022 d'un budget de 1 Milliard dédié à la distribution d'une prime, dont la moitié est prévue pour les hôpitaux (le soin) et l'autre pour l'aide (*Langzeitpflege*), en institution ou à domicile. Dans l'aide à domicile, il est prévu que la prime soit de 550€ pour les salariées intervenantes, 370€ pour celles travaillant dans l'administration et 60€ pour l'équivalent des services civiques²⁵⁴. Les critères d'éligibilité sont les mêmes que pour la première prime. Les représentants de Ver.di regrettent que cette prime n'ait pas été accompagnée d'une augmentation encore plus substantielle des salaires, mais il est intéressant de noter que le montant et la distribution de cette prime ont été pensés en même temps pour le secteur de la santé et pour celui de l'aide et du soin, en institutions et à domicile.

IV.12.4. Les politiques mises en place pendant la pandémie : réorganisation du travail et protection de la santé

Comme ailleurs, l'activité a été impactée par la pandémie et les mesures de restriction des contacts sociaux, même si ces dernières ont été beaucoup moins fortes en Allemagne qu'ailleurs. Ces mesures ont été prises à l'issue de conférences entre le gouvernement fédéral et les ministres présidents des *Länder*. Lors de la première vague, elles n'ont pas conduit à des interdictions strictes comme en France. Le gouvernement fédéral et les *Länder* ont décidé conjointement de fermer les bars, les restaurants, les salons de coiffure et d'interdire dans l'espace public les regroupements « avec plus d'une personne en dehors de son domicile en respectant une distance d'un mètre et demi, et n'autorise[er] les sorties que pour les achats essentiels (médicaments, alimentation, produits d'hygiène et livres), pour promener son chien ou faire de l'exercice » (Hassenteufel, 2020). Les parcs sont restés ouverts. Les *Länder* ont par la suite introduit des règles parfois légèrement différentes.

Avec l'arrivée du virus, des mesures ont été prises au niveau national afin de réorganiser le travail d'aide à domicile : les évaluations des niveaux de dépendance ont été prévues sans contacts physiques, les caisses d'assurance dépendance ont été chargées de prendre en charge les surcoûts liés à la crise, les *Länder* de s'occuper des commandes de matériels de protection. Les conditions de qualifications permettant de garder ouvert un service d'aide à domicile ont été de leur côté suspendues. Le ministère de la santé, en charge de superviser l'assurance dépendance répondit à des questions réponses en ligne, qui n'avaient pourtant pas de contrainte juridique.

Alors que les visites à domicile ont parfois diminué au début de la crise, elle ont toutefois très vite repris leur fréquence habituelle, si bien que dans le grand secteur de l'aide aux personnes âgées (*Altenpflege*), englobant donc à la fois le domicile et les institutions, seulement 2% des salariées ont arrêté de travailler (Panel, 2021). Un représentant de la *Diakonie* raconte «*Mein generalistischer Eindruck ist, dass in der ersten Phase der Kontaktbeschränkung, da haben die Dienste tatsächlich sich stark zurückgenommen, haben auch umgestellt auf Telefonieren und zum Teil auch WhatsApp und so weiter. Aber dann relativ bald sind sie wieder in die Haushalte*

²⁵⁴ <https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++ca00c4ec-4d3e-11ec-85ec-001a4a16012a>

gegangen [Mon impression générale est que, lors de la première phase de restriction des contacts, les services ont effectivement beaucoup réduit leurs activités, passant aux appels téléphoniques et, dans certains cas, à WhatsApp, etc. Mais ils sont rapidement retournés dans les foyers] » (entretien avec un membre de la Diakonie, 10 mars 2023).

Les grandes associations, membres des fédérations comme l'AWO, la Croix Rouge, la *Diakonie* ou *Caritas* ont eu les moyens d'acheminer des masques et des matériels de protection, tandis que les plus petites ont eu davantage de difficultés, comme le racontent les responsables de Ver.di : *„Aber gerade die kleinen Einrichtungen, gerade die kleinen Betriebe, gerade die ambulanten Dienste, waren die letzten, die da so reingekommen sind. Weil die halt gar nicht die Ressourcen oder den Overhead hatten und die Zugänge hatten, gar nicht so verletzt waren, um da irgendwie dranzukommen. Und die großen Konzerne und Wohlfahrtsverbände haben natürlich in hohen Chargen eingekauft, irgendwie versucht, sozusagen Containerleitungen zu finden [Mais ce sont justement les petites structures, les petites entreprises et les services ambulatoires qui ont été les derniers à en bénéficier. En effet, ils ne disposaient pas des ressources ou des frais généraux nécessaires et n'étaient pas suffisamment touchés pour pouvoir y avoir accès. Et les grands groupes associations du tiers secteur ont bien sûr acheté en grandes quantités, essayant en quelque sorte de trouver des filières d'approvisionnement.“* (entretien avec Ver.di, 14 novembre 2023)

De plus, les tests pour leurs salariés ont également été remboursés aux organismes prestataires. En 2021, afin de répondre aux pénuries de main d'œuvre, un service a été ouvert pour aider l'immigration de spécialistes de l'aide et du soin, dans le but en particulier d'accompagner pour la reconnaissance des diplômes en particulier pour les métiers du soin.

IV.12.5. Le système des *live-in care workers*

Le système des *live-in care workers*, ces travailleuses, souvent venues des pays de l'est, vivant chez les personnes âgées à domicile et se relayant pendant des périodes de trois mois pour s'occuper d'elles a été particulièrement impacté par la crise et la fermeture des frontières, qui a bloqué la circulation de travail. Pour les travailleuses restées en Allemagne, les conditions de travail se sont dégradées et celui-ci s'est intensifié : avec la crise, les familles qui remplaçaient parfois les *live-in care workers* à certains moments de la semaine ont arrêté de le faire par peur de la contagion. Elles ont aussi parfois limité certains services d'aide complémentaire qui constituaient pourtant des moments de répit pour les *live-in care workers* (Leiblfinger et al. 2020).

L'organisation représentant les familles employeuses de *care workers* semble avoir été assez active pendant la crise, sans que ses revendications ne soient intégrées formellement aux politiques publiques. Ainsi, dès le mois d'avril, elle qualifie les *live-in care workers* de « *systemrelevant* », comme ayant une importance pour le système. Au mois d'avril 2020, le VHBP demande au gouvernement de mettre en place les mêmes incitations à rester en Allemagne que celles adoptées en Autriche pour les *live-in care workers* (une prime de 500€/mois) (Leiblfinger et al., 2020). Il s'agit pour le responsable de l'association que l'Etat « *mette des moyens financiers pour inciter les personnes travaillant ici à rester. Nous avons besoin de nos propres offres attractives pour éviter que le personnel soignant ne soit débauché.*

Tout report d'un changement de personnel soignant réduit le risque d'infection des personnes à haut risque »²⁵⁵. Quelques semaines plus tard il demande aussi la mise en place d'un accès au territoire pour les travailleuses migrantes restées à l'étranger, à l'exemple de ce qui a été mis en place pour les travailleurs des asperges. Contrairement à d'autres pays, l'Allemagne n'a pas officiellement donné suite à ces demandes mais dans la pratique, les policiers postés à la frontière avec la Pologne ont fermé les yeux devant les minibus des agences transportant les *care workers* (Leibfingher et al. 2020). En parallèle, les congés de proches aidants ont été rallongés (ibid.).

Le VHBP s'est cependant saisi de la crise pour porter dans les arènes publiques le problème que posait la non-déclaration des *live-in care workers* travaillant auprès des personnes en perte d'autonomie, en mettant en avant le fait qu'en période de pandémie, ces travailleuses passaient sous les radars, rendant plus difficile de tracer la transmission du virus. Cependant, ni le VHBP, ni l'Etat allemand ne se sont préoccupés de la situation des *live-in care workers* qui ne pouvaient ou ont choisi de ne pas retourner travailler en Allemagne et sont restées sans revenu de remplacement dans leur pays d'origine (ibid.).

Avant la pandémie, le syndicat Ver.di et le DGB avaient commencé à s'intéresser à la situation des « *live-in care workers* ». L'action de ces organisations pendant la crise semble surtout avoir correspondu à la poursuite d'actions déjà engagées, sans que la crise soit vraiment utilisée comme un levier spécifique.

Le DGB de son côté, avait travaillé sur une réforme des réductions fiscales à destination des ménages employant du personnel de maison juste avant la crise et a publié au début de celle-ci un ensemble de propositions sur ce sujet, consistant essentiellement à remplacer le système existant par un système de chèques services inspirés du modèle belge mars et mis en place de manière expérimentale dans le Land de *Baden-Württemberg* (DGB 2020). De mars 2017 à février 2019, des bénéficiaires ont reçu des bons de 12€ leur permettant de payer des services à la personne quand ils retournaient sur le marché du travail, augmentaient leur temps de travail ou évitaient une diminution de celui-ci. Ce système ayant pour objectif de diminuer l'emploi au noir visait cependant les familles bénéficiaires actifs, leur conciliation vie familiale/travail et les activités de ménage.

De son côté, Ver.di avait identifié avant la crise le cas d'une *live-in care worker* bulgare, dont la situation d'exploitation semblait convaincante. Le syndicat l'a accompagnée pour qu'elle porte plainte auprès du tribunal du travail de Berlin. En entretien, les représentants de Ver.di expliquent ne pas s'engager dans la défense de droits individuels de migrantes qui ne seraient pas membre du syndicat mais avoir cherché à attaquer de manière stratégique le système des *live-in care workers* afin de le faire tomber. Ainsi, la femme ayant porté plainte disposait bien d'une chambre chez la personne dont elle s'occupait, d'un contrat de travail mais celui-ci prévoyait 30 heures de travail alors qu'elle était disponible 24h sur 24. Le tribunal a jugé en appel pendant la crise que tout le temps à disposition devait être considéré comme du temps

²⁵⁵ <https://www.vhbp.de/aktuelles/detail/pressemitteilung-berlin-742020/>

de travail et payé au salaire minimum, les réglementations relatives au temps de travail devant s'appliquer dans le cas de cette *live-in care worker* (entretien avec Ver.di le 14 novembre 2022). Même si la plaignante a gagné, le système n'a cependant pas complètement disparu. On constate néanmoins que les organisations prestataires comme Caritas, tentent de diffuser l'information sur ces droits sur leur site²⁵⁶.

Pour conclure, le cas allemand montre une intervention importante de l'Etat dans la protection des aides à domicile déclarées et la volonté du gouvernement d'augmenter les salaires pour pallier à la pénurie de main d'œuvre, dans un système national où les partenaires sociaux ont pourtant l'habitude de jouer un rôle prépondérant dans la définition des conditions d'emploi.

V. Bibliographie

- Ambrosini M. (2012). Surviving underground: irregular migrants, Italian families, invisible welfare. In *International Journal of Social Welfare*, vol. 21, pp. 361-371.
- Ambrosini M. (2013). *Immigrazione irregolare e welfare invisibile: il lavoro di cura attraverso le frontiere*. Bologna: Il Mulino.
- Andall J. (2000). *Gender, migration and the domestic service. The politics of black women in Italy*. Aldershot, UK: Ashgate.
- Anderson, B. (2000). *Doing the dirty work ? The global politics of domestic labour*. Zed Books.
- Anttonen, A., & Sipilä, J. (1996). European social care services : Is it possible to identify models? *Journal of European social policy*, 6(2), 87-100.
- Avril, C. (2014). *Les aides à domicile : Un autre monde populaire*. La Dispute.
- Bahle, T. (2007). *Wege zum Dienstleistungsstaat. Deutschland, Frankreich und Großbritannien im Vergleich* (VS Verlag für Sozialwissenschaften).
- Bahn Müller, R., Bispinck, R., & Weiler, A. (2000). *L'impact des systèmes de négociation sur le niveau et l'évolution des salaires : Le cas allemand* (Ministère de l'emploi et de la solidarité).
- Béland, D., Cantillon, B., Hick, R., & Moreira, A. (2021). Social policy in the face of a global pandemic : Policy responses to the COVID-19 crisis. *Social Policy & Administration*, 55(2), 249-260.
- Berloto S. & Perobelli E. (2019). Dalla Silver Economy al settore LTC in Italia: dati, sviluppi e tendenze in atto. In Fosti G., Notarnicola E., eds, *Il futuro del settore LTC Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali: 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea Editore, 17-55.
- Bettio, F., Simonazzi, A., Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: The 'care drain' in the Mediterranean in *Journal of European Social Policy* 16(3):271-285.
- Borelli, S. (2021). Le diverse forme dello sfruttamento nel lavoro domestico di cura. *Lavoro e diritto*, 35(2), 281-301.
- Brennan, D., Cass, B., Himmelweit, S., & Szebehely, M. (2012). The marketisation of care : Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *Journal of European social policy*, 22(4), 377-391.

²⁵⁶ <https://www.caritas.de/hilfeundberatung/ratgeber/alter/pflege/24-stunden-pflege-darauf-musst-du-achten>

- Burau, V. D., Theobald, H., & Blank, R. H. (2007). *Governing home care : A cross-national comparison*. Edward Elgar Publishing.
- Caillaud, P., & Dussuet, A. (2024). La reconnaissance de la qualification dans l'aide à domicile associative pendant le Covid : Un progrès en trompe-l'oeil ? *Droit Social*, 637-657.
- Caillaud, P., Guiraudon, V., & Ledoux, C. (2022, décembre). *Les effets du COVID sur les politiques et le dialogue social dans le secteur du care auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile en France, Policy debrief*.
- Campéon, A., Le Bihan, B., Mallon, I., & Robineau-Fauchon, I. (2020). «Le moindre grain de sel, et c'est la pagaille» : Retour sur la condition des proches aidants. *Gerontologie et société*, 42(1), 13-29.
- Capuano, C. (2018). *Que faire de nos vieux? : Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*. Presses de Sciences Po.
- Carbonnier, C., & Morel, N. (2015). *The political economy of household services in Europe*. Palgrave Mac Millan.
- Carstensen, J., Seibert, H., & Wiethölter, D. (2024). *ENTGELTE VON PFLEGEKRÄFTEN 2023*. Institut für Arbeit und Berufsforschung.
- Chatzidakis, A., Hakim, J., Litter, J., & Rottenberg, C. (2020). *The care manifesto : The politics of interdependence*. Verso Books.
- Cullen, P. (2021). Trade Union Mobilization and Female-Dominated Care Work in Ireland : Feminised and/or Feminist? *Politique européenne*, 74(4), 136-163.
- Cullen, P. (2024). Discursive Strategies of Private Home Care Providers in Ireland : Public funding for Private Care. *Revue des politiques sociales et familiales*, 1, 135-151.
- Cullen, P., & Murphy, M. P. (2021). Responses to the COVID-19 crisis in Ireland : From feminized to feminist. *Gender, Work & Organization*, 28, 348-365.
- Da Roit, B., Le Bihan, B., & Österle, A. (2007). Long-term care policies in Italy, Austria and France: variations in cash-for-care schemes. *Social Policy & Administration*, 41(6), 653-671.
- Da Roit, B., Sabatinelli, S. (2010). Nothing on the Move or Just Going Private? Understanding the Freeze on Child- and Eldercare Policies and the Development of Care Markets in Italy. *Social Politics*, 20 (3): 430-453.
- Daly, M., & Rake, K. (2003). *Gender and the welfare state : Care, work and welfare in Europe and the USA*. Polity Press.
- Degavre F. & Nyssens M. (2012). *Care regimes on the move. Comparing home care dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy*. Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société, Université Catholique de Louvain, Charleroi, Belgium.
- Degiuli F. (2010). The Burden of Long-Term Care: How Italian Family Care-Givers Become Employers. *Ageing and Society* 30 (5): 755–777.
- Degiuli, F. (2016). *Caring for a living: Migrant women, aging citizens, and Italian families*. Oxford University Press.
- Del Pino E. & Pavolini E. (2015). Decentralisation at a Time of Harsh Austerity: Multilevel Governance and the Welfare State in Spain and Italy Facing the Crisis. *European Journal of Social Security*, 17 (2): 246–270.
- DESTATIS (2020) Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege->



[deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile](#), consulté le 18.11.2023

- Devetter, F.-X., Dussuet, A., & Puissant, E. (2023). *Aide à domicile, un métier en souffrance : Sortir de l'impasse*. Éditions de l'Atelier.
- Dobry, M. (2009). *Sociologie des crises politiques*. Presses de Sciences Po.
- Dussuet, A. (2005). *Travaux de femmes : Enquêtes sur les services à domicile*. L'Harmattan.
- Dussuet, A., & Ledoux, C. (2019). Implementing the French elderly care allowance for home-based care : Bureaucratic work, professional cultures and gender frames. *Policy and Society*, 38(4), 589-605.
- Ehrenreich B. & Hochschild A. R. (2002). *Global Woman: nannies, maids and sex workers in the new economy*. New York: Metropolitan Books.
- Eurostat (2004). Population Structure and Ageing. Online publication https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#Median_age_is_highest_in_Italy_and_lowest_in_Cyprus (08/05/2024)
- Finotelli C. & Sciortino G. (2009). The importance of being Southern: the making of policies of immigration control in Italy. In *European Journal of Migration and Law*, pp. 119-138.
- Foster, D. (2021). *Adult Social Care : Means-test parameters since 1997* (House of Commons).
- Frinault, T. (2009). *La dépendance : Un nouveau défi pour l'action publique*. Presses universitaires de Rennes.
- Gardes, C. (2022). *Essentiel· les et invisibles?. Classes populaires au travail en temps de pandémie*. Croquant (Éditions du).
- Gerlinger, T. (2018). *ESPN Thematic Report on challenges in long-term care. Germany*.
- Giordano, C. (2021). Freedom or money ? The dilemma of migrant live-in elderly carers in times of COVID-19. *Gender, Work & Organization*, 28, 137-150.
- Giordano, C. (2022a). *Ethnicisation and Domesticisation : The impact of care, gender and migration regimes on paid domestic work in Europe*. Springer.
- Giordano, C. (2022b). Home care service providers in Brussels : Time adjustments during COVID-19 and the consequences for frontline home care workers. *International Journal of Care and Caring*, 1-17.
- Giraud, O. (2018). L'autonomie et la dépendance face au travail de catégorisation dans et par l'action publique. *Tous autonomes! : Injonction des politiques sociales ou fabrication collective*, 93.
- Giraud, O., & Lallement, M. (1998). Construction et épuisement du modèle néo-corporatiste allemand : La Réunification comme consécration d'un processus de fragmentation sociale. *Revue Française de Sociologie*, 39(1), 39-69.
- Giraud, O., Outin, J.-L., & Rist, B. (2019). *La place des aidants profanes dans les politiques sociales : Entre libre choix, enrôlements et revendications*. La documentation française.
- Glendinning, C. (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care : United Kingdom. *European Commission*.
- Gori C. (2012). Home Care in Italy: A System on the Move, in the Opposite Direction to What We Expect. *Health & Social Care in the Community* 20 (3): 255–264.
- Gottschall, K., Kittel, B., Briken, K., Heuer, J.-O., Hils, S., Streb, S., & Tepe, M. (2015). *Public Sector Employment Regimes : Transformations of the State as an Employer*. Palgrave Mac Millan.
- Guiraudon, V., & Borraz, O. (2010). *Politiques publiques : 2, Changer la société*. Presses de Sciences Po.

- Guiraudon, V., Ledoux, C., & Caillaud, P. (2024). Le rôle des organisations patronales dans un secteur fragmenté : Les politiques d'aide à domicile pour les personnes âgées pendant la pandémie. *Revue des politiques sociales et familiales*, 1, 65-82.
- Guiraudon, V., Ledoux, C., & Poblete, L. (2024). Perspectives comparées sur l'emploi et les services de care à domicile en temps de pandémie. *Revue des politiques sociales et familiales*, 1, 3-12.
- Halásková, R., Bednář, P., & Halásková, M. (2017). Forms of providing and financing long-term care in OECD countries. *Review of Economic Perspectives*.
- Hall, P. A., & Taylor, R. C. R. (1996). Political Science and the Three New Institutionalisms*. *Political studies*, 44(5), 936-957.
- Hassenteufel, P. (2020). Le système de santé allemand face à la crise du coronavirus. *Notes du Cerfa*, 156.
- Hayes, L. J. (2017). *Stories of Care: A labour of law: Gender and class at work*. Springer.
- Hayes, L., & Pollock, A. M. (2021). Mandatory covid-19 vaccination for care home workers. *British Medical Journal*, 374, 1–2.
- Howard, E., & Kofman, E. (2021). *PHS-QUALITY Project* (University of Amsterdam).
- Hudson, B. (2019). Commissioning for change : A new model for commissioning adult social care in England. *Critical Social Policy*, 39(3), 413-433.
- Humphries, R. (2022). *Ending the social care crisis : A new road to reform*. Policy Press.
- Istat (2021). Indicatori demografici anno 2021. www.istat.it/it/files/2022/04/Report-Indicatori-Demografici_2021.pdf (08/05/2024)
- Istat (2023). *Rapporto Annuale 2023*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.
- Kerbourc'h, J.-Y. (1999). Le régime du travail domestique au regard du droit du travail. *Droit social*, 04, 335-342.
- Le Bihan, B., Da Roit, B., & Sopadzhyan, A. (2019). The turn to optional familialism through the market : Long-term care, cash-for-care, and caregiving policies in Europe. *Social Policy & Administration*, 53(4), 579-595.
- Ledoux, C. (2015). L'Assurance dépendance allemande, une copie de l'Assurance maladie? *Revue française des affaires sociales*, 4, 83-106.
- Ledoux, C., & Krupka, R. (2020). *Le dialogue social dans les branches des salariés du particulier employeur, de l'aide à domicile et des entreprises de services aux personnes en France*. Working paper DCS CENS PHS Quality PROFAM.
- Ledoux, C., Shire, K., & van Hooren, F. (2021). *The Dynamics of welfare markets in Europe. Private pensions and domestic/care services in Europe*. Palgrave / Springer.
- Leiber, S., Matuszczyk, K., & Rossow, V. (2019). Private labor market intermediaries in the Europeanized live-in care market between Germany and Poland : A typology. *Zeitschrift für Sozialreform*, 65(3), 365-392.
- Leiblfinger, M., Prieler, V., Schwiter, K., Steiner, J., Benazha, A., & Lutz, H. (2020). Impact of COVID-19 policy responses on live-in care workers in Austria, Germany, and Switzerland. *Journal of Long-Term Care*, 144-150.
- Leitner, S. (2003). Varieties of familialism. *European Societies*, 5(4), 353-375.
- Lenzen, J., & Evans-Borchers, M. (2023). „Tariftreue in der Altenpflege“ Expertise zur Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) in Nordrhein-Westfalen. Institut Arbeit und Technik (IAT).
- Lewis, J. (1992). Gender and the development of welfare regimes. *Journal of European social policy*, 2(3), 159-173.
- Lutz, H. (2011). *The new maids : Transnational women and the care economy*. Zed Books Ltd.

- Lutz, H., & Palenga-Mollenbeck, E. (2014). Les migrantes du care dans l'Europe divisée. *Revue des Sciences sociales*, 52, 18-27.
- Maillard, S., & de Muñagorri, R. E. (2022). Le travail domestique en droit social : Unité ou fragmentation? *Droit Social*, 09, 668.
- Marchetti, S. (2014). *Black girls : Migrant domestic workers and colonial legacies*. Brill.
- Marchetti, S. (2022). Care and domestic work. In *Migration and Domestic Work: IMISCOE Short Reader* (pp. 13-32). Cham: Springer International Publishing.
- Martin, A., Williams, G., Atay, A., & Florisson, R. (2024). *Zero choices: Swapping zero-hour contracts for secure, flexible working*. Work Foundation.
- Martin, C. (1998). «Le domestique dans les modèles d'Etat-providence». In *Jacques Commaille et Bruno Jobert, Les Métamorphose de la régulation politique*. LGDJ, p 361-380.
- Martin, C. (dir.). (2003). *La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe?* Presses Universitaires de Rennes.
- Mercille, J. (2024). European long-term care marketisation : A political Economy framework. *Social Policy & Administration, To be published*.
- Meuret-Campfort, È. (2017). Il n'est jamais trop tard pour devenir employeur. *Genèses*, 1, 50-71.
- Meuret-Campfort, E. (2021). Being Dependent and an Employer : The Realities of Private Individual Employment for Dependent Elderly People in France. In *The Dynamics of Welfare Markets in Europe Private Pensions and Domestic/Care Services in Europe* (C. Ledoux, K. Shire, F. Van Hooren, p. 215-237). Palgrave / Springer.
- Mitchell, G. (2021). On the Corona Frontline. *Freidrich Ebert Stiftung*.
- Modanesi, A. (2018). *Families and carers: Italian families' experiences of the transition to the 'migrant-in-the-family' model of elderly care* (Doctoral dissertation, University of Leeds).
- Moore, S. (2017). *An evaluation of UNISON's ETHICAL Care Charter*. University of Greenwich.
- Morel, N. (2006). Providing coverage against new social risks in Bismarckian welfare states : The case of long term care. *The Politics of Post-Industrial Welfare Society*. New York: Routledge, 227-247.
- Morel, N. (2007). *L'Etat face au social : La (re) définition des frontières de l'Etat-providence en Suède. Une analyse des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes et des jeunes enfants de 1930 à 2005*. Université Panthéon-Sorbonne-Paris I.
- Noack, K., & Storath, G.-M. (2022). Migrantische Arbeitskräfte in der formellen Altenpflege in Deutschland und Schweden. *WSI-Mitteilungen*, 75(5), 401-406.
- Orloff, A. (1996). Gender in the welfare state. *Annual Review of Sociology*, 22(1), 51-78.
- Owens, J., Allen, R., Pearson, A., Davies, S., Robinson, C., & Young, A. (2022). The impact of COVID-19 on social care and social work in the UK: A scoping review protocol. *INPLASY Protocol*, 5.
- Palier, B., & Bonoli, G. (1999). Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale. *Revue française de science politique*, 49(3), 399-420.
- Panel, S. (2021). *Datenreport 2021 : Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Parreñas R. (2001). *Servants of Globalisation: Women, Migration and Domestic Work*. Stanford: Stanford University Press.
- Pasquinelli S., Pozzoli F., (2021), *Badanti dopo la pandemia: vent'anni di lavoro privato di cura in Italia*. Milano: Quaderno WP3 del progetto "Time to care".

- Pasquinelli S., Rusmini G. (2021). Le assistenti familiari e il lavoro privato di cura. In Network Non Autosufficienza, eds, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: 7° Rapporto 2020/2021. Punto di non ritorno*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli, 101–119.
- Pennec, S. (2002). La politique envers les personnes âgées dites dépendantes : Providence des femmes et assignation à domicile. *Lien social et Politiques*, 47, 129-142.
- Petiau, A., & Rist, B. (2019). Dilemmes moraux et conflictualités autour des frontières du care entre aidé·e·s et aidant·e·s rémunéré·e·s. *Revue française des affaires sociales*, 1, 133-157.
- Picard, A. (2025). *Mapping the English long-term care system*. EHESP.
- Pierson, P. (2001). Introduction : Investigating the Welfare State at Century's End'. In *The new politics of the welfare state* (Oxford University Press, p. 1-14). Paul Pierson.
- Poblete, L. (2024). La pandémie de Covid-19 comme déclencheur de l'expansion des droits sociaux : L'assurance chômage pour les travailleuses domestiques en Amérique du Sud. *Revue des politiques sociales et familiales*, 1, 83-99.
- Ranci, C., & Pavolini, E. (2013). *Reforms in long-term care policies in Europe : Investigating institutional change and social impacts*. Springer Science.
- Ranci, C., Audino F., Mazzaferro C., Morciano M. (2024). *Stima del fabbisogno e della spesa long term-care in Italia: valutazioni ex-ante di una proposta di riforma*. DASTU Working Paper Series, n. 01/2024 (LPS.23) www.dastu.polimi.it/pubblicazioni/working_papers (08/05/2024)
- Ranci, C., Pavolini, E. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy* 18 (3): 246-259.
- Redini V., Vianello F. A., Zaccagnini F. (eds). (2020). *Il lavoro che usura: migrazioni femminili e salute occupazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Rothgang, H., & Müller, R. (2019). *Ambulantisierung der Pflege*. Barmer.
- Safuta, A., Noack, K., Gottschall, K., & Rothgang, H. (2022). Migrants to the rescue ? Care workforce migrantisation on the example of elder care in Germany. *Causal mechanisms in the global development of social policies*, 303-334.
- Sagmeister, M. (2024). The Legal Regulation of Domestic Care Work in Austria : A Law and Society Approach to Covid-19 Relief Measures for Migrant Domestic Care Workers. *Revue des politiques sociales et familiales*, 1, 117-133.
- Saraceno C. & Keck W. (2010). Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? In *European Societies*, 12:5, 675-696.
- Saraceno C. (1994). The ambivalent familism of the Italian welfare state. In *Social Politics*, pp. 60-82.
- Schroeder, W., & Kiepe, L. (2020). Improvisierte Tarifautonomie in der Altenpflege–Zur Rolle von Gewerkschaften, Arbeitgeberverbänden und Staat. In *Pflege : Praxis-Geschichte-Politik* (p. 214-226). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung/bpb.
- Schwenken, H. (2005). The challenges of framing women migrants' rights in the European Union. *Revue Européenne Des Migrations Internationales*, 21(1), 177–194.
- Sciortino G. (2004). Immigration in a Mediterranean welfare state: the Italian experience in comparative perspective. In *Journal of Comparative Policy Analysis*, vol. 6, n. 2, pp. 111-129.
- Shire, K. (2015). Family supports and insecure work : The politics of household service employment in Conservative Welfare Regimes. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 22(2), 193-219.

- Shire, K. A., & Nemoto, K. (2020). The origins and transformations of conservative gender regimes in Germany and Japan. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 27(3), 432-448.
- Simonazzi, A. (2009). Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics* 33 (2): 211–232.
- Skills for Care. (2020). *Skills for Care 2020, The state of the adult social care sector and workforce in England*.
- Stuppini A. (2013). Lavoro domestico e politiche migratorie. In Pasquinelli S., Rusmini G., eds, *Badare non basta: il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*. Roma: Ediesse, 183-189.
- Sumption, M., & Zachary, S.-F. (2023). *Evidence Paper. Migration and the health care workforce*. Migration Observatory Oxford.
- Trade Union Congress (TUC). (2020). *Fixing Social Care*.
- Turnpenny, A., & Hussein, S. (2022). Migrant home care workers in the UK: A scoping review of outcomes and sustainability and implications in the context of Brexit. *Journal of International Migration and Integration*, 23(1), 23–42.
- Ungerson, C., & Yeandle, S. (2007). *Cash for care in developed welfare states*. Palgrave.
- Van Hooren, F. J. (2012). Varieties of migrant care work : Comparing patterns of migrant labour in social care. *Journal of European Social Policy*, 22(2), 133-147.
- Van Hooren, F. J. (2018). Intersecting Social Divisions and the Politics of Differentiation : Understanding Exclusionary Domestic Work Policy in the Netherlands. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 25(1), 92-117.
- Van Hooren, F., Apitzsch, B., & Ledoux, C. (2019). The politics of care work and migration. In *The Routledge Handbook of the Politics of Migration in Europe* (Agnieszka Weinar, Saskia Bonjour and Lyubov Zhyznomirska (eds), p. 363-373). Palgrave.
- Van Hooren, F., Ledoux, C., Apitzsch, B., & Eleveld, A. (2021). Inclusive advocacy ? Trade-union activity in support of the rights of domestic workers in Continental Europe. *Politique européenne*, 74(4), 108-134.
- Vietti F., Portis L., Ferrero L., Pavan A. (2012). *Il Paese delle badanti: una migrazione silenziosa*. Torino: Società Editrice Internazionale.
- Zechner, M., Näre, L., Karsio, O., Olakivi, A., Sointu, L., Hoppania, H.-K., & Vaittinen, T. (2022). *The politics of ailment : A new approach to care*. Policy Press.

VI. Livrables et événements réalisés

- **Policy debrief** (version consolidée): Pascal Caillaud, Virginie Guiraudon, Clémence Ledoux, « Les effets du COVID sur les politiques et le dialogue social dans le secteur du care auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile en France », *Policy debrief-COVICARE*, Nantes, 2022.
- **Réunion de début de projet** pour échanger sur les objectifs du projet : webinaire réalisé le 5 juillet 2021
- **Lundi 11 juillet 2022**, plusieurs membres de COVICARE ont présenté leur travail à l'occasion de la conférence SASE à Amsterdam aux Pays Bas <https://sase.org/event/2022-amsterdam/>
- **Mercredi 28 juin 2023**, plusieurs membres de COVICARE ont présenté leur travail à l'occasion de la conférence de la CES à Reykjavik en Islande



<https://councilforeuropeanstudies.org/wp-content/uploads/2023/06/CES-Final-Conference-Program-2023.pdf>

- **Lundi 30 novembre 2022**, une partie de l'équipe COVICARE a participé au débat au Cinématographe suivant la projection du film "**Auprès d'elle**", fruit d'une collaboration entre Chiara Giordano, sociologue ayant mené une longue enquête préalable sur ce terrain et un documentariste (Benjamin Durand)
https://www.lecinematographe.com/Aupres-d-elle_a8561.html
- **Mercredi 8 février 2023**, Séminaire "En quête du travail décent pour les travailleuses domestiques en Argentine" avec Lorena Poblete
<https://dcs.univ-nantes.fr/fr/manifestations-scientifiques/seminaire-lorena-poblete>
- **Rencontre avec les acteurs européens** pour échanger sur les résultats du projet (français et européens) : **conférence COVICARE** le 20 juin à l'université de Saint-Louis, à Bruxelles
<https://eugendering.eu/event/les-effets-du-covid-sur-les-politiques-et-les-metiers-du-care-perspectives-comparees/>
- **Journée d'études finale COVICARE**, « L'aide à domicile dans une perspective internationale », 26 novembre 2024, Maison des Sciences de l'Homme, Nantes
<https://dcs.univ-nantes.fr/fr/manifestations-scientifiques/journee-detude-covicare-laide-a-domicile-face-au-covid-dans-une-perspective-internationale>
- **Journée d'étude commune aux projets COVICARE, ORIGAMI**, « Les recompositions de l'aide à domicile 'aide à domicile, perspectives interdisciplinaires et internationales », 6 & 7 mai 2025, Centre Nantais de Sociologie
<https://dcs.univ-nantes.fr/fr/manifestations-scientifiques/journee-detudes-les-recompositions-de-laide-a-domicile-perspectives-interdisciplinaires-et-internationales>
- **Rencontre avec les acteurs nationaux**, 18 juin 2025 au CNAM

VII. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE



FICHE A RENSEIGNER

Publications scientifiques

1. Liste des articles et communications écrites

REVUES A COMITE DE LECTURE

- BONNIN Vincent, **CAILLAUD Pascal**, MONCHATRE Sylvie « La qualification professionnelle, une notion équivoque ? La métallurgie et le travail domestique comme illustrations », *Revue de droit du travail*, 2024, n°04, pp.243-250
- **CAILLAUD Pascal**, **DUSSUET Annie**, « La reconnaissance de la qualification dans l'aide à domicile associative pendant le Covid : un progrès en trompe l'œil ? », *Droit Social*, 2024, juillet, 2024 (6), pp. 637-645
- **CAILLAUD Pascal**, 2022, « *Formation et qualification : quelle professionnalisation pour le travail domestique ?* » (Dossier : Travailleuses et travailleurs domestiques), *Droit Social*, Paris, éd. Dalloz, n° 9, p. 692
- **CARTIER Marie**, "Unwilling dedication? The continuity of home help work for elderly people in France during the beginning of the Covid 19 pandemic" en voie de publication à la *Zeitschrift für Socialreform. Journal of Social Policy Research* [en voie de publication].
- CRASSET Olivier, **DUSSUET Annie**, « Prévention des risques professionnels face à des injonctions paradoxales en temps de pandémie. Ethnographie d'un service rural d'aide à domicile », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2024/1 (n°150), p. 47-63.
(traduction en anglais : « Occupational Risk Prevention Facing Paradoxical Injunctions in Times of Pandemic - Ethnography of a Rural Home Care Service », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2025, n°155)
<https://shs.cairn.info/revue-des-politiques-sociales-et-familiales-2024-1-page-47?lang=fr&tab=resume>
- **DUSSUET, Annie** et GASTE Louise « Gender, SSE and French public policies for ageing at home », *Annals of Public and Cooperative Economics*,
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apce.12483>
- **GUIRAUDON Virginie**, **LEDOUX Clémence**, POBLETE Lorena, « Perspectives comparées sur l'emploi et les services de care à domicile en temps de pandémie », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2024/1 (n°150), p. 3-12.
<https://shs.cairn.info/revue-des-politiques-sociales-et-familiales-2024-1-page-3?lang=fr>

- **GUIRAUDON Virginie, LEDOUX Clémence, CAILLAUD Pascal**, « Le rôle des organisations patronales dans un secteur fragmenté. Les politiques d'aide à domicile pour les personnes âgées pendant la pandémie », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2024/1 (n°150), p. 65-82.
<https://shs.cairn.info/revue-des-politiques-sociales-et-familiales-2024-1-page-65?lang=fr>
- **GABORIAU Marion et MEURET-CAMPFORT Eve**, « “Mieux qu’une fille ?” Reconfigurations familiales lors de l’emploi d’aides à domicile auprès de personnes âgées en perte d’autonomie », *Actes de la recherche en sciences sociales* [À paraître]
- **HAYES Lydia**, « Technologie du temps de travail et travail non rémunéré dans le care rémunéré. Analyse sociojuridique des contrats de travail et du contrôle électronique », *Terrains & travaux*, 2023/1 (N° 42), p. 51-71.
<https://shs.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2023-1-page-51?lang=fr>
- **LEDOUX Clémence**, « Political parties, interest groups and the contestation of home care. The case of France », *European Journal of Gender and Politics* 6(2), 240-257
<https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/ejgpg/6/2/article-p240.xml>
- **LEDOUX Clémence, POBLETE Lorena, JACQUEMART Alban**, « Gouverner le social care, des catégories institutionnelles aux expériences intimes », *Terrains & travaux*, 2023/1 (N° 42), p. 5-26.
<https://shs.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2023-1-page-5?lang=fr>

REVUES SANS COMITE DE LECTURE

- **LEDOUX Clémence**, 国家の見える手？—フランスにおける家事労働者と訪問介護ヘルパーの権利とナショナルレベルの主体間交渉＝クレマン・ルドゥ（東慶子訳・伊藤るり監訳, *労働法律旬報*No.2083 2025年7月上旬号
<https://www.junposha.com/book/b665442.html>

CHAPITRES

- **CARTIER Marie, GUIRAUDON Virginie, LEDOUX Clémence et MEURET CAMPFORT Eve** « A political sociology of home care employment and services relations: intermediary actors, norms and instruments » in Lena Näre (eds.) *Research Agenda for Domestic Work and Reproductive Labour*, Edward Elgar Publishing [en voie de publication].
- **GIORDANO Chiara**, “The management of the home care sector in Belgium during the pandemic: fragmented measures or coordinated effort?” in Heidi Gottfried, Eileen Boris, Nadya Guimarães (eds.), *Caring beyond Borders: Assessing home care policies*

and workers' rights in the global North and South, Policy Press [en voie de publication].

- **LEDOUX Clémence, GUIRAUDON Virginie et SONNET Claire**, « Home care workers and industrial relations during and after the COVID pandemic in England and France” in Heidi Gottfried, Eileen Boris, Nadya Guimarães (eds.), *Caring beyond Borders: Assessing home care policies and workers' rights in the global North and South*, Policy Press [en voie de publication].

2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

Aucune

3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

- 21 juin 2021, **Clémence Ledoux**, “Who Represents the Workers? Social Dialogue and Trade Unions in the French Homebased Care Sector”, Council for European Studies Conference, zoom

Une quinzaine de participant.e.s

- 22 juin 2021 **Clémence Ledoux**, “Negotiating in a highly feminised sector: the French domestic work and home-based care sector”, ILERA Conference, zoom,

Une quarantaine de participant.e.s

- 16-17 mai 2022, plusieurs membres de COVICARE ont participé aux journées d'étude sous la direction scientifique de Sandrine Maillard, Rafael E. de Muñagorri, Laure Camaji « Les travailleuses et travailleurs domestiques Unité ou fragmentation du droit social » avec : pour **Marie Cartier** la Présidence de la séance : « l'émergence juridique d'un secteur professionnel », pour **Clémence Ledoux** l'animation d'une table ronde de cinq personnalités représentatives du secteur et pour **Pascal Caillaud** la présentation « Formation et qualification : quelle professionnalisation pour le travail », Université de Sceaux

70 participant.e.s

- 18 mai 2022, **Clémence Ledoux**, “Representing decentralized employers of precarious female workers. The case of the home care /domestic work sector in Europe”, workshop “*Domestic workers and the law*”, organised by Eva Kocher and Lorena Poblete, European University Viadrina, Frankfurt/Oder, Allemagne

Une vingtaine de participant.e.s

- 20 juin 2022, **Marie Cartier, Eve Meuret-Campfort**, « Près du virus, loin du droit ? Les aides à domicile pour personnes âgées dans un département de l'Ouest »,

Workshop INJUVID « Expériences du droit en urgence sanitaire », Sciences Po/CSO, Paris.

Une quinzaine de participant.e.s

- 11 juillet 2022, **Marie Cartier** et **Eve Meuret Campfort**, « When health (self) protection and care work contradict one another: the experience of the COVID Crisis in the Private Individual Employment for Dependent Older People Sector in France, Amsterdam, Pays Bas, SASE Conference, 11 Juillet 2022
- 11 juillet 2022, **Virginie Guiraudon** et **Clémence Ledoux**, “The Power of Employer’s Organisations in the Distribution of Public Resources Towards Home Care Workers during the Pandemic, Amsterdam, Pays-Bas, SASE Conference, 11 Juillet 2022
- 28 juin 2023, plusieurs membres de COVICARE (**Virginie Guiraudon**, **Pascal Caillaud**, **Clémence Ledoux**) ont présenté leur travail à l'occasion de la conférence de la Conference for European Studies (CES) à Reykjavik en Islande
<https://councilforeuropeanstudies.org/wp-content/uploads/2023/06/CES-Final-Conference-Program-2023.pdf>
(20 participant.e.s à ce panel)
- 8 février 2023, Séminaire "En quête du travail décent pour les travailleuses domestiques en Argentine" avec Lorena Poblete
<https://dcs.univ-nantes.fr/fr/manifestations-scientifiques/seminaire-lorena-poblete>
(une trentaine de participant.e.s)
- 11 avril 2023, **Clémence Ledoux**, “ The paradoxical inclusion of home care workers for the elderly in the protection arrangements introduced during the pandemic in France”, ILPC Conference, University of Glasgow, Royaume-Uni.
- 12 au 14 avril 2023, **Marie Cartier**, **Marion Gaboriau** et **Eve Meuret-Campfort**, « Conflicting norms in the care for dependant elderly people: home-based care services in France during the Covid 19 crisis », 41st International Labour Process Conference « Fair and decent work in a Global Economy? », University of Strathclyde, Glasgow, Royaume Uni.
- 4 au 6 juillet 2023 **Annie** Dussuet a présenté la communication « Gender, SSE and public policies for ageing at home -The french case » le 6 juillet à la 9th CIRIEC International Research Conference on Social Economy, Séoul, Corée du Sud.
- 4 au 7 juillet 2023, **Marie Cartier**, **Marion Gaboriau** et **Eve Meuret-Campfort**, « Aides à domicile et personnes âgées dépendantes face à la crise sanitaire : vulnérabilités, inégalités et dominations croisées », 10^e Congrès de l’Association française de sociologie (AFS) « Intersections, circulations » RT 5, Lyon

- 18 décembre 2023, **Marion Gaboriau, Eve Meuret-Campfort**, « Qui s'occupe de qui ? Vulnérabilités et dominations croisées entre aides à domicile et personnes dépendantes », Séminaire DomesticitéS, Université Paris Dauphine.
- 30 janvier 2024, **Marion Gaboriau et Eve Meuret-Campfort**, « Rapports de genre et de classe entre aides à domicile et personnes âgées dépendantes : vulnérabilités et dominations croisées », Séminaire « Croiser le genre et la classe en sciences sociale. Parcours d'enquêtes », Cresppa-CSU, Paris.
- 6 et 7 mai 2025, participation de **Pascal Caillaud, Marie Cartier, Annie Dussuet, Eve Meuret-Campfort, Clémence Ledoux** aux Journée d'étude commune aux projets COVICARE, ORIGAMI, « Les recompositions de l'aide à domicile 'aide à domicile, perspectives interdisciplinaires et internationales », Centre Nantais de Sociologie
- 20 Juin 2024 : Journée de restitution de COVICARE auprès des acteurs étrangers et européens à l'Université de Saint-Louis, Bruxelles, Belgique :

Marie Cartier (COVICARE): *Unwilling dedication? Continuity of home help for elderly people in France during the first lockdown*

 - Avril Sharp (Kalayaan - Policy & Casework Officer, UK) : *Experiences of migrant domestic / home care worker who entered in the UK with a visa to work in a private household*
 - Peter Bartmann (Diakonie - Head of the Health, Rehabilitation and Care Centre, Germany) : *Employers'organisations dilemma for rewarding their workers : the German case of Diakonie*
 - **Eve Meuret Campfort (COVICARE) :** *Workers mobilising for their acknowledgement during the COVID-19 crisis in France.*
 - Gavin Edwards (UNISON - Senior National Officer - Social Care, UK) : *Trade Unions mobilising for sick pay and pay increases during Covid 19, the UK Case*
 - Pascal Krimmer (Caritas, Office of the employers' side of the Labour Law Commission Caritas -National Strategy Officer, Germany) : *A German federation of non-profit associations facing COVID and its consequences.*
 - Dana-Carmen Bachmann (DG Employment, Social affairs and Inclusion – European Commission)
 - **Pascal Caillaud, Chiara Giordano and Clémence Ledoux (COVICARE) :** *A non-exhaustive comparative perspective of the policies adopted during COVID in Europe: the cases of Italy, Germany, Belgium, France and the UK.*
 - Loïc Le Noc (CFDT Santé /Sociaux – National Secretary, France): *Wage increases obtained in France during the COVID-19*

Table ronde avec :

 - Aude Boisseuil (General Delegate, EFFE - European federation for family employment & care)
 - Aurélie Decker (Director, EFSI - European Federation for Services to Individuals)
 - Mark Bergfeld (Director Property Services & UNI Care at UNI Global Union – Europa)

- 8-10 Juillet 2024 : Participation de **Chiara Giordano, Clémence Ledoux et Eve Meuret-Campfort** à la conférence de *l'European Conference on Gender and Politics (ECPG)* à Gand, Pays-Bas. Deux panels sur home care et COVID y ont été organisés par Chiara Giordano et Lorena Poblete.
 - **Chiara Giordano** : « The management of the home care sector in Belgium during the pandemic: fragmented measures or coordinated effort? »
 - **Clémence Ledoux** : The difficult attempts to reduce the limitation and fragmentation of workers' rights in home care policies during the pandemic in Germany
 - **Eve Meuret Campfort** : « The effect of the pandemic in a highly feminised sector: policy changes or back to normal? A cross-national discussion on home care work »

- **24 novembre 2024 : Journée d'études finale COVICARE à la MSH de Nantes**
 - **Virginie Guiraudon, Chiara Giordano, Pascal Caillaud, Annie Dussuet, Clémence Ledoux** : « Les institutions de l'Etat social, "filtres" des réponses à la crise pandémique dans l'aide à domicile ? »
 - **Marie Cartier et Clémence Ledoux** : « Une obligation vaccinale controversée dans l'aide à domicile : une perspective comparée franco-britannique »
 - **Eve Meuret Campfort** : « Essentielles, et après ? Dynamiques de mobilisation dans le secteur de l'aide à domicile »
 - **Olivier Crasset et Annie Dussuet** : « Quand la pandémie rencontre la prévention : protéger et se protéger »
 - **Eve Meuret Campfort, Marie Cartier et Marion Gaboriau** : « Quel vécu de la crise par les personnes âgées dépendantes à domicile ? Les expériences et ressources inégales des particuliers-employeurs »
 - **Marion Gaboriau** : « La gestion incertaine de la crise sanitaire dans une résidence services : hyperprotection des plus riches, défiance et concurrence »
 - **Annie Dussuet et Pascal Caillaud** : « La reconnaissance de la qualification dans l'aide à domicile associative pendant le Covid : un progrès en trompe l'œil ? »
 - **Marie Cartier et Clémence Ledoux** : « Fabrication, usages et interprétations de la reconnaissance pandémique dans l'aide à domicile »

- 22 février 2025, **Clémence Ledoux** « La main cachée de l'Etat ? Les négociations entre acteurs nationaux autour des droits des travailleuses domestiques et des aides en domicile en France », Invitation dans un symposium à la Women's University de Tokyo, Japon.
(une soixantaine de participant.e.s)

- 28 mai 2025, **Annie Dussuet** a présenté une communication aux XXIVe Rencontres du Réseau inter-universitaire de l'Économie sociale et solidaire à l'Université Lyon2 sur « Quelle autonomie pour les travailleuses de l'aide à domicile dans les expériences associatives d'« équipes autonomes » ? »

- 8 juillet 2025, **Marion Gaboriau**, « Vieillir dans une « maison » pas comme les autres : entre-soi, distinctions et rapports de pouvoir au sein d'une résidence-services séniors », 11^e Congrès de l'Association française de sociologie (AFS) « Environnement(s) & Inégalités » RT 7, Toulouse

Communications au grand public

- **30 novembre 2022**, une partie de l'équipe COVICARE (**Eve Meuret Campfort et Clémence Ledoux**) ont participé au débat au Cinématographe suivant la projection du film "**Auprès d'elle**", fruit d'une collaboration entre une sociologue ayant mené une longue enquête préalable sur ce terrain (Chiara Giordano) et un documentariste (Benjamin Durand)
https://www.lecinematographe.com/Aupres-d-elle_a8561.html
(une trentaine de participant.e.s)
- **20 juin 2024**, Participation de **Pascal Caillaud, Marie Cartier, Chiara Giordano, Clémence Ledoux, Eve Meuret-Campfort, Nicole Teke**, à la rencontre avec les acteurs pour échanger sur les résultats du projet (français et européens) : **conférence COVICARE** le 20 juin à l'université de Saint-Louis, à Bruxelles
<https://eugendering.eu/event/les-effets-du-covid-sur-les-politiques-et-les-metiers-du-care-perspectives-comparees/>
(une vingtaine de participant.e.s)
- **14 novembre 2024**, interview de **Clémence Ledoux** sur euradio
<https://euradio.fr/emission/41PL-europe-a-gender-perspective/1bX7-les-travailleuses-du-care-durant-la-pandemie-de-covid-en-europe>
- **26 novembre 2024** : **Annie Dussuet** est intervenue dans l'émission « Un monde en doc » sur les aides à domicile sur la chaîne Public Sénat
<https://www.publicsenat.fr/emission/un-monde-en-doc/aides-a-domicile-un-secteur-en-souffrance-e10>
- **17 mars 2025**, interview de **Clémence Ledoux** sur Loire Océan
<https://www.dailymotion.com/video/x9g886a>
- **18 juin 2025** : restitution COVICARE auprès des acteurs nationaux disponibles au CNAM (avec **Annie Dussuet, Virginie Guiraudon, Clémence Ledoux, Nicole Teke**).