Sociologies

Les échelles territoriales de l'intervention sociale

Dossiers

Les échelles territoriales de l'intervention sociale

L'apparition d'organisations marchandes dans le domaine de l'aide et des soins à domicile en Suisse romande

Nouveaux enjeux pour les territoires ou redéfinition des territoires de l'aide et des soins de longue durée ?

CORINNE DALLERA, VALÉRIE HUGENTOBLER ET ANNICK ANCHISI

Résumés

Français English Español

Cet article porte sur le développement d'organisations marchandes dans le domaine de l'aide et des soins à domicile aux personnes âgées en Suisse romande. La littérature internationale souligne une orientation vers la marchandisation de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au niveau européen, une tendance favorisée notamment par des mesures visant à renforcer le pouvoir d'achat des usagers et usagères. Nous faisons l'hypothèse qu'en Suisse, ce sont les limites du maillage des politiques de la vieillesse autour de la prise en charge de l'aide et du travail domestique qui profitent aux organisations à but lucratif. C'est à partir de cette brèche et pouvant s'appuyer sur des politiques libérales concernant l'obligation de prise en charge et la réglementation du travail, qu'un marché privé de l'aide et des soins à domicile se développe en Suisse romande.

Inroads by for-profit organisations into the field of home care and home-health care in French-speaking Switzerland. Challenges to existing territories or redefinition of the boundaries of long-term care?

This article focuses on the increasing presence of market-oriented organisations in the field of home care and home-health care for older people in French-speaking Switzerland. The international literature on the subject shows a growing orientation towards market-type practices in the area of care for dependent older people in many European countries; this trend appears to be enhanced by measures such as personal budgets aimed at increasing the buying power of care users. In Switzerland, our hypothesis is rather that policies do not provide a dense enough level of service for the

elderly in the areas of home care and help for domestic tasks, and that gaps in service open up a window of opportunity for market-oriented, for-profit organisations. The private market for home care and home-health care in French-speaking Switzerland then develops on the basis of this first foothold, helped along by liberal public policies about providers in the field of care covered by health insurance, as well as in the area of employment legislation.

La aparición de organizaciones mercantiles en el ámbito de la ayuda domiciliaria en Suiza romanche. ¿Nuevas apuestas para los territorios o redefinición de los territorios de ayuda y de cuidados a largo plazo?

Este artículo trata del desarrollo de las organizaciones mercantiles en el ámbito de la ayuda y de los cuidados domiciliarios para las personas de edad avanzada, físicamente poco autónomas, en Suiza romanche. Los estudios internacionales subrayan la tendencia hacia la mercantilización de los cuidados con respecto a esas personas y esta tendencia es favorecida con las medidas que tienen como objetivo salvaguardar el poder adquisitivo de los que los utilizan. Construimos la hipótesis que en Suiza son los límites impuestos al conjunto de políticas con respecto a la vejez concernientes la ayuda en trabajos domésticos, los que hacen posible la emergencia de organizaciones lucrativas. Estos límites son la causa, favor izada además por las políticas liberales con respecto a la atención de las personas de edad avanzada y por las lagunas de la reglamentación laboral, por la que estos organismos han proliferado.

Entrées d'index

Mots-clés : intervention sociale, échelle territoriale, care, Suisse romande, vieillissement, dépendance

Texte intégral

Introduction

- Dans le contexte de la mondialisation du *care*¹, on assiste actuellement, en raison du vieillissement démographique, à une redéfinition des territoires de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans l'ensemble des pays de l'Europe occidentale. D'un point de vue spatial, le territoire de l'intervention s'est déplacé de l'institution vers le domicile. Sur le terrain, les prestataires historiques reconnus et subventionnés par les pouvoirs publics doivent désormais partager « leur » territoire avec des organisations à but lucratif et avec des personnes engagées en contrat de gré à gré directement par les personnes âgées ou leur famille. Au niveau des territoires de décision, on assiste à une redistribution des attributions en termes d'organisation et de financement entre les pouvoirs publics nationaux et locaux. Le champ professionnel de l'aide et des soins à domicile est par ailleurs un domaine flou, où les territoires d'activités des différentes catégories de personnels (infirmières qualifiées, aides-soignantes, auxiliaires) sont mal délimités et opacifiés par les contrats de gré à gré en pleine expansion. Enfin, l'argument du libre-choix évoqué par les tenants des prestations monétaires (Le Bihan, 2013) modifie les territoires vécus des bénéficiaires et de leurs proches. Sans aborder tous ces aspects, nous souhaitons revenir dans cet article sur quelques-uns des défis soulevés par ces transformations territoriales à partir des premiers résultats d'une recherche exploratoire² portant sur l'émergence d'une offre d'aide et de soins à domicile à but lucratif dans la partie francophone de la

Suisse. Dans le cadre de cette étude, nous avons mené, d'une part, des entretiens avec des responsables d'organisations d'aide et de soins à domicile marchandes et d'autre part, avec les chefs de service ou d'office au sein des administrations cantonales³ en charge de la politique de maintien à domicile au niveau local.

- 2 La première partie de cet article propose de contextualiser la privatisation de l'aide et des soins de longue durée en Suisse et plus particulièrement en Suisse romande en nous référant à la littérature internationale concernant les régimes de *care* envers les personnes âgées en perte d'autonomie en vue de dégager les convergences par rapport aux tendances générales observées en Europe occidentale, mais également ses particularités. En effet, si la Suisse suit le mouvement vers la privatisation et la marchandisation de la prise en charge perceptible ailleurs, cette évolution se fonde sur un certain nombre de spécificités. Les politiques incitatives et notamment les prestations monétaires visant à renforcer le pouvoir d'achat des bénéficiaires ne semblent pas être aussi centrales qu'ailleurs dans cette évolution et ce malgré deux réformes institutionnelles touchant les soins de longue durée aux personnes âgées que nous présentons dans une deuxième partie et qui constituent un enjeu important de l'ouverture au marché de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette particularité nous a conduit à déplacer notre perspective d'analyse et à nous intéresser d'avantage à ce qui échappe en quelque sorte – de manière plus ou moins construite par les politiques publiques – aux territoires de décision. Ce changement de perspective nous amène à faire l'hypothèse, que nous discutons dans les troisième et quatrième parties de cet article, que ce sont davantage les limites du maillage des politiques de la vieillesse autour de la prise en charge de l'aide et notamment du travail domestique qui profitent aux entreprises à but lucratif d'aide et de soins à domicile. C'est à partir de cette brèche et pouvant s'appuyer sur des politiques publiques libérales concernant l'obligation de prise en charge et la réglementation du travail, que le marché privé de l'aide et des soins à domicile se développe en Suisse romande.

Contextualisation de la privatisation de l'aide et des soins de longue durée en Suisse dans une perspective internationale

- 3 L'espérance de vie en Suisse, qui est parmi les plus hautes du monde, a presque doublé en un siècle et atteignait à la naissance respectivement 80,3 ans pour les hommes et 84,7 ans pour les femmes en 2011 (Office fédéral de la statistique OFS, 2013a). Quelque soit le scénario démographique, le nombre de personnes âgées et très âgées continuera de croître, tout comme leur part dans l'effectif total de la population. Aujourd'hui, on compte 28 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes entre 20 et 64 ans, alors qu'au début du xx^{ème} siècle, on en comptait seulement onze (OFS, 2013b). Le bilan de santé fonctionnelle et psychique des personnes âgées s'est toutefois globalement amélioré en vingt ans (Lalive d'Épinay & Hofstetter-Bétemps, 2000 ; Lalive

d'Épinay & Spini, 2008). Cette double évolution a des incidences sur les besoins en soins et en aide de longue durée, tels qu'ils sont mesurés et qui servent à déterminer en Suisse comme dans d'autres pays le degré d'autonomie des personnes. Selon cette codification, les besoins en soins sont évalués à partir des limitations dans les activités élémentaires de la vie quotidienne : se nourrir, se mobiliser, s'habiller ou se déshabiller, aller aux toilettes, se baigner ou se doucher. Les besoins en aide, quant à eux, sont évalués à partir des limitations dans les activités instrumentales de la vie quotidienne. Il s'agit d'activités considérées comme importantes, mais non élémentaires, par exemple faire des courses, effectuer des travaux ménagers, faire la lessive, préparer les repas, régler des tâches administratives, etc... En Suisse, en 2007, 6 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient légèrement dépendantes et seulement 4 % étaient moyennement à fortement dépendantes et nécessitaient des soins (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011). À partir de 80 ans et plus, les besoins en soins augmentent de façon notable. L'accroissement des cas de démence, des maladies chroniques et la polymorbidité complexifient les prises en charge et les rendent plus lourdes tant physiquement qu'émotionnellement. Par ailleurs, le bilan des besoins en aide est moins réjouissant. Si beaucoup de personnes âgées vivant à domicile ne sont pas dépendantes de soins au sens strict, elles ont cependant besoin d'aide pour certaines activités, comme les courses, le ménage ou les tâches administratives. En 2007, 16 % des personnes de 65 ans et plus avaient des besoins en aide élevés et le chiffre augmente à plus de 50 % pour les plus de 85 ans (*Ibid.*, 2011).

- 4 Historiquement, la première origine de l'aide et des soins à domicile relève de la sphère domestique : des solidarités familiales et de voisinage (Gardin, Nyssens, & Minguzzi, 2010), d'une part et de la domesticité (Angeloff, 2003 ; Dussuet, 2005 ; Fraisse, 2009), d'autre part. En Suisse romande, ce n'est qu'après la Deuxième Guerre mondiale que les autorités publiques (les cantons et les communes) ont progressivement reconnu les services d'aide à domicile fournis par les associations selon un mode de régulation tutélaire. Des subventions ont ainsi été accordées à des organismes privés de type associatif sur la base de critères de qualité prédéfinis. En raison de cette régulation historique, il existe actuellement un secteur important d'organisations non lucratives, encadrées et financées par les autorités publiques. En Suisse, il n'existe presque pas de services d'aide et de soins à domicile publics, mais les organismes privés à but non lucratif, dont les coûts sont financés environ à moitié par des financements publics (OCDE ⁴, 2011), fournissent actuellement 80 % des prestations à domicile déclarées et reconnues (OFS, 2011). Toutefois, malgré le développement de services professionnels parapublics, les proches demeurent toujours « le cœur du dispositif de l'aide et des soins à domicile » (Anchisi & Despland, 2010). Actuellement en Suisse près de quatre cinquièmes des personnes âgées et très âgées vivant à domicile mais pas seules et souffrant de limitations fonctionnelles pour des raisons de santé, reçoivent de l'aide d'autres membres du ménage et un peu moins de la moitié bénéficie d'une aide informelle extérieure au ménage (Höpflinger *et al.*, 2011). Or, à l'instar de ce qui est constaté ailleurs en Europe (voir par exemple Mallon, 2009), le recours aux proches a atteint ses limites. En effet, en raison de la diminution des naissances, de l'augmentation des divorces et du nombre de familles monoparentales, le réseau familial susceptible de fournir de l'aide et des soins

est devenu plus restreint (Stuckelberger & Wanner, 2005). Par ailleurs, le nombre de ménages à plusieurs générations a nettement diminué, ce qui peut rendre problématique la participation des enfants aux activités d'aide et de soins de leurs parents en cas de grande distance entre les deux lieux d'habitation (Höpflinger *et al.*, 2011). Enfin, une des caractéristiques du travail de prise en charge accompli par les proches est qu'il concerne essentiellement des femmes. Concernant l'aide intergénérationnelle en faveur d'un parent âgé, il est noté au niveau suisse que ce sont les filles de 45 à 64 ans qui s'investissent le plus (*Ibid.*, 2011). Dans la mesure où cette charge n'a pas été de pair avec un réel changement dans le partage des tâches domestiques et d'éducation des enfants entre les femmes et les hommes (pour la Suisse, voir Roux & Perrin, 1999), la croissance de l'activité professionnelle féminine, qui constitue un phénomène majeur de la deuxième moitié du *xx*^{ème} siècle, rend les femmes moins disponibles pour s'occuper de leurs parents âgés.

- 5 Allongement de l'espérance de vie, transformations des structures et des liens familiaux et augmentation du nombre de femmes sur le marché du travail conduisent à une insuffisance ou du moins à une réduction de l'aide informelle des proches et de la famille (Martin, 2008). Or, malgré ce « déficit de *care* » (Hochschild, 1995), des mesures sont prises un peu partout en Europe en vue d'encourager le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.
- 6 Malgré de grandes disparités nationales et régionales, le déplacement accéléré de l'aide et des soins de longue durée aux personnes âgées des institutions vers le domicile est une orientation commune à l'ensemble des pays de l'Europe occidentale depuis une trentaine d'années (Simonazzi, 2009) ⁵. Actuellement, partout en Europe, le taux de placement en institution (*homes* et maisons médicalisées) est minoritaire par rapport à la grande majorité des personnes âgées de plus de 65 ans qui vivent encore à domicile et y reçoivent des soins, l'entrée des personnes âgées en institution s'opérant à un âge de plus en plus avancé et, dans la plupart des cas, lorsqu'elles sont déjà sévèrement touchées par la maladie ou le handicap (Arbuz, 2004 ; *Gérontologie & Société*, 2005 ; Guilley, 2005). Concernant la Suisse en général, en 2008, 6,4 % de la population âgée de plus de 65 ans recevaient des soins dans une maison de retraite ou un établissement médico-social, alors que 12,3 % recevaient des soins à domicile (OCDE, 2011). Cette tendance est accentuée en Suisse romande où le réseau de services à domicile est plus développé que la moyenne helvétique, la Suisse alémanique ayant une tradition de recours à l'institution plus ancrée. Synonyme de « qualité de vie » et « d'autonomie » d'une part et de moindres coûts d'autre part, le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est ainsi devenu un projet de société consensuel et soutenu par les pouvoirs publics à travers un certain nombre de mesures. Concernant la Suisse romande, le virage ambulatoire s'est appuyé en premier lieu sur des politiques visant à restreindre l'offre subventionnée institutionnelle. Mentionnons à ce titre, les moratoires sur les établissements médico-sociaux du canton de Genève (1992-2000) et du canton de Vaud (1993-2001) qui ont conduit à une pénurie de places disponibles dans les institutions médicalisées.
- 7 Au niveau européen, ce virage ambulatoire s'accompagne d'une deuxième tendance, soit une orientation vers la marchandisation. D'une part, les fournisseurs de l'économie privée jouent un rôle toujours plus grand et reconfigurent les divisions historiques entre services publics, privés lucratifs et

sans but lucratif. D'autre part, le *cash for care*, ou les prestations monétaires (Le Bihan, 2011), tendent à remplacer les prestations en nature fournies ou subventionnées auparavant par les autorités publiques (Da Roit, Le Bihan & Osterle, 2007 ; Simonazzi, 2009 ; Gardin *et al.*, 2010). Si au niveau international, la privatisation de l'aide et des soins à domicile s'appuie fortement sur des politiques publiques incitatives fondées sur un certain nombre de mesures financières visant à encourager la prise en charge par la famille ou permettant aux familles de déléguer les activités de *care* envers les personnes âgées au secteur privé, ce n'est que peu le cas en Suisse qui, en comparaison européenne, figure parmi les pays dont les dépenses globales pour les soins de longue durée sont parmi les plus hautes, mais qui se distingue néanmoins par sa part de financement public (environ 40 %) très en dessous de la moyenne européenne (80 %) (Medici & Schilliger, 2012).

8 En Suisse, divers systèmes d'assurances sociales sont susceptibles d'intervenir dans le financement de la prise en charge à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (Anchisi & Despland, 2010). L'évaluation des besoins et les conseils pour les soins, les soins de traitement et les soins de base, considérés comme ne faisant plus partie du traitement médical mais visant à compenser les conséquences de la dépendance, sont remboursés par les assureurs-maladie et soumis à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Les personnes contraintes de recourir à un tiers pour accomplir une partie ou la totalité des activités de la vie quotidienne ont droit à une allocation pour impotent (API) une prestation mensuelle en espèces versée dans le cadre de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). Les personnes qui assistent quotidiennement des proches ayant droit à une API peuvent bénéficier des bonifications pour tâches d'assistance qui ont pour but d'assurer une rente AVS plus élevée aux aidant-e-s. Il ne s'agit pas d'une contribution en espèces mais d'un revenu « virtuel » qui sera comptabilisé dans le calcul du montant de la rente. Les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants recouvrent les frais de maladie et d'invalidité non couverts par l'assurance ou les prestations d'aide, mais sont octroyées sous conditions de ressources. Certains cantons accordent des aides particulières ⁶. Aussi, à l'instar d'autres pays européens, des mesures encourageant le maintien à domicile existent aux niveaux national et cantonal.

9 Cependant, on ne peut pas considérer le régime de prise en charge helvétique comme incitatif à la privatisation. En effet, si les frais liés aux soins proprement dits (prestations médicales et soutien aux activités de la vie quotidienne) sont pris en charge dans le cadre des différentes assurances sociales suisses, ceux liés à l'aide (soutien aux activités instrumentales de la vie quotidienne) doivent être assumés par la personne qui en bénéficie, sauf si ses revenus n'atteignent pas le seuil considéré comme le minimum vital. Par ailleurs, si la Suisse pratique le *cash for care* à travers l'allocation pour impotent, des recherches antérieures soulignent que ce droit reste peu connu et peu utilisé (Anchisi, 2009). Les prestations monétaires en vigueur dans les autres pays européens peuvent s'accompagner d'autres mesures comme les réductions fiscales, des congés et des aménagements du temps de travail dont l'objectif annoncé serait une meilleure « conciliation » des activités de *care* (envers les personnes âgées, en situation de handicap et les enfants) avec l'activité professionnelle (Le Bihan & Martin, 2008). Or, bien que la Confédération relève que le soutien de la part des proches représente un travail lourd (Conseil fédéral, 2007), ce constat n'a

pas été suivi jusqu'à ce jour de mesures concrètes d'encouragement au niveau national, les initiatives demeurent à l'échelle locale (Stuckelberger & Wanner, 2005 ; Lucas, 2010) ou de l'entreprise (Ledergerber, van Holten, & Careum, 2012).

La privatisation des soins à domicile comme enjeu territorial de deux révisions institutionnelles récentes

- 10 En raison du fédéralisme et d'une prise en charge décentralisée, les cantons, voire les communes ont historiquement de larges prérogatives, dont notamment l'organisation de l'aide et des soins à domicile (Lucas, 2010). Au cours de la dernière décennie, les soins de longue durée aux personnes âgées et leur système de financement ont été marqués par deux réformes institutionnelles représentant un report des charges sur les cantons et sur les individus.
- 11 Tout d'abord, la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), entrée en vigueur en 2008 et ayant pour objectif de rééquilibrer les ressources et les charges entre les différents cantons et de désenchevêtrer les tâches entre ces derniers et la Confédération a renforcé l'ancrage territorial des soins de longue durée tant du point de vue de leur organisation que de leur financement. Le principe de subsidiarité au fondement de la RPT voulant que la Confédération ne se charge que des tâches que les cantons ne peuvent assumer a dans les faits occasionné un report des charges et des tâches important sur ceux-ci. Concernant l'aide et les soins à domicile, la Confédération ne subventionne plus désormais que les organisations privées pour leurs activités à l'échelle nationale (conseil et assistance aux personnes âgées, organisation de cours, tâches de coordination et de développement), alors que les activités cantonales (soins infirmiers, soins à domicile, aide au ménage) sont financées par les cantons (Rossini *et al.*, 2012).
- 12 Le Nouveau régime de financement des soins quant à lui, entré en vigueur en 2011, représente un tournant législatif déterminant concernant les soins de longue durée et un enjeu du développement potentiel d'un marché. Tels qu'annoncés dans le message du Conseil fédéral du 16 février 2005 accompagnant le projet de révision, deux objectifs sont au fondement de celui-ci:

« d'une part, améliorer la situation sociale difficile de certains groupes de personnes nécessitant des soins; d'autre part, éviter de charger davantage financièrement l'assurance-maladie qui, dans le système actuel, prend en charge un nombre croissant de prestations de soins liées à la vieillesse. Si, dans la pratique quotidienne des soins, on n'est guère amené à faire la distinction entre ceux qui sont dus à la maladie et ceux qui sont liés à l'âge, il est indéniable que la vieillesse augmente nettement le risque d'avoir besoin de soins. Dans le système suisse d'assurances sociales tel qu'il s'est développé au fil des ans, structuré en fonction des risques, il ne faudrait pas que cette charge supplémentaire due à l'âge soit supportée sans limites par l'assurance-maladie » (Conseil fédéral, 2005).

- 13 Afin d'y répondre, la nouvelle réglementation comprend une révision partielle des trois régimes d'assurances sociales (AVS, LAMal, PC) auxquels les soins de longue durée aux personnes âgées sont soumis. Concernant le premier objectif deux modifications ont été introduites. Nous ne revenons pas ici sur la modification qui concerne la loi sur les prestations complémentaires (PC) et qui contient notamment de nouvelles règles concernant le calcul du montant déterminant de la limite de revenu et de fortune permettant un droit pour les personnes séjournant sur le long terme en établissement médico-social et à l'hôpital et visant à éviter que ces personnes ou leur conjoint-e à domicile doivent recourir à l'aide sociale. Une autre modification concerne l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). Le droit à l'allocation pour impotent a été élargi : jusqu'alors seuls deux degrés fondaient un droit à cette allocation, l'impotence moyenne et l'impotence grave. Le nouveau régime de financement des soins introduit une allocation d'impotence faible. Si cet élargissement du cercle des ayants droits peut être interprété comme une mesure visant à favoriser l'accès au libre marché de l'aide et des soins à domicile, l'importance que joue actuellement cette allocation dans la quasi-marchandisation (Gardin *et al.*, 2010) de l'aide et des soins de longue durée doit être relativisée dans la mesure où l'introduction de l'API dans le régime de l'AVS date des années 1960, donc bien avant le virage ambulatoire et que, comme nous l'avons mentionné, ce droit reste encore peu connu et peu utilisé par les personnes concernées. Par ailleurs, l'élargissement de ce droit est davantage le fruit d'un compromis visant à compenser le désengagement partiel de l'assurance maladie et le report des coûts sur les personnes assurées bénéficiaires de soins de longue durée, introduits par les modifications de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie.
- 14 Concernant plus spécifiquement les soins de longue durée à domicile, la répartition des coûts entre l'assurance-maladie obligatoire, le patient et les cantons est désormais réglée de la manière suivante : la contribution de l'assurance obligatoire est fixée par le Conseil Fédéral ; des tarifs à l'heure identiques dans toute la Suisse sont édictés pour les soins de base, les examens et les traitements, ainsi que pour l'évaluation, les conseils et la coordination ; le remboursement des montants dû aux prestataires par les assureurs s'effectue par unité de temps de 5 minutes ; au minimum 10 minutes sont remboursées⁷. Une participation pouvant s'élever jusqu'à 20 % de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral peut désormais être demandée au patient en plus de la franchise et de la quote-part. Les cantons peuvent néanmoins décharger les assurés en abaissant cette participation. Enfin, la loi stipule que « les cantons règlent le financement résiduel »⁸. En d'autres termes, ils doivent assumer les coûts restants.
- 15 L'économiste Annamaria Simonazzi montre que si la privatisation et les prestations monétaires ont dans tous les pays pour but déclaré de renforcer le rôle du marché et d'accroître l'efficacité du secteur par sa réorganisation en une multitude d'acteurs compétitifs, le désaccord existe toutefois quant au degré de compétitivité que doit avoir ce marché « social » (Simonazzi, 2009). Comme le marché privé est encore étroitement dépendant du financement public, les pouvoirs publics locaux ou nationaux maintiennent la gouvernance et la coordination du marché privé et garantissent plus ou moins certains standards de qualité. Selon cette grille d'analyse, le financement résiduel représenterait un instrument de contrôle du marché important pour les pouvoirs publics locaux. Cependant, les logiques politiques et économiques à l'œuvre en Suisse

romande apparaissent comme plus complexes.

- 16 Certains cantons romands mettent bien en effet la priorité sur le contrôle du secteur marchand en posant des exigences, soit à travers des contrats de prestations, soit en fixant dans la législation cantonale des critères comme l'application d'une convention collective de travail, l'obligation de prise en charge ou le respect de la planification médico-sociale, applicables à tous les prestataires – qu'ils soient à but lucratif ou non – revendiquant le financement résiduel. Toutefois, pour d'autres cantons, c'est la compression des dépenses publiques qui prime et à ce titre, ils ne prévoient pas de financement résiduel pour les organisations de soins de longue durée à but lucratif, ce qui n'empêche pas ces dernières de s'y implanter. En Suisse romande, une comparaison de ces politiques avec le nombre d'organisations à but lucratif implantées par région montre que leur répartition territoriale dépend d'autres facteurs : le niveau des revenus et des fortunes ainsi que la topographie des régions. En effet, si plusieurs organisations à but lucratif sont actives dans le canton de Genève, un canton urbain où le nombre de personnes disposant d'un revenu et d'une fortune élevée est important en comparaison nationale (et internationale) alors qu'elles ne peuvent y prétendre au financement résiduel, aucune n'est présente dans les cantons du Jura et du Valais où elles pourraient à certaines conditions percevoir le financement résiduel, mais où la topographie n'est pas propice aux déplacements et où le nombre de personnes à hauts revenus est faible en comparaison nationale.

Les limites du maillage des politiques de la vieillesse autour de la prise en charge de l'aide et les transformations du travail de *care*, vecteurs de développement du marché de l'aide et des soins de longue durée en Suisse romande

- 17 L'aide et les soins de longue durée sont un domaine flou et aux limites mal définies. Les prestations fournies, notamment, sont très diverses (paramédicales/médicales, tâches domestiques, soins individualisés, portage des repas, petits travaux de dépannages, etc.). Ingo Bode et Brice Champetier soulignent que les termes pour délimiter le champ qui renvoient à des constructions socio-historiques spécifiques sont parlants, l'accent pouvant être mis plutôt sur le pôle infirmier ou plutôt sur celui de l'aide-ménagère (Bode & Champetier, 2012). Dans la pratique, toutefois, les deux domaines se chevauchent. En Suisse, on parle d'*aide et de soins à domicile* en Suisse romande et de SPITEX (pour SPITalEXterne Hilfe und Pflege, aide et soins extrahospitaliers) en Suisse alémanique pour désigner les prestations fournies par les organisations historiquement reconnues et subventionnées. Le dispositif public tel qu'il se présente aurait donc pour objectif de couvrir autant

les besoins en soins qu'en aide. Or, dans les faits ces deux pôles ne sont ni reconnus et financés, ni développés en symétrie. Tout d'abord si un certain nombre d'activités de la vie quotidienne sont socialement et politiquement reconnues comme « vitales » et se traduisent légalement par une reconnaissance en tant que « besoins » devant être considérés dans le cadre des assurances sociales suisses, l'aide quant à elle (soit le soutien aux activités instrumentales de la vie quotidienne, qui porte tout le poids historique de l'invisibilité sociale du travail domestique accompli gratuitement par les femmes), est renvoyée à la sphère privée et n'est pas reconnu dans le cadre assurantiel à moins de vivre en-dessous d'un seuil considéré comme le minimum vital. En corollaire, elle n'est soumise à aucune règle au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Les propos d'un responsable cantonal en charge du maintien à domicile sont révélateurs de cette non-reconnaissance :

« Et faire du ménage pour faire du ménage, c'est peut-être pas le rôle d'un service d'aide et de soins à domicile. Son rôle c'est plutôt d'intervenir dans des situations où les gens sont vraiment fragiles. Et puis, s'il n'y a que du ménage à faire, si c'est un service uniquement "femme de ménage", alors ce n'est en tout cas pas à un service public de le faire. Si c'est un besoin qui relève d'un mandat médical, mais que ce n'est pas en lien avec d'autres prestations, qu'il n'y a pas, je dirais, une prestation générale qui chapeaute toutes les autres, et bien là par exemple [l'organisme reconnu] va déléguer à [X, entreprise privée]. »
(Responsable cantonal, chef d'Office).

18 Une volonté de réduire les prestations d'aide proposées par les services subventionnés au profit d'une spécialisation dans les soins de base est ainsi perceptible, notamment en ce qui concerne le travail domestique. Cette tendance est confirmée d'un point de vue quantitatif par la statistique fédérale de l'aide et des soins à domicile qui montre qu'entre 1998 et 2008, le nombre d'heures moyen par client a progressé de 37 à 48 heures pour les soins, alors qu'il a diminué de 57 heures à 43 heures pour les prestations d'aide (Höpflinger *et al.*, 2011). Dans la mesure où, concernant les personnes âgées, les besoins en aide augmentent plus rapidement que les besoins en soins, la diminution des prestations en aide fournies par les organisations subventionnées profite au développement d'un marché privé, en témoigne le fait que pour la très grande majorité des organisations à but lucratif, le nombre d'heures de prestations d'aide est plus important que le nombre d'heures de prestations de soins.

19 La reconnaissance des organisations d'aide et de soins à domicile en tant que services professionnels s'est traduite par un certain nombre de normes organisationnelles visant à les démarquer du modèle domestique et à le rapprocher du modèle hospitalier (Clergeau & Dussuet, 2004). Ainsi certains services ménagers, comme le nettoyage des vitres, ne sont officiellement pas fournis, une rotation systématique des professionnelles en vue d'éviter toute personnalisation et tout attachement est la règle, peu de latitude de choix concernant les horaires de passage des intervenantes est laissée aux usagers et usagères. Les travaux de Frédéric Balard montrent que si

« le discours des personnes âgées sur le "système" sanitaire et social qui les concerne apparaît souvent flou. En revanche, les individus en pointent aisément les dysfonctionnements tels que le turn over des aidants, la lourdeur des démarches, la difficulté à trouver un interlocuteur unique qui les suivra de manière continue, le décalage temporel entre l'apparition d'une difficulté et la mise en place d'une

solution ou compensation, etc. » (Balard, 2010).

20 Par ailleurs, en raison des injonctions à l'efficacité et à l'économie et sous la pression des assureurs, les prises en charge sont de plus en plus standardisées et leur durée chronométrée et contrôlée. Ces nouvelles contraintes tendent ainsi à amputer le travail de *care* de deux de ses composantes essentielles, soit ses dimensions relationnelles et émotionnelles, ce qui est perçu tant de la part des professionnelles (Lada, 2011) que par les usagers et usagères comme une dégradation de la qualité du travail d'aide et de soins.

21 Or, c'est bien sur ces aspects de mécontentement que les organisations marchandes construisent leur offre de service. En témoignent ces courts extraits d'entretien :

« C'est qu'on est plus proche des clients, on est plus flexible, on peut assurer que ce soit toujours la même intervenante qui vienne. C'est ça et on n'est pas stressé par le BARman [système de saisie des prestations]. Nous, plus on facture, mieux c'est ! Ben oui. C'est ça. Donc si il faut rester 20 minutes de plus, nous on reste 20 minutes de plus » (Responsable d'une organisation à but lucratif active à l'échelle régionale dans le domaine de l'aide)

« Ah ben très simple. Comme je vous disais auparavant, nous on respecte des plannings, on respecte des horaires, on respecte je dirais la demande de nos clients. Parce qu'il faut toujours savoir que le client pour nous ça reste un client » (Responsable d'une organisation à but lucratif active sur plusieurs cantons dans le domaine des soins et de l'aide à domicile).

22 Ainsi l'abandon par les organisations subventionnées de certaines activités relevant de l'aide – qui, dans un canton, se traduit même par une délégation de certaines situations à une organisation à but lucratif – et les transformations affectant le travail de *care* dans les organisations subventionnées créent des brèches dans le dispositif public, qui ouvrent la voie à la marchandisation de l'offre. Toutefois, le développement effectif du marché dépend également de plusieurs autres conditions. Tout d'abord, le domaine d'activités doit être rentable, donc susceptible de dégager des bénéfices. Par ailleurs, dans la mesure où, malgré ses « failles », la fourniture de prestations par les services subventionnés demeure élevée, les organisations à but lucratif doivent trouver une clientèle et afin de la garder être en mesure de remplir leurs « promesses ». Ces deux conditions impliquent de bénéficier de conditions-cadre suffisamment souples en matière de sélection des clients et de gestion et de conditions de travail du personnel.

Des règles différentes pour les organisations subventionnées et les organisations marchandes

23 Pour pouvoir pratiquer les soins à domicile, les organisations à but lucratif ne sont pas tenues, comme les organisations subventionnées, de répondre à toutes les demandes, à moins qu'elles s'y soient engagées en échange d'une part de financement public par un contrat avec les pouvoirs locaux. La très grande majorité des personnes responsables d'organisations à but lucratif pratiquant

les soins à domicile interviewées affirment accepter *a priori* toutes les situations. Cependant, la grande majorité soulignent les difficultés qu'engendrent des demandes d'interventions courtes, comme faire une injection ou mettre des bas de contention à une personne.

« Au niveau organisationnel, c'est beaucoup plus simple une prise en charge 24 h sur 24 qu'une personne chez qui on va mettre les bas de contention le matin. Et puis qu'on respecte l'horaire de la personne. Donc elle veut ses bas de contention à 7 heures et puis tu as sa voisine qui veut aussi les bas de contention à 7 heures. On peut jongler, mais il y a une heure de pointe et ça, toutes les organisations de soins à domicile le disent. C'est-à-dire qu'entre 8 heures et 10 heures, c'est l'heure de pointe, tout le monde veut ses soins là. Donc là, on se casse la tête chaque semaine sur les plannings, mais en règle générale, en fixant les mêmes employées qui vont chez les mêmes patients, on y arrive, mais c'est pas simple. C'est une gestion qui est extrêmement compliquée » (Responsable d'une organisation à but lucratif active à l'échelle régionale dans le domaine des soins et de l'aide à domicile).

24 Certaines personnes responsables considèrent ces interventions courtes et notamment, lorsqu'elles demandent de se déplacer dans des territoires peu accessibles, comme des situations-limites pouvant être refusés et donc devant être négociées : « Alors tout dépend : oui, si c'est juste une fois par semaine une injection et puis qu'il faut mettre plus d'une heure pour aller, peut-être que là on refuserait, après si c'est une prise en charge plus importante tout est ouvert à discussion » (Responsable d'une organisation à but lucratif active à l'échelle régionale dans le domaine des soins et de l'aide à domicile).

25 Dès lors, des limites à l'intervention peuvent être posées : « On a une demande où ça peut être un peu loin, [...]: on peut organiser mais – ben on pose nos conditions. [...] et ça nous est arrivé de leur dire "ben voilà – donc nous on le prendra pas tous les jours" » (Responsable d'une organisation à but lucratif active à l'échelle régionale dans le domaine des soins et de l'aide à domicile). Ou à l'inverse un « élargissement » de la prise en charge peut être négocié, notamment en proposant des prestations d'aide supplémentaires :

« Ça veut dire que nos missions sont des missions combinées, alors jamais seulement les soins, la valeur ajoutée est qu'on a toujours aussi de l'assistance, de l'accompagnement, de l'aide au ménage, des piquets de nuit, des gardes de nuit et la valeur ajoutée est aussi qu'on travaille avec un système de confiance, de relation, ça veut dire qu'on a toujours la même personne ou la même équipe qui est dans une mission, on change pas le personnel, vous voyez ? Et là, le client il dit "ok, ça c'est la valeur ajoutée que j'aimerais avoir, c'est pourquoi je préfère une organisation privée". Et [les services subventionnés], eux ils doivent accepter tout le monde, ils doivent accepter les missions seulement soins et des missions très courtes » (Responsable d'une organisation à but lucratif active sur plusieurs cantons dans le domaine des soins et de l'aide à domicile).

26 Le développement du marché de l'aide et des soins à domicile dépend également étroitement d'une organisation temporelle du travail et d'une rémunération des tâches des différentes intervenantes suffisamment souple pour remplir les attentes des bénéficiaires et générer des bénéfices. Parmi les organisations d'aide et de soins à domicile que nous avons rencontrées, les principales sont titulaires d'autorisations de pratiquer la location de services et c'est selon les conditions et les obligations fixées par la Loi fédérale sur le service de l'emploi et la location de services (LES) que les contrats de travail

des intervenantes et ceux conclus avec les clients sont établis, ce qui leur offre plusieurs avantages face aux organisations subventionnées.

« Et maintenant on continue ce même circuit, car quand on engage quelqu'un, nous on n'a pas toujours le volume de travail, si la personne nous dit moi je veux un 80 %, nous on n'y arrive pas toujours, alors hop, pour 40 % on place dans des EMS qui sont clients et qui nous appellent régulièrement. Donc ça nous permet d'avoir ce flux, puis d'avoir toujours beaucoup de personnel à disposition et donc d'être très rapide, de pouvoir répondre à toutes les demandes très vite, des prises en charge très lourdes... » (Responsable d'une organisation à but lucratif active à l'échelle régionale dans le domaine des soins et de l'aide à domicile)

- 27 Toutes les entreprises titulaires d'une autorisation de location de services fédérale ou cantonale et dont la masse salariale est supérieure à 1'200'000 francs suisses par année civile sont par ailleurs soumises à la Convention collective du travail temporaire fédérale. Or, dans certains cantons qui demandent l'application d'une convention collective de travail (CCT) pour pouvoir percevoir le financement résiduel, l'application de la CCT du travail temporaire est une condition suffisante pour l'obtenir. Les dispositions de cette dernière sont néanmoins nettement moins favorables aux salariées que celles des CCT cantonales du domaine de la santé auxquelles les organisations subventionnées sont soumises, notamment en termes de garantie d'un taux d'activité, de salaire de base et de progression salariale. À l'exception d'une entreprise interviewée, les aides-soignantes, les assistantes en soins et santé communautaire et les auxiliaires de santé Croix-Rouge qui constituent la part la plus importante du personnel du domaine (lucratif et non-lucratif confondus) sont engagées et rémunérées à l'heure dans les organisations à but lucratif. Les infirmières sont parfois, mais pas nécessairement rémunérées sur une base mensuelle. Selon les propos recueillis, les déplacements sont défrayés et quelques fois rémunérés. Les taux d'activités des intervenantes sont extrêmement variables d'une entreprise à l'autre, mais généralement aucun taux d'activité minimum n'est garanti. De même en cas de décès ou d'entrée en institution d'un client, « la mission » est généralement suspendue.

« Alors moi quand je les engage, c'est vraiment sur demande, sans salaire fixe, sans taux d'activité fixe, c'est à la demande et puis voilà, ça augmente ou... Mais je pars toujours du principe qu'elle commence avec un ou deux clients et puis... pas lui promettre déjà son planning rempli et qu'après je n'ai pas de demande et que ça me stresse complètement » (Responsable d'une organisation à but lucratif active à l'échelle régionale dans le domaine de l'aide).

- 28 Aussi, même si un trop grand *turn over* des employées serait préjudiciable aux entreprises qui promettent à leur clientèle de limiter au maximum le nombre et les changements d'intervenantes et que la plupart des personnes responsables interviewées affirment essayer de répondre au mieux aux « souhaits » de taux d'activité des personnes engagées et de les replacer au plus vite auprès d'une autre personne en cas de décès ou d'institutionnalisation afin de les fidéliser, la flexibilité de l'offre proposée par les organisations à but lucratif est fortement tributaire de la flexibilité des conditions de travail du personnel rendue possible par la très faible réglementation du travail temporaire en Suisse qui est fixée au niveau fédéral.
- 29 La possibilité laissée aux organisations d'aide et de soins à domicile à but

lucratif par les politiques publiques d'appliquer les conditions de travail des entreprises de placement et de location de services permet à une partie d'entre elles de se soustraire aux réglementations cantonales du travail dans le domaine socio-sanitaire. Ainsi, si le domaine de l'aide et des soins à domicile relève désormais des politiques cantonales, des dispositions concernant une partie des personnes employées dans le secteur leur échappent et sont réglées à l'échelon fédéral, créant ainsi de nouvelles divisions entre les personnes employées dans le même domaine et sur un même territoire.

Conclusion

30 Le marché de l'aide et des soins à domicile en Suisse romande bénéficie dorénavant de conditions favorables à son développement et cela, sans mesures visant à renforcer le pouvoir d'achats des usagers et des usagères. Cette ouverture repose tout d'abord sur des brèches dans le dispositif (para)public concernant l'aide à domicile, qui n'est pas reconnue dans le cadre de l'assurance de base et qui est de plus en plus délaissée par les services subventionnés. Par ailleurs, la standardisation des prises en charge imposée notamment par les assureurs maladie est de moins en moins compatible avec certaines situations. Ces limitations ainsi que les transformations du travail de care ouvrent aux organisations à but lucratif les frontières de territoires d'intervention non couverts ou abandonnés, mais où la demande est de plus en plus élevée en raison de l'augmentation du nombre de personnes très âgées et des transformations des structures familiales. Cela dit, on constate également de grandes inégalités dans les territoires géographiques investis par les organisations marchandes qui se concentrent pratiquement toutes dans certaines régions à hauts revenus et faciles d'accès. Par ailleurs, si certaines souhaiteraient une démocratisation de l'accès à leurs prestations à travers des financements publics et disent être prêtes à accepter toutes les situations, d'autres à l'inverse revendiquent une image « haut de gamme ». Ces tendances contradictoires soulignent les incertitudes que soulèvent les transformations actuellement à l'œuvre dans le domaine de l'aide et des soins à domicile. Dans quelle mesure et à quelles conditions les organisations marchandes seront-elles disposées à prendre en charge des situations délaissées ou incompatibles avec les nouveaux standards de prise en charge imposés aux organisations subventionnées ? Qu'en sera-t-il des laissés-e-s pour compte des dispositifs (para)publics qui n'ont pas les revenus suffisants pour s'offrir les services de ces entreprises ? Dans quelle mesure les pouvoirs publics vont-ils faire jouer la concurrence entre les différents prestataires pour déréguler les conditions de travail du secteur (para)public ?

Bibliographie

ANCHISI A. (2009), « Les activités de la vie quotidiennes (AVQ): ce qui saute aux yeux échappe au regard », *Carnets de bord*, n° 16, pp. 67-75.

ANCHISI A. & B. DESPLAND (2010), « Les proches d'un parent âgé dépendant : le cœur du dispositif de l'aide et des soins à domicile », dans BLANC A. (dir.), *Les Aidants familiaux*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

ANGELOFF T. (2003), « Employées de maison, aides à domicile : un secteur paradoxal »,

- dans GOJARD S., GRAMAIN A. & F. WEBER (dir.), *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, Éditions La Découverte, pp. 165-186.
- ARBUZ G. (2004), « Maintien à domicile ou vie en institution? », *Gérontologie et Société*, n° 131, pp. 126-144.
- BALARD F. (2010), « Quels territoires pour les personnes âgées fragiles ? », *Gérontologie et société*, vol. 132, n° 1, pp. 177-186.
- CLERGEAU C. & A. DUSSUET (2004), « Les entreprises sociales en quête de professionnalisation », *RECMA-Revue internationale de l'économie sociale*, n° 294, pp. 39-53.
- BODE I. & B. CHAMPETIER (2012), « L'europanisation des régimes de *care* aux aînés. Apports d'une méthode ouverte de comparaison », *Sociologie* [en ligne], vol. 3, n°3, mis en ligne le 24 octobre 2012, consulté le 11 novembre 2013, URL : <http://sociologie.revues.org/1382>
- CONSEIL FÉDÉRAL (2007), *Stratégie en matière de politique de la vieillesse*, Berne.
- CONSEIL FÉDÉRAL (2005), « Message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 16 février 2005 », *Feuille fédérale*, n° 10, pp. 1911-1988.
- DA ROIT B., LE BIHAN B. & A. OSTERLE (2007), « Long Term Care Reforms in Italy, Austria and France. Variations in Cash for Care Schemes », *Social Policy and Administration*, vol. 41, n° 6, pp. 653-671.
- DALY M. & J. LEWIS (1998), « Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring », dans LEWIS J. (dir.), *Gender, Social care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot, Ashgate Editor, pp. 1-24.
- DUSSUET A. (2005), *Travaux de femmes. Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- FRAISSE G. (2009), *Service ou servitude : essai sur les femmes toutes mains*, Latresne, Éditions le Bord de l'eau.
- GARDIN L., NYSENS M., & P. MINGUZZI (2010), « Les quasi-marchés dans l'aide à domicile: Une mise en perspective européenne », *Annals of Public and Cooperative Economics*, vol. 81, n° 4, pp. 509-536.
- GÉRONTOLOGIE & SOCIÉTÉ (2005), *L'entrée en institution* (Vol. 112), Paris, Fondation nationale de gérontologie.
- GUILLEY E. (2005), « La vie en institution », dans WANNER P. (dir.), *Âges et générations. La vie après 50 ans en Suisse (analyse générale du recensement de la population 2000)*, Neuchâtel, OFS, pp. 117-128.
- HOCHSCHILD A. (1995), « The Culture of Politics: Traditional, Post-Modern, Cold-Modern and Warm-Modern Ideals of Care », *Social Politics*, vol. 2, n° 3, pp. 333-346.
- HÖPFLINGER F., BAYER-OGLESBY L. & A. ZUMBRUNN (2011), *La Dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse*. Bern, Éditions Hans Huber.
- LADA E. (2011), « Les recompositions du travail d'aide à domicile en France », *Formation emploi*, n° 115, pp. 9-23.
- LALIVE D'ÉPINAY C. & C. HOFSTETTER-BÉTEMPS (dir.) (2000), *Vieillesse au fil du temps, 1979-1994 : une révolution tranquille : santé, situations de vie, formes de participation et visions du monde des personnes âgées en Suisse*, Lausanne, Éditions Réalités sociales.
- LALIVE D'ÉPINAY C. & D. SPINI (dir.) (2008), *Les Années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*, Québec, Presses de l'Université de Laval.
- LE BIHAN B. (2011), « La généralisation des prestations monétaires en Europe. Quel impact sur l'organisation de l'aide quotidienne aux personnes âgées en perte d'autonomie ? », *Gérontologie et Société*, n° 138, pp. 83-97.
- LE BIHAN B. (2013), « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, n° 145, pp. 13-24.
- LE BIHAN B. & C. MARTIN (dir.) (2008), *Concilier vie familiale et vie professionnelle en Europe*, Rennes, Presses de l'EHESP.

- LEDERGERBER K. & K. VAN HOLTEN (2012), « Beruf und Angehörigenpflege vereinbaren. Entwicklungen in der Arbeitswelt », *Soziale Sicherheit CHSS*, vol. 1, pp. 13-16.
- LUCAS B. (2010), « Politique du *care* et gouvernement de la vie. Six villes suisses face aux situations de dépendance », *Revue suisse de science politique*, vol. 16, n° 1, pp. 109-146.
- MALLON I. (2009), « Prendre soin de ses parents âgés : un faux travail parental », *Informations sociales*, revue de la Caisse nationale des allocations familiales, n° 154, pp. 32-39.
- MARTIN C. (2008), « Qu'est-ce que le *social care* ? Une revue de questions », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 2, n° 2, pp. 27-42.
- MEDICI G. & S. SCHILLIGER (2012), « Arbeitsmarkt Privathaushalt .Pendelmigrantinnen in der Betreuung von alten Menschen », *Soziale Sicherheit CHSS*, vol. 1, pp. 17-20.
- OCDE (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, doi:10.1787/9789264097759-en.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2011), *Statistique de l'aide et des soins à domicile 2010*, Neuchâtel, OFS.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2013a), Evolution démographique – Indicateurs: espérance de vie, Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2013b), État et structure de la population. Indicateurs: Âge, Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>
- ROSSINI S., CRIVELLI R., BOLGIANI I., CLAUSEN A., PRÉLAZ D. & F. SCALICI (2012), *Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé* [Rapport final de recherche FNS-DORE non publié], Lausanne, Haute école de travail social et de la santé EESP.
- ROUX P. & V. PERRIN (1999), *Couple et égalité : un ménage impossible*, Lausanne, Éditions Réalités sociales.
- SIMONAZZI A. (2009), « Care Regimes and National Employment Models », *Cambridge Journal of Economics*, vol. 33, n° 2, pp. 211-232.
- STUCKELBERGER A. & P. WANNER (2005), *European Family Care - EUROFAMCARE, National Background Report for Switzerland*, Accès : <http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/>

Notes

1 La notion de *care*, difficilement traduisible en français, est polysémique et recouvre différents niveaux : individuel, relationnel, collectif et institutionnel. Dans le cadre de cet article, cette notion renvoie à la définition de Mary Daly et Jane Lewis (1998, p. 8) et traduite par Claude Martin (2008: 11), soit « l'ensemble des activités que suppose la satisfaction des besoins physiques et émotionnels d'adultes ou d'enfants dépendants, et les cadres normatifs, sociaux et financiers à l'intérieur desquels ce travail est affecté et assuré » (Martin, 2008, p. 11). Nous utilisons indifféremment cette notion et celle de « prise en charge ».

2 Ce projet exploratoire, financé par le fonds stratégique de la Haute école en travail social et de la santé (RCSO HES-SO), avait notamment pour objectif de faire une recension et une analyse de l'offre d'aide et/ou de soins à domicile à l'attention des personnes âgées proposée par des organisations à but lucratif en Suisse romande.

3 Il s'agit des cantons de Fribourg, du Jura, de Genève, de Neuchâtel, de Vaud, du Valais et de la partie francophone du canton de Berne, pour un bassin de population d'1'900'000 habitants.

4 Organisation de coopération et de développement économique.

5 Ce mouvement est davantage perceptible dans les pays où la prise en charge institutionnelle est la plus développée comme la France ou la Scandinavie. On y assiste actuellement à un développement plus important de l'aide à domicile que des soins en institution. Mais la tendance est néanmoins visible dans les pays européens où le

développement institutionnel était faible comme l'Italie (Simonazzi, 2009).

6 Par exemple, dans le canton de Fribourg, une indemnité forfaitaire est accordée aux parents et aux proches qui apportent une aide régulière, importante et durable à une personne impotente pour lui permettre de vivre à domicile. Le montant de l'indemnité est fixé par le Conseil d'Etat. Depuis 2008, il est fixé à 25 CHF par jour.

7 Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, art. 7.

8 LAMal, art. 25, al. 5.

Pour citer cet article

Référence électronique

Corinne Dallera, Valérie Hugentobler et Annick Anchisi, « L'apparition d'organisations marchandes dans le domaine de l'aide et des soins à domicile en Suisse romande », *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Les échelles territoriales de l'intervention sociale, mis en ligne le 10 novembre 2014, consulté le 13 novembre 2014. URL : <http://sociologies.revues.org/4848>

Auteurs

Corinne Dallera

Haute école de santé Vaud, Haute école de travail social et de la santé, EESP
Lausanne (Suisse) - corinne.dallera@eesp.ch

Valérie Hugentobler

Haute école de santé Vaud, Haute école de travail social et de la santé, EESP
Lausanne (Suisse) - valerie.hugentobler@eesp.ch

Annick Anchisi

Haute école de santé Vaud, Haute école de travail social et de la santé, EESP
Lausanne (Suisse) - annick.anchisi@hesav.ch