

RT 7
Congrès de l'Association Française de Sociologie
Session 2

**« Le renouvellement des postures d'usagers dans le cadre des plans d'aide APA :
petits arrangements au quotidien. »**

Catherine Gucher, MCF en sociologie, UMR PACTE
Stéphane Alvarez, doctorant en sociologie, UMR PACTE.

Les personnes âgées bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie sont, aux termes de la grille AGGIR, en situation de dépendance, et nécessitent l'introduction à leur domicile, d'aides et de services visant à compenser les effets de cette dépendance sur leur quotidien. Les équipes médico-sociales chargées de l'évaluation de la dépendance au domicile des personnes ont également pour mission l'élaboration du plan d'aide qui prévoit et encadre l'organisation du dispositif d'aides à domicile. La loi de 2002.2 qui réforme l'action sociale et médico-sociale, tout comme le cadre réglementaire du dispositif APA envisagent une participation de l'utilisateur, i.e. la vieille personne, à la définition de ce plan et supposent donc l'adhésion initiale des personnes aux dispositifs d'aide qui leur sont proposés.

Cependant, une analyse quantitative, menée auprès des services administratifs des conseils généraux de trois départements (Isère, Savoie, Rhône) met en évidence une sous consommation des heures initialement prévues dans les plans d'aide. L'écart d'heures moyen, de 39,5% en Isère, de 28% en Savoie et de 26,3% dans le Rhône est de 17 heures par mois sur l'ensemble de l'échantillon. Cette sous-consommation peut se comprendre comme manifestation d'une non adhésion au plan d'aide proposé. Elle est alors significative d'une pratique de redéfinition sociale de la prestation de service, qui tient compte d'éléments personnels, familiaux, affectifs mais aussi pratiques, qui n'ont pu entrer en ligne de compte au moment de la construction des plans d'aide.

Les politiques des dernières décennies, dans un objectif affiché d'amélioration de la qualité de l'aide à domicile ont développé deux orientations : d'une part une rationalisation de l'offre de services au travers de démarches qualité et d'accréditation (normes AFNOR, ISO...) et d'autre part une modification du cadre juridique de l'intervention médico-sociale visant un développement de la prise en compte des usagers. Les démarches qualité se développent ainsi au sein des services d'aide à domicile en même temps que doit s'organiser la mise en œuvre des outils de la loi 2002.2 qui préconise la reconnaissance d'un usager, sujet et acteur, quelles que soient ses déficiences et ses incapacités.

La notion de qualité se trouve mise en débat à travers ces orientations pouvant paraître parfois contradictoires. La qualité du service rendu peut être différemment définie, selon que l'évaluation se concentre sur les critères de la prestation objective dispensée ou sur la contribution apportée au travers de l'intervention, à un équilibre de vie attendu de façon singulière par une personne. Un service répondant aux critères

normatifs de qualité peut contribuer favorablement à la qualité de vie d'une personne et apparaître comme néfaste pour une autre. Ce qui est alors en cause est la contribution plus ou moins positive apportée par une intervention à l'équilibre d'un système de vie au cœur duquel se trouve un usager fragile.

Ces différentes interventions publiques visant à rationaliser et à améliorer la qualité des services offerts aux personnes en situation de fragilité à domicile ne semblent pas avoir favorisé un recours amélioré à ces services, ni réduit les écarts entre les préconisations des professionnels et l'utilisation des services faite par les usagers potentiels, ni renforcé l'adhésion à l'offre proposée.

A partir de ces éléments, notre travail, effectué dans le cadre de l'appel à projet DREES-CNSA portant sur « la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles », s'est donné pour objet de questionner les différentes dimensions de la qualité de l'aide à domicile à partir d'une hypothèse centrale formulée ainsi :

La qualité de l'aide à domicile, telle que définie et évaluée normativement selon des critères produits en vue des processus d'accréditation, de labellisation, n'est pas toujours congruente avec la définition de la qualité, selon les bénéficiaires, le plus souvent en lien avec la perception de ce qui détermine leur qualité de vie. Cette disjonction paraît de nature à fonder le phénomène de non adhésion repéré.

Ainsi deux objectifs parallèles et complémentaires ont été poursuivis :

- D'une part, la mesure et l'analyse des phénomènes de non recours et de non adhésion, compris comme révélateurs d'une probable non satisfaction des usagers vis-à-vis des services proposés ou utilisés.
- D'autre part, une analyse des définitions de la qualité de l'aide à domicile, telles qu'elles sont élaborées ou traduites pratiquement par les divers opérateurs de l'aide à domicile.

Sur le plan méthodologique, afin de faire apparaître et de confronter les différents points de vue des acteurs pour sonder s'il existe ou non une disjonction, nous avons développé une stratégie visant à analyser les définitions de la qualité de l'aide portées par les différents protagonistes du système de l'aide à domicile.

Le cadre du dispositif APA nous est apparu comme intéressant dans le sens où il mobilise des acteurs en position d'évaluation, de prescription, de réalisation et d'utilisation de la prestation. Nous ne nous sommes donc intéressés qu'à un échantillon de personnes bénéficiant de l'allocation APA. Les matériaux suivants ont été retenus dans le cadre de cette communication :

- 12 situations d'observation au domicile des personnes aidées lors des temps d'intervention d'aides à domicile, sur le territoire rural de la Savoie, sur la base de la mobilisation d'un service et du volontariat de certaines aides à domicile.
- 10 situations d'observations auprès des évaluateurs EMS des équipes du territoire péri-urbain du Grésivaudan, en Isère.
- 22 entretiens réalisés auprès de personnes aidées, sélectionnées à partir du repérage statistique des écarts entre les heures proposées sur les plans d'aide et les heures consommées. Les personnes interrogées sont donc celles qui se situent

a priori dans une posture de non adhésion au plan d'aide et qui, sur les deux territoires de la Savoie et de l'Isère, ont accepté les entretiens.

Sur le plan théorique, nous avons opté pour la construction d'un modèle explicatif pluriel, métissé, qui nous est apparu comme pouvant seul rendre compte de la complexité des phénomènes étudiés. Si la sociologie des relations de service a été mobilisée à certains égards, les prolongements actuels des approches goffmaniennes et interactionnistes ont également permis de donner sens aux interactions qui se nouent au domicile des personnes aidées. Nous n'avons donc pas récusé les analyses en termes de rapports de domination mais nous avons choisi de laisser place à une recherche des formes d'expression de « l'autonomie des acteurs faibles ».

A travers ce travail de recherche, nous avons pu analyser la manière dont les cadres d'intervention et les positionnements professionnels participent à l'émergence ou à l'effacement de postures d'usagers.

Résultats :

Le travail mené a fait apparaître 5 étapes dans le processus complexe de définition de la prestation de service adressée aux personnes en situation de dépendance :

- Cadrage normatif, et protocolaire opéré par les instances législatives, réglementaires et de contrôle chargées de préciser non seulement les règles mais également les critères de qualité de l'intervention à domicile. (est opéré bien avant que l'usager potentiel ne soit effectivement entré dans la « carrière » du demandeur d'aide).
- Définition des prestations et de leur qualité par les services prestataires élaborent leur propre cadre de définition à partir de leur histoire, de leur vocation, de leurs valeurs sous-jacentes, de leur culture de service et de leurs modes d'organisation.
- Evaluation de situation opérée par les EMS et définition du plan d'aide qui contribue à préciser les formes de l'intervention requise en fonction du degré de dépendance des personnes et du plan d'aide élaboré.
- Mise en œuvre du plan d'aide par les responsables de services prestataires.
- Définition de la prestation d'aide à domicile, in situ, au domicile des personnes, au moment de l'intervention de l'aide à domicile.

Ces étapes de définition de la prestation, mettent en jeu, à des moments différents, des acteurs diversement situés, qui contribuent à travers leur regard et leur action, à faire évoluer le contenu des prestations offertes, en prenant plus ou moins en compte la parole mais aussi la présence du bénéficiaire. Le processus de définition de la qualité de

l'aide à domicile est donc un processus dynamique et complexe, qui peut mobiliser à des étapes différentes de l'organisation de l'aide à domicile, des référentiels experts de sources diverses mais aussi des points de vue profanes, fondés sur l'expérience du vieillissement et de la vieillesse. La non stabilisation de la définition de la prestation et de sa qualité constitue un élément d'incertitude pour les usagers, mais aussi pour les intervenants de proximité et les prestataires de service, sur lequel se développent les enjeux d'autonomie pour les usagers comme pour les professionnels.

Cependant, certaines de ces étapes se déroulent en dehors de toute interaction avec les bénéficiaires potentiels des prestations : ainsi elles comportent une forte dimension normative que nous avons nommée « exogène »

Deux de ces étapes se jouent dans un contexte d'interactions où se trouve mobilisé l'usager des services proposés : lors de l'évaluation de la dépendance et de définition du plan d'aide par les EMS et lors de l'intervention à domicile.

Nous mettrons successivement en évidence dans cette communication, les formes de positionnement et d'exercice professionnels et les postures d'usagers qui se développent de façon autonome ou comme « réponse », pour chacune de ces deux étapes.

1) La situation d'évaluation comme scène de l'effacement des usagers.

Le moment de l'évaluation de la dépendance et de l'élaboration du plan d'aide est le temps institutionnellement dédié au recueil d'informations concernant la situation de l'usager, à son écoute, et à la négociation avec lui et ses proches, en vue de l'élaboration du plan d'aide.

Selon l'étude monographique menée dans 4 départements en 2004 auprès de 40 bénéficiaires de l'APA et des services d'aide à domicile :

« 17 bénéficiaires de l'Apa racontent la visite de l'assistante sociale comme le moment où le conseil général a décidé de l'attribution d'un certain nombre d'heures d'aide à domicile. Il n'est fait mention d'aucune discussion ou négociation spécifique. ... En revanche, pour 20 autres bénéficiaires, le plan d'aide a fait l'objet d'une discussion avec l'assistante sociale, qui a pu donner lieu à la prise en compte de l'ensemble des demandes de la famille (Madame R.) ou à des négociations pouvant aboutir au refus par la personne âgée d'une partie du plan d'aide envisagé (Madame L. et Monsieur Q.). ¹»

Cependant, les situations évoquées dans cette étude mettent en évidence davantage la prise en compte des souhaits des aidants effectifs ou potentiels, que celle des bénéficiaires eux-mêmes.

¹Campéon A. et Le Bihan B., "Les plan d'aide associés à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Le point de vue des bénéficiaires et de leurs aidants », DREES, *Etudes et Résultats*, n° 461, janvier 2006.

1.1. Entre des postures d'assujettis et des postures d'usagers acteurs : des positions diverses qui oscillent entre soumission et expression d'autonomie.

Les scènes observées mettent en lumière des postures d'usagers qui s'expriment sur deux registres principaux : d'une part celui de l'opposition voire de l'affrontement et d'autre part celui du « non alignement » pouvant aller jusqu'au retrait de la scène.

Ces formes de « participation » des usagers peuvent évoluer entre le conflit et l'exit et révèlent parfois de l'expression de leur autonomie, parfois d'une soumission à des rapports de force et de domination qui s'expriment en faveur de l'autorité professionnelle et familiale.

Deux tonalités principales de l'expression de l'utilisateur peuvent être repérées : celle de **l'affrontement et de l'opposition**, celle de la **déviance insidieuse**.

- L'expression ouverte de divergences de perspectives :
 - Concernant le sens de la situation
 - Concernant l'analyse des besoins
- Un « non-alignement discret » sur la définition de la situation opérée par le professionnel :
 - Ainsi *des tactiques de résistance* (de Certeau, 1980) à l'égard du cadrage de la situation par le professionnel peuvent se manifester par un usage « décalé » (au regard des normes sociales et/ou institutionnelles) voire un non-usage de la parole,
 - En d'autres occasions, c'est la manière dont la personne âgée gère *la co-présence des corps*, en enfreignant les normes interactionnelles communément admises (Goffman, 1973), qui semble pouvoir être interprétée comme une façon pour elle de marquer une méfiance, des réserves face à la présence de l'agent institutionnel et / ou ses attentes
 - *Une communication distordue*, semble aussi être le signe d'une non-adhésion située de la personne âgée à la conduite de l'entretien par le professionnel : alors que ce dernier structure (plus ou moins) l'entretien sous la forme d'un questionnaire (il pose des questions, la personne âgée est censée parler seulement pour y répondre), la personne âgée, tout en répondant aux questions posées, s'emploie dans le même temps ou lorsqu'elle en a l'occasion (lors d'un silence du professionnel occupé à renseigner la grille d'évaluation des besoins ou le dossier par exemple) à proposer une mise en récit de soi selon une logique propre : elle dévie sur un sujet, un aspect de sa vie, un problème alors même que le professionnel ne lui a pas demandé d'en parler.

Cependant, dans la plupart des situations, l'utilisateur utilise des ouvertures inopinées, des biais, des stratégies et doit mobiliser des ressources intellectuelles et émotionnelles multiples, pour lutter contre l'effacement, dont il est assez le plus souvent l'objet.

1.2. Des difficultés à faire advenir l'expression de l'utilisateur.

Dit autrement, la prise en compte et la valorisation de l'autonomie des utilisateurs, pensée tout à la fois comme condition du maintien de leur identité, malgré les phénomènes de « déprise » et plus encore malgré les atteintes irréparables de leur intégrité physique et/ou psychique, et comme élément essentiel à l'ouverture d'espaces possibles de négociation, dans lesquels pourraient s'exprimer le droit au choix et le droit au risque, apparaissent difficilement réalisables.

Les postures professionnelles observées relèvent de trois registres différents :

- L'indifférence pratique :

indifférence aux émotions, au désarroi manifestés par la personne âgée. L'agent institutionnel n'ajuste pas son action au malaise exprimé par la personne : ainsi, malgré les tentatives des personnes âgées, il y a un refus (plus ou moins net selon les professionnels) de laisser ces dernières ou leurs proches définir la situation dans leurs termes propres, par exemple en mettant en récit à leurs façons les raisons de la demande d'aide.

- Le contournement :

pour faire face à une personne âgée non coopérative, *i.e.* dont les réactions in situ relèvent d'un tel niveau de non-adhésion qu'elles sont susceptibles de conduire à une rupture de la communication, l'intervenant professionnel, afin de réaliser ses perspectives d'action, peut ne plus considérer la personne comme un interlocuteur pertinent et ne s'adresser qu'aux tiers présents (un proche parent), plus conciliants. On parlera alors de « *tactiques d'exclusion* » (le plus souvent temporaires) face à ces formes situées (mais pas forcément temporaires) de non-adhésion de la part de certaines personnes âgées.

- L'identification aux tiers, glissement de proximité et collusion.

Des éléments explicatifs :

- Le premier élément qui fait obstacle à cette reconnaissance de l'autonomie des bénéficiaires, tient sans doute à l'objective fragilité des personnes, et aux préoccupations d'hygiène et de sécurité portées par les familles et les professionnels conformément aux attentes sociales dominantes. Le rôle joué par les familles, que nous n'avons pas analysé dans ce travail, paraît être essentiel, notamment au moment de

l'évaluation de la dépendance et de l'élaboration concertée du plan d'aide. Nos observations nous ont permis de relever le *glissement de proximité* qui s'opère et qui amène les évaluateurs à une certaine « collusion » avec les membres de familles présentes pour déterminer, en dehors de l'avis de la personne directement concernée, les besoins qu'il faut prioritairement couvrir. A cet égard, il est important de relever que les impératifs d'hygiène et de sécurité, largement promus par les professionnels sont assez généralement partagés par les aidants familiaux. Ces priorités prédéfinies ne laissent que peu de place à la satisfaction, dans le cadre d'un plan d'aide financièrement réduit, d'autres désirs ou d'autres besoins qui pourraient être exprimés par les personnes âgées.

Or, dans la plupart des situations, l'évaluation s'est faite en présence d'un tiers –membre de famille le plus souvent, voire intervenante à domicile quelquefois-. L'accès à l'expression des usagers ne peut alors reposer que sur l'existence d'un espace libéré au cœur d'une dyade professionnels/famille, qui paraît fonctionner de manière collusive

- Le deuxième élément paraît relever d'une difficulté à se positionner, de façon paradoxale, tout à la fois comme expert des problématiques de dépendance et comme ouvert à une expertise profane qui serait détenue par l'usager. Au fond, la reconnaissance de l'autonomie de l'usager paraît générer un risque de négation de l'expertise professionnelle qui a parfois du mal à se définir et à s'affirmer. Il est au demeurant intéressant de noter que ce sont les professionnels les plus qualifiés qui expriment le plus de réticence à donner libre cours à l'autonomie des usagers, alors que les personnels les moins qualifiés, dont la légitimité n'est pas revendiquée du côté des compétences professionnelles mais davantage du côté des qualités personnelles, et des aptitudes intuitives, paraissent plus enclins à accepter, dans les limites que le refus de l'asservissement autorise, de satisfaire aux attentes des vieilles personnes.

Dans une perspective pragmatique, on peut partir du constat que si les professionnels ne tiennent pas compte dans l'orientation de leurs actions des résistances et désaccords des personnes âgées, c'est parce qu'ils entendent développer, semble-t-il coûte que coûte, une perspective d'action propre : en l'occurrence ils cherchent à mener à bien un entretien avec la personne âgée sur le mode *de l'enquête* et plus précisément encore *de l'interrogatoire* ; leur priorité, *in situ*, semble ainsi être de répondre à la question suivante : la personne âgée est-elle suffisamment dépendante pour que la satisfaction de ses besoins quotidiens nécessite une aide publique ? C'est bien au regard de cette ligne d'action que les professionnels écartent et passent outre les tentatives de recadrage ou les ruptures de cadre (Goffman, 1991) opérées par certaines personnes âgées et induites par leur non-adhésion aux tenants et aboutissants de la situation d'évaluation telle que définie par le référent social du Conseil Général : de telles pratiques (verbales ou non-verbales) n'apportent rien, aux yeux des professionnels, à leur enquête, et au contraire la ralentissent, la compliquent ou encore les embrouillent et leur fait perdre le fil de ce travail prioritaire.

- Pour ce qui concerne notre travail, les observations menées au domicile des personnes font apparaître une tension qui s'exprime pour les professionnels : la mise en œuvre de cette mesure APA, à un niveau institutionnel, repose sur deux principes contradictoires de l'action publique : le *principe* « du choix de l'usager dans les services publics » (en l'occurrence le choix, la liberté d'avoir recours ou pas à cette prise en charge), mais aussi le *principe selon lequel* « toute personne évaluée comme étant en situation de dépendance a des besoins spécifiques qui doivent être pris en charge » (que ce soit par la famille, des proches ou un dispositif public).

2) Postures d'usagers lors de l'intervention des aides à domicile

La difficulté à prendre en compte l'expression des usagers lors des situations d'évaluation par les EMS des conseils généraux trouve écho, *in situ*, lors de la cinquième étape du processus de définition de la prestation. Au domicile des personnes âgées en effet, le moment de l'intervention de l'aide à domicile est également un temps, non plus seulement institutionnel mais relationnel, de négociations entre les deux parties. L'enjeu de la prise en charge à domicile d'une personne âgée consiste alors pour les professionnels à construire avec l'usager une relation sur le mode de la « *bonne distance* » : lors de la mise en place de ces interventions à domicile, il leur faut, sur un mode paradoxal, à la fois instituer au domicile du bénéficiaire des règles institutionnelles (auxquelles l'usager doit se conformer), et à la fois manifester le respect qu'il portent à la sphère privée et intime de la personne âgée.

Ainsi, à partir d'enquêtes ethnographiques réalisées au domicile des personnes âgées en présence de l'aide à domicile, nous proposons de distinguer 5 types de relations possibles entre une aide à domicile et une personne âgée (Vinay, 2009) :

1. La *domination acceptée* - caractérisée par une relation asymétrique et une convergence de perspectives entre les interactants – génératrice de postures d'adhésion de la part de la personne âgée. Des « tactiques d'affiliation » développées par les agents institutionnels vont permettre (ou pas) au professionnel et à l'usager de trouver, de conserver et/ou de restaurer la bonne distance relationnelle (au regard d'exigences en tension : normes de l'institution et liberté de l'individu dans la sphère privée). La bonne distance relationnelle consiste alors pour la professionnelle à ne pas trop imposer ses normes (ordinaires ou professionnelles) pour se rapprocher des attentes propres de la personne âgée, sans pour autant « se perdre », durablement, dans le point de vue d'un autrui vulnérable, posture inconciliable avec les règles institutionnelles ainsi que génératrice de souffrance au travail (épuisement, tension affective...).

2. La *domination subie* - caractérisée par une relation asymétrique et une divergence de perspectives entre les interactants – génératrice de postures de non-adhésion. On observe ainsi des tactiques de « réduction de la distance » dont l'enjeu est d'« apprivoiser » la personne âgée, méfiante ou réticente lors des premières interventions, afin de rendre la relation d'aide et de prise en charge des besoins propres de la personne ne serait-ce que possible. Conjointement ou au fil du temps, on observe aussi des tactiques de conservation et de maintien de la distance de la part des aides à domicile qui visent à dépersonnaliser la relation, en rappelant pratiquement, lorsque c'est nécessaire les statuts officiels des interactants. Cela peut passer, par exemple, au

quotidien, par le fait, pour l'aide à domicile, de rappeler, la nécessité pour le bénéficiaire de se conformer à certaines normes de la vie quotidienne. Les aides à domicile développent aussi des tactiques pour contrecarrer ce qu'elles perçoivent comme des tentatives de personnes âgées isolées de s'accaparer leur « aide à domicile », de « profiter » au maximum de sa présence et ce, en contradiction avec ses obligations professionnelles.

3. Le *conflit* - caractérisé par une relation symétrique et une divergence de perspectives entre l'aide et le bénéficiaire- générateur de posture de non-adhésion. Elles sont marquées par le fait que l'aide à domicile n'est pas parvenue à intéresser l'usager à sa définition de la relation d'aide (de la bonne distance). Au quotidien, la relation peut alors se caractériser par :

- des « offenses territoriales » et des « rituels d'évitement » (Goffman, 1973): par exemple une personne âgée refuse de faire entrer une aide à domicile chez elle ; une aide à domicile s'irrite de la surveillance constante ou des remarques dont elle fait l'objet de la part d'un bénéficiaire.
- le sentiment (de la personne âgée ou de l'aide à domicile) que l'autre ne respecte pas son identité personnelle ou professionnelle : l'individu a ainsi l'impression de ne pas être reconnu en tant que « corps propre », que « citoyen ayant des droits » ou en tant que « personne singulière » (Honneth, 2000) ou encore en tant que « professionnel compétent ».
- des tactiques de résistance de la part de la personne âgée.
- plus rarement par une rupture de la communication et / ou par le changement d'un des protagonistes (l'aide à domicile) ou encore par le glissement vers un autre type de relation (en général de domination).

A ces relations peuvent alors être associées des postures (minoritaires) de mécontentement de la part des personnes âgées. Ce mécontentement peut prendre la forme :

- d'une « plainte » auprès d'un professionnel.
- d'une posture de « dirigisme autoritaire » de la part de la personne âgée dans la définition des tâches à effectuer, de la manière de les effectuer, de l'ordre dans lequel il convient de les effectuer.
- de « tactiques de résistances » développées par la personne âgée : s'absenter au cours de l'intervention, s'isoler dans sa chambre ou rester coucher lors de la présence de l'aide, « repasser derrière » l'aide à domicile après son départ, lorsque le bénéficiaire considère que le ménage n'est pas bien fait.
- ou encore le non respect ostensible des normes d'accueil (*i.e.* l'absence de rites d'hospitalité et de tout « relationnel » (conversation) lors de l'intervention de l'aide à domicile).

4. La *coopération* caractérisée par une relation symétrique et une convergence de perspectives, génératrice de postures d'adhésion. Les aides à domicile, par le fait d'être seules au domicile et ainsi à distance de leur hiérarchie, se sentent responsables de la personne et de son environnement, ce qui assure une plus grande estime de soi, de sa fonction. L'espace d'intimité créé, en dehors des règles très spécifiques de ce métier, en

fait pleinement partie et est revendiqué par les professionnelles de l'aide, tout autant car il permet de s'approcher, de leur point de vue, d'une aide de qualité que parce qu'il signifie l'exercice d'une autonomie professionnelle, sans laquelle, une fois encore, l'aidante professionnelle ne serait réduite qu'à la figure de l'exécutante : « Sont opposés deux espaces, celui de l'intime de la personne âgée et celui du praticien représentant la sphère publique. Ce dernier, visant dans l'idéal à une professionnalité absolue, doit refuser et maîtriser toute influence, jugée néfaste, de son univers intime sur son intervention. On voudrait contester cette idée dominante. L'accompagnement à domicile n'est possible et n'atteint pleinement ses objectifs qu'à la condition que le professionnel soit impliqué et que son intimité soit judicieusement « exploitée » dans son travail. Son espace intime devient outil professionnel, pourrait-on dire. Cela ne peut se faire autrement, à moins de réduire son rôle à l'exécution, d'une manière purement instrumentale, de tâches ménagères et/ou domestiques » (Djaoui, 2007). Cela rend possible le fait que, parfois et de manière momentanée, c'est la personne âgée qui occupe une position « dominante », lorsqu'elle transmet des savoirs (mises en récit du passé, culture de la personne âgée) et des savoir-faire (recettes de cuisine, jardinage...) à une aide à domicile qui se considère dans ce cas, temporairement, comme « apprenante ». Les savoir-faire et compétences relationnels mobilisés par les aides à domicile leur permettent d'instaurer durablement avec ces bénéficiaires une relation de coopération. Ceci tient au fait que les logiques institutionnelles et modes de faire (pluriels) des professionnels sont compatibles, congruentes avec (au moins une partie de) leurs aspirations, leurs attachements privés et sociaux, leurs habitudes quotidiennes, leur histoire de vie et leur expérience subjective de la vieillesse. Mais cela signifie aussi que les raisons subjectives et pratiques pour lesquelles ces bénéficiaires acceptent le cadrage de la situation par le professionnel ne sont pas forcément celles attendues et supposées par les acteurs institutionnels : bien souvent la présence de l'aide (et les formes sensibles de cette présence) sont acceptée ou souhaitée, car « elle fait office de femme de ménage », car « on est trop fatigué pour définir soi-même ce que doit / peut faire l'aide », car « ça permet de passer le temps... en compagnie d'une femme séduisante... ».

5. La *domination inversée*, caractérisée par une relation asymétrique lors de laquelle la personne âgée impose son mode de fonctionnement à la professionnelle dans le but de faire entrer l'intervention dans la suite de ses habitudes quotidiennes et qui enferme la professionnelle dans un rapport de domination ancillaire.

En conclusion :

A travers l'analyse des disjonctions dans les définitions des notions de *qualité de l'aide* et de *qualité de vie*, nous avons pu mettre en évidence des formes de tension entre les logiques professionnelles et les logiques d'usagers. Les oppositions observées s'appuient sur une perception implicite mais sensible chez les protagonistes des scènes de l'aide à domicile, de l'interdépendance entre les positions d'usagers et celles des intervenants de proximité. Ces deux types d'acteurs paraissent également menacés dans leurs marges d'autonomie et de réalisation du fait de la dépendance et du besoin d'aide pour les premiers et de la faible qualification et professionnalisation pour les seconds. Il apparaît ainsi que l'accès des uns à un espace d'autonomie, dans lequel leurs attentes pourraient

s'exprimer et trouver satisfaction, n'est possible qu'au détriment du développement de la posture professionnelle des autres. Accéder aux demandes des usagers est parfois perçu comme asservissement probable et en conséquence, les professionnels se réservent un espace d'autonomie, à distance des demandes des usagers, dans lequel ils déterminent en fonction de références qui leur sont propres, les meilleures manières d'agir.

Toutefois, d'une manière générale, la difficile valorisation de l'autonomie des usagers, qui repose nécessairement sur la reconnaissance d'une *expertise profane*, paraît devoir être comprise comme liée aux vacillements des identités et des légitimités professionnelles. Ces éléments paraissent de nature à interroger la nature et les contenus de la professionnalisation de ces différents intervenants. Ainsi, si l'expertise professionnelle ne peut se penser et s'affirmer qu'au détriment de l'expertise et l'autonomie de l'utilisateur, c'est peut-être que ses fondements ne sont pas suffisamment et positivement assurés et devraient être repensés.

Bibliographie

Avril C. (2006), « Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire », *Le Mouvement social*, n° 216, p. 87-99.

Borzeix A. (2000), « Relation de service et sociologie du travail - L'utilisateur, une figure qui nous dérange ? », *Cahiers du Genre*, N° 28, décembre 2000, pp. 19-48.

Bressé S. (2003), « L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées », *Retraite et Société*, n°39, juin, p. 119-143.

De Certeau M. (1980), *L'invention du quotidien*, Paris, Gallimard.

Duvoux N. (2009), *L'autonomie des assistés*, Paris, PUF.

Eideliman J.S. et Gojard S. (2008), « La vie à domicile des personnes handicapées ou dépendantes : du besoin d'aide aux arrangements pratiques », *Retraite et société, La Documentation française 2008/1 - n° 53*, p. 89-111.

Goffman E. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 2, Paris, Les éditions de Minuit.

Hirschman A.O. (1995), *Défection et prise de parole*, Paris, Fayard.

Lipsky M. (1995), « Les agents de base », in Joseph, I. et Jeannot, G. (dir.), *Métiers du public, les compétences de l'agent et l'espace de l'utilisateur*, Paris, CNRS Editions, pp.195-219.

Warin P. (1993), « Les relations de service comme régulation », *Revue Française de Sociologie*, XXXIV, pp. 69-95.

Weller J-M. (2002), "Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide", Sociologie du travail, n°1, vol.44, pp.75-97.