La différenciation qualitative dans les services de l'aide à domicile : une lecture par les conventions de qualité

Djamel Messaoudi

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/rei/5375>

DOI : 10.4000/rei.5375

ISSN : 1773-0198

Éditeur

De Boeck Supérieur

Édition imprimée

Date de publication : 15 avril 2012

Pagination : 65-91

ISSN : 0154-3229

Référence électronique

Djamel Messaoudi, « La différenciation qualitative dans les services de l'aide à domicile : une lecture par les conventions de qualité », *Revue d'économie industrielle* [En ligne], 138 | 2ème trimestre 2012, mis en ligne le 15 avril 2014, consulté le 04 juin 2022. URL : <http://journals.openedition.org/rei/5375> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rei.5375>

LA DIFFÉRENCIATION QUALITATIVE DANS LES SERVICES DE L'AIDE À DOMICILE : UNE LECTURE PAR LES CONVENTIONS DE QUALITÉ

Mots-clés : Réputation, différenciation, qualité, incertitude, service d'aide à domicile, conventions, jugements.

Key words : Reputation, Differentiation, Quality, Uncertainty, Care Services, Conventions, Judgments.

Les différences des formes de l'offre des services de l'aide à domicile (SAD par la suite) soulignées généralement par les chercheurs sont relatives aux modes d'intervention (1) (prestataire, mandataire ou direct). Clergeau et Dussuet (2005) distinguent ainsi le modèle « flexible » associé aux services fournis dans le cadre mandataire ou par certaines entreprises privées et le modèle « professionnel » caractéristique des services de soins à domicile en prestataire. Selon les deux auteurs, les organisations d'aide à domicile constituent un modèle intermédiaire mais en évolution et sous influence. Au sein de ce modèle coexistent différentes formes d'offres. De leur côté, Devetter et Rousseau (2007) soulignent l'émergence d'un modèle industriel constitué d'un type d'entreprises dont l'offre est conçue à partir des compé-

(*) Chercheur à l'Orseu (Cabinet d'études et de conseil en relations sociales) – Chercheur associé au CLERSE (Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques), Faculté des sciences économiques, Université Lille 1 – Adresse postale : Orseu, 3 rue Bayard, 59000 - Lille – Adresse mail : d.messaoudi@orseu.com

Mes remerciements à Nicolas Farvaque pour sa lecture critique de cet article.

(1) On distingue trois modes d'intervention : 1) le mode prestataire où l'utilisateur est un client d'une structure et l'intervenant est le salarié de celle-ci ; 2) le mode mandataire où l'utilisateur est l'employeur de l'intervenant mais délègue la gestion de la relation salariale à une organisation dite mandataire ; 3) le mode de gré à gré ou d'emploi direct où l'utilisateur est l'employeur de l'intervenant et gère par lui-même la relation salariale.

tences « techniques ». Cette irruption du registre industriel dans les SAD est concomitante à la stratégie gouvernementale d'instituer un marché de « services productifs » selon les termes de Michelle Debonneuil (2008).

Ces différences entre les modèles d'offres sont analysées sous l'angle des conditions de travail ou de la qualité des emplois au sens général. Cet article propose une lecture de ces différences sous le prisme de la qualité des services. Nous nous interrogeons sur le problème que pose l'incertitude qualitative à la coordination dans ce marché. Plus précisément, nous montrerons comment les prestataires se différencient par la qualité et comment les usagers arrivent à identifier ces différences. Ces questions seront analysées à travers les résultats d'une enquête que nous avons menée auprès des personnes âgées et des prestataires de ces services (encadré 1).

Le SAD est un ensemble de tâches qui se situe au croisement des registres domestique, social et sanitaire. Non seulement les frontières entre ces registres sont ténues, mais elles sont surtout mouvantes. Aucune prestation ne ressemble à une autre du fait des spécificités concernant l'état de santé de la personne aidée et des conditions matérielles du domicile, qui est le lieu de production et de consommation du service. La qualité du service dépend donc de ces caractéristiques. Elle est ainsi individuelle et mouvante. La notion même de qualité peut être différente d'un individu à un autre. Son évaluation peut privilégier les compétences professionnelles pour certains, la dimension interactionnelle ou de proximité pour d'autres. La qualité dans ce marché est ainsi liée aux caractéristiques objectives du service (diplôme, expertise, etc.) mais aussi aux « êtres » porteurs de caractéristiques idiosyncrasiques. C'est cette dernière dimension qui est la plus mouvante et la plus difficile à objectiver dans un accord de prestation. L'incertitude dans ces services porte ainsi sur la définition de ce qui est la qualité du service. Elle n'est pas due uniquement à la défaillance de l'information sur la qualité mais aussi à l'incertitude sur les principes de son évaluation (Eymard-Duvernay, 2009). Il s'agit d'une incertitude radicale dans la mesure où elle porte sur la définition du contenu de l'objet échangé (Thévenot, 1989).

Cette incertitude peut empêcher une différenciation qualitative par les prix pour cause d'interdépendance entre les croyances sur la qualité vis-à-vis des prix. Parce que les consommateurs ne peuvent pas observer la qualité, ils l'estiment à travers le prix du marché. Les différences de prix correspondent, selon leurs croyances, aux différences de qualité. Mais ces croyances s'ajusteront par leurs anticipations rationnelles sur le comportement des offreurs (Akerlof, 1970). En effet, le comportement opportuniste mais rationnel de ces derniers implique le maintien d'un prix élevé malgré la baisse de la qualité de leurs produits (Stiglitz, 1987). L'anticipation par les consommateurs de ce type de comportement ajuste leur estimation de la qualité moyenne vers la baisse ainsi que de son prix. Par conséquent, la bonne qualité quitte le marché et celui-ci sera dominé par un seul type de qualité et un seul prix (Akerlof, *id.*), excluant ainsi la différenciation qualitative verticale.

En présence d'incertitudes qualitatives, le prix se révèle donc incapable de gérer les raretés relatives et de surmonter en même temps l'insuffisante constitution des biens (Orléan, 1991, p. 145). Par conséquent, des dispositifs complémentaires aux prix permettant de définir les biens sont nécessaires au bon fonctionnement du marché. La décomposition des produits en une série de caractéristiques objectives peut permettre une meilleure connaissance des dimensions de la qualité (Lancaster, 1966). Cette approche fournit la possibilité aux offreurs de se différencier par les caractéristiques de leurs produits et aux consommateurs de repérer ces différences à travers les prix. Il s'agit d'une différenciation verticale dans le sens où les produits sont hiérarchisés par leur niveau de qualité mesurée par le prix. Cette différenciation n'est possible, en revanche, qu'à condition que les individus aient accès à la même connaissance sur ces caractéristiques.

Cette approche est difficilement opérationnelle pour certains produits ou services comme le SAD. En effet, la qualité de ce service est une composition de plusieurs dimensions non exclusives. On ne peut pas acheter le service d'une salariée qualifiée en le détachant de ses caractéristiques personnelles, celles qui fondent la dimension relationnelle de la qualité. Les dimensions de la qualité du SAD sont imbriquées, ce qui rend impossible leur dissociation lors de son évaluation. C'est dans ce sens que nous qualifions le SAD comme une structure de qualités en suivant Karpik (2009) par opposition aux agrégats de qualités ou biens différenciés au sens de Lancaster (*id.*).

La multi-dimensionnalité de la qualité des SAD empêche-t-elle d'envisager une différenciation qualitative verticale ? Cette question renvoie à la hiérarchisation des qualités dans ces services. Elle peut être posée en demandant aux usagers interrogés, c'est-à-dire les personnes âgées elles-mêmes, d'ordonner les dimensions de la qualité de ces services de façon à obtenir (ou non) une hiérarchie des qualités plus au moins partagée. Nous nous interrogerons sur l'effet de l'hétérogénéité des attentes des personnes âgées sur l'établissement d'une hiérarchie commune des qualités. Pour Karpik (*id.*), les qualités des biens singuliers, dans lesquels on peut classer les SAD, sont incommensurables. Chaque qualité correspond à un type de préférences individuelles dont la valeur ne doit pas être comparée à celle d'une autre qualité. Si tel est le cas dans les SAD, alors sur quelle base les usagers choisissent-ils d'une façon rationnelle un prestataire ? Nous montrerons que le jugement comme dispositif de qualification des organisations permet aux usagers de repérer les différences de qualité et d'opérer leur choix en conséquence. Nous montrerons aussi comment ces jugements se construisent et quel rôle ils jouent dans la concurrence.

Certaines dimensions pertinentes de la qualité fondent le jugement qualitatif commun. C'est le cas de l'ajustement de la qualité à l'évolution des attentes des usagers. Cette dimension suppose que le choix de l'utilisateur n'est pas déterminé uniquement par le résultat immédiat de la prestation, qui est par ailleurs incertain, mais surtout par l'engagement du prestataire à ajuster la qualité dans le temps. Le choix est ainsi complexifié par la prise en compte de cette dimen-

sion. Le dispositif de jugement facilite ce choix par sa capacité à distinguer les prestataires par les démarches qu'ils adoptent pour ajuster la qualité. Mais ces jugements se définissent dans un cadre conventionnel, comme le souligne Sagot-Duvaurox (2004) concernant le marché des œuvres d'art. La qualité

ENCADRÉ 1 : L'enquête auprès de personnes âgées et des prestataires de SAD

L'enquête a été réalisée entre 2005 et 2006 auprès de 14 structures situées dans le Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes et de 520 personnes âgées résidant dans le Nord. Cette enquête a été menée dans le cadre d'un projet financé par la Direction de Recherche de la Commission européenne coordonné par le cabinet ORSEU. L'objet de ce projet était de comparer les modèles des services relationnels innovants dans cinq pays (France, Allemagne, Royaume-Uni, Espagne et Italie).

L'enquête auprès des prestataires concerne neuf associations, 2 CCAS et trois entreprises privées. Un questionnaire était adressé à 2000 personnes âgées aidées par une association située dans le département du Nord qui emploie 550 salariés. 520 questionnaires exploitables étaient recueillis dont l'analyse est complétée par dix entretiens avec les personnes âgées. L'objectif de ces enquêtes était d'analyser la coordination entre les différents acteurs et la façon dont les tensions entourant la qualité sont résolues. Le problème posé était de savoir comment les usagers arrivent à différencier les prestataires dans un marché imparfait où l'information sur la qualité fait défaut. L'évolution des attentes et l'adaptation de la qualité étaient l'autre aspect abordé par l'enquête.

Les caractéristiques de l'échantillon des personnes interrogées :

L'échantillon est composé à 95 % de personnes âgées de plus de 60 ans et 5 % de personnes en situation de handicap. Un peu plus de 69 % des personnes interrogées vivent seules. Les femmes représentent 73 % de l'échantillon dont 76 % vivant seules. Les hommes représentent 27 % de l'échantillon dont la moitié vit avec un conjoint. Cette surreprésentation des femmes seules s'explique par le différentiel de l'espérance de vie par sexe. L'enquête de la DREES effectuée auprès des personnes âgées aidées à domicile en 2000 (1) aboutit à des résultats proches : les femmes représentent 83 % des bénéficiaires d'aide à domicile en France et 70 % d'entre elles vivent seules. De même l'enquête trimestrielle auprès des conseils généraux, menée toujours par la DREES (2), montre une surreprésentation des femmes (74 %) chez les bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). En revanche, notre échantillon est plus jeune comparativement à celui des deux enquêtes de la DREES. L'âge moyen de notre échantillon est de 78,4 ans contre 82 et 83 ans dans les deux enquêtes citées. Un tiers des usagers interrogés se considèrent autonomes ou faiblement dépendants, 46 % comme moyennement dépendants et 22 % comme lourdement dépendants. Dans l'enquête de la DREES auprès des bénéficiaires d'un SAD, un tiers sont physiquement dépendants et deux tiers ne présentent pas de dépendance physique.

Un peu plus de 39 % des personnes interrogées affirment ne pas bénéficier de l'aide des proches (aide informelle). Dans l'enquête de la DREES (1), cette proportion est de 30 %. Concernant le choix du prestataire, 56 % des personnes que nous avons interrogées affirment être aidées par un proche ou une connaissance, un tiers par un acteur du secteur social (mairie, association, caisse de retraite, etc.) et 11 % par le personnel de santé. L'enquête de la DREES (1) aboutit à des résultats très proches : entre 52 et 54 % ont été aidés dans la recherche d'un prestataire par un proche ou une connaissance, entre 8 et 18 % par le personnel médical et entre 25 et 38 % par le personnel du secteur social.

- (1) Enquête auprès des bénéficiaires des SAD qui retrace leurs caractéristiques, leurs besoins et la nature de l'aide.
- (2) Enquête trimestrielle auprès des conseillers généraux sur les bénéficiaires de l'APA et le montant des leurs allocations.

dans les SAD est donc une construction conventionnelle. C'est ce que nous essayerons de montrer en nous intéressant aux différentes opérations de qualification du service par les dispositifs de jugements subjectifs et personnels. Les prestataires sont « différenciés » par les usagers et les tiers sur la base de ces jugements que l'on peut classer sous formes de principes de qualités (Eymard-Duvernay, 2009). Le croisement des attentes des personnes âgées et les opérations de qualification repérées permettent de proposer quatre modèles d'organisations associées à des conventions de qualité.

I. — QUELLE PERSPECTIVE POUR UNE DIFFÉRENCIATION QUALITATIVE DANS UN MARCHÉ ENTACHÉ D'INCERTITUDE ?

Les études menées par la DARES (2008) et l'ANSP (2008) permettent de constater une diversité de l'offre dans ces services qui s'apparente à une différenciation par la variété des services fournis et des besoins pris en charge. On distingue ainsi des services d'entretien du domicile, d'aide à l'autonomie des personnes dépendantes, de soins à domicile, de soutien social aux familles en difficultés, etc. Par ailleurs, les différences de qualité entre prestataires sont difficilement observables à travers les signes traditionnels du marché (prix, certification, labels, etc.).

1. L'incertitude qualitative met en échec la différenciation verticale des qualités par les prix

La différenciation verticale par la qualité signifie une hiérarchisation des produits sur une échelle de prix en fonction de leur niveau de qualité. Lancaster (1966) propose une approche suivant laquelle les produits sont assimilés à un ensemble de caractéristiques mesurables par un prix. Par conséquent, l'échelle des prix révèle la composition qualitative des produits échangés. Le mécanisme des prix est ainsi remis au cœur de la coordination. Il permet aux consommateurs de différencier les produits et aux vendeurs de se positionner sur des segments de qualité.

Cette approche suppose que les produits soient décomposables en séries de caractéristiques. En outre, les différences entre les caractéristiques doivent être établies. Or, la connaissance de ces différences peut être asymétrique, notamment quand le produit est un bien de confiance au sens de Darby et Karni (2)

- (2) Nelson (1970) ; Darby et Karni (1973) proposent trois catégories de biens selon leur degré d'information sur leurs caractéristiques : biens de recherche, biens d'expérience et biens de confiance. Les premiers nécessitent une recherche d'informations pour révéler leurs caractéristiques. Pour les seconds, la recherche de l'information ne suffit pas à cerner leurs caractéristiques, mais avec les expériences de consommation, le consommateur accède à plus de connaissance sur celles-ci. Pour les biens de confiance, ni la recherche de l'information, ni l'expérimentation ne permettent de révéler leurs caractéristiques. La confiance est donc un préalable à leur consommation.

(1973). La connaissance des caractéristiques de ce type de biens peut échapper au consommateur malgré la répétition de leur achat. L'incertitude sur la qualité de ces biens concerne l'évaluation de leurs caractéristiques dans le sens où le consommateur non-expert ne peut pas avoir un jugement critique sur la qualité de cette évaluation. Dans ce cas, il ne peut que faire confiance à cette évaluation.

Dans les SAD, il est difficile de diviser le service en plusieurs caractéristiques observables par les usagers dans la mesure où ces services sont des structures de qualité au sens de Karpik (2009). Autrement dit, des structures que l'on ne peut pas décomposer en une série de caractéristiques indépendantes les unes des autres. Malgré le fait que l'on puisse définir dans le contrat de prestation une série de tâches (3) à effectuer, l'incertitude sur la qualité est toujours présente. On peut citer l'exemple d'une entreprise qui propose un service d'aide-ménagère décomposé en quatre formules à des prix différents. Chacune est définie par le travail à effectuer, la rapidité et la technicité du salarié qui en assumera la charge. Le consommateur pourra ainsi choisir la formule qu'il souhaite en fonction de ses préférences. Pour autant, cette décomposition du service ne lève pas l'incertitude sur la qualité car le résultat attendu, quelle que soit la formule choisie d'ailleurs, peut être différent du résultat réel de la prestation. Ainsi la différence entre les quatre formules correspond plus à une différence d'engagements du prestataire à propos du résultat de la prestation. Même après l'expérimentation, une partie des caractéristiques du service demeure indiscernable pour l'utilisateur, notamment en ce qui concerne les qualités idiosyncrasiques des salariés. Aucun contrat ne peut garantir une régularité de conformité du salarié aux règles de qualité. Par conséquent, l'utilisateur ne peut que « croire » en la confiance du prestataire à honorer ses engagements à fournir une qualité préalablement prédéfinie. C'est dans ce sens qu'on peut qualifier le SAD comme bien de confiance au sens de Darby et Karni (*id.*) bien que l'expérimentation comme mode de recherche de l'information sur la qualité ne soit complètement exclue.

Le caractère multidimensionnel de la qualité des SAD implique une pluralité des modes d'évaluation de celle-ci par les usagers. Pour certains, c'est la rapidité d'exécution du travail qui est la principale dimension de la qualité, et pour d'autres c'est la qualification du salarié ou son « savoir être » ou encore sa gentillesse, la confiance qu'il inspire, etc. L'enquête montre que la hiérarchisation des qualités est différente selon les usagers. En leur proposant d'ordonner les différentes dimensions de la qualité en fonction de leurs attentes (encadré 2), les réponses que nous obtenons ne permettent pas d'établir une hiérarchie unique des qualités. Chacune des trois dimensions composant les compétences du salarié arrive en première position dans le classement avec un

- (3) Un réseau d'entreprises franchisées a défini une prestation standard en 36 tâches pour le service ménage et repassage. Une prestation qui inclut l'aide à la personne (toilette, aide au coucher, transfert du lit, etc.) doit contenir plusieurs dizaines de tâches.

ENCADRÉ 2 : Les dimensions de la qualité du SAD dans l'enquête

Nous avons proposé aux usagers de classer les dimensions de la qualité selon leurs attentes.

1. Les compétences de l'organisation composées de quatre sous-dimensions

- La dimension professionnelle (qualification du personnel, l'existence de procédures internes)
- La dimension de proximité (qualité de l'accueil, de l'information et le suivi de la relation avec l'utilisateur)
- La qualité adaptative (adaptation de la prestation à l'évolution des besoins de la personne aidée)
- Coordination des différents intervenants et professionnels en relation avec la personne aidée

2. Les compétences des salariés composées de trois sous-dimensions

- Les compétences professionnelles : qualification, sens d'organisation, respect des règles professionnelles
- Les compétences interactionnelles ou « savoir être » : écoute, convivialité, présentabilité
- Les qualités éthiques : confiance, respect de l'intégrité de la personne

tiers des réponses (les différences sont minimes, soit moins d'un point d'écart). Concernant les compétences de l'organisation, la qualité adaptative devance légèrement les autres avec 29 % des réponses suivie de la dimension professionnelle avec 26 % et les dimensions de proximité et de coordination avec 23 % et 22,4 % respectivement. Ces résultats montrent que chacune des dimensions de la qualité est préférée aux autres par une partie non négligeable des usagers. Ces différentes évaluations signifient l'existence d'une pluralité des qualités ou plus précisément une pluralité des principes d'évaluation de la qualité pour reprendre les termes d'Eymard-Duvernay (2009). Ces principes ne sont pas hiérarchisables (*id.*). Ceci appelle une remarque fondamentale : la différenciation qualitative des prestataires selon les principes de qualité auxquels ils se rattachent ne signifie pas une hiérarchisation des qualités par les prix comme dans l'approche de Lancaster. C'est dans ce sens que la coordination dans ce marché se fait par la qualité et non plus par les prix. La question qui se pose désormais est de savoir comment les usagers accèdent à cette différenciation par les principes de qualités.

2. Le jugement comme dispositif de qualification et de différenciation des qualités

Le SAD met en relation plusieurs acteurs dont l'organisation prestataire comme acteur central (Butté, 1998 ; Messaoudi, 2009). Chaque niveau de relation peut être entaché d'incertitude comportementale (4) (Gadrey, 2003). Le

- (4) a) la relation salarié-prestataire : incertitude du prestataire sur la conformité du salarié aux règles internes ; b) la relation usager-prestataire : incertitude de l'utilisateur sur le respect des engagements du prestataire à adapter la qualité ; c) la relation usager-salarié : incertitude de l'utilisateur sur le résultat de l'intervention.

prestataire en tant qu'organisation dotée de règles permet justement de canaliser ces incertitudes en offrant un cadre d'actions commun aux acteurs. Comme le note Eymard-Duvernay (2004), en présence d'incertitudes sur la qualité, l'entreprise joue un rôle important dans la coordination dans la mesure où l'évaluation ne porte plus exclusivement sur ses produits mais, quelquefois prioritairement, sur sa réputation. Mais comment les usagers arrivent-ils à distinguer les prestataires de bonne réputation ?

Pour répondre à cette question, il convient recourir aux notions de réseau d'échanges et de jugements que nous empruntons à Karpik (2007, 2009). Le réseau d'échanges dans l'aide à domicile est composé des relations interpersonnelles de l'utilisateur (bouche à oreille), du personnel médical ou des acteurs du secteur social (mairie, CCAS, mutuelles, etc.). Ces tierces personnes désintéressées et supposées dignes de confiance par les usagers apportent des jugements sur la qualité des prestataires. Ces jugements s'appuient sur des évaluations plus ou moins objectives. Karpik (2009) distingue les jugements impersonnels construits sur des signes de qualité tels que les labels ou les certifications et les jugements personnels formés d'évaluations subjectives partagées par les acteurs du réseau d'échanges. Ces dispositifs de jugement permettent de qualifier les organisations et de rendre ainsi leurs différenciations qualitatives accessibles aux usagers.

L'agrément (5) délivré par les autorités est un label public qui différencie d'une part, l'offre agréée et l'offre non agréée et d'autre part, les prestataires selon le type d'agrément : agrément « simple » ou agrément « qualité ». Il améliore ainsi le fonctionnement du marché et évite le *market failure* tel que décrit par Akerlof (*id.*). Il produit donc de la confiance aux usagers puisqu'il institue une qualité contrôlée, malgré le fait que ce contrôle soit insuffisant (Haddad, 2004) et déficient (IGAS, 2009). Mais ce label est incapable de mettre en lumière toutes les différences de qualités qui caractérisent l'offre. L'immense majorité des prestataires est agréée et pourtant, il existe des différences de qualités au sein de cette offre contrôlée. Pour mettre en valeur leurs différences, les prestataires adoptent des stratégies complémentaires. Ils investissent des registres de qualité différents. Concrètement, ils privilégient une ou plusieurs dimensions de la qualité qu'ils estiment pertinentes (cf. encadré 2) leur permettant ainsi de construire une réputation. Cette même réputation est confrontée aux jugements des usagers et des tiers. Ce travail de qualification de la réputation par les jugements permet d'accorder une valeur à la qualité des services du prestataire. Le jugement fournit ainsi une évaluation synthétique de la qualité en apportant l'information pertinente sur cette qualité. Il économise et simplifie ainsi le calcul permettant à l'utilisateur d'opérer un choix raisonné. Par ailleurs, les prestataires peuvent avoir un pouvoir d'influence sur ces juge-

- (5) L'agrément « simple » est accordé, sous certaines conditions, pour l'ensemble des prestataires de services à la personne. L'agrément « qualité » est accordé par la préfecture pour les prestataires intervenant auprès des publics fragiles. Son obtention est, entre autres, conditionnée par le niveau de qualification du personnel.

ments. Plusieurs prestataires ont pu construire des partenariats avec des acteurs de l'action sociale locale ou avec le personnel médical susceptibles de diffuser des jugements positifs sur leur qualité auprès de la demande. Campéon et Le Bihan (2006) font observer que la transmission des plans d'aide des services médicaux-sociaux aux prestataires est une pratique peu formalisée dans certains départements. Cette pratique privilégie une partie des prestataires qui a su nouer des partenariats avec ces services départementaux.

3. Une concurrence par les réputations construites par des jugements personnels partagés

Selon les résultats de l'enquête, plus de 54 % des usagers ont choisi leur prestataire par l'intermédiaire d'un proche ou par le « bouche à oreille » et 42 % *via* une tierce personne institutionnelle (personnel de santé ou du secteur social). Concernant la justification du choix, 78 % des répondants affirment avoir confiance en la tierce personne. Ces résultats permettent d'avancer deux remarques concernant la concurrence dans ce marché.

1) La concurrence ne s'effectue pas directement entre les prestataires *via* les prix ou les signes de qualité classiques. Elle s'opère dans le cadre des réseaux d'échanges structurés autour des relations interpersonnelles des usagers d'une part, et des relations des prestataires avec les acteurs sanitaires et sociaux d'autre part. Des tierces personnes interviennent donc dans l'échange en diffusant des jugements sur la qualité auprès de la demande.

2) La concurrence dans ce marché-réseau s'effectue par les réputations socialement et localement construites à travers des jugements personnels au sens de Karpik (*id.*). La notion de réputation reflète les diverses dimensions de la qualité que l'organisation a privilégiées. Elle peut se définir par les compétences professionnelles et relationnelles de son personnel, ses compétences à faire évoluer la qualité en fonction des attentes de ses usagers, etc. La reconnaissance de son expertise, la proximité avec la population et la diversité des services fournis peuvent également donner une empreinte à la réputation. Plus large encore, elle peut inclure les valeurs civiques comme l'adhésion à une charte, l'éthique de ses responsables ou sa contribution à la solidarité locale.

La réputation est ainsi un dispositif par lequel les organisations signalent leur différence. La confiance qu'elle produit permet de lever l'incertitude et de conclure des contrats incomplets minimisant ainsi les coûts de l'échange. Pour Gallouj (2008), la réputation ne résout pas totalement le problème de l'incertitude sur la qualité. Elle peut au contraire aggraver les imperfections du marché car la confiance peut être insuffisante aussitôt qu'on introduit le temps dans la relation. En effet, le prestataire trouve moins d'incitations à l'effort sur la qualité une fois que sa réputation est établie, ce qui lui permet de recréer la possibilité de la rente informationnelle. L'*aléa moral* peut resurgir au cours de la relation notamment avec l'évolution des attentes de l'utilisateur suite à la dégradation de sa santé par exemple. Notre enquête le montre clairement. Plus des deux tiers des usagers interrogés affirment être incertains ou partiellement cer-

tains en ce qui concerne la capacité de leur prestataire à adapter la qualité à l'évolution de leurs attentes.

Dans ce cas, l'utilisateur peut-il retirer sa confiance au prestataire ? Plus d'un usager interrogé sur cinq a déjà changé de prestataire par le passé. La défection au sens d'Hirschman (1970) est donc une sanction possible dans ce marché. Et c'est cette sanction qui accroît l'efficacité de la concurrence par les réputations car elle contraint le prestataire à être à l'écoute des attentes de l'utilisateur. Cependant, la défection est une stratégie risquée pour les personnes les plus fragiles car elle implique de reconstruire un équilibre social déjà fragilisé par la dépendance et l'isolement (Espinasse, 1993). La sanction peut donc paraître peu crédible. Pourtant, elle peut l'être car elle ne se limite pas à la défection. La possibilité des usagers à agir sur la réputation du prestataire à travers des jugements qu'ils diffusent dans le réseau d'échanges est aussi efficace que la défection. Néanmoins, cela nécessite une certaine interactivité permettant à ces jugements de circuler.

Deux résultats de l'enquête permettent d'avancer cette hypothèse d'interactivité des usagers : plus de deux tiers des personnes interrogées se connaissent et près d'un usager sur deux a conseillé son prestataire à un ou plusieurs autres usagers (6). Les jugements sur la réputation des prestataires sont ainsi confrontés entre eux et modelés dans le cadre de ces interactions entre les usagers. L'utilisateur devient alors un acteur dans la formation et la transmission de la réputation des prestataires.

L'effet d'une amélioration (ou d'une dégradation) de la réputation d'un prestataire peut être amplifié par ces interactions actives entre les usagers. En ce sens, ces interactions crédibilisent la menace de sanction sur la réputation (7) des prestataires. Ce modèle de concurrence par les réputations construites par les jugements des usagers suppose le maintien de la contrainte sur les prestataires à respecter le principe de qualité dans lequel ils s'inscrivent. Cette menace est d'autant plus crédible quand les usagers influencent les jugements des tiers notamment du personnel médical ou du secteur social par lesquels la réputation transite avant d'atteindre la demande.

II. — LE POIDS DE LA QUALITÉ ADAPTATIVE DANS LA COORDINATION

La qualité adaptative signifie l'adaptation de la prestation à l'évolution des besoins des usagers, qui peut se faire par l'élévation des qualifications du per-

- (6) Les questions posées sont : « Connaissez-vous une ou plusieurs personnes aidées par votre prestataire ? » ; « Avez-vous recommandé votre prestataire à une ou plusieurs personnes ? ».
- (7) Pour Kreps (1990), la menace ne peut être crédible dans une concurrence par la réputation qu'à condition que le jeu d'échanges soit séquentiel ou répétitif. Le client peut alors sanctionner le comportement opportuniste du fournisseur dans les séquences qui suivent.

sonnel ou par l'incorporation de nouveaux services. La dégradation de la santé de la personne âgée par exemple contraint le prestataire à substituer le salarié habituel par un autre salarié plus qualifié ou à proposer des services complémentaires tels que les services de soins à domicile, d'accueil de jour, de garde de nuit, etc. Mais ces adaptations ne concernent pas uniquement les personnes âgées. La garde d'enfants est aussi une prestation mouvante avec l'évolution des attentes de l'enfant ou des parents. Le schéma ci-dessous illustre cette notion de qualité adaptative en suivant trois axes : l'évolution des attentes des usagers comme contrainte, les démarches de professionnalisation et de diversification de l'offre comme réactions à cette contrainte.

Pour certaines organisations, notamment associatives, l'ajustement qualitatif repose sur un engagement éthique et citoyen consistant à assurer le bien-être des personnes fragiles maintenues à leur domicile. Cela suppose une certaine capacité de l'organisation à se détacher du marché, ce qui fait même sa réputation. Cependant, l'insuffisance de l'adaptation qualitative peut se traduire par des jugements négatifs sur sa réputation et le cas extrême par la défection des usagers. Cette sanction probable est une remise en question de la confiance accordée à l'organisation concernant son engagement à ajuster la qualité. Pour maintenir cette confiance, l'organisation doit éviter la défection de l'utilisateur par l'encouragement de « la prise de parole » au sens d'Hirschman (*op. cit.*). La proximité avec les usagers est l'autre dimension de la qualité à travers laquelle cette « prise de parole » peut être possible. La combinaison entre la dimension de proximité et la dimension adaptative de la qualité aboutit à des ajustements qualitatifs différents. Certains prestataires adoptent un ajustement en suivant un protocole médico-administratif en lien avec l'équipe médico-sociale (EMS) du département. L'ajustement est prescrit par l'EMS sur la base d'une évaluation gériatrique des besoins de la personne. D'autres prestataires ont une approche plus réactive et moins protocolaire en s'appuyant sur les observations de leurs salariés sur l'évolution des besoins des personnes

FIGURE 1 : La qualité adaptative dans l'aide à domicile

aidées. Ce travail de proximité permet à l'organisation d'être à l'écoute des usagers et d'ajuster la qualité plus rapidement.

1. L'adaptation de la qualité peut conduire à sélectionner les usagers les plus fragiles

Retenons l'exemple d'une organisation spécialisée dans l'aide aux personnes dépendantes. Suivant le schéma précédent, la spécialisation dans la prise en charge de la dépendance conduit nécessairement à l'élévation des compétences professionnelles du personnel et à la diversification des services offerts. L'adaptation de la qualité à l'évolution des besoins des usagers permet d'accroître la confiance de ces derniers vis-à-vis de leur prestataire, ce qui peut les amener à diffuser sa réputation auprès d'autres personnes présentant les mêmes besoins. Par conséquent, le niveau de dépendance de la clientèle prise en charge par ce prestataire augmentera mécaniquement. D'une part, les adaptations qualitatives fidélisent les usagers les plus fragiles. D'autre part, la bonne réputation diffusée par ces mêmes usagers attire une nouvelle demande présentant les mêmes caractéristiques socio-sanitaires. L'accroissement du niveau de dépendance de la clientèle prise en charge maintient la contrainte d'adaptation qualitative des prestations. Il en résulte ainsi une sorte de processus auto-entretenu de la qualité adaptative : en investissant dans la qualité, le prestataire sélectionne indirectement *via* sa réputation la demande la plus fragile et la plus exigeante dont l'évolution des attentes nécessite des ajustements individuels et permanents de la qualité. Ce processus peut expliquer les différences de qualité dans l'offre associative, qui est l'offre historique dans ces services. Certaines associations de grande taille se caractérisent par une « clientèle » plus fragile que celle de leurs concurrents alors qu'ils évoluent dans le même territoire et ont plus ou moins la même ancienneté. Le choix de se spécialiser exclusivement dans la prise en charge de la dépendance peut être une explication possible. Mais comme le fait remarquer la directrice d'une plateforme locale, « la prise en charge de la dépendance nécessite des qualifications et des procédures. S'engager dans cette voie est un signal envoyé aussi bien aux familles qu'aux partenaires en contact avec les personnes fragiles ». Ce signal qui se transmet de « bouche à oreille » joue un rôle important dans la captation de la demande. On peut alors supposer que l'adaptation qualitative peut constituer en elle-même un principe de qualité ou au moins un élément central d'un principe de qualité.

2. L'incertitude sur la qualité adaptative et son impact sur la coordination

Malgré une satisfaction très élevée d'une grande partie des usagers sur la qualité de leur prestataire, soit 75 % des répondants à notre enquête, il n'en demeure pas moins qu'ils sont nombreux (66 %) à être incertains sur sa qualité adaptative. Cette incertitude touche davantage les personnes dont la dépendance évolue rapidement, soit plus de 75 %. Ainsi, malgré la bonne réputation

du prestataire qui a permis de lever l'incertitude de départ et d'entamer la relation, l'incertitude sur la qualité réapparaît au cours de cette relation sous la forme d'un *aléa moral*. En quoi ce type d'incertitude peut-il affecter la coordination ? À l'aide d'un modèle « *toutes choses égales par ailleurs* » (encadré 3), nous avons essayé de mesurer l'effet de celle-ci sur la coordination entre l'offre et la demande.

Le risque de défection, mesuré par la probabilité d'envisager de quitter son prestataire, est trois fois supérieur chez les usagers incertains sur la qualité adaptative comparativement aux usagers satisfaits sur cette qualité. Ce type d'incertitude présente ainsi le risque de défection le plus élevé par rapport aux autres variables prises en compte dans le modèle. Remarquons aussi que le fait

ENCADRÉ 3 : Les variables d'influence de la défection de l'utilisateur estimées par le modèle logit

Le modèle estime la probabilité de défection de l'utilisateur au regard de certaines variables comportementales et par rapport à une situation de référence (en italique dans le tableau). La question posée est : « Envisagez-vous de quitter votre prestataire dans les mois à venir ? ». 21,8 % des répondants déclarent qu'ils envisagent de quitter leur prestataire ou être indécis à le garder. C'est ce risque de défection qui est expliqué par le modèle logit.

Les déterminants du risque de défection de l'utilisateur

Variables actives/ <i>Variable de référence</i>	Coeff.	Signif.	Odd-ratio
A changé de prestataire/ <i>N'a pas changé de prestataire</i>	0,539	*	1,714
Capacité à différencier les qualités/ <i>Incapacité à différencier les qualités</i>	-0,520	*	0,595
Incertain sur la qualité adaptative/ <i>Satisfaction sur la qualité adaptative</i>	1,083	***	2,953
Tierce personne est un proche/ <i>Tierce personne : le personnel du secteur social</i>	0,157	ns	1,170
Tierce personne : un professionnel de santé/ <i>Tierce personne : le secteur social</i>	-0,233	ns	0,792
Choix pour la réputation du prestataire/ <i>Choix par défaut</i>	0,020	ns	1,020
Choix de confiance/ <i>Choix par défaut</i>	-0,361	ns	0,697
Choix imposé/ <i>Choix par défaut</i>	0,880	**	2,410
A recommandé le prestataire à d'autres personnes/ <i>N'a pas recommandé le prestataire à d'autres personnes</i>	— 0,500	**	0,606
Proximité avec les autres usagers/ <i>Pas de proximité avec les autres usagers</i>	0,107	ns	1,113

Degré de significativité : *** au moins 99 % ; ** au moins 95 % ; * au moins 90 % ; ns : non significatif

Les usagers incertains sur la capacité adaptative de leur prestataire ont 2,9 fois de chance à envisager de quitter leur prestataire ou à être indécis à le garder, comparativement à un usager satisfait de cette qualité toutes choses égales par ailleurs. Le fait d'avoir déjà changé de prestataire par le passé accroît significativement cette probabilité. De même pour les usagers dont le choix de leur prestataire est un choix « imposé » par l'urgence ou par les acteurs institutionnels. Cependant, la capacité à différencier qualitativement les prestataires et le fait d'avoir recommandé son prestataire à d'autres usagers réduisent le risque de défection.

d'avoir une expérience de consommation dans ces services accroît la probabilité de défection. Le comportement de volatilité est plus prononcé chez les usagers qui ont déjà changé de prestataire par le passé : 49 % de ces derniers affirment être indécis à renouveler leur confiance à leur prestataire actuel contre 38 % de ceux qui n'ont jamais changé de prestataire. Cela montre que pour une partie des usagers, le SAD peut être considéré comme un bien d'expérience au sens de Nelson (1971), Darby et Karni (1973).

La défection comme sanction « marchande » à l'encontre du prestataire est envisageable dans ces services. Près d'un quart des usagers incertains sur la qualité adaptative de leur prestataire envisage de rompre définitivement leur relation. Précisons que notre enquête porte sur les clients d'une association dont le projet associatif s'inscrit dans un partenariat avec les institutions locales. La prise en charge de la dépendance et plus particulièrement l'adaptation de la qualité sont un engagement moral et citoyen pour cette association. Dès lors, il y a opposition entre la logique « marchande » de l'utilisateur en évoquant la sanction et la logique « non marchande » du prestataire inscrite dans sa réputation.

On peut émettre deux hypothèses concernant ce comportement de défection de l'utilisateur. La première consiste à dire que l'utilisateur choisit de quitter son prestataire pour des considérations de qualité et non pas de prix. Dans ce cas, sa défection s'apparente plutôt à la recherche d'une meilleure qualité adaptative au sein d'un modèle d'offre où la parole de l'utilisateur est entendue, ce que l'on peut qualifier par principe de qualité en suivant Eymard-Duvernay (2009). Cela appuie l'idée d'une hiérarchisation des qualités quand on se situe dans un principe de qualité donnée (Eymard-Duvernay, *id.*). Laquelle hiérarchisation tolère le calcul d'optimisation et implique une certaine mobilité des usagers. On peut donc supposer que l'exit de l'utilisateur répond à sa croyance selon laquelle un prestataire concurrent fournit une meilleure qualité adaptative ou moins incertaine que celle de son prestataire actuel.

La deuxième hypothèse est celle d'un utilisateur dont la façon d'évaluer la qualité a évolué entre la situation initiale et la situation présente. Il se peut que cet utilisateur ait choisi son prestataire actuel pour des considérations de qualité et souhaite changer à présent de prestataire pour des considérations de prix. La motivation principale du choix a donc évolué pour cet utilisateur en se situant dans le principe marchand. Dans ce cas, l'exit comme solution à la confrontation de deux principes de qualités qui s'opposent s'apparente effectivement à une sanction marchande.

III. — LA CONVENTION DE QUALITÉ COMME GRILLE DE LECTURE DES DIFFÉRENCIATIONS QUALITATIVES

Nous avons montré dans les points précédents que la coordination par la qualité nécessite préalablement un accord sur le contenu de cette qualité. Cet accord est le résultat du travail de qualification du service et de l'organisation

qui le fournit. Il consiste à attribuer des qualités (Eymard-Duvernay, 2002) aux salariés et à l'organisation, ce qui permet de définir ce qui est attendu de la relation de service. Plus spécifiquement, les attentes et les engagements de chaque partie prenante sont spécifiés dans le cadre de ces opérations (Barcet et Bonamy, 1994). La qualification fixe aussi les procédures de résolution des tensions et pose le problème de qui est qualifié pour définir la qualité (Gomez, 1994).

Dans les SAD, ces opérations de qualification se déploient dans les différentes démarches suivies par les prestataires pour construire la qualité. Pour repérer ces démarches, nous avons cherché à distinguer les prestataires selon leur façon de définir la qualité et les moyens employés pour construire celle-ci. Nous avons repéré quatre principales démarches de qualification des organisations (Callon *et al.*, 2000) suivant le processus qu'elles mettent en œuvre pour construire le service et adapter sa qualité aux attentes des usagers. Le croisement de ces démarches de qualification permet d'identifier des modèles d'organisation que nous associons à des modèles de qualité. Avant de les spécifier, nous présentons d'abord les quatre démarches de qualification des organisations observées.

1. Les quatre principales démarches de qualification des organisations prestataires

Les démarches de qualification sont repérées dans les stratégies mises en œuvre par les prestataires pour signaler leur qualité et dans les discours-jugements que nous avons recueillis auprès des usagers et des différents acteurs de l'aide à domicile (personnel de santé, têtes des réseaux, régulateur, etc.).

1.1. La démarche de professionnalisation contractualisée : opposition entre le registre professionnel et domestique

La professionnalisation dans les SAD se définit par la qualification des salariés et l'instauration de règles professionnelles de gestion de la qualité. On peut citer la règle qui consiste à associer un niveau de qualification professionnelle du salarié aux niveaux de dépendances définis par la grille AGGIR, ou l'établissement d'un contrat de prestation définissant les droits et les engagements du prestataire et de l'utilisateur, ou encore les règles comportementales que le salarié doit respecter au domicile de l'utilisateur notamment en ce qui concerne le périmètre de l'intervention et la gestion de la relation directe avec l'utilisateur (l'empathie par exemple). Ces règles peuvent lever les ambiguïtés sur les obligations du salarié et de l'organisation. Leur respect garantit une certaine régularité de la qualité.

La professionnalisation est généralement impulsée par les pouvoirs publics dans le cadre d'un partenariat contractualisé avec les financeurs et les régulateurs locaux (la CNAV ou le conseil général par exemple). Le contrat est souvent accompagné d'objectifs en termes de qualification du personnel et d'op-

timisation de l'organisation. Cette démarche de professionnalisation contractualisée définit le service d'aide à domicile à partir du registre professionnel dans le sens où la prestation s'appuie sur les compétences professionnelles du salarié et sur des procédures formalisées. Elle s'oppose à une autre démarche à travers laquelle le service est conçu à partir du registre domestique, autrement dit sur la base des compétences relationnelles des salariés et de leur adaptabilité (8). Cela implique une certaine autonomie accordée à ces derniers dans la gestion d'éventuelles tensions avec l'usager. L'opposition entre le registre professionnel et domestique renvoie donc à la façon dont l'adaptation s'opère : dans le registre professionnel, elle est formalisée par des règles contractuelles et dans le registre domestique, c'est au salarié de trouver la meilleure formule pour arriver à un compromis avec l'usager. Comme le note Paperman (2005), il s'agit pour le salarié de mobiliser sa compétence de « discernement des besoins » afin de proposer des « réponses appropriées » (Paperman citée par Ribault, 2008, p. 204).

Ces différences d'ajustement qualitatif sont repérées à travers les discours-jugements qui circulent dans le réseau d'échanges. La qualification de cette dimension de la qualité s'opère ainsi par le jugement. Certains référentiels de qualité font de cet ajustement la principale dimension de la qualité totale de l'organisation.

1.2. L'opposition entre la spécialisation et la diversification des services offerts

Avant l'avènement de la régulation concurrentielle marchande (du Tertre, 1999 ; Enjolras, 1995 et Haddad, 2004), l'offre des SAD était structurée sous forme de spécialisation sur des demandes spécifiques. On distinguait par exemple les établissements socio-sanitaires fournissant les services de soins à domicile et les associations d'aide-ménagère intervenant auprès des personnes âgées pour l'aide aux actes de la vie quotidienne. C'est le financeur qui répartissait la demande entre les offreurs. La régulation concurrentielle marchande en vigueur dans les SAD depuis les années 90 consacre l'allocation des ressources à la demande plutôt qu'à l'offre. Désormais, l'usager a la « liberté » d'opter pour le prestataire de son choix. Les spécialisations s'effacent progressivement ou profit de la diversification des services offerts. Le plan de développement des services à la personne (dit plan Borloo) mis en place en 2005 est un cadre incitatif à cette diversification puisque le périmètre d'activités couvert par l'agrément est élargi à une multitude de tâches domestiques.

La diversification de l'offre consiste à fournir, en plus des services d'aide-ménagère qui sont le cœur de l'activité des organisations de SAD, d'autres ser-

(8) Ribault (2008) identifie cette qualité d'adaptation des salariés à travers une « convention pragmatique », qui renvoie « à la capacité de s'adapter à l'imprévu, à générer de la confiance à travers la ponctualité et la continuité de son intervention, à bricoler des solutions mettant en jeu des aptitudes psychologiques et d'écoute » (p. 204).

vices spécialisés tels que l'aide à l'hygiène apportée par un personnel qualifié, les soins à domicile apportés par des aides-soignantes et des infirmières, l'accueil de jour, la garde de nuit, l'accompagnement à l'extérieur du domicile, etc. Ce type d'offre intégrée existe un peu partout en France. Dans notre échantillon d'organisations enquêtées, quatre d'entre elles offrent une prise en charge complète et variée. Elles sont identifiées par la population et les acteurs institutionnels comme des spécialistes de la prise en charge de la dépendance, ce qui fait leur réputation. Au sein de ce type d'offre, l'ajustement qualitatif est encadré par les règles de la profession et le contrat de prestation. Parallèlement, six structures de notre échantillon se sont spécialisées dans l'aide-ménagère où on trouve aussi bien des associations que des entreprises privées. Leur réputation est ainsi associée à cette spécialisation. L'ajustement qualitatif dans ce type d'offre est limité car il exclut la variété des services. Souvent, il se fait en général par la modification des tâches composant la prestation ou par la substitution du salarié par un autre plus expérimenté, plus rapide dans l'exécution du travail ou qui dispose de caractéristiques relationnelles adaptées aux attentes de l'usager. Cet ajustement est moins formalisé et se fait dans le cadre de la relation directe entre le prestataire, le salarié et l'usager.

1.3. L'opposition entre la spécialisation et la diversification des publics pris en charge

Parallèlement à la démarche de diversification (ou de spécialisation) des services, on peut constater une démarche complémentaire de diversification (ou de spécialisation) sur les publics pris en charge. Ainsi, la population aidée par certaines structures est composée très majoritairement de personnes âgées, voire de personnes très fragiles (spécialisation dans la prise en charge de la dépendance). Inversement, on peut trouver des structures, généralement de petite taille et souvent des entreprises privées, qui offrent une gamme de services variés pour des publics divers (personnes âgées, personnes handicapées, ménages biactifs, enfants en bas âge, parents isolés, etc.). Les statistiques de la DARES (2008) montrent clairement cette segmentation de l'offre entre le secteur associatif dont la clientèle est majoritairement (près des deux tiers des usagers) des personnes âgées et le secteur marchand dont l'offre est destinée en priorité aux personnes valides. Par ailleurs, il faut apporter un bémol à cette distinction. Le secteur associatif est très hétérogène, composé d'associations prestataires, mandataires, intermédiaires, associations d'aide familiale, etc. Certaines sont plus spécialisées dans l'aide aux personnes âgées et d'autres sont plutôt tous-publics. Cette distinction existe au sein même des associations prestataires notamment en prenant en compte leur taille et leur ancienneté. Ainsi, nous distinguons les organisations spécialisées dans la prise en charge des personnes dépendantes et celles spécialisées dans la prise en charge des besoins des ménages actifs. Entre ces deux pôles de spécialisation, existe un continuum d'organisations dont l'offre est plus ou moins diversifiée.

L'origine et les modalités de l'ajustement qualitatif sont différentes selon le type de public. Quand l'usager est une personne dépendante, l'apparition de nouveaux besoins suite à la dégradation de son état de santé conditionne cet

ajustement. Il est déclenché suite à une réévaluation de ses besoins par le personnel médical ou par le financeur. En revanche, l'ajustement de la qualité répond à la demande de l'utilisateur, suite à l'évolution de ses préférences par exemple, quand celui-ci n'est pas une personne fragile.

1.4. L'opposition entre la démarche de proximité et de standardisation de la prestation

La proximité dans la relation de service consiste à associer l'utilisateur dans la définition de la qualité et dans ses ajustements en fonction de l'évolution de ses attentes. Une proximité maximale suppose qu'il soit associé à la définition des tâches, au choix de l'intervenant, à l'évaluation de la prestation, à la réévaluation de ses besoins et à la façon dont la prestation doit évoluer pour prendre en charge ses attentes. Cette démarche consiste donc à distinguer les situations où l'utilisateur peut participer ou non à la construction de la qualité et à son adaptation. On trouve les situations où la qualité est définie au niveau de la relation directe entre l'utilisateur, le salarié et le prestataire, dans le sens où elle est co-construite (une proximité maximale). Cela signifie que l'ajustement de la qualité est individualisé et s'effectue dans le cadre de cette relation triangulaire. À l'opposé de cette situation, on trouve une démarche où la qualité est définie en dehors de cette relation triangulaire. Autrement dit, une situation où la prestation standard, définie par le marché ou par une norme type Iso. L'adaptation de la qualité s'effectue en suivant l'évolution de la demande qui domine le marché ou en fonction de l'évolution du référentiel de la norme. Ceci signifie que la qualité est identique pour l'ensemble des clients et sa manipulation ou son ajustement individualisé sont exclus (proximité minimale).

Ces différentes démarches sont observées dans la plupart des structures enquêtées mais avec des approches variées. Le degré d'aboutissement de chaque démarche est différent d'une structure à une autre. Par exemple, la spécialisation dans la dépendance des personnes âgées est nettement plus visible dans certaines associations de grande taille et dans certains établissements publics, alors que la diversification des publics caractérise les entreprises privées et une entreprise d'insertion. La démarche de professionnalisation est plus avancée dans les associations spécialisées dans l'aide aux personnes âgées mais fournissant des services variés à cette population. En outre, la détention d'une norme ou d'un label est souvent l'aboutissement de la professionnalisation. En revanche, les petites structures spécialisées dans les services d'aide-ménagère à destination des personnes âgées ou des ménages biactifs ont un retard dans leur démarche de professionnalisation, ce que Clergeau et Dussuet (*op. cit.*) qualifient de modèle de domesticité dans la mesure où le service est défini quasi-exclusivement à travers les qualités relationnelles des salariés. En croisant les quatre démarches présentées précédemment, on peut repérer quatre modèles d'organisation que l'on associe à des conventions de qualité.

2. Les conventions de qualité au croisement des démarches de qualité

Les quatre démarches de prestation définies plus haut sont généralement suivies par l'ensemble des prestataires que nous avons enquêtés. Mais chacun se singularise par le degré d'aboutissement de ces démarches. La démarche de professionnalisation par exemple distingue les organisations selon le critère de qualification des salariés : niveau de qualification des salariés et proportion de salariés qualifiés. Pour observer ces différences, nous avons positionné les organisations sur quatre axes représentant les quatre démarches. Les deux extrémités de chaque axe renvoient à deux modèles purs (cf. le diagramme suivant). Par exemple, la démarche de proximité oppose un modèle d'organisation proche des usagers et dont le service est individualisé à un autre modèle de type marchand où le service est impersonnel.

FIGURE 2 : Les conventions de qualité dans l'aide à domicile

Cet exercice nous a permis de définir quatre modèles d'organisation associés à des conventions de qualité, où chacune spécifie, d'une part les attentes des usagers et d'autre part, les modalités d'enregistrement, d'évaluation et d'ajustement de la qualité.

2.1. La convention de qualité relationnelle

Ce type d'organisation est spécialisé dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées dont l'offre est centrée sur l'aide-ménagère. Dans ce modèle, l'utilisateur est un acteur à part entière dans la relation de service. Il attend de l'organisation une plus grande latitude dans la définition et l'ajustement de la qualité. C'est lui qui définit (ou négocie) le contenu de ce qui doit être fait chez lui et la manière avec laquelle cela sera fait. Au salarié de mobiliser ses qualités relationnelles pour négocier un accord sur le service à rendre. Les compétences interactionnelles du salarié acquises généralement avec l'expérience permettent de décerner les attentes de l'utilisateur et de proposer une solution négociée. Cette capacité du salarié de s'adapter en individualisant les réponses et son aptitude à négocier les évolutions sans créer des tensions avec les usagers sont les principales caractéristiques de cette qualité relationnelle.

Dans ce modèle de qualité, l'organisation est en retrait. Tout en garantissant cette autonomie indispensable aux deux principaux acteurs de la relation à négocier l'accord sur le service, elle s'engage à être à l'écoute de l'utilisateur en cas de tensions avec son salarié. Elle intervient pour apporter des solutions aux conflits. Les procédures de prestation doivent être souples pour ne pas entraver la relation entre l'utilisateur et le salarié.

Les usagers choisissent ainsi ce type d'organisation pour leur souplesse dans la gestion de la qualité et la possibilité de négocier en permanence l'évolution du contenu du service. L'organisation de son côté recrute ses salariés sur la base de ces mêmes critères (9). Ainsi, l'évaluation de la qualité du service est effectuée à partir du registre des qualités relationnelles. Ce sont des caractéristiques idiosyncrasiques des individus (Eymard-Duvernay, 2004) acquises dans la sphère domestique. La qualification du service se fait par ce type de caractéristiques et par la démarche de proximité de l'organisation auprès des usagers et des salariés. Cette démarche permet à l'organisation d'être à l'écoute des attentes des usagers. Elle intervient en tant que médiateur pour débloquer la situation entre l'utilisateur et le prestataire en cas de tensions.

(9) Nos entretiens avec les responsables de certaines associations nous ont confirmé le fait que les critères de recrutement sont plutôt subjectifs (capacité à générer la confiance, le « savoir être », etc.). Ce sont ces mêmes critères qui sont utilisés par les responsables pour sélectionner dans l'effectif la salariée qui correspond le mieux aux caractéristiques des personnes aidées.

Ce modèle peut être associé à une organisation de petite taille dont le périmètre d'intervention est limité à un territoire restreint (la commune par exemple) ou au milieu rural. Les services fournis (l'aide-ménagère) ne nécessitent pas de qualification élevée et les procédures de prestation sont peu formalisées. Le mode mandataire où la relation de service se gère directement entre le salarié et l'usager illustre parfaitement ce modèle. Le modèle de gré à gré peut être associé à cette convention de qualité relationnelle.

2.2. La convention de qualité professionnelle contractualisée

Cette convention est associée aux organisations spécialisées dans la prise en charge de la dépendance qui proposent des services variés et une prise en charge intégrée des besoins (10). Leur activité s'inscrit généralement dans le cadre d'un partenariat (contrat) avec les acteurs institutionnels comme la caisse d'assurance-maladie qui subventionne les services de soins à domicile, le personnel de santé (médecins, hôpitaux, pharmaciens), le conseil général, les mairies, les associations d'habitants, etc. Des règles en termes de qualité et de professionnalisation de l'offre sont définies dans le cadre de ces partenariats. Le service offert par ce type d'organisation est ainsi qualifié à travers ces règles et les institutions partenaires portent la garantie du respect de celles-ci. En contrepartie, le prestataire bénéficie du réseau de ces partenaires pour la promotion de sa réputation ; laquelle réputation repose sur la confiance institutionnelle.

Les usagers qui s'adressent à ce type d'offre expriment des attentes en termes de qualité professionnelle et adaptative du service. Autrement dit, ils recherchent la garantie d'être aidés par des intervenants qualifiés respectant les protocoles d'intervention spécifiques à la prise en charge globale de la dépendance : protocoles de transmission d'informations entre les différents professionnels qui aident la personne fragile, de prévention des risques de dégradation de sa santé et d'adaptation de la qualité en fonction de l'évolution de son état de santé. Cette démarche professionnelle est complétée par la démarche d'individualisation de la prestation. En effet, les règles professionnelles, à partir desquelles le service est conçu, laissent de la place à sa co-construction avec l'usager ou sa famille. Leur implication dans la définition des besoins, du contenu de la prestation et de son planning prend tout son sens dans la négo-

- (10) Parmi les 14 organisations étudiées, quatre organisations illustrent ce modèle de qualité professionnelle : deux grandes associations très diversifiées et bénéficiant d'un marché local important synonyme d'économies d'échelle, une association de taille moyenne en situation de monopole dans un milieu rural et bénéficiant de subventions locales importantes, un CCAS, dont l'offre est très diversifiée, situé dans une ville à revenu moyen élevé et soutenu par une politique sociale municipale volontariste. L'ensemble de ces organisations sont liées par des conventions ou des accords d'objectifs avec les acteurs locaux de la politique sociale.

ciation du plan d'aide (11). La procédure de prestation et d'évaluation de la qualité est ainsi soumise à l'avis de l'utilisateur et/ou de sa famille. Une fois la relation mise en place, toute modification (importante) de ces règles nécessite la révision du contrat entre les trois acteurs : prestataire, usager et régulateur. Elle intervient souvent avec la renégociation d'un autre plan d'aide qui peut être demandé par l'utilisateur, son médecin traitant, l'équipe médicosociale ou l'organisation prestataire. L'ajustement de la qualité est ainsi formalisé par des règles, contrairement à la convention de qualité relationnelle où l'ajustement est informel entre l'utilisateur et le salarié.

2.3. La convention de qualité marchande

Les organisations qui s'inscrivent dans cette convention sont des prestataires spécialisés dans les services d'entretien du domicile à destination des personnes dépendantes et des personnes valides. En général, les salariés ne disposent pas de qualification professionnelle, à l'instar du modèle de qualité relationnelle. Pour l'utilisateur, ce qui est important c'est le prix à payer. Cela ne veut pas dire qu'il se désintéresse de la qualité. Mais, il optimise son choix au regard du rapport prix/qualité des prestataires. La qualité n'est pas donc totalement absente dans le calcul, mais il est nécessaire de la rattacher à un standard pour justifier son prix et autoriser ainsi le calcul. La maximisation de la quantité du service consommée avec un moindre prix (20 chemises repassées en 1 heure pour un prix de 15 € par exemple) est une forme de calcul adopté. Les prestataires dans ce modèle se différencient par le prix qu'ils affichent correspondant à une certaine quantité produite par unité de temps. Dès lors, la coordination peut se faire dans la mesure où l'équivalence entre le prix et la quantité/temps est possible. La qualité est ainsi rabattue à un rapport entre deux valeurs mesurables : unité de temps et quantité de « choses à faire ». La différence de prix dans ce modèle et suivant cet exemple correspond ainsi à la différence d'efficacité dans l'exécution des tâches. La standardisation de la qualité dans le modèle marchand est ainsi nécessaire pour s'entendre sur son évaluation. Mais l'incertitude sur la qualité existe toujours. La qualité du repassage par exemple est un résultat incertain.

Pour parer à d'éventuelles tensions, certaines entreprises innovent en proposant une échelle de prix progressif avec le niveau de la qualité désirée par le client. Une entreprise franchisée située dans le département du Nord propose quatre formules de services de ménage et de repassage différentes selon leur prix et la rapidité de l'exécution du salarié. Le client peut ainsi choisir entre ces trois formules selon sa disposition à payer un prix plus ou moins élevé pour

(11) Le plan d'aide est une procédure d'évaluation des besoins de la personne dépendante à travers une grille appelée AGGIR. Généralement ce sont les équipes médicosociales du département qui ont cette mission d'évaluation, mais souvent elle est effectuée par des responsables de secteurs des organisations prestataires.

des prestations fournies par des salariés plus ou moins efficaces (rapides). Cette possibilité d'ajuster la qualité par le prix et par l'interchangeabilité des salariés est une tentative d'internaliser l'incertitude dans le prix. Néanmoins, le calcul peut être entravé par l'ignorance, *ex ante*, du client des différences réelles de qualité entre les formules proposées. Le client ne peut que croire que la différence de prix correspond à la différence des qualités proposées. Sans cette croyance, l'accord marchand ne peut pas se faire.

Le prix de chaque formule, donc de la qualité correspondante, est défini par le marché. En effet, l'usager peut choisir entre les différentes combinaisons prix-qualité mais en aucun cas négocier le rapport prix-qualité d'une des trois formules. À la différence donc du modèle de la qualité relationnelle, l'ajustement se fait par le prix défini par les rapports de concurrence sur le marché.

2.4. La convention de qualité technique garantie

Ce modèle concerne des organisations fournissant un bouquet de services à destination de publics divers. La clientèle de ces organisations est composée de personnes fragiles (personnes dépendantes, handicapées et enfants en bas âge) et de personnes valides. L'offre s'apparente à une intégration verticale des services socio-éducatifs (aide à la scolarité), socio-sanitaires (aide à domicile d'hygiène, soins à domicile ou hébergement social spécialisés) ou des services techniques ou de confort (aide-ménagère, petits bricolages, accompagnement en dehors du domicile, etc.). Les réseaux nationaux de services à la personne illustrent bien ce modèle. Certaines organisations structurées en réseau intégrant des services sanitaires ou d'hébergement spécialisé peuvent être rangées dans ce modèle (12).

Le choix de s'adresser à ce type d'organisation peut être motivé par son expertise reconnue par des dispositifs spécifiques comme la certification, l'habilitation, la labellisation ou l'accréditation accordée par des organismes tiers. La qualification du service s'opère ainsi à travers ces dispositifs institutionnels qui définissent les règles de la prestation et garantissent leur respect. La qualité du service est donc conditionnée par la qualité de ces organismes tiers et la confiance qu'on leur accorde. Comme le soulignent Clergeau et Dussuet (*id.*), la reconnaissance de la professionnalité du prestataire par ces acteurs légitime son intervention en tant qu'expert.

L'expertise consiste à certifier la conformité du processus de production de la qualité à une certaine norme. Autrement dit, l'organisme tiers garantit l'adéquation entre les objectifs en termes de prise en charge des besoins d'aide à domicile et les moyens techniques, organisationnels et humains du prestataire.

- (12) C'est le cas de certaines associations qui fournissent essentiellement des services de soins infirmiers à domicile et d'hébergement spécialisé et accessoirement des services à domicile classiques. Les services fournis à des personnes en détérioration mentale et/ou physique sont de haute technicité médicale.

La dimension économique n'est pas totalement absente dans cette démarche de qualité comme le souligne Loubat (2004). La maîtrise des coûts est l'un des critères d'évaluation de la qualité dans la norme NF ou dans l'autorisation départementale par exemple. Mais d'autres critères également importants comme les compétences professionnelles, la qualité des équipements techniques, l'éthique de l'organisation, etc. font partie des référentiels de ces normes.

Dans ce modèle de qualité, l'usager a peu d'influence sur la définition du contenu de la qualité. En effet, l'harmonisation du processus de la prestation rend difficile l'adaptation immédiate de la qualité entre le salarié et l'usager et c'est cela qui fait la différence entre ce modèle de qualité et celui de la qualité professionnelle exposé précédemment. Certains auteurs évoquent ce risque de standardisation imputable à ce type de démarche (Coestier et Marette, 2004 ; Juran, 2002). Bien que la démarche d'individualisation de la prestation fasse partie des référentiels de ces standards, il n'en demeure pas moins qu'elle est restreinte par la démarche processuelle de la qualité. La qualité évolue avec l'évolution des connaissances technico-sanitaires (les techniques thérapeutiques par exemple) et plus généralement avec la modification de la demande (13). Les solutions aux éventuelles tensions dans ce modèle dépendent donc des innovations techniques, sanitaires et organisationnelles.

CONCLUSION

L'adaptation de la qualité aux attentes des usagers de services à domicile est sans doute un des principaux paramètres permettant de différencier les prestataires. C'est cette particularité qui distingue le plus les quatre modèles exposés plus haut. L'enquête que nous avons menée auprès des usagers a montré que la qualité d'adaptation est une attente fortement exprimée. Elle est même la principale cause d'insatisfaction, voire même d'échec de la relation de service pour certains d'entre eux. Pour maintenir un même niveau de satisfaction, les organisations proposent des solutions différentes. Dans la convention de qualité relationnelle, c'est au salarié que revient le rôle d'adapter sa prestation. L'organisation reste derrière le rideau et intervient comme médiatrice en cas de conflit aigu. Ce n'est pas le cas des organisations professionnelles où l'ajustement de la qualité est d'abord du ressort de l'organisation. Le salarié est tenu de concevoir la prestation à partir des règles définies par le contrat de prestation, et toute adaptation nécessite la modification de ce contrat. Bien évidemment, le maintien d'un niveau de satisfaction de l'usager impose une forte interactivité avec lui, ce qui permet déceler l'évolution de ses besoins et de lui proposer de nouvelles prestations plus adaptées.

Cette interactivité semble être fragilisée par la démarche de standardisation des prestations. La conception de la qualité à partir de la convention marchande et de la convention technique empêche l'implication de l'usager dans

(13) Le référentiel du certificat Qualicert par exemple a évolué en mars 2007 dans le but de prendre en compte l'évolution du secteur des services à la personne.

l'ajustement de la qualité. Cet ajustement dépend de la demande du marché (qualité marchande) ou de l'évolution des référentiels de la norme (qualité technique garantie). Dans les deux cas, l'adaptation de la qualité exclut l'usager. Il est l'œuvre d'une entité externe (le marché ou le gestionnaire du standard). Mais certaines organisations essaient plus ou moins de mettre en place des dispositifs spécifiques permettant la prise en compte des attentes individuelles des usagers. C'est le cas des formules de prestation différenciées par leur prix et leur niveau de qualité. L'usager peut alors choisir entre les qualités fournies selon sa disponibilité à payer le prix proposé. Ou encore, la tentative des organismes de normalisation de formaliser la prise en compte des attentes des usagers en recommandant aux organisations de mettre en place des enquêtes de satisfaction de leurs clients. Suivant les résultats de ces enquêtes, l'organisation peut faire évoluer les lignes directrices de sa qualité processuelle.

La convention de qualité relationnelle est sans doute le modèle le plus répandu. Cependant, l'encouragement de la professionnalisation de l'offre par les pouvoirs publics et la volonté des acteurs à construire une profession organisée autour des règles communes favorisent le modèle de qualité professionnelle. En même temps, l'ouverture du champ de l'aide à domicile à la concurrence exerce une influence sur ce modèle. En encourageant la concurrence par les prix et en équipant le consommateur d'une représentation marchande de la qualité, le plan de développement des services à la personne ne conduit-il pas les acteurs à se conformer progressivement à la convention de qualité marchande ? Il n'est pas rare de constater au sein même du secteur associatif une certaine évolution de l'offre vers le modèle marchand. L'investissement du segment le plus rentable du marché, à savoir celui des services dits de confort, en est l'illustration. Dans ce segment, le marché fonctionne avec une logique marchande contrairement au segment composé de l'aide aux personnes fragiles où la logique sociale et sanitaire domine. Mais les contraintes financières qui pèsent sur les organisations spécialisées dans ce segment entraînent une certaine rationalisation des interventions au domicile des personnes aidées (Dussuet, 2007). Cette rationalisation vise à réduire la dimension relationnelle de la prestation (Doniol-Shaw *et al.*, 2007) pour se concentrer sur les tâches plus techniques et facilement standardisables. La mise en concurrence des prestataires favorise ainsi la qualité marchande par sa standardisation.

BIBLIOGRAPHIE

- AKERLOF G. (1970), « The market lemons : quality uncertainty and the market mechanism », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 84.
- ANSP (2008), *Tableau de bord*. Observatoire de l'activité et de l'emploi dans les services à la personne, ANSP, mars 2008.
- BARCET A. et BONAMY J. (1994), « Qualité et qualification des services », in De Bandt J. et Gadrey J. (1994), *Relations de services, marchés de services*, CNRS Éditions, Paris.
- BOYER R. et ORLÉAN A. (2004), « Persistance et changement des conventions », pp. 243-273, in Orléan A. (éd.), *Analyse économique des conventions*, Puf, Paris.
- CALLON M., MEADEL C., RABEHARISOA V. (2000), « L'économie des qualités », *Politix*, vol. 13, n° 52, pp. 211-239.
- CAMPÉON A. et Le BIHAN B. (2006), « Les plans d'aide associés à l'allocation personnalisée d'autonomie. Le point de vue des bénéficiaires et de leurs aidants », DARES, *Études et Résultats*, n° 461.
- CLERGEAU C. et DUSSUET A. (2004), « La professionnalisation dans les services à domicile aux personnes âgées : l'enjeu du diplôme », *Formation Emploi*, n° 90, pp. 65-78.
- COESTIER B. et MARETTE S. (2004), *Économie de la qualité*, La Découverte, coll. Repères, Paris.
- DARBY M.-R. et KARNI E. (1973), « Free Competition and the Optimal Amount of Fraud », *Journal of Law and Economics*, vol. 16, pp. 67-88.
- DARES (2008), « Les services à la personne en 2006 : une croissance continue », *Premières Informations, Premières Synthèses*, n° 48.2.
- DEBONNEUIL M. (2008), *Les services à la personne : bilan et perspectives*, document d'orientation, n° 2008-M-024-01, Inspection Générale des Finances.
- DEVETTER F.-X. et ROUSSEAU F. (2007), « Services domestiques : quelles perspectives pour une stratégie d'industrialisation », *Revue d'Économie Industrielle*, n° 119.
- DONIOL-SAHW et al. (2007), *Les parcours professionnels des femmes dans le métier de l'aide à la personne. Levier et freins à la qualification et à la promotion*, rapport, LATTS, novembre.
- DUSSUET A. (2007), *Travaux de femmes. Enquête sur les services à domicile*, L'Harmattan, Paris.
- ENJOLRAS B. (1995), *Le marché providence : aide à domicile, politique sociale et création d'emplois*, Paris, coll. Sociologie économique, Desclée de Brouwer.
- ESPINASSE M.-T. (1993), « Autour de la demande, quelle conception de la solidarité : le rapport entre l'offre des services et les usagers », *Revue française des affaires sociales*, n° 4.
- EYMARD-DUVERNAY F. (1989), « Conventions de qualité et formes de coordination », *Revue Économique*, vol. 40, n° 2.
- EYMARD-DUVERNAY F. (2002), « Les qualifications des biens », *Sociologie du Travail*, 442, pp. 267-272.
- EYMARD-DUVERNAY F. (2004), « Coordination des échanges par l'entreprise et qualité des biens », pp. 331-358, in Orléan A. (éd.), *Analyse économique des conventions*, Puf, Paris.
- EYMARD-DUVERNAY F. (2009), « L'économie des conventions entre économie et sociologie. L'homo conventionalis calcule et parle », in Steiner P. et Vatin F. (2009), *Traité de sociologie économique* (dir.), PUF, pp. 131-164.
- FAVEREAU O. (1989), « Marchés internes, marchés externes », *Revue Économique*, numéro spécial, « Économie des conventions », mars 1989.
- GADREY J. (2003), *Socio-économie des services*, La Découverte, Paris.
- GALLOUJ C. (2008), *L'économie des services à la personne*, Wolters Kluwer France, Paris.
- GOMEZ P.-Y. (1994), *Qualité et théorie des conventions*, Economica, Paris.
- HADDAD P. (2004), « Quel développement des services de proximité ? Retour sur quinze ans de débats et de politique publique », *Économie et Sociétés*, n° 6.
- HIRSCHMAN A.-O. (1970), *Exit, Voice and Loyalty*, Cambridge, Harvard University press.
- JURAN J. (2002), « A Call to Action », The Summit Carlson School of Management, University of Minnesota, Minneapolis.
- KARPIK L. (1989), « L'économie de la qualité », *Revue française de sociologie*, 30 (2), pp. 187-210.
- KARPIK L. (2007), *L'économie des singularités*, Gallimard, Paris.
- KARPIK L. (2009), « Élément de l'économie des singularités » in Steiner P. et Vatin F. (2009), *Traité de sociologie économique* (éd.), PUF, pp. 131-164.

- KREPS D. (1990), « Corporate culture and economic theory », in Alt J., Shepsle K. (dir.), *Perspectives on Positive Political Economy*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 90-143.
- LAVILLE J.-L. et NYSENS M. (2001), « Une analyse économique du rôle des associations », in Laville J.-L., Nyssens M., *Les services sociaux entre associations, État et marché*, La Découverte, Paris.
- LOUBAT J.-R. (2004), « L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux », *Travail social*, n° 719.
- MESSAOUDI D. (2007), « Les tensions sur la qualité et les conventions dans l'aide à domicile aux personnes âgées », in Batifoulier P. et al. (éd.), *Approche institutionnaliste des inégalités en économie sociale*, tome 2, L'Harmattan, Paris.
- MESSAOUDI D. (2009), *Le fonctionnement du marché de l'aide à domicile en situation d'incertitude sur la qualité. Approche théorique et empirique. Le cas des services de l'aide aux personnes âgées*, thèse de doctorat en Sciences économiques, université Lille 1.
- NELSON P. (1970), « Information and Consumer Behaviour », *Journal of Political Economy*, vol. 78, pp. 311-29.
- ORLÉAN A. (1991), « Logique walrasienne et incertitude qualitative : des travaux d'Akerlof et Stiglitz aux conventions de qualité », *Économies et Sociétés*, série Oeconomia, PE, n° 14, janvier 1991, pp. 137-160.
- PAPERMAN P. (2005), « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », in Paperman P. et Sandra L. (dir.), *Le souci des autres*, Éditions de l'EHESS, Paris.
- RIBAUT T. (2008), « L'aide à domicile face au marché : l'impossible professionnalisation », in Jany-Catrice F. et al. (2008), *L'aide à domicile face aux services à la personne. Mutations, confusions, paradoxes*, rapport pour la DIISES.
- SAGOT-DUVAUROUX D. (2004), « Incertitude qualitative et fonctionnement des marchés : l'exemple des œuvres d'art », in Delamotte E. (éd.), *Du partage au marché, regards croisés sur la circulation des savoirs*, éditions du Septentrion, Paris.
- SALAI S. (2004), « Incertitude et interactions de travail : des produits aux conventions », pp. 396-427, in Orléan A. (éd.), (2004), *Analyse économique des conventions*, Puf, Paris.
- SALAI S. et STORPER M. (1993), *Les mondes de production*, Paris, EHESS.
- STEINER Ph., VATIN F. (éd.), (2009), *Traité de sociologie économique*, Puf, Paris.
- TERTRE C. du (1999), « Les services de proximité aux personnes : vers une régulation conventionnée territorialisée », *l'Année de la régulation*, vol. 3, La Découverte, Paris.