Un modèle associatif de régulation du travail ? L'exemple d'associations de services à domicile

*A non-business model of labor regulation ? The case of healthcare service
associations*

Annie Dussuet

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pmp/1860>

DOI : 10.4000/pmp.1860

ISSN : 2119-4831

Éditeur

Institut de Management Public (IDPM)

Édition imprimée

Date de publication : 15 janvier 2010

Pagination : 79-96

ISSN : 0758-1726

Référence électronique

Annie Dussuet, « Un modèle associatif de régulation du travail ? L'exemple d'associations de services à domicile », *Politiques et management public* [En ligne], Vol. 27/1 | 2010, document 27, mis en ligne le 15 janvier 2012, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pmp/1860> ; DOI : 10.4000/pmp.1860

UN MODÈLE ASSOCIATIF DE RÉGULATION DU TRAVAIL ? L'EXEMPLE D'ASSOCIATIONS DE SERVICES À DOMICILE

Annie DUSSUET¹

Résumé

Dans les services à domicile, dont les salariés sont presque uniquement des femmes, la question de la santé au travail n'a guère été posée jusqu'à ces dernières années. Apparemment semblables à celles que la plupart des femmes effectuent chaque jour dans leur propre maison, les tâches effectuées sont largement invisibles et leur banalité les fait considérer comme inoffensives. Toutefois, plusieurs études épidémiologiques récentes soulignent l'importance des risques psychosociaux encourus et l'incidence élevée des troubles musculo-squelettiques et psychologiques. Cet article présente les résultats d'une enquête de terrain menée auprès de deux grandes associations de services à domicile de l'Ouest de la France montrant les liens entre les modes d'organisation du travail et la santé des salariées. L'ensemble des dispositifs permettant une négociation de la définition du service offre également des espaces de discussion sur le travail, susceptibles de fournir un cadre protecteur de la santé des employés. Ce mode de gouvernance du service, d'origine associative, peut ainsi être considéré comme un modèle spécifique de régulation du travail dans l'espace privé, favorable à la santé des salariées.

Mots-clés

Organisation du travail, santé au travail, services à domicile, économie sociale, gouvernance médiatrice.

Abstract

In home care services, where workers are almost only women, workers' health was not considered a problem until now. As they are similar to those that most women perform daily in their own home, tasks are quite invisible and seem harmless. However both epidemiological studies and local investigations show a rise of psychosocial risks, with a high incidence of musculoskeletal and psychological disorders. This communication presents results of a field survey conducted among two major home-care associations in the West of France. As part of an interdisciplinary and cross-sectors largest research, it will highlight the links between ways of organizing work and the health of employees, by looking especially opportunities for discussion around the work offered by the management. So all the devices used by associations to specify service also provide a framework for protecting the health of their employees. This governance can be regarded as an associative model for regulating work in private space.

Keywords

Work organization, occupational health, home care services, non-profit sector, governance

¹ Centre Nantais de Sociologie (CENS) - Université de Nantes - a.dussuet@wanadoo.fr

Introduction

Une question récurrente posée aux chercheurs s'intéressant à l'économie sociale et au monde associatif en particulier concerne la spécificité des pratiques de ces organisations vis-à-vis de celles des organisations à but lucratif. Y répondre suppose a priori une démarche comparative qui bute toutefois sur la difficulté à trouver des organisations strictement comparables par la taille, et surtout par le domaine d'activité, les organisations associatives opérant souvent dans des secteurs bien particuliers. C'est donc un autre parti qui a été adopté dans cet article, proposant, à partir d'une recherche empirique sur les questions de santé au travail, de montrer comment les pratiques de certaines organisations associatives de services à domicile constituent, de fait, une forme particulière de gouvernance du service délivré, et contribuent par là à la construction de la santé au travail de leurs salariées. Les données utilisées ici n'ont donc pas été réunies à des fins de comparaison entre économie sociale et secteur lucratif, mais pour documenter la question des liens entre les modes d'organisation du travail et la santé des salariés, avec l'hypothèse d'un rôle majeur joué à cet égard par l'existence d'espaces et de temps de discussion offerts par l'organisation aux salariés. Malgré tout, elles mettent en évidence certains effets liés à la gouvernance des associations dont l'importance est aujourd'hui croissante.

En effet, parmi les questions concernant la gestion des ressources humaines posées aux acteurs associatifs, celle de la santé au travail prend actuellement une acuité particulière dans des organisations qui, produisant des services, ont longtemps été considérées comme à l'abri de tels problèmes, du fait de conditions de travail jugées « confortables » vis-à-vis de celles des secteurs industriels. Dans les années récentes, les statistiques des organismes de Sécurité Sociale font pourtant apparaître une croissance inquiétante des sinistres tant en termes d'accidents du travail, ou de trajets, que de maladies professionnelles, dans le secteur des services à domicile où les organisations associatives occupent une place prépondérante.

Les chiffres publiés en 2008 par la CNAMTS, montrent par exemple un indice de fréquence des accidents du travail qui situe le secteur plus près des activités industrielles que des autres activités de service (CNAMTS, 2008). De plus, l'évolution est à la hausse : les premiers résultats pour 2007 signalent une augmentation de près de 10% entre 2006 et 2007. Cette tendance est corroborée par les données de l'enquête nationale SUMER réunies par les médecins du travail qui soulignent que « *les postures pénibles concernent en premier lieu les ouvriers de type artisanal, mais également les femmes employées dans le commerce ou les services aux particuliers* » (Arnaudo et alii, 2006).

Outre ces contraintes posturales, les salariés des services sont aussi souvent confrontés à des risques liés aux relations entretenues avec le public bénéficiaire. Ainsi par exemple, « *40 % des employés de commerce et de service en contact avec le public s'estiment exposés à un risque d'agression physique en 2003* » (Arnaudo et alii, 2004). Sous l'apparence banale de gestes demandant peu d'efforts physiques, le travail dans les services exige donc des travailleur-se-s un engagement dans l'activité imposant une charge mentale forte qui se répercute sur leur

santé aussi bien psychique que somatique. L'analyse des facteurs de risque montre aussi combien ceux-ci sont associés à une conception dévalorisante du travail. Celle-ci est particulièrement marquée pour les intervenantes² des services à domicile et occulte à la fois la pénibilité physique de leur travail et les risques psycho-sociaux qu'il comporte. La question de la reconnaissance du travail réel (Molinier, 2006) est donc cruciale dans ce secteur où l'activité se situe à la limite de l'informalité, des dimensions essentielles en étant passées sous silence car assimilées à des comportements « naturels » aux femmes. Mais cela suppose une définition explicite du service produit.

Immanquablement, du fait de ces spécificités, le secteur de l'aide à domicile va devoir trouver dans les années à venir des modalités d'organisation qui préservent la santé de ses salariées. C'est pourquoi cet article se propose de montrer qu'il existe d'ores et déjà, dans certaines associations du secteur, un mode de gouvernance spécifique pour ce service si particulier que constitue une aide apportée directement dans l'espace privé de personnes souvent vulnérables. En se situant comme tiers face à une demande de service hautement personnalisé, ces organisations associatives contribuent à instaurer une régulation du travail protectrice de la santé de leurs salariées. Ce mode de gouvernance peut donc être interprété comme une contribution essentielle des associations dans l'élaboration de dispositifs de prévention de la santé au travail.

**Une enquête
sur les
pratiques de
GRH dans
des
associations
de services à
domicile**

Les données utilisées ici proviennent d'une recherche de terrain pluridisciplinaire, SORG, pour « Santé, Organisation et Gestion des ressources humaines », programme de recherche multisectoriel sélectionné par l'Agence Nationale de la Recherche, en réponse à son appel d'offres « Santé, travail, société » et qui s'est déroulée de janvier 2006 à décembre 2008. Il s'agissait alors de caractériser les liens entre l'organisation du travail et la santé des salariés en observant une vingtaine d'organisations productives de formes et de secteurs très différents, de l'industrie aux services, en focalisant tout particulièrement sur le secteur médico-social.

L'hypothèse centrale, commune aux différents terrains, portait sur l'importance, pour la santé au travail, de l'existence d'espaces de discussion plus ou moins formels, permettant le débat sur le travail, ses règles et ses contraintes, offerts par les organisations. Ainsi plusieurs enquêtes monographiques ont été menées sur la production de services, plus ou moins médicalisés, à destination de personnes âgées ou handicapées : un service hospitalier d'orthopédie, un établissement de soin de suite, une maison de retraite, un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été observés, ainsi que deux grandes associations de services à domicile (1800 et 600 salariés environ), à rayonnement départemental.

² Les femmes constituant plus de 98% des effectifs, on utilise ici le féminin, pour éviter d'occulter cette caractéristique structurante du travail réalisé.

On s'attachera ici à la présentation des résultats concernant ces deux derniers terrains. Les services à domicile ont été choisis comme secteur d'investigation pour constituer une sorte de contrepoint vis-à-vis d'organisations plus formalisées, avec la question de savoir quelle sorte d'« organisation du travail » pouvait exister pour des services délivrés dans le huis-clos domestique. C'est pourquoi deux associations à la structuration interne *a priori* très contrastée ont été retenues³.

Dans la première, qu'on appellera ici l'organisation A, la place accordée aux bénévoles dans les fonctions gestionnaires est essentielle⁴. Née dans les années d'immédiate après-guerre et affiliée à un réseau qui s'étend sur l'ensemble du territoire national, elle est aujourd'hui constituée au plan départemental d'une fédération à laquelle adhèrent 68 associations locales, qui sont autant d'entités autonomes intervenant chacune sur un territoire géographique bien délimité. Pour l'« organisation B », l'histoire est à l'origine semblable. Il s'agit d'associations familiales locales, de petite taille, intervenant en milieu rural. Mais dans cette deuxième organisation, les associations d'origine ont fusionné en une seule entité départementale et la place des bénévoles y est aujourd'hui très réduite, limitée à la participation au seul conseil d'administration.

Au départ, l'activité principale de ces deux organisations était l'aide aux familles et principalement aux familles ayant des enfants. Il s'agissait surtout de suppléer la défaillance des mères, notamment quand leur présence est altérée par un problème de santé. L'objectif de ces associations militantes est de pouvoir proposer leur aide à toutes les familles, quelles que soient leurs ressources. Ce souci, partagé par les deux organisations, d'émancipation de l'activité d'aide à domicile par rapport aux contraintes économiques habituelles sur un marché les a rapidement conduites à un positionnement de leurs services dans le champ de l'aide et de l'action sociale. Seront ainsi mobilisés les fonds de l'aide sociale à l'enfance ainsi que les fonds d'action sociale des caisses d'allocations familiales et de mutualité sociale pour l'organisation B et ceux de l'aide sociale aux personnes âgées et de l'ensemble des caisses d'assurance-vieillesse pour l'organisation A. Ce mode de financement spécifique a transformé les activités et les associations qui les assurent en instrument et en auxiliaire des politiques sociales et familiales en cours de développement. Par extension, les difficultés de certains parents à assumer intégralement leurs responsabilités parentales ont été prises en compte, inscrivant de plus en plus nettement l'activité de l'organisation B dans le champ du travail social. L'alourdissement de la charge de la gestion de ces services, assurés en grande partie par des « travailleuses familiales », a conduit en 1976 à la naissance d'une organisation

³ Elles n'ont aucun caractère d'exemplarité en termes de santé au travail : contrairement à ce qui s'est passé pour des organisations industrielles observées au cours de la même recherche, ces associations n'étaient pas demandeuses. Elles ont pourtant répondu positivement à notre sollicitation, ayant été alertées par certains indices (absentéisme en hausse, multiplication des inaptitudes au poste décelées par les médecins du travail) de l'urgence à analyser cette question.

⁴ Nous avons pu vérifier dans toutes nos démarches la réalité de la présence dans l'organisation des responsables bénévoles puisque nous n'avons jamais eu de rencontres préliminaires avec les seuls salariés jusqu'à l'établissement d'une convention de partenariat ; cela nous a obligés ensuite à procéder en deux temps, et à « doubler » le plus souvent les entretiens en rencontrant parallèlement responsables bénévoles et salariés.

départementale, l'association B, désormais devenue l'employeur. Des bénévoles continueront à assurer des fonctions au niveau de la gestion locale mais ils seront remplacés progressivement au milieu des années 1990 par des salariées ayant généralement une formation en travail social. Au contraire, l'organisation A conservera son mode de fonctionnement originel.

Dans ces deux organisations, 50 entretiens approfondis ont été menés, d'une part avec des responsables associatifs, salariés et bénévoles, d'autre part avec des salariées intervenantes à domicile, de différents niveaux de qualification⁵. Pour les intervenantes à domicile, l'entretien semi-directif visait à faire décrire la trajectoire biographique ayant conduit à l'emploi occupé, le travail réalisé, ainsi que les éventuels problèmes de santé rencontrés. Les entretiens recueillis ont été soumis à une analyse thématique afin de faire ressortir d'une part le rapport entretenu au travail, et d'autre part la manière dont les problèmes de santé sont envisagés, ou non, comme liés au travail effectué. C'est donc une approche fondée non sur des indicateurs de fréquence de pathologies, mais sur une définition subjective de la santé qui a été privilégiée.

Toutefois, un questionnaire reprenant les éléments des modèles de Karasek⁶ et de Siegrist a également été diffusé auprès de l'ensemble des salariés, pour lequel 739 réponses ont été obtenues au total. Elles expriment le constat d'une forte « demande psychologique » adressée aux salariées, ainsi que d'une « latitude décisionnelle » relativement faible, le risque de « tension au travail » (job strain) est donc élevé. Mais une proportion importante des réponses fait aussi apparaître un « soutien social » élevé, qui contrebalance cette tendance et corrobore les résultats de l'enquête qualitative.

Enfin, une analyse documentaire a été réalisée à partir des éléments fournis par les deux associations : règlement intérieur, brochures d'accueil destinées aux salariées, aux bénéficiaires des services, ainsi qu'aux

⁵ En 2002, un accord de branche sur les qualifications et les rémunérations a été signé par les organisations associatives de services à domicile qui distingue 4 niveaux de qualification pour les intervenantes à domicile :

- le niveau A, « agent à domicile » est accessible sans formation particulière ;
- le niveau B, « employé à domicile » est reconnu pour toutes les salariées titulaires d'un BEP sanitaire et social (Education Nationale), d'un BEPA services aux personnes (Ministère de l'Agriculture), ou du titre « assistante de vie » délivré par le ministère du travail ;
- le niveau C, « auxiliaire de vie sociale » aux titulaires d'un DEAVS, diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, créé par ce même accord et qui se substitue au Cafad (certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile), accessible jusque là uniquement par la formation continue ;
- le niveau D, « technicienne de l'intervention sociale et familiale » (TISF), aux titulaires du diplôme correspondant, qui remplace depuis 1999 celui des ex-« travailleuses familiales ».

Il faut noter que cet accord qui s'est traduit par une importante revalorisation des rémunérations, engage de façon obligatoire l'ensemble du secteur associatif produisant des services à domicile, ainsi que certaines organisations émanant des collectivités publiques territoriales (CCAS), mais pas les entreprises à but lucratif.

⁶ Selon le modèle de Karasek, les situations de « job strain », où les marges de manœuvre individuelles ne permettent pas aux salariés de faire face aux exigences qu'ils ressentent dans leur travail, constituent un risque pour la santé. De fait, l'enquête SUMER de 2003 montre que les salariés exposés au « job strain » sont plus nombreux que les autres à se déclarer en mauvaise santé. (Guignon *et alii*, 2008).

responsables bénévoles, *etc.* Elle a permis de mettre en évidence certains outils utilisés dans la régulation du travail.

Un modèle de gouvernance du service qui permet la régulation du travail dans l'espace privé

L'analyse des matériaux recueillis fait apparaître que, malgré d'importantes différences concernant leur structuration interne, les deux organisations observées ont en commun ce qu'on peut caractériser comme un modèle de régulation du travail d'intervention à domicile, aux effets relativement protecteurs de la santé des salariées. Celui-ci est lié à un mode de gouvernance du service, opération particulièrement délicate lorsque celui-ci est délivré à domicile. On détaillera ici les éléments constitutifs de ce modèle en insistant sur les dispositifs qui permettent une construction positive de la santé au travail pour les salariées.

Un modèle de l'intermédiation...

Malgré leurs différences, les deux associations ont en commun une même position médiatrice qui, prenant en compte à la fois les bénéficiaires des services et les intervenantes à domicile, constitue un mode particulier de gouvernance du service, intermédiaire entre les deux types opposés que l'on peut repérer dans d'autres organisations, « professionnel » et « domestique ».

a. Entre « professionnel » et « domestique »

Comme l'ont montré les analyses de l'économie des services (Gadrey, 1992 ; Butté-Gérardin, 1999), la production de services suppose toujours un minimum d'adaptation à leurs destinataires. La production de services, et tout particulièrement de services à domicile oscille ainsi entre deux types extrêmes opposés de services : « professionnels » et « domestiques » (Clergeau et Dussuet, 2004 ; Dussuet, 2005), suivant les modalités de leur définition.

Dans le premier type, le service est défini à travers la prescription par un expert (Bancel-Charensol et Jougleux, 1997), « professionnel » auquel l'ensemble social reconnaît un « mandat » (Hughes, 1996), soit le pouvoir d'énoncer, dans un domaine donné, ce qui est bon pour autrui. Cela signifie par conséquent que, dans ce mode professionnel, non seulement la nécessité du service est socialement reconnue grâce à cette prescription, mais aussi que ses modalités précises de prestation (rythme, horaires, procédures...) sont fixées, ainsi que les règles à observer par les prestataires directs pour sa production. C'est dire que le bénéficiaire du service est alors réduit à la position d'un « patient » mis en demeure d'accepter les conditions imposées par les offreurs de service. Dans le domaine des services à domicile, ce type est surtout observable pour les soins qui s'apparentent au domaine médical, mais il est remarquable que certaines organisations parviennent à imposer aussi pour des services « d'aide » lorsqu'elles ont obtenu la reconnaissance d'un domaine d'expertise spécifique.

Au contraire, dans le type « domestique », c'est l'utilisateur du service qui est reconnu comme seul légitime à en définir les caractéristiques, en fonction de ses besoins ressentis : c'est lui qui fixe alors les tâches à

réaliser, les instruments à utiliser, ainsi que les compétences que doit détenir le prestataire. Il est aussi perçu comme le plus apte à piloter la réalisation du service, puisqu'il peut en contrôler directement l'exécution et ses effets. Il s'agit alors d'un service défini par la demande, dont la « personnalisation » est poussée à son maximum et qui ne permet donc pas une reconnaissance institutionnelle de qualification aux salariées prestataires.

Il faut surtout remarquer qu'à ces deux types de service sont associés deux systèmes d'emploi dont les répercussions sont fort différentes pour les salarié-e-s. Autant le type « professionnel », parce qu'il impose des contraintes, notamment horaires, aux destinataires du service, permet d'offrir aux salariés intervenant à domicile des emplois s'approchant des caractéristiques de la période fordienne - on trouve alors des salarié-e-s employé-e-s à plein temps, avec une qualification reconnue, et donc une rémunération garantie-, autant le type « domestique » implique une précarisation de l'emploi qui se manifeste en particulier par la faiblesse des durées travaillées, l'absence de qualification reconnue, et donc par des rémunérations très basses, ne permettant pas à leurs titulaires de sortir de la pauvreté.

b. Une gouvernance « médiatrice » du service

Les organisations associatives, pionnières dans le secteur des services à domicile, ont été contraintes à innover en construisant un troisième type de gouvernance du service. En effet, la plupart de ces organisations, partie prenante du mouvement ouvrier, se référaient à un idéal de promotion sociale de la classe ouvrière dans le salariat (Duriez et Nizet, 2002 ; Dussuet et Loiseau, 2003) ; elles ne pouvaient donc pas accepter la diffusion d'un modèle domestique de gouvernance du service qui aboutissait à une subordination des intervenantes à domicile les ravalant au rang de « bonnes à tout faire ». Mais, confrontées aux réticences des utilisateurs à laisser des personnes extérieures au cercle familial pénétrer dans leur espace privé, elles ont pourtant dû gagner leur confiance dans un domaine où, les tâches effectuées ne se distinguant pas clairement de celles couramment réalisées par les femmes au sein de leur propre foyer, elles ne pouvaient guère arguer d'une expertise de type « professionnel ».

C'est sans doute pourquoi elles se sont efforcées de mettre en œuvre une voie médiane « entre » une réponse immédiate et parfaitement ajustée aux demandes formulées par les bénéficiaires des services, qui aurait obligé les salariées à des conditions de travail dérogatoires dans la « société salariale » (Castel, 1995) et une offre de type professionnel porteuse de sa propre logique d'intervention qui aurait imposé au contraire des contraintes impersonnelles aux bénéficiaires des services. Ainsi, une pratique courante dans les associations d'aide à domicile, et que nous avons observée dans les deux organisations étudiées, consiste en une visite à domicile de responsables associatifs (bénévoles ou salariés), préalable à la mise en place de la prestation et au cours de laquelle sont énoncés à la fois les souhaits des personnes aidées (horaires, périodicité, durée et contenu des interventions), et les conditions d'intervention de l'association. Se trouvent alors confrontées et

parfois véritablement négociées les demandes et les contraintes tenant à l'organisation du travail des salariées, respect des règles du droit du travail en particulier. On peut parler d'une « gouvernance médiatrice » dans la mesure où la définition du service est en quelque sorte l'aboutissement de cette discussion entre les différentes parties prenantes : des compromis sont établis entre les logiques contradictoires dont elles sont porteuses.

S'il ne permet pas de soustraire définitivement l'emploi des intervenantes à domicile à la précarisation, ce mode de gouvernance du service a du moins l'avantage d'obliger à un minimum de respect des règles légales attachées à l'emploi, en faisant ressortir des aspects jusque là invisibles du travail réalisé. L'accord est parfois⁷, mais pas toujours, synthétisé dans un « contrat de service » *ad hoc* qui récapitule les caractéristiques du service que les bénéficiaires sont en droit d'attendre ainsi que les obligations auxquelles ils s'engagent pour permettre la réalisation de la prestation.

Entre formel et informel

C'est donc tout un jeu entre formel et informel qui permet ce mode de gouvernance du service. Il faut en effet noter que les compromis ne font pas forcément l'objet d'une élaboration d'outils de gestion formalisés. De plus, selon les organisations, les modes de formalisation sont différents : dans l'organisation A, on peut observer une forte production d'écrits, mais la présence de bénévoles implique une informalité de certaines pratiques (lieux de réunion dans des domiciles privés par exemple) ; dans l'organisation B, où l'encadrement est uniquement salarié, les écrits sont moins présents. C'est donc plus dans le détail des pratiques quotidiennes de ces deux organisations que dans le repérage d'outils explicites de GRH que l'on peut lire la mise en œuvre du modèle de gouvernance médiatrice.

a. L'élaboration des plannings comme outil de médiation... et de prévention

On peut tout d'abord en repérer la marque dans la gestion des plannings des salariées. Celle-ci tient compte à la fois des caractéristiques du service demandé – intervenir à une heure tardive par exemple-, mais aussi des problèmes rencontrés dans l'exercice de leur travail par les salariées, en tentant de limiter le fractionnement de leurs interventions et par là leurs déplacements.

Il s'agit d'une opération particulièrement complexe, car toujours soumise à des ajustements de dernière minute, par exemple en cas de défaillance d'une salariée, ou bien d'intervention supplémentaire provoquée par une demande urgente, comme le retour d'hospitalisation d'une personne aidée. De plus, ces ajustements se font sous la contrainte de la précision des demandes des personnes à aider (l'aide au lever, au coucher, et pour les repas ne peut se faire dans n'importe quel créneau horaire) et des emplois du temps des salariées elles-mêmes. Le planning apparaît ainsi comme un outil de médiation entre ces logiques contradictoires. La

⁷ Les deux organisations observées pour la recherche SORG utilisent cet outil.

complexité de son élaboration est encore accrue par les orientations « politiques » portées par les deux associations, en termes de qualité de l'emploi et des conditions de travail notamment. Dans l'Association A, cela explique en grande partie le désinvestissement progressif, récent, des bénévoles de cette fonction dans certaines associations locales.

Les interventions pendant les week-ends, courantes dans l'Association A⁸, supposent aussi une organisation différente, pour éviter de mobiliser l'ensemble des intervenantes et respecter les repos légaux. Cela impose à la fois des déplacements importants, une charge de travail plus lourde et plus fractionnée, un débordement des tâches habituellement réalisées, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) n'assurant pas, le plus souvent, les week-ends. Là encore, le planning manifeste les compromis effectués, par exemple, en évitant de mobiliser les salariées ces jours là pour des tâches de ménage, quitte à accepter alors un plus grand fractionnement de leurs interventions. La régulation opérée par les organisations à travers le travail des encadrant-e-s de proximité pour contenir les complications nées de ces arrangements pour le travail des salariées apparaît tout à fait essentielle.

Comme telle, elle est souvent soulignée par les intervenantes interrogées qui disent apprécier l'attention portée au contenu de leur travail, aux conditions de sa réalisation et à ses répercussions sur leur santé. Cela revient pourtant à complexifier encore les opérations de planning : choisir les intervenantes en fonction de leur proximité vis-à-vis des domiciles des clients en leur affectant un périmètre d'action, allonger les durées d'intervention plutôt que de les multiplier (intervenir une fois 4 heures plutôt que 2 fois 2 heures), doser le poids des différentes interventions, éventuellement même refuser celles qui seraient trop courtes, choisir plutôt celles dont les tâches conviennent mieux aux pathologies connues des intervenantes, etc.

« les mouvements à répétition... je commence à avoir des problèmes à un bras et la rhumatologue m'a dit, c'est sûr que le métier que vous faites arrange pas les affaires, oui le ménage, moi, c'est le bras gauche principalement, donc le repassage, ça me gêne pas, mais le ménage... (...) la coordinatrice, elle était au courant ! (rire) c'est pour ça qu'elle m'a mis de la garde d'enfants... (...) Est-ce que je pourrai faire ça longtemps ? Je sais pas. »

Les services proposés par les deux associations correspondent en effet à des tâches suffisamment variées pour que des équilibres entre les différents risques pour la santé puissent être trouvés. Il faut aussi souligner que ce mode de gestion par l'organisation employeuse des temps d'intervention constitue en lui-même une modalité de protection des salariées face aux risques psychiques que comporte leur travail, en limitant au moins leur engagement horaire dans les situations perçues comme particulièrement « lourdes ». Par exemple :

« Les problématiques dans les familles sont tellement lourdes que j'essaie de mettre 2 intervenantes, ou elles alternent. Parce que je

⁸ Si l'on se réfère aux réponses au questionnaire : plus de la moitié des intervenantes signalent au moins un week-end travaillé par mois.

me dois de protéger ces salariées, qui sont 8h - j'en ai qui sont à 35h - qui sont dans la problématique de leurs famille, immergées 4h ou 3h d'affilée, c'est très lourd. »

Les deux associations tentent donc de constituer des plannings qui ménagent à la fois les souhaits des bénéficiaires et la santé de leurs salariées ; elles s'efforcent de répondre au plus près à la demande en jonglant avec les horaires des salariées et en négociant parallèlement avec les utilisateurs des aménagements par rapport à leurs souhaits initiaux. Les différences entre elles se situent dans les règles ou limites posées par chacune, par exemple, la fixation d'un temps minimal pour une intervention. Certaines associations enquêtées de l'organisation A acceptent des interventions pour ¼ d'heure, tandis que dans l'association B, la règle est de ne pas descendre au dessous d'une heure. Mais dans tous les cas, il s'agit finalement d'instituer des modes de régulation du travail des intervenantes.

b. Un encadrement de proximité, bénévole ou salarié, mais « professionnel »

Malgré les différences tenant à la place des bénévoles dans les tâches opérationnelles, fondamentales dans une association, mineures dans l'autre, l'encadrement de proximité joue un rôle central dans les deux associations. Qu'elles soient bénévoles ou salariées, et qu'elles soient appelées « secrétaires administratives », « coordinatrices » ou « responsables de secteur », elles parviennent le plus souvent à aménager un « cadre » pour le travail des intervenantes dans les domiciles privés.

En effet, si les associations ne peuvent contrôler l'environnement de travail et la nature des tâches effectuées par l'intervenante à domicile, elles peuvent néanmoins introduire, même dans l'espace privé du domicile, des dispositifs matériels ou réglementaires qui constituent autant de prescriptions encadrant l'action.

Par exemple, la conformité des logements privés comme espace de travail des salariées constitue souvent un problème qui nécessite l'intervention de cet encadrement pour réclamer, le cas échéant, des aménagements. Dans l'association A, c'est le fait des responsables locaux, le plus souvent bénévoles, ainsi que l'explique cette responsable fédérale, elle-même bénévole :

« Là où on a le plus de difficultés, c'est justement au niveau de la sécurité et les bénévoles, il va falloir que je les briefe là-dessus : quel matériel la personne aidée met-elle à la disposition de la salariée ? C'est compliqué, quelquefois les pièces sont très étroites, c'est des vieilles maisons, y a peu d'espace pour les manipulations, des escabeaux qui sont pas très catholiques ou des fers à repasser qui sont pas... (...) les prises sont pas réglementaires... ça n'a pas encore été notre cheval de bataille mais, ça va peut-être le devenir... Mais il y a tout un savoir-faire aussi, pour les responsables de dossier [bénévoles], d'une part qu'elles s'autorisent à visiter, à dire aux personnes : « non, nous on peut pas travailler dans ces conditions-là... et ça... c'est pas facile. »

Dans l'organisation A, l'activité opérationnelle des bénévoles est conditionnée à une formation dispensée par l'association, afin de les préparer à leur mission ; leur présence apparaît alors essentielle, pour peu qu'il-elle-s aient réussi à faire admettre la légitimité de leur intervention. Car, bien entendu, les règles formelles de fonctionnement ne sont pas toutes, toujours, appliquées à la lettre sur le terrain. Des arrangements entre salariées et utilisateurs, ou entre associations locales et salariées existent. Ils introduisent une marge, dont il faut encore une fois souligner la nécessité, en termes de qualité du service délivré, puisqu'ils permettent la prise en compte des singularités des situations. Mais ces compromis sont aussi sujets à de possibles dérives, qu'il appartient aux encadrant-e-s de proximité, bénévoles ou salarié-e-s, de limiter.

De plus, dans les interventions à domicile, l'accord n'existe pas toujours du côté des demandeurs sur le travail à réaliser. Bien souvent la demande est de fait multiple, elle émane parfois plus des enfants adultes, souvent culpabilisés par leur propre indisponibilité envers leurs parents âgés, que des personnes âgées à aider, avec des divergences qui nécessitent elles aussi, une instance médiatrice. Il s'agit alors de définir précisément l'objet de l'intervention des salariées, qui se trouvent assez mal placées pour justifier leur abstention face à certaines tâches, celle-ci pouvant toujours être interprétée comme une dérobade, due à la paresse.

Des désaccords surgissent parfois entre les personnes aidées et les intervenantes sur la nature des tâches à effectuer. Le rôle de l'encadrement est alors de rappeler les règles établies, en prenant la place d'un tiers qui départage les points de vue, négocie et redéfinit la demande, en fonction des orientations portées par l'organisation qu'il-elle représente alors. C'est en effet la définition de la mission même de l'association qui est en jeu, à travers celle de ses salariées, comme l'indique cette responsable bénévole :

« Il fallait intervenir au bon vouloir de la maman. Alors j'ai téléphoné aux enfants en disant : « vous voulez une gouvernante comme dans le temps, on ne peut pas le faire »

Dans l'association A, ce sont souvent les bénévoles qui jouent ce rôle. Mais la même fonction de limitation est portée dans l'association B par des salariées et, comme l'explique ce cadre dirigeant, cela implique aussi, le plus souvent, de discuter, les règles devant toujours être adaptées au cas par cas :

« C'est le rôle de la responsable de secteur de dire à un moment qu'il y a abus. Par exemple, la semaine dernière, il y a quelqu'un qui a demandé de revitrifier le parquet. Là c'est clair que c'est « non ». Il y a eu d'autres cas où il y a eu des débats sur... les gens ont une cour, est-ce qu'il faut balayer la cour ou pas, quand et comment et à quelle fréquence. La position que je visais : si on est chez une vieille personne un peu impotente et qui effectivement a un peuplier dans son jardin, à l'automne, il va bien falloir balayer un peu les feuilles. On est plutôt sur une analyse au cas par cas en fonction de la situation. »

De façon plus générale, la présence de l'encadrement associatif permet aux salariées de refuser d'effectuer des tâches qui dépassent leur mission dans ce cadre domestique qui est leur lieu de travail et où la simple existence d'un besoin semble autoriser à réclamer sa satisfaction.

Quels qu'en soient les acteurs, responsables bénévoles ou salariés, et quelles qu'en soit la teneur et l'application effective, les dispositifs de prescription des tâches ont une réelle existence dans les deux associations et, par là même, ils permettent de changer le registre du travail réalisé, le faisant passer du « domestique » au « professionnel » ; ils constituent pour les intervenantes une référence dans l'auto-organisation du travail ou dans la négociation avec la personne aidée mais ils sont aussi un recours possible face à l'arbitraire des demandes qui leur permet de préserver leur santé au travail.

Un mode de régulation du travail invisible

En effet, en imposant une négociation explicite de la définition du service procuré par des intervenantes à domicile par ailleurs isolées dans l'effectuation de leur tâche, les associations contribuent à sortir de l'invisibilité auquel il semblait inéluctablement condamné le travail réalisé par ces femmes. Or, cette invisibilité, du fait des pratiques dérogatoires qu'elle autorise, constitue un facteur de risque important pour la santé des salariées, en même temps qu'elle handicape le processus de professionnalisation.

Les espaces et les temps plus ou moins institutionnalisés permettant l'élaboration et surtout la discussion de règles professionnelles d'action, apparaissent nécessaires à la préservation de l'équilibre psychique des intervenantes. Il faut souligner que ces règles ne peuvent être imposées hiérarchiquement, mais qu'elles doivent au contraire, de façon récurrente, être remises en débat pour s'ajuster à la pratique. Elles constituent aussi les prémisses d'une identité professionnelle pour des métiers jusque là mal reconnus socialement, du fait de la confusion entretenue avec les tâches effectuées gratuitement, par les femmes le plus souvent, à destination de leur entourage familial.

Dans les deux associations observées, on peut en distinguer deux types : d'une part ceux liés à la structure politique des associations et aux instances légales qui prévoient une expression des salarié-e-s, d'autre part ceux que les associations ont progressivement mis en place de façon plus ou moins formalisée.

a. Des lieux d'expression dans la structure politique et les instances légales

Les instances dirigeantes associatives, en particulier le Conseil d'Administration, offrent parfois une place aux salariés. C'est le cas pour l'association A : les salarié-e-s sont présent-e-s dans le CA fédéral au sein d'un « 2^{ème} collège », avec voix délibérative. Cette structure est reproduite au niveau local. Mais il est significatif que les salariés administratifs qui y sont présents n'y aient pas de droit de vote : il s'agit « d'éviter la prise de pouvoir » par des personnes qui occupent déjà dans leurs postes salariés des fonctions de responsabilité où elles bénéficient de délégation de pouvoir. À l'inverse, et cela est notable, les intervenantes

à domicile élues disposent de ce droit. Plusieurs des salariées rencontrées siègent au CA de leur association locale. Elles sont peu prolixes sur la question : plus qu'un pouvoir accru, elles semblent surtout apprécier les échanges d'informations que ces réunions permettent. Dans l'association B au contraire, les représentants des salariés, présents au CA à l'origine, s'en sont trouvés progressivement écartés pour des raisons liées à la gestion du personnel, les décisions concernant directement les salarié-e-s ne semblant pas pouvoir être discutées en leur présence.

Le droit du travail prévoit aussi des instances qui pourraient permettre l'expression des salariées : délégués du personnel et syndicats pourraient (devraient ?) constituer des relais permettant une prise de parole dans et sur l'organisation du travail. Paradoxalement, ceux-ci sont peu utilisés dans l'Association A, les associations locales qui sont des entités juridiquement autonomes n'ont pour la plupart que récemment atteint la taille critique obligeant à des élections de délégués du personnel. Cela explique que beaucoup d'organisations locales n'en disposent pas encore. Mais il faut aussi souligner la faible implantation syndicale dans le secteur parmi ces salariées dispersées géographiquement et souvent peu informées sur leurs droits. Même pour l'organisation B qui dispose de délégués du personnel, d'un CHSCT et d'un comité d'entreprise, la syndicalisation est faible et l'organisation de la vie syndicale se heurte à cet obstacle.

A l'inverse, il est intéressant de noter que les deux associations organisent régulièrement pour leurs salariées des réunions de « droit d'expression », survivance des Lois Auroux, qui constituent, des lieux et des temps de rencontre effectivement utilisés par les salariées pour discuter du travail et réclamer des modifications. Elles donnent parfois lieu à des suggestions précises d'améliorations de la part des salariées présentes et, même si certains cadres fédéraux semblent parfois dubitatifs quant à l'efficacité de ces séances, tous soulignent l'intérêt de rencontres entre salariées par ailleurs isolées dans le travail. Les entretiens avec les intervenantes le montrent aussi en explicitant comment ils permettent de mettre à jour des difficultés rencontrées dans le travail, et nous avons effectivement pu constater, dans l'association A en particulier, que les questions soulevées lors de ces réunions étaient analysées par les responsables au niveau fédéral et que, parfois, certaines solutions avaient pu être adoptées de cette manière. Mais l'essentiel des débats sur le travail prend place dans d'autres lieux, moins explicitement « politiques ».

b. La construction à travers l'organisation d'un collectif régulant le travail des intervenantes

Les deux associations ont en effet mis en place d'autres lieux/temps de rencontre, plus ou moins formalisés et reconnus comme tels, pour des raisons tenant à la gestion des ressources humaines, dans cette activité professionnelle à l'exercice solitaire où l'on peut ne jamais croiser ses collègues. Plusieurs intervenantes déplorent en effet la difficulté de se rencontrer et tous nos interlocuteurs s'accordent pour dire la nécessité de lieux et de temps spécifiques permettant de mettre le travail en mots.

Les intervenantes rencontrées ont ainsi insisté sur le rôle essentiel joué par l'existence de locaux⁹, ainsi que sur la présence dans ce « bureau », d'une responsable de secteur ou à défaut d'une secrétaire salariée. Même si celle-ci n'a pas formellement de fonctions d'encadrement, elle assure, de fait, une coordination et un soutien à l'égard des intervenantes. Celles-ci soulignent la nécessité d'un lieu où échanger des informations, en insistant sur le cadre légal que cela institue alors pour elles :

« Au moindre changement, on est obligée de prévenir, c'est normal hein. Pour les assurances pour être couverte et tout, si on a un changement d'horaires, il vaut mieux prévenir. »

L'enjeu est également organisationnel et psychique : le « bureau » doit être prévenu pour coordonner les horaires d'intervention, mais la sécurité dont il est question ici est aussi celle ressentie par la salariée face à son travail, lorsqu'elle se sent partie prenante d'une équipe.

Les « réunions de planning » jouent également ce rôle de fondation du collectif. Les échanges, *a priori* essentiellement techniques, portent aussi souvent sur les difficultés rencontrées dans le travail et débouchent sur des arrangements destinés à le faciliter. Le débat qui s'engage éventuellement sur le vécu du travail, même s'il paraît anecdotique, permet, en partageant les expériences, de construire des règles pour le travail émotionnel, essentielles à la santé psychique.

Les salariées rencontrées regrettent souvent que ces réunions soient trop courtes, ou trop peu fréquentes pour qu'un débat approfondi puisse s'y dérouler, les obligeant alors à trouver d'autres lieux, encore moins adéquats, puisqu'empiétant sur leur propre vie privée :

« On fait ça le jour du planning et ce jour là il y a déjà énormément de choses à faire pour prendre un remplacement, donc c'est pas le moment d'en parler sinon on a des plannings qui se rallongent et ça n'en finit plus... Ou alors on en parle à Super U mais c'est pas l'idéal, (...) Mais ça nous arrive de nous téléphoner entre collègues pour savoir « tiens avec cette personne là qu'est-ce que tu fais ? Comment tu la perçois ? ».

À défaut de véritables « réunions de service », les aides à domicile présentent généralement les temps de formation qu'elles ont pu suivre comme une opportunité d'échanges essentiels sur le travail.

« C'est un métier physique et psychologiquement dur. Dur car on est chez des êtres humains comme nous, à vieillir, avec bien et avec mal (...) il y a des gens qui se voient diminuer et l'acceptation est difficile et il y a de l'agressivité. Et ça rentre dans le refus d'aide à la toilette de vous même. Donc il faut savoir faire l'analyse avant d'agir. C'est pour ça que c'est important la formation. On a des outils pour pouvoir avancer parce qu'au départ je pensais que c'était l'agressivité envers moi-même : qu'est-ce que j'ai fait ou j'ai pas mis les choses à sa place, parce que c'est ça aussi. Mais l'agressivité, en fin de compte, c'est pas forcément liée à vous. »

On voit dans cet exemple l'importance prise par la mise en discussion entre salariées des situations concrètes d'intervention : cela leur permet à la fois de les comprendre, ici de dépasser la première impression

⁹ Pour de nombreuses associations locales de l'organisation A, c'est une nouveauté, la pratique antérieure étant de localiser le siège de l'association au domicile du (de la) président(e).

d'agression à leur égard, et de bâtir des règles de comportement permettant de se préserver. Les formations dispensées, qu'elles soient diplômantes ou non, jouent ainsi un rôle majeur dans la constitution d'un collectif de travail pour ces salariées, toujours isolées de fait dans leur tâche quotidienne. Elles leur permettent de se rencontrer et de parler de leur travail, ce qui semble une partie essentielle de l'acquisition de compétences. Des règles sont transmises qui concourent à l'émergence d'une identité de métier et semblent plutôt favorables à la satisfaction au travail des salariées.

Mais plusieurs intervenantes à domicile ont aussi fait remarquer combien ces règles demandent à être discutées pour être réellement opérationnelles, soulignant combien la formation n'est véritablement utile que lorsqu'elle permet ce débat autorisant un ré-examen et une reformulation des règles. Par exemple, cette règle énoncée dans toutes les organisations de service à domicile qui consiste à « ne pas se lier trop avec les personnes aidées » afin de se protéger et dont toutes les intervenantes disent à la fois l'impossibilité de la respecter à la lettre, mais également l'importance décisive dans le maintien de la santé au travail. Une salariée explique comment la formation lui a permis de se protéger en explicitant des moyens de distanciation vis-à-vis du travail :

« Sans formation on fait n'importe quoi, sur les horaires, sur le temps... les gens nous... nous accaparent et quand on a une formation on dit « ben non, ça c'est pas mon domaine, c'est à la famille de gérer ça... », on prend du recul, et ça, la formation apprend beaucoup à ne pas trop s'investir, c'est important, à fermer la porte (...) parce que la mort c'est pas anodin, et... on est fort devant les personnes qu'on aide, et quand on arrive, on est complètement HS, dur quoi, on prend une carapace quand on est au travail et quand on sort, il faut bien que ça lâche à un moment ou à un autre... oui les premières années... je sais même pas comment j'ai réussi à le faire... »

Enfin, les deux associations ont institutionnalisé un dispositif de « soutien professionnel » : trois fois par an, les salariées sont conviées à une réunion avec une psychologue, elle-même salariée de l'organisation, au cours de laquelle peuvent être débattus des problèmes concernant le travail. Cet accompagnement peut éventuellement avoir lieu à la demande en cas de nécessité. Il est aussi renforcé dans l'une des associations pour les TISF qui font face à des problèmes familiaux et éducatifs souvent lourds. Ces réunions, proposées sur le temps de travail, ne sont pas obligatoires, mais semblent assez fréquentées par les salariées. La méthodologie proposée par la psychologue que nous avons rencontrée donne une place importante au récit de situations difficiles vécues par les salariées comme base de discussion, ce qui semble particulièrement apprécié par les salariées interviewées.

« ... pouvoir discuter sur des situations qui nous sont lourdes de façon plus approfondie, on l'évoque au niveau planning, mais ça fait du bien ces réunions là, en plus, on est aussi avec d'autres professionnelles, donc ça permet d'avoir des conseils extérieurs, c'est très important et enrichissant pour nous en tant que professionnelles, il faudrait même plus (...) C'est 3 fois par an, 3h à chaque fois, il faudrait en avoir plus, ce serait pas mal, c'est des temps importants, qui font du bien... »

Tous ces éléments concourant à la mise en débat du travail ont été évoqués par les intervenantes à domicile rencontrées, le plus souvent comme des points positifs, leur permettant à la fois de sortir de l'isolement lié à leurs conditions de travail et de construire des règles *ad hoc* de comportement. Dans une perspective de prévention des risques professionnels, ces dispositifs, que l'on peut analyser comme éléments d'une gouvernance médiatrice du service, semblent indispensables au maintien de conditions favorables à la santé au travail.

**Conclusion :
un modèle
associatif de
gouvernance
des services
et de
régulation du
travail
social...
menacé par la
concurrence
par les coûts**

Les associations observées apparaissent au premier abord très différentes : la présence massive des bénévoles dans des fonctions opérationnelles, la décentralisation de la gestion des ressources humaines au niveau des associations locales dans l'organisation A s'opposent *a priori* à la professionnalisation et à la centralisation rencontrées dans l'organisation B. Pourtant, malgré ces différences, les associations étudiées sont porteuses d'un modèle commun de gouvernance du service d'aide, caractérisé par divers dispositifs de médiation qui concourent à en instaurer une définition négociée. Il faut souligner que ceux-ci ne sont pas toujours formalisés et prennent souvent plutôt une apparence banale : l'existence d'un local permettant des regroupements, la présence d'une secrétaire qui ne se cantonne pas au travail administratif, l'organisation de réunions, de la simple « réunion de planning » aux instances de « soutien professionnel » ou de « droit d'expression », l'accès à des sessions de formation continue, diplômantes ou non. Aussi ordinaires qu'ils soient, tous ces instruments ont l'intérêt de permettre à la fois une délimitation du travail et l'émergence d'un collectif qui constituent un « cadre » de régulation du travail et par là, évitent des dérives dangereuses tant au plan social, à travers la précarisation de l'emploi, qu'au plan individuel, à travers les atteintes à la santé physique et psychique.

Mais ce modèle est actuellement menacé par la concurrence par les coûts. En effet, dans les années récentes, les politiques publiques ont à la fois visé à comprimer les dépenses et à développer l'emploi dans le secteur en encourageant l'arrivée d'organisations lucratives et surtout l'emploi direct par des particuliers. Dans cette dernière modalité de service, les coûts sont minorés par l'informalité du « cadre » du travail. Aucun travail indirect n'est à rémunérer en dehors des heures d'intervention : pas de défraiement des temps de transport, pas de personnel d'encadrement, pas de temps collectif de réunion, pas de formation continue. L'ensemble des éléments de régulation du travail attachés au modèle de gouvernance médiatrice du service sont absents. Les contraintes à l'isomorphisme dues à la concurrence, représentent alors une menace pour ce modèle en rendant plus difficile le financement du travail indirect d'organisation et d'encadrement qu'il suppose.

Tous ces constats invitent donc à poser la question de la capacité des organisations associatives à faire reconnaître l'intérêt et la légitimité d'un modèle de régulation du travail, résultant d'un mode spécifique de gouvernance du service, qu'elles ont élaboré et qui permet de préserver la santé de leurs salariées. Cette interrogation est d'importance dans une période de fort développement des « services à la personne ». Ces

services pourraient être considérés comme un cas à part, du fait du cadre privé dans lequel est réalisé le travail, ce qui impose nécessairement certaines contraintes de « personnalisation » du service. Mais, parce qu'ils sont aussi et surtout le lieu d'un travail perçu comme « naturellement » féminin, consistant à « prendre soin » de personnes fragiles, ils représentent un cas limite où l'on peut observer comment les associations parviennent, ou pas, à légitimer leur intervention dans la régulation d'un travail d'aide (ou de « care »). À ce titre, le particularisme de ce secteur doit sans doute être relativisé, les modalités de gouvernance qui y sont promues pouvant constituer une référence pour d'autres formes de « travail social ».

BIBLIOGRAPHIE

- Arnaudo B., Hamon-Cholet S., Waltisperger D. (2006), "Contraintes posturales et articulaires au travail", *Premières informations et premières synthèses*.
- Arnaudo B., Magaud-Camus I., Sandret N., Coutrot T., Floury M.-C., Guignon N., Hamon-Cholet S., Waltisperger D. (2004), "L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003", *Premières informations et premières synthèses*.
- Bancel-Charensol L ; Jougleux M. (1997) : « Un modèle d'analyse des systèmes de production dans les services », *Revue Française de Gestion*, n°113, mars-avril-mai.
- Butte-Gerardin I. (1999), *L'économie des services de proximité aux personnes. Le cas du soutien à domicile aux personnes âgées*, Paris, L'Harmattan.
- Clergeau C., Dussuet A. (2004), "Quels modèles de substitution aux solidarités familiales : l'exemple de l'aide à domicile aux personnes âgées", pp. 115-129, in *Solidarités collectives - Familles et solidarités*, Girard D., Paris, L'Harmattan.
- CNAMTS (2008), *"Les risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile (année 2006)"*.
http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/Chiffres-2006-France.pdf
- Duriez B., Nizet J. (2002), "Les services du MPF : entre apostolat et réponse à des besoins", *Cahiers du GRMF*, pp.17-57.
- Dussuet A., Loiseau D. (2003), "Mouvements familiaux, entre logique de service et logique d'autogestion (1945-2000)", pp. 571-584 in *Autogestion, la dernière utopie ?*, Georgi F., Paris, Editions de la Sorbonne.
- Dussuet A. (2005), *Travaux de femmes - Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan.
- Gadrey J. (1992), *L'économie des services*, Paris, La Découverte.
- Guignon N., Niedhammer I., Sandret N. (2008), "Les facteurs psychosociaux au travail - Une évaluation par le questionnaire de Karazek dans l'enquête Sumer 2003", *Premières informations et premières synthèses*.
- Hughes E.C. (1996), *Le regard sociologique*, Paris, Editions de l'EHESS.
- Molinier P. (2006), *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Payot.
- Reynaud J.-D. (1988), "Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome", *Revue Française de Sociologie*, pp. 5-18.