

Présentation et état des lieux du secteur aide à domicile



Document de travail / Collectif confédéral aides à domicile octobre 2020



I. Panorama des aides à domicile

P3

II. Des métiers sous-valorisés

P6

III. La mise en concurrence du secteur : Une dégradation des conditions de travail

P8

IV. Les revendications de la CGT

P8

Le gouvernement actuel place en première ligne de sa communication politique l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. En effet, la crise de la Covid-19 a encore plus montré combien ce secteur était indispensable, mettant en exergue l'importance du travail de l'ensemble de ses travailleur-se-s au service de l'intérêt général. Pourtant, dans les faits, ce salariat majoritairement féminin a été totalement oublié voire méprisé par les pouvoirs publics.

De plus, alors que le secteur est déjà sinistré, le gouvernement ne crée pas les conditions de répondre à l'urgence actuelle et ne donne aucune perspective pour répondre aux besoins à venir – dont tous les indicateurs montrent qu'ils seront très importants. C'est un secteur qui couvre les besoins en perte d'autonomie à tous les âges de la vie, que cette perte d'autonomie soit liée à un handicap, des problèmes de santé ou à l'âge.

La prise en charge de la perte d'autonomie constitue un énorme défi démographique et financier qu'aucun gouvernement n'a osé relever jusqu'alors. Or les enjeux à venir sont conséquents : le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (au sens de bénéficiaires de l'allocation perte d'autonomie) devrait passer de 1,2 million de personnes en 2015 à 2,2 millions en 2050. La montée en charge du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie serait de plus de 20 000 personnes par an jusqu'en 2030, et accélérerait franchement à près de 40 000 personnes par an entre 2030 et 2040, du fait de l'arrivée en âge avancé des premières générations du *baby-boom*.

Selon France Stratégie, en 2022 il existerait 702 000 emplois relevant de l'aide à domicile, avec un taux de croissance annuel de 2,6 % par an, 862 000 personnes occuperaient un emploi d'aide à domicile d'ici 2030. C'est un salariat qui a fort besoin d'être organisé au sein d'un syndicat. Cependant

sa construction n'est pas facile, du fait de l'absence de collectif de travail et d'une diversité des champs fédéraux en lien avec les différents statuts et conventions collectives. Malgré ces différences de statut, tou-te-s réalisent les mêmes activités autour d'une même éthique du prendre-soin. Les métiers et les vécus sont les mêmes, les revendications sont bien souvent communes !

Un grand nombre de syndiqué-e-s ou de salarié-e-s font appel aux unions locales, ou unions départementales, sont souvent syndiqué-e-s et pourtant isolé-e-s et n'ont parfois pas de lien avec leurs fédérations respectives.

Il semble donc utile de donner une meilleure lisibilité de ce secteur, une meilleure connaissance du salariat, et des revendications qu'il porte. C'est l'objet de ce petit livret à destination des organisations de la CGT, proposé par le collectif confédéral « aide à domicile ».

I. PANORAMA DES AIDES À DOMICILE

La profession est **quasi exclusivement féminine** (97 %) avec une moyenne d'âge assez élevée en comparaison des autres métiers : 43 % des aides à domicile ont plus de 50 ans contre 29 % dans l'ensemble des métiers (Dares, 2014).

Les salarié-e-s du secteur sont globalement **peu diplômé-e-s** : 44 % ne

disposent d'aucun diplôme et 38 % sont diplômé-e-s d'un CAP ou d'un BEP.

Les aides à domicile sont confronté-e-s à une grande précarité : elles et ils sont à 86 % en contrat ou emploi à durée indéterminée et à 13 % en contrat à durée limitée. En revanche, **72 % des salarié-e-s le sont à temps**

partiel et travaillent le week-end, puisque 58 % exercent le samedi et 41 % le dimanche (Dares, 2014).

La pénibilité du métier, les conditions de travail dégradées et les bas salaires entraînent un manque d'attractivité alors que les besoins sont considérables.

1. Types d'employeurs

Trois types d'employeurs existent. Presque un tiers des aides à domicile travaillent chez des particuliers employeurs, un peu plus de la moitié (54 %) sont salarié-e-s du secteur privé, associatif ou lucratif et 14 % sont employé-e-s du secteur public (chiffres Pôle emploi, décembre 2018).

Les emplois dans le secteur privé se divisent entre l'associatif, les entreprises privées lucratives et les particuliers employeurs.

Les aides à domicile travaillent soit au sein :

- **des services d'aide à domicile (SAAD)**

Les SAAD interviennent au domicile des personnes en perte d'autonomie pour des services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne

(l'entretien du logement, l'entretien du linge, la préparation des repas, les courses, l'aide à la toilette, l'aide à l'habillage et au déshabillage).

Les SAAD sont soit « **prestataires** » – alors l'aide à domicile est salarié-e du service et mis-e à disposition de la personne en perte d'autonomie – soit « **mandataire** » – dans ce cas l'aide à domicile est employé-e par la

personne aidée qui passe par le SAAD pour avoir un appui juridique et comptable dans sa relation d'employeur (fiches de paies, calculs des heures etc.).

- **des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)**

Les SPASAD regroupent des **SSIAD**¹ (les services de soins infirmiers à domicile) qui interviennent sur prescription médicale et des **SAAD** (service prestataire) en une seule structure afin de regrouper les budgets et de coordonner les deux ser-

vices. Les SPASAD sont financés et régulés par les ARS, qui remboursent à 100 % des soins, et par les départements, qui financent une partie de l'aide à domicile via l'allocation perte d'autonomie.

- **des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)**

Ils interviennent auprès des personnes adultes handicapées afin de contribuer à la réalisation de leur projet de vie par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux,

scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. À côté des différentes professions sociales ou paramédicales (éducateur-riche-s, psychologues, chargé-e-s d'insertion), les aides à domicile interviennent sous la casquette des TISF (technicien-ne-s de l'intervention sociale et familiale) et des auxiliaires de vie sociale.

- soit avec **des particuliers employeurs** : ces derniers emploient directement la personne à domicile en « **gré à gré** ».

2. Un sous-financement chronique des heures d'aide à domicile

Les heures d'aide à domicile (qu'elles soient réalisées par des organisations publiques, privées lucratives ou privées non lucratives) sont financées par :

- le département : (allocation perte d'autonomie – APA, prestation de compensations du handicap – PCH...);
- la Sécurité sociale (assurance maladie, Carsat);
- les personnes en perte d'autonomie elles-mêmes (ticket modérateur de l'APA) qui peuvent bénéficier de réduction ou de crédit d'impôts.

Il existe **trois régimes juridiques** permettant à un organisme de service à la personne d'exercer :

- le **régime de l'agrément**, délivré par le préfet de département ;
- le **régime d'autorisation**, délivré par le président du conseil départemental ;
- la **déclaration**, procédure facultative.

Ces trois régimes permettent aux employeurs de bénéficier des exonérations de cotisations sociales et

d'avantage fiscaux.

Les **activités réalisées auprès des publics fragiles relèvent des deux premiers régimes**. Ces régimes donnent droit aux financements publics (APA, PCH) qui transitent par les personnes en perte d'autonomie suivant le principe de solvabilisation de la demande – issu du principe de « libre-choix ».

Le financement et la régulation des professionnel-le-s de l'aide à l'autonomie sont mis en œuvre par les départements. Les conseils départementaux (CD) financent les demandes d'aide (APA, PCH).

Pour l'allocation personnalisée autonomie (APA), une équipe médico-sociale évalue la dépendance de la personne et construit un plan d'aide à partir de cette évaluation. Le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le ou la bénéficiaire moins une participation de celui-ci calculée en fonction de ses ressources : il s'agit du ticket modérateur (TM). Le bénéficiaire choisit le nombre d'heures qu'il veut utiliser sur son plan d'aide en fonction du TM qu'il

est prêt à payer. La valeur monétaire du plan d'aide est fixée chaque année au niveau national en fonction des niveaux de dépendance. **Chaque département valorise monétairement les heures d'aide à domicile selon des techniques qui diffèrent**. Dès lors, les plans d'aide d'un même montant pour un même niveau de dépendance peuvent contenir plus ou moins d'heures d'aide à domicile selon le département.

La PCH, versée par les départements aux personnes en situation de handicap comprend cinq formes d'aides (humaine, technique, aménagement du logement, transport, aide spécifique ou exceptionnelle, animalière). Pour le recours à un service prestataire, le taux de prise en charge est de 80 % ou 100 % (selon les revenus), dans la limite de 17,77 € par heure ou dans la limite du montant fixé entre le service prestataire et le département.

Les conseils départementaux régulent l'offre de service en fixant le prix facturé au bénéficiaire d'une heure d'aide à domicile pour les **structures autorisées** en fonction d'un coût de revient théorique calculé à

1. Les SSIAD : les services de soins infirmiers à domicile assurent sur prescription médicale aux personnes âgées, malades ou dépendantes, les soins infirmiers et l'hygiène générale. Leur vocation est d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées, faciliter le retour au domicile, à la suite d'une hospitalisation, prévenir ou retarder un placement en institution. La prise en charge est assurée à 100 % par la branche maladie.

Les personnels des SSIAD ne sont pas des aides à domicile mais exercent souvent en coopération et au sein des mêmes structures. ce sont des infirmier-ère-s et aides-soignant-e-s. Ils peuvent être rattaché-e-s à des Ehpad publics, privés ou à des SPASAD, c'est la raison pour laquelle nous les intégrons à notre présentation.

partir des budgets prévisionnels des organismes. **Les structures agréées déterminent quant à elles librement leur tarif horaire.**

Cependant, depuis la mise en place de l'APA en 2002, le gouvernement, qui devait prendre à sa charge la moitié des financements de l'allocation *via* la Caisse nationale de solidarité autonomie (CNSA) n'a pas suivi la montée en charge du dispositif. Les départements sous forte contrainte budgétaire ont donc ten-

dance à faire pression sur les tarifs horaires de manière à verser moins d'APA et de PCH. La plupart des SAAD sont aujourd'hui « sous tarifs » et les dotations des départements ne couvrent pas les dépenses : une étude de 2016 montre que le coût de revient des services est d'environ 24 € par heure. Or, le tarif moyen des SAAD tarifés est aujourd'hui de 21,67 € par heure (Rapport Ruffin, Bonnel). Ce décalage entre le coût réel et le coût que le département est prêt à payer se répercute sur

les organisations, puis sur les salarié·e·s et sur le reste à charge des personnes dépendantes. **On assiste à un report de contrainte du gouvernement vers les conseils départementaux vers les SAAD, puis *in fine* vers les travailleur·se·s et les personnes dépendantes à travers le RAC.** D'un département à l'autre, en fonction de leur santé économique, de leur démographie, de leur volonté politique, les tarifs fixés varient de 17,10 euros de l'heure à 30,29 euros !

3. Au moins six conventions collectives ou statuts encadrent la profession

Selon la nature juridique de leur employeur, les aides à domicile dépendent de statut ou conventions collectives différentes :

La branche à domicile (BAD)

La convention s'applique aux associations loi 1901, convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 21 mai 2010 (IDCC 2941). Elle représente 226 500 salarié·e·s à 97 % de prédominance féminine dont 89 % sont à temps partiel généralement subi.

Plusieurs activités sont réalisées par les associations de la branche.

Les aides à domicile travaillant dans les associations prestataires sont appelé·e·s en fonction de leur qualification : « agent·e·s à domicile », « employé·e·s à domicile », « auxiliaires de vie » :

- **les agent·e·s à domicile** (41 % des salarié·e·s de la branche) aident à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples essentiellement auprès des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci (et non auprès des publics fragiles) ;
- **les employé·e·s à domicile** (21 % des salarié·e·s de la branche), assistent et soulagent les personnes qui ne peuvent faire seules les actes ordinaires de la vie courante. Elles et ils peuvent être soit en cours d'accès au diplôme d'État de technicien·ne de l'intervention sociale et familiale, soit en cours d'ac-

cès au diplôme d'État d'accompagnant·e éducatif·ve et social·e (DEAES), soit titulaire d'un des diplômes, certificats ou titres listés dans la convention collective ;

- **les auxiliaires de vie sociale et aides médico-psychologiques AMP** (16 % des salarié·e·s de la branche), effectuent également un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur vie quotidienne. Elles et ils sont titulaires du DEAES ou DEAVS ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), mention complémentaire « aide à domicile ».

D'autres catégories rassemblent des salarié·e·s de la branche, exerçant dans le soin ou l'accompagnement :

- **les aides-soignant·e·s** (6 % de la branche, soit 12 886 salarié·e·s) : elles et ils sont titulaires du diplôme d'aide-soignant·e.
- **les TISF** (technicien·ne·s de l'intervention sociale et familiale) représentent 6 241 salarié·e·s, 4 % de la branche.

Famille rurale : convention collective IDCC 1031

L'association Famille rurale emploie 10 500 aides à domicile soit 2 280 équivalents temps plein qui dépendent d'une convention collective spécifique à l'association. Les heures d'aide à domicile sont financées principalement par l'APA et les caisses de retraite.

Les branches « à domicile » (IDCC 2941) et « famille rurale » (IDCC1031) sont rattachées à la fédération des organismes sociaux.

Entreprises privées lucratives des services à la personne (convention 20 septembre 2012, IDCC3127) :

Cette convention représente plus de 150 000 salarié·e·s, à prédominance féminine et travaillant sur du temps partiel généralement subi. La majorité des salarié·e·s sont des assistant·e·s de vie aux familles (ADVF) et/ou des auxiliaires de vie sociale. Les emplois d'assistant·e·s de vie (1, 2 ou 3) correspondent à des emplois venant en aide aux personnes fragiles à domicile et ne requérant pas de diplôme dans le secteur du médical. L'emploi d'assistant·e de vie (1) est accessible sans certification particulière alors que les emplois d'assistant·e de vie (2) ou (3) sont accessibles à partir d'une certification de niveau V (Rapport Ruffin, Bonnel).

Particulier employeur, services mandataires (convention du 24 novembre 1999, IDCC 2111) :

Cette convention représente environ 946 800 salarié·e·s. Dont 247 000 assistant·e·s de vie (chiffres Fepem). La convention collective nationale des salarié·e·s du particulier employeur identifie vingt et un « emplois repères » dans la grille de classification à laquelle correspond une grille de salaires *minima* fixée par voie conventionnelle. Quatre « emplois repères » correspondent à des emplois venant en aide aux personnes fragiles à domicile et ne

requérant pas de diplôme dans le secteur du médical. Ces emplois (assistant·e de vie A au niveau III, assistant·e de vie B au niveau IV, assistant·e de vie C au niveau V ou assistant·e de vie D au niveau VI) se distinguent par les connaissances requises, la technicité, l'autonomie, la résolution des problèmes et la dimension relationnelle (Rapport Ruffin, Bonnel).

Les services à la personne entreprise (IDCC 3127) et particuliers employeurs (IDCC 2111) sont rattachés à la fédération du commerce et services.

Fonction publique territoriale IDCC 5021

Les CCAS représentent 14 % des heures effectuées à domicile. Les personnels intervenant à domi-

cile sont des aides à domicile, des auxiliaires de vie, des aides-soignant·e-s. 30 000 salarié·e-s à domicile dépendent du statut de la FPT.

Les CCAS dépendent de la fédération des services publics.

Convention Croix-Rouge du 3 juillet 2003

Ce secteur, qui emploie également des aides à domicile dans des SAAD et des SPASAD, est menacé. La Croix rouge, ces dernières années, cède ces services soit au secteur associatif voire au secteur privé lucratif.

La convention Croix-Rouge dépend de la fédération santé, action sociale.

Fonction publique hospitalière

Un certain nombre de SSIAD sont rattachés à des hôpitaux ou à des Ehpad publics, les personnels sont des aides-soignant·e-s ou des infirmier·ère-s avec le statut de la FPH.

De nombreux autres secteurs développent l'aide à domicile, comme l'exemple récent de la Poste, qui propose un service d'aide à domicile fourni par leurs postier·ère-s. Cependant, la plupart se concentrent sur les services d'aide à la personne types jardinage, assistant·e-s maternel·le-s, etc. plus rentables car moins contraints par la régulation publique des tarifs.

Au vu de ces différentes conventions collectives, les inégalités sont nombreuses pour les salarié·e-s travaillant sur des métiers identiques.

II. DES MÉTIERS SOUS-VALORISÉS

Alors que la profession d'aide à domicile est un métier essentiel à la cohésion sociale, elle est sous-valorisée en France. Or, la profession peine à s'organiser pour réclamer de meilleures conditions de travail.

Alors que la nature même du travail isole les salarié·e-s, la multitude des conventions collectives sème le trouble et accentue la difficulté de la profession à s'organiser pour défendre de meilleures conditions de travail.

Les conventions collectives sont toutes des conventions au rabais. Les conditions de travail dans le secteur sont extrêmement pénibles, les rémunérations des intervenantes à domicile sont insuffisantes.

Des rémunérations trop faibles

Quelle que soit la nature de leur employeur, les salaires restent faibles.

Dans les entreprises de services à la personne, le salaire mensuel moyen des aides à domicile, en fonction des statuts et prenant en compte le temps de travail, varie d'une moyenne de 44 % du Smic

à 50 % du Smic : il est de 812 € en moyenne pour les assistant·e-s de vie 1, 1 230 € en moyenne pour les assistant·e-s de vie 2 et de 682 € pour les assistant·e-s de vie 3 (Rapport Ruffin, Bonnel).

Dans l'associatif, la rémunération mensuelle brute moyenne des aides à domicile est de 1 520 € pour les auxiliaires de vie sociale (98 % du Smic), de 1 132 € pour les employé·e-s à domicile (73 % du Smic) et de 1 145 € pour les agent·e-s à domicile (74 % du Smic).

Dans l'associatif, la rémunération mensuelle brute moyenne des aides à domicile est de 1 520 € pour les auxiliaires de vie sociale, pour un contrat travail de 118 heures, de 1 132 € pour les employé·e-s à domicile, pour un contrat de travail de 104 heures et de 1 145 € pour les agent·e-s à domicile, pour un contrat de travail de 99 heures.

Dans cette branche, les salarié·e-s restent entre neuf et treize ans au Smic (Rapport Ruffin, Bonnel). Suite à l'avenant 43 de la convention collective, ce salaire devrait être revalorisé mais restera très en dessous de la revendication de la CGT du Smic à 1 800 €.

Les aides à domicile travaillant chez les particuliers employeurs ont des taux horaires bruts sensiblement supérieurs aux taux horaires bruts du Smic pour un temps plein, mais cela ne garantit pas que les aides à domicile gagnent un revenu supérieur à ce dernier. Il n'existe malheureusement pas de données sur le salaire mensuel dans cette branche.

De même, l'indemnité kilométrique est fixée à 35 centimes par kilomètre dans la convention BAD, et à 20 centimes dans la convention « SAP », bien en deçà des indemnités pratiquées dans les autres secteurs.

Enfin, alors que la branche BAD prévoit une majoration pour le travail le dimanche et les jours fériés de 45 %, cette majoration n'est que de 10 % pour la branche entreprise et de 0 euro pour les particuliers employeurs.

Ces bas salaires ont pour conséquence des niveaux de vie très faibles chez les aides à domicile. **Le taux de pauvreté chez les aides à domicile (17,5 %) est plus de deux fois supérieur au taux moyen de l'ensemble des salarié·e-s (6,5 %) (Rapport El Khomri, 2019).**

Le temps de travail fracturé sur des amplitudes supérieures à douze heures et des temps de trajet non comptabilisé

Les aides à domicile sont trop nombreux-ses à se voir imposer un temps partiel. Selon les branches, **entre 70 % et 90 % des salarié-e-s sont à temps partiel**. Cependant, ce temps de travail rémunéré ne représente pas le temps de travail réel des salarié-e-s. **Les temps de travail sont fractionnés**, puisque de nombreuses tâches (aide à la toilette, lever et couchers, repas) sont réalisées sur des plages horaires restreintes, la « journée type » d'un-e aide à domicile commence tôt et finit tard avec de fortes coupures le matin et l'après-midi non comptabilisées dans le temps travail. **Les temps de trajets entre les différents domiciles ne sont pas toujours pris en compte** dans les conventions, comme dans la convention « particulier employeur » où il n'existe aucune compensation des temps de trajet. Et, lorsque la convention les prévoit théoriquement comme dans la BAD, dans les faits il existe plusieurs manières de les contourner, par exemple en coupant la journée de travail. La convention BAD conditionne d'ailleurs explicitement le financement des temps de déplacement au bon vouloir des départements eux-mêmes sous contrainte budgétaire. De plus, les salarié-e-s ne peuvent pas percevoir d'indemnité de frais kilométriques entre deux prestations si elles et ils sont engagé-e-s en mode mandataire (en emploi direct) ou si elles et ils alternent entre le mode mandataire et le mode prestataire (Rapport Ruffin, Bonnel).

Dès lors, l'amplitude de travail de douze heures maximum n'est pas respectée. Il est courant de constater des amplitudes de travail de quatorze heures, voire plus. Il est courant que les salarié-e-s travaillent plus de 35 heures hebdomadaires, en toute illégalité. Nous avons déjà observé que **des salarié-e-s travaillent plus de 50 heures hebdomadaires tout en étant à temps partiel**. Il n'y a plus de conciliation entre vie privée et vie professionnelle avec de telles amplitudes.

Des conditions de travail pénibles

Le métier d'aide à domicile s'exerce dans des conditions de travail difficile, que ce soit sur le plan physique ou psychique.

Sur le **plan physique**, la manipulation des corps des personnes âgées ou en situation de handicap est très compliquée. **Les conditions d'exercice (postures, rythmes de travail...) se traduisent par un grand nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles**. Dans le secteur de l'aide et des services à la personne, les accidents du travail sont trois fois plus fréquents que la moyenne, avec un indice de 94,6 accidents du travail pour 1 000 salarié-e-s (Rapport Ruffin, Bonnel). Ces accidents s'expliquent aussi par le **manque d'accès pour les travailleur-se-s du secteur aux formations qui permettraient de mieux exercer leur métier** et d'en réduire la pénibilité.

Les aides à domicile font aussi face à des **enjeux humains parfois lourds**, comme les décès ou les troubles du comportement, dont la charge psychique est importante, et ce d'autant plus que les salarié-e-s, en l'absence de temps collectifs, sont isolé-e-s, peu accompagné-e-s et préparé-e-s dans leurs interventions. Ces **conditions difficiles psychologiquement sont accentuées par la précarité des situations**, créant incertitudes et angoisses. Parmi les pathologies déclarées par les salarié-e-s de la branche de l'aide à domicile, une prédominance des troubles physiques peut être constatée. Les troubles musculosquelettiques représentent 42 % des pathologies déclarées, les troubles dorsaux lombalgiques 43 % et les risques psychosociaux 9 % (Rapport Ruffin, Bonnel).

Les études prouvent que la sinistralité du secteur est 4 fois supérieure à la moyenne nationale, même par rapport à celle du bâtiment. L'âge moyen des salarié-e-s licencié-e-s pour inaptitude est de 49 ans et demi, pour une ancienneté de neuf années dans le secteur.

Le travail d'aide à domicile, déjà très difficile, est de plus en plus

normé, calculé et fait l'objet d'une rationalisation voire d'une industrialisation croissante.

La gestion des emplois du temps est de plus en plus pénible pour les aides à domicile. Les durées d'interventions à domicile qui figurent sur les emplois du temps ne correspondent pas aux besoins réels des personnes aidées. **Les temps d'intervention chronométrés sont trop courts**. En trente minutes, l'intervention auprès d'une personne dépendante peut comprendre : le lever, l'hygiène, l'élimination, le petit-déjeuner, l'installation, la vaisselle, la réfection du lit, etc. Dans certains cas, elles sont encore limitées à quinze minutes. **Cette durée qui ne prend en compte que les gestes techniques** ne permet pas aux aides à domicile de créer un vrai lien avec les personnes âgées. Ces salarié-e-s vivent mal cette **injonction à mal faire leur travail**.

La télégestion est de plus en plus développée dans le secteur, avec l'usage des téléphones portables professionnels par lesquelles les aides à domicile préviennent de leur arrivée et de leur départ des domiciles des personnes aidées et reçoivent leur planning. En permettant de cadencer les temps de travail, **la télégestion génère une pression constante sur les salarié-e-s, accélère les risques psychosociaux, les troubles musculosquelettiques et les risques d'accidents routiers**. La télégestion permet aussi des rajouts incessants d'interventions sur les plannings des salarié-e-s, directement sur le téléphone portable professionnel, ce qui génère du stress, isole de plus en plus les salarié-e-s qui ne se déplacent plus au siège de l'association, rompt la communication entre l'encadrement et la ou le salarié-e. Ces rajouts incessants qui dégradent considérablement les conditions de travail des salarié-e-s provoquent également des dérives concernant leurs droits légaux.

Ces mauvaises conditions de travail et ce manque de reconnaissance sont préjudiciables à l'ensemble de la société puisque **les mauvaises conditions de travail (rémunéra-**

tion, horaires, pénibilité, temps de travail) expliquent à 89 % le fort taux de *turn-over* dans les métiers d'aide à domicile. La « mauvaise orientation » des candidat-e-s ne représente que 11 % des motifs de *turn-over* (Rapport Ruffin, Bonnel).

Des conventions mal respectées et au rabais

Les droits conventionnels des salarié-e-s ne sont pas respectés ou sont contournés. Un exemple parmi d'autres, est celui des **fiches de salaire négatives** quand les salarié-e-s sont en arrêt de travail, ou encore le **contournement de la prise en compte des trajets**, le peu de formation, etc. Un enjeu important dans le secteur est aussi le **glissement de tâches** : les aides à domicile sont amené-e-s à intervenir sur des tâches qui ne correspondent pas à leurs qualifications. Ainsi il n'est pas rare qu'un-e agent-e à domicile se retrouve à faire des tâches normalement attribuées à des auxiliaires de vie ou même aux aides-soignant-e-s.

Comme le souligne le Rapport Ruffin, Bonnel, le régime salarial intermédiaire (prestataire) est beaucoup plus protecteur que le mode mandataire ou l'emploi direct. Or un tiers des aides à domicile travaillent chez des particuliers employeurs. La convention collective des salarié-e-s du particulier employeur garantit moins bien les droits des salarié-e-s que les deux autres conventions collectives. La convention du particulier employeur est très dérogatoire au droit du travail : Le temps plein

est fixé non pas à 35 heures mais à 40 heures par semaine, elle ne comporte pas d'indication d'amplitude horaire quotidienne maximale, ne prévoit pas de temps de pause, adopte une définition restrictive du travail de nuit, ne définit pas ce qu'est le temps de travail « effectif » contrairement aux autres conventions, ne prend pas en compte l'ancienneté des salarié-e-s dans les grilles de salaire, prévoit des temps de présence responsable (c'est-à-dire des temps où l'employé-e est sur le lieu de travail, se tenant prêt à intervenir si nécessaire, mais disposant de son temps pour ses propres activités) rémunérés à deux tiers du salaire horaire voire à un sixième la nuit, l'accès à la médecine du travail est lacunaire... Cette convention engendrerait même une forme d'harmonisation, par le bas, de ces droits.

Le non-respect des conventions est accentué par le manque de temps et d'espaces collectifs, ce qui engendre une mauvaise connaissance des droits des travailleur-se-s et une moindre capacité à les faire valoir. Cette faible organisation de la lutte est accentuée par la nature même de ces métiers. Éloigné-e-s des postes de direction, les aides à domicile font face aux personnes qu'elles et ils soignent au quotidien et qu'elles et ils n'envisagent pas d'abandonner dans leur dépendance.

Ces différences de convention déjà très injustes en temps normal ont donné lieu à des **situations extrêmement mal vécues par les aides à domicile pendant la crise de la**

Covid-19. Par exemple, alors dans les mêmes structures, des personnes ayant pratiqué les mêmes activités, notamment du fait du glissement de tâche et ayant tout autant répondu aux besoins dus à la crise, se sont vues proposer des primes allant du simple au double en fonction des financeurs de leur poste (ARS ou départements).

Le manque de reconnaissance de ces métiers s'est aussi traduit par le retard dans la distribution du matériel de protection pendant la pandémie, alors même que les salarié-e-s intervenaient auprès des personnes les plus vulnérables face au virus. Les salarié-e-s allaient travailler la boule au ventre, de peur de transmettre le virus aux personnes aidées. Le gouvernement a par ailleurs demandé pendant la crise de réduire encore les temps d'intervention par manque de moyens.

Les modalités d'intervention et d'organisation du travail sont à revoir, aussi bien pour les salarié-e-s, que pour les usager-ère-s, patient-e-s ou familles aidé-e-s, accompagné-e-s, ou soigné-e-s, tous les jours.

La crise sanitaire a également mis en exergue le mépris des pouvoirs publics à l'égard de ces salarié-e-s : Malgré les annonces de Macron le 4 août, un très grand nombre de salarié-e-s du secteur ont été exclu-e-s du versement de la prime Covid, celle-ci étant en effet conditionnée à la prise en charge de 50 % du montant de cette prime par les départements.

III. LA MISE EN CONCURRENCE DU SECTEUR :

UNE DÉGRADATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Depuis les années 1990, les différents gouvernements envisagent le champ de l'aide à domicile et des services à la personne comme un gisement d'emploi. C'est dans ce cadre que les différentes lois ont mis en place des exonérations d'impôts et de cotisations sociales à l'embauche d'une personne à domicile.

La politique qui a eu le plus d'ampleur dans l'organisation du secteur

est celle mise en place par le plan Borloo en 2005. Avec la loi Borloo, tous les métiers de l'aide et du soin ont été confondus avec les services de confort par les gouvernements successifs de façon volontaire, afin de mélanger les besoins d'aide, d'accompagnement ou de soins des plus fragiles (personnes âgées, handicapées, malades...) et ceux des services dits de confort (jardinage, bricolage, ménage...) des plus aisé-e-s, pour instaurer une

confusion entre les métiers d'utilité publique et les services non essentiels aux plus fragiles.

Si le plan a échoué à créer des emplois, il a complètement déstabilisé le secteur en faisant un large marché. Il a ainsi fait entrer les entreprises privées lucratives dans le secteur, en finançant de la même manière les organisations peu importe leur statut.

Le nombre d'entreprises privées lucratives à enregistrer une croissance importante passe de 710 en 2005 à 4 653 en 2007 et 21 700 en 2018. La convention collective de branche des entreprises de services à la personne a été signée en 2012 avec des conditions de travail au rabais.

Cette loi du marché a imposé une concurrence tarifaire entre les employeurs, se répercutant sur les conditions de travail des aides à domicile et sur les types d'employeurs exerçant dans le secteur.

Le secteur associatif, toujours majoritaire dans le secteur, s'est lui-même restructuré. Les associations ont dû s'agrandir toujours

plus pour concurrencer les grosses entreprises privées. Le secteur a ainsi vécu un processus de concentration éloignant toujours plus les salarié·e·s des décideurs. À titre d'exemple, la Croix-Rouge a ces dernières années cédé ses SAAD, devenus trop peu rentables sous le coup de la concurrence, à d'autres grosses associations voire au secteur privé lucratif, ayant une convention moins avantageuse et pouvant donc se placer sur le marché, la CRF s'est ainsi séparée en moins de quinze ans de 1 500 salarié·e·s des SAAD... Afin de « finir le boulot », dans le projet présenté lors du CSE central du 20 mai 2020, la Croix-Rouge française prévoit de céder la totalité de ses SAAD restants à Amicial (secteur de la CCN BAD), à compter du

1^{er} janvier 2021. Les conséquences seront lourdes pour les salarié·e·s, qui verront leurs garanties collectives encore diminuées.

De plus, les chiffres de la Dares font apparaître l'augmentation ces dernières années des micro-entrepreneur·se·s dans le secteur. Les associations et organismes publics sont principalement centrés sur les activités d'aide à la personne quand les entreprises privées lucratives se spécialisent aussi dans les services à la personne (garde d'enfant, le jardinage). Toutefois la part des organismes publics a chuté de 18,9 points entre 2010 et 2017 (Dares, 2020).

IV. LES REVENDICATIONS DE LA CGT

Le secteur du domicile est d'intérêt public, parce qu'il concerne les actes essentiels de la vie quotidienne des plus de 1,5 million de personnes âgées. Il porte des enjeux importants au vu du nombre de salarié·e·s et des personnes aidées que cela représente. Tous les métiers de l'intervention à domicile peuvent paraître invisibles, et sont pourtant indis-

pensables au vu du nombre de salarié·e·s et de personnes aidées que cela représente. De plus, ce sont des métiers non délocalisables et au plus proche de l'humain et permettant le maintien de la cohésion sociale. Ils doivent être reconnus comme tel.

La régulation par le marché du secteur est contraire aux revendications

CGT. En effet la CGT, depuis des années, œuvre pour la reconnaissance d'un grand service public de l'aide à l'autonomie, intégrant l'aide à domicile, et financé à 100 % par la branche maladie au sein de la Sécurité sociale, pour le soin, comme pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

LA CGT REVENDIQUE :

- ▶ **la création de 100 000 emplois pour répondre aux besoins de la population et améliorer les conditions de travail ;**
- ▶ **la revalorisation des salaires et *a minima* à 1 800 €, afin de compenser la perte de pouvoir d'achat depuis des années ;**
- ▶ **des évolutions de carrière et des formations qualifiantes avec une reconnaissance par le salaire ;**
- ▶ **la prise en compte dans le temps de travail des temps de trajets et de déplacements entre 2 interventions, dans leur totalité, au réel ;**
- ▶ **la fin du temps partiel imposé ;**
- ▶ **la revalorisation de l'indemnité kilométrique à 0,50 €/km, à défaut de véhicule de service mis à disposition ;**
- ▶ **la prise en compte de tous les frais professionnels ;**
- ▶ **une organisation du travail respectant le droit à la déconnexion.**

Pour la CGT il est urgent d'agir !

Les mobilisations sont de plus en plus nombreuses, mais elles restent difficiles à construire, et nécessitent une prise en compte, une aide et un soutien de toutes les organisations de la CGT.