

## LES QUASI-MARCHES DANS L'AIDE A DOMICILE: UNE MISE EN PERSPECTIVE EUROPEENNE

par

Laurent GARDIN\*

*IDP et Lise (Cnam-CNRS), Université de Valenciennes et du  
Hainaut Cambrésis, France*

et

Marthe NYSSENS

*CIRTES, Université Catholique de Louvain, Belgique*

en collaboration avec

Paolo MINGUZZI

*Université de Bologne, Italie*

**RESUME\*\*:** *L'aide à domicile est emblématique d'importantes mutations à l'œuvre dans les sociétés européennes. L'objet de l'article est d'analyser les enjeux sous-jacents à l'évolution des modes de régulation vers les quasi-marchés. Dans la première partie, nous rappelons la nature des modes de régulations historiques de l'aide à domicile dans chacun des pays qui façonnent ainsi des régimes de care. Ensuite, nous analysons comment l'introduction de régulations quasi-marchandes vient se greffer et ainsi infléchir les régimes de care. Enfin, nous analysons en quoi la présence d'échecs du marché soulève des questions toutes particulières en terme de régulation publique.*

---

\* Nous remercions les commentaires de deux lecteurs anonymes afin d'améliorer le contenu de cet article. E-mails: laurent.gardin@univ-valenciennes.fr; marthe.nyssens@uclouvain.be

\*\* *Abstract at the end of the article; Zusammenfassung am Ende des Artikels; resumen al final del artículo.*

## Introduction

Depuis plusieurs années déjà, la dynamique des services à domicile fait l'objet d'une attention toute particulière tant des chercheurs<sup>1</sup> que des décideurs publics dans de nombreux pays européens. Ce secteur est emblématique d'importantes mutations à l'œuvre dans les sociétés européennes. D'abord, il est affecté par les profondes transformations démographiques et des structures familiales qui conduisent à l'émergence de nouveaux besoins d'aide et de soin aux personnes. Ensuite, on observe une inflexion vers ce que les anglo-saxons dénomment le « *community care* ». Ce terme désigne la politique dans le champ de l'aide et du soin aux personnes dépendantes menée dans le but de réduire le nombre de lits d'hôpitaux et de services résidentiels en contrepartie d'une prise en charge accrue par la « communauté » via des services non résidentiels (à domicile, en centre de jour) voire par les aidants familiaux. Enfin, au nom de l'efficacité et l'efficience prônée par le courant du « *new public management* », on assiste au développement de quasi-marchés qui combinent principes marchands et régulation publique et ainsi à une remise en cause des régulations traditionnelles dans le champ des politiques publiques.

Dans notre article, nous nous centrerons, dans le champ du « *care*<sup>2</sup> », sur l'organisation de l'aide à domicile non (para)-médicale. L'objet de notre réflexion est de mettre en évidence et d'analyser les enjeux sous-jacents à l'évolution des modes de régulation vers les quasi-marchés à l'œuvre dans les services d'aide à la personne en mettant à jour toutefois les formes différentes qu'ils prennent et les enjeux en terme d'intérêt général qui apparaissent, l'ensemble étant remis dans une perspective historique. Pour ce faire, nous nous basons sur l'évolution dans quatre pays Européens: l'Angleterre,

---

1 Pour n'en citer que quelques uns: Devetter, Jany-Catrice, Ribault 2009, Bode 2007, Simonazzi 2008, Laville et Nyssens 2001, Enjolras 1995.

2 Le « *care* » désigne l'aide pour les personnes fragiles, que ces besoins soient temporaires ou de long terme, notamment pour les individus dont la condition nécessite une supervision constante (« *long term care* »). Dans la littérature anglo-saxonne, on distingue le « *home care* », qui fait référence à une dimension de « sollicitude » à la personne dans le service, le « *house work* » ou « *home help* », qui fait référence à du travail ménager stricto sensu dans sa dimension uniquement matérielle et le « *home nursing* », qui fait référence aux soins para-médicaux.

l'Italie, la France et la Belgique<sup>3</sup> qui sans être représentatifs de l'ensemble des réalités européennes n'en montrent pas moins une inflexion vers une régulation quasi-marchande qui est présente dans la plupart des pays.

Dans la première partie, nous rappellerons la nature des modes de régulations historiques de l'aide à domicile dans chacun des pays qui façonnent ainsi des régimes de care, c'est-à-dire la stratégie de chaque pays en termes d'organisation et de régulation de l'aide aux personnes. Ensuite, nous analyserons comment l'introduction de régulations quasi-marchandes vient se greffer et ainsi infléchir les régimes de care. Enfin, nous analyserons en quoi la présence d'échecs du marché soulève des questions toutes particulières en terme de régulation publique.

## 1 Les modes de régulations historiques de l'aide à domicile

Historiquement, en Europe, les services d'aide à la personne à domicile ont, d'abord, relevé de la sphère domestique et des solidarités familiales et de voisinage. L'«externalisation» des services, c'est-à-dire leur sortie de la sphère domestique a été initiée par des dynamiques associatives qu'elles soient philanthropiques ou d'entraide mutuelle. C'est par la médiation associative que ces services se sont, généralement, intégrés aux programmes de l'État-providence (Laville et Nyssens, 2001). Cependant, cette institutionnalisation basée sur l'instauration d'un financement public n'a pas été identique dans tous les pays européens. C'est pourquoi, les pays peuvent être appréhendés à partir de la typologie des États-providence proposée par Esping-Andersen basée sur le critère de «démarchandisation», à savoir la mise à la disposition des citoyens, grâce au financement de l'État, de services jugés centraux pour la collectivité, infléchi par l'apport de la critique féministe centrée sur le degré de «défamilialisation», c'est-à-dire la capacité des femmes à subsister en dehors des liens familiaux, par l'accès à l'emploi ou à des droits sociaux individuels (Lister, 1997: 173). Ce dernier concept repose sur le constat que la famille, généralement absente dans les analyses traditionnelles sur les formes de l'État-Providence, reste le lieu principal de production du care, c'est-à-dire des tâches d'aide et

---

3 Cet article se base sur le projet de recherche «économie sociale et libéralisation des services» comme explicité dans l'introduction de ce numéro.

de soin, incombant principalement aux femmes (Degavre et Nyssens, 2008).

L'analyse des « régimes de care » dans les pays européens propose une interprétation du fonctionnement des Etats-Providence à partir des politiques publiques mises en place qui influencent l'équilibre entre les différents acteurs du care (Bettio, Plantenga, 2004). La force analytique du concept de régime de care réside dans la mise côte à côte de mesures de politiques publiques permettant de dégager une cohérence d'ensemble sur le plan de la stratégie de chaque pays en termes d'organisation et de régulation de l'aide.

*- Belgique et France : un secteur formel du care reposant sur un partenariat public-associatif*

Dans les régimes de type corporatiste comme celui de la France ou la Belgique, l'Etat-Providence a reconnu progressivement les services d'aide aux personnes à domicile prestés par les associations (Merrien, 2006). Il s'est donc produit un transfert partiel du travail de proximité vers des services auxquels les pouvoirs publics ont attribué des financements publics, tout en faisant l'objet d'une régulation tutélaire. Cette notion caractérise un mode de régulation de la part des pouvoirs publics, au sens où la production de services, en l'occurrence le maintien au domicile de personnes fragilisées (âgées, malades, etc.), est financée et encadrée par la puissance publique agissant ainsi comme « tutrice » des bénéficiaires (Laville et Nyssens, 2001). Elle s'inscrit donc dans des cadres réglementaires, édictés par les pouvoirs publics prescrivant des normes d'encadrement, des exigences de formation des travailleurs, etc. Les subventions sont ainsi accordées aux organisations agréées publiques ou privées de type associatif sur la base de critères de qualité prédéfinis. Dans ce cas de figure, le régime de care repose sur un secteur important d'organisations non lucratives publiques et associatives encadrées et financées par les autorités publiques.

*- Italie: un régime familial de care*

Dans les régimes duals comme celui de l'Italie, la famille est restée longtemps de loin le prestataire principal des services d'aide et de soins, l'intervention de l'Etat dans la fourniture de services étant considérée comme résiduelle. Le modèle de l'Etat social italien repose, en effet, sur des transferts monétaires importants et sur une offre très limitée de services sociaux (Bettio et al., 2004). Cependant, le vieillissement de la population, l'évolution des structures familiales et l'augmentation de l'activité professionnelle féminine, ont

impliqué une demande croissante de services d'aide et de soins aux personnes. Cette demande a été rencontrée d'une part par des formes de travail informel prestées le plus souvent par des travailleuses immigrées (« badanti ») et d'autre part par l'émergence de nouvelles formes de coopératives. En effet, dans les années 1980, des initiatives locales de type coopératif qui prennent en charge des besoins sociaux non satisfaits ont été reconnues, par loi 381/1991, comme "coopératives sociales" dont la finalité est de "poursuivre l'intérêt général de la communauté, la promotion des hommes et des femmes et l'intégration sociale des citoyens". En particulier, les coopératives sociales de type A peuvent prendre en charge l'aide à domicile des personnes âgées, des malades ou des personnes rencontrant des difficultés psychologiques. On peut cependant avancer que le régime de care italien a reposé, fondamentalement, sur des formes de care familial.

*- Le rôle-clé des municipalités dans les régimes universalistes de care*

Dans les pays à régime universaliste d'État-providence, le service public est considéré comme responsable de l'organisation des services sociaux et a pour mission de soulager les familles en leur conférant des droits à des prestations fournies par le secteur public. Ainsi dans les pays nordiques, les services d'aide aux personnes relèvent généralement du service public organisé par les municipalités et sont accessibles à un large segment de la population. Jusque dans les années 1980, avant d'adopter un modèle libéral, l'Angleterre<sup>4</sup> reposait sur ce modèle, donnant, cependant, la priorité aux services résidentiels pour les personnes âgées organisés par le secteur public (Kendall, 2001).

## **2 La remise en cause des régulations historiques : vers l'influence croissante des quasi-marchés<sup>5</sup>**

La transformation profonde des politiques publiques dans le champ du care à domicile doit être replacée d'une part dans un contexte où la demande émanant des usagers est croissante et d'autre

---

4 A noter que l'Angleterre est caractérisée par le fait que les services aux personnes âgées étaient de la responsabilité de l'Etat social alors que l'accueil de la petite enfance relevait de la sphère domestique.

5 Nous remercions F. Degavre et I. Bode pour leurs commentaires judicieux sur cette partie de l'article.

part dans le cadre des injonctions au « new public management » (Pollitt, 2007). Cette expression désigne les réformes en cours depuis les années 1980 qui se sont traduites un peu partout en Europe, selon des modalités différentes, par une introduction des principes marchands au sein du secteur public comme l'approche « client » au sein des services publics ou encore la gestion par évaluation *ex post* des résultats (outputs) plutôt que par une mise à disposition *ex ante* de ressources (inputs). Le fonctionnement centralisé était, en effet, accusé de souffrir à la fois de déficits en termes d'inefficience productive (trop de ressources utilisées pour l'administration du système), d'inefficacité allocative (prise en considération insuffisante des intérêts des utilisateurs) et d'inéquité (McMaster, 2002).

Dans ce contexte, les quasi-marchés peuvent être considérés comme un des instruments censés engendrer une meilleure efficacité du service public combinant principes marchands et régulation publique. Même si ce concept n'est pas monolithique sur le plan théorique (Bode, 2007), il se caractérise essentiellement par une séparation des rôles de financeur et de fournisseur dans les missions de l'Etat (Le Grand, 1991): alors que ce dernier continue le plus souvent d'assumer le financement des services, leur prestation est, quant à elle, désormais assurée par une diversité de prestataires, appartenant au secteur public mais aussi privé, qu'il soit lucratif ou non. Un quasi-marché se caractérise principalement par les deux critères suivants: 1) les prestataires à finalité lucrative et non lucrative sont mis en concurrence; 2) le pouvoir d'achat des consommateurs s'exerce soit directement par l'attribution d'allocations monétaires et/ou par le biais de titres de paiement (« voucher ») donnant accès à certains types de services, soit indirectement par l'intermédiaire d'une « tierce partie » qui joue un rôle d'interface entre l'utilisateur et le prestataire.

L'Angleterre a fait figure de pionnière dans l'introduction de quasi-marché mais tous les états européens ont répercuté à des degrés divers et de façon originale, articulant sur leur propre tradition de régime de care, cette tendance dans leurs politiques publiques.

## 2.1 La mise en place d'appels d'offre pour les prestataires de service

- *Un quasi-marché du « home-care » hautement standardisé en Angleterre, ciblé sur les personnes les plus démunies*<sup>6</sup>

6 Cette section se base sur Fernandez et al., 2007.

En Angleterre, depuis la profonde réforme implémentée dans les années 1990, le rôle central est toujours attribué aux 150 autorités locales anglaises qui sont responsables des services de « home care ». Pour ce faire, elles perçoivent des ressources émanant d'un fonds national, auxquelles s'ajoutent les ressources issues de la taxation locale. Le gestionnaire de soins, pierre angulaire du dispositif d'aide (Knapp et al., 2001), est chargé d'évaluer les besoins et les ressources de l'utilisateur (« means tested ») afin de ne venir en aide qu'à la population vulnérable ciblée et de développer un plan d'intervention approprié financé en partie par les autorités locales et en partie à charge de l'utilisateur selon sa situation financière. Ce sont les autorités locales qui émettent des appels d'offres afin de sélectionner les prestataires de services, qu'ils soient publics, privés lucratifs ou privés non lucratifs. Ces prestataires doivent respecter les standards fixés à niveau national, depuis 2004, par la « commission pour l'inspection des services sociaux », qui assure une gestion unifiée et standardisée du quasi-marché. Un système de « paiement direct » a également été introduit, dès 1996, sous forme d'allocations financières aux bénéficiaires plutôt qu'à partir de la fourniture directe de services. Ce système étant sous-utilisé, le gouvernement a introduit en 2006 une formule pilote de « budgets individuels ». Il permet à l'utilisateur de bénéficier, selon les revenus, d'un mix d'allocations monétaires et de services en nature.

Suite à ces réformes, la structure du secteur des services à domicile a profondément changé. Si le volume d'heures d'aide à domicile encadrées par les municipalités a presque doublé entre 1993 et 2003, paradoxalement le nombre de bénéficiaires a baissé d'environ 540.000 à 380.000. Moins d'utilisateurs, plus vulnérables tant du point de vue du degré de dépendance que du niveau de revenu, bénéficient de services d'assistance à domicile, mais d'une façon bien plus intensive.

En 2004, 31% des services étaient encore directement fournis par les autorités locales, les 69% restant étant achetés par les municipalités à des prestataires privés. 71% de ces prestataires étaient lucratifs, les autres étant des prestataires privés non lucratifs. Les raisons avancées pour expliquer cette structure de marché, privilégiant le secteur privé sont multiples dont le coût des services moins élevé et la plus grande flexibilité dans les plages horaires.

*- Une marchandisation du « home-care » basée sur l'informel et assortie de quasi-marchés fragmentés en Italie<sup>7</sup>*

7 Cette section se base sur La Rosa et Minguzzi, 2007.

En Italie, la loi 328/2000 définit le cadre du « système intégré de services sociaux » et les compétences respectives de l'Etat central, des régions et des municipalités selon un principe de subsidiarité. Cette loi valorise, entre autres, l'assistance à domicile aux personnes âgées dépendantes et prévoit une série de modalités pour impliquer une diversité d'acteurs dans la prestation (secteur privé à but lucratif, coopératives sociales, bénévoles, organisations non lucratives religieuses...).

Cependant des larges zones d'autonomie sont laissées aux régions et surtout aux municipalités dans l'implémentation des services. Les régions sont responsables de la répartition entre les municipalités du financement émanant de l'Etat (qu'elles complètent éventuellement), ainsi que des conditions d'agrément des prestataires de services. Les municipalités, seules ou en consortium, établissent le budget, le type de services à fournir et sont responsables des appels d'offre. Elles définissent les critères pour la sélection des prestataires et signent des contrats avec des prestataires accrédités. Ce sont également les municipalités qui déterminent l'accès au service à partir d'une enquête sur les revenus et les besoins. Le système est donc caractérisé par le fait que la municipalité est responsable de la régulation et du financement des services sociaux mais qu'elle externalise la plupart des services vers le secteur privé non lucratif, la plupart du temps des coopératives sociales qui emploieraient près de 70% des travailleurs sociaux (Simonazzi, 2008).

Les allocations monétaires (« *assegni di cura* »), issues du budget du Fond National des Politiques Sociales, sont, elles, ciblées sur les familles à faible revenu qui assistent une personne dépendante au-delà de 65 ans. Les municipalités fixent le montant ainsi que les conditions d'accès suivant les besoins et les revenus de l'utilisateur.

La diffusion inégale et fragmentée de ce système a entraîné le développement d'un vaste secteur de services financés par l'utilisateur: des services privés lucratifs et non lucratifs, y compris le travail en noir presté le plus souvent par des travailleuses migrantes<sup>8</sup> et, qui constitue, de loin, la plus grande partie du secteur de l'aide à domicile (estimé à 500.000 travailleuses, Simonazzi, 2008).

---

8 Des mesures fiscales permettent aux particuliers de déduire les cotisations sociales des impôts, liés au contrat de travail régulier d'une employée domestique. Cependant, le coût net de l'engagement d'une travailleuse déclarée reste encore trop élevé pour les classes moyennes (Simonazzi 2008).



## 2.2 La mise en concurrence des prestataires par la solvabilisation de la demande: politique d'emploi ou politique sociale ?

La Belgique et la France connaissent également une mise en concurrence des prestataires de service qui est générée par une solvabilisation de la demande. Ces mesures sont avant tout considérées comme des instruments visant à exploiter des gisements d'emplois à même de contribuer à combattre le problème du chômage et du travail au noir dans certains domaines d'activité tels que les services ménagers au domicile. L'introduction de quasi-marchés dans ces deux pays vise donc à créer de « nouveaux » emplois tout en répondant à des demandes émergentes, liées notamment à la conciliation entre vie privée et vie professionnelle, conformément à ce que recommande la stratégie européenne pour l'emploi (Commission européenne, 1994). Toutefois, les services touchés comme les modalités de financements de ce type de quasi-marché ne sont pas identiques dans les deux pays.

*- La multiplication des dispositifs de solvabilisation de la demande en France : un secteur du care pris en tenaille entre logique de création d'emploi et logique d'action sociale*

La France est caractérisée par la multiplication des politiques de solvabilisation de la demande qui sont apparues dès le milieu des années 1980. En 1987, des exonérations de charges sociales patronales sont accordées pour l'emploi d'aide à domicile par des personnes handicapées ou âgées de plus de 70 ans. Ces dispositions, comme la loi sur les emplois familiaux, lancée en 1991, permettent à tout particulier employeur direct de bénéficier de réductions d'impôts, favorisent le développement de l'emploi de gré à gré. L'instauration à partir de 1993 du chèque emploi-service simplifie les tâches administratives pour l'emploi en gré à gré et renforce le développement de celui-ci.

Réservées à des particuliers employeurs, ces innovations ont introduit une discrimination négative à l'égard des associations employeuses et pour en limiter les conséquences, les pouvoirs publics ont créé un statut particulier d'association mandataire qui ouvre accès aux avantages consentis aux particuliers à condition que ceux-ci restent employeurs des aides à domicile.

En 2002, aussi, les Conseils généraux se voient confier la gestion de l'allocation prestation d'autonomie (APA) qui donne les moyens d'une prise en charge de la perte d'autonomie des personnes

âgées qu'elles soient en établissement ou à domicile. A la différence de la gestion traditionnelle par la Sécurité sociale qui instaurait des rapports privilégiés avec des prestataires associatifs ou publics régulés de manière tutélaire, les usagers ont le choix de recourir à ces services mais aussi aux entreprises privées lucratives comme à des intervenants dans le cadre de rapports de gré à gré.

Enfin, la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, aussi dénommée Plan Borloo, introduit différents dispositifs qui renforcent nettement le développement d'une régulation quasi-marchande. Le chèque emploi-service universel (Cesu) permet une solvabilisation du particulier à partir d'exonération de charges sociales, de déductions d'impôts et aussi de l'intervention financière de tiers payant (entreprises, collectivités locales...). Les utilisateurs de ce dispositif peuvent devenir employeurs ou choisir le prestataire de services. Depuis 1996, des agréments – simples et qualité – sont parallèlement mis en œuvre pour réguler le champ qui s'ouvre à la concurrence avec une pluralité d'offres, entre acteurs associatifs, privés lucratifs, publics et l'emploi direct par les particuliers qui ne demande aucun agrément. Les prestataires, quand ils ont l'agrément qualité, peuvent se positionner sur les activités plus relationnelles en direction des publics vulnérables (petite enfance, personnes dépendantes...); l'agrément simple concerne les activités de confort (services ménagers, jardinage...). Aussi, les exigences en termes de formation, de suivi, d'évaluation, d'encadrement de l'agrément qualité sont beaucoup moins fortes que pour les organisations traditionnelles de l'aide à domicile régulées de manière tutélaire dans le cadre des politiques sociales.

Les enchevêtrements multiples entre les différentes mesures de solvabilisation, entre les logiques d'action sociale et de création d'emplois, entre les régulations tutélaire et quasi-marchande ont entraîné le développement d'un secteur particulièrement peu « lisible » pour rendre crédible l'objectif de « libre choix ». L'explosion de l'emploi de gré à gré est le fait le plus notable.

Mi-2006, près de 1,2 million de salariés travaillaient au domicile de particuliers<sup>9</sup>; 783 000 (66 %) étaient embauchés directement par ces derniers; en outre, 166 000 (14 %) étaient recrutés par les particuliers via le système mandataire et 233 000 (20 %)

---

9 Garde d'enfant au domicile du particulier compris mais sans service de soins. Ce chiffre atteint 1,55 millions avec les assistantes maternelles qui travaillent chez elles.

étaient salariés par des organismes prestataires (Dares, 2008). Les entreprises privées sont en progression mais elles restent très minoritaires. Les emplois gérés par des organisations agréées de services à la personne (mandataire ou prestataire), sont pour 90% de l'associatif, pour 2% des entreprises commerciales et pour 8% des pouvoirs publics locaux (Devetter et al., 2009, p. 21).

*- Le titre service en Belgique: une quasi-marchandisation des services de confort (house work) côtoyant une régulation tutélaire pour les services d'aide (home care)*

En Belgique, la loi du 20 juillet 2001 a instauré le titre-service au niveau fédéral. Sa mise en place résulte d'une politique de créations d'emplois. Le titre-service cible essentiellement les activités d'aide ménagère, c'est-à-dire des services ayant une faible dimension relationnelle. On y trouve une grande diversité de prestataires se trouvant dans les secteurs publics, privés lucratifs, et du tiers-secteur poursuivant éventuellement des finalités d'insertion ou d'aide à domicile (associations, sociétés à finalité sociale). Notons, et c'est une différence notoire avec la France, que le dispositif titre-service exclut le travail de gré à gré.

Mais ce quasi-marché, à la différence des autres pays, ne vient pas, en principe du moins, se substituer aux services d'aide à domicile (home care) ciblés sur des usagers vulnérables, l'accès y étant conditionné à la réalisation d'une enquête sociale. Les prestataires (associations sans but lucratif ou centres publics d'action sociale) sont régulés de manière tutélaire au niveau régional, l'aide à domicile aux personnes dépendantes étant de leur ressort, devant répondre à des normes d'organisation, de financement et de qualité très strictes. L'activité est contingentée et reste inférieure à la demande, si bien qu'il n'existe pas de concurrence entre services.

Une des spécificités de la Belgique est sa dynamique de décentralisation. Si le dispositif titre-service est fédéral (il relève d'une politique d'emploi), l'aide à domicile aux personnes dépendantes est une compétence régionale. Dans ce cadre, les dynamiques régionales viennent se greffer sur ce dispositif fédéral. Ainsi la Flandre a instauré une assurance dépendance en 2001, sous la forme d'une allocation monétaire fixe, financée comme un risque à part au sein du système de sécurité sociale existant.

Le titre-service concernait plus de 100.000 travailleurs salariés en 2008, 56% dans le secteur privé à but lucratif, 27% au sein du tiers -secteur et 18% au sein du secteur public (Henry et al. 2010).

### 3 Les enjeux sous-jacents aux quasi-marchés

Malgré les différences nationales (cf Tableau 1), les quasi-marchés participent donc à présent d'un mouvement généralisé à l'échelle européenne. Si l'introduction de mécanismes quasi-marchands a profondément bouleversé la logique de régulation tutélaire, dominante jusque dans les années 1990, ce secteur est traversé par, ce que les économistes ont coutume d'appeler, les « échecs du marché », autant de caractéristiques qui entravent une allocation efficace des ressources alors que cet objectif est le critère central avancé par le courant du « new public management » pour justifier l'instauration des quasi-marchés.

D'abord, l'Etat reste un acteur central du secteur de l'aide à domicile au nom des bénéfices collectifs (Gadrey, 2006) qui recouvrent ce que les économistes appellent généralement les externalités et les enjeux d'équité. Rappelons que les économistes utilisent le concept d'externalité pour désigner les effets positifs ou négatifs de l'action d'un agent sur le bien-être d'autres agents et cela sans que ces interactions ne soient régulées par le système des prix. De même, le marché ne prend pas en compte des critères d'équité dans l'allocation des biens et services.

En effet, sur un marché, ni des producteurs mus par une logique de maximisation de profit, ni les usagers ne prennent en compte les bénéfices collectifs dans leurs choix. Laisse au marché, un service porteur de bénéfices collectifs risque de ne pas être produit, ou pas assez du point de vue de l'intérêt général. Dans ce dernier cas, seuls les usagers ayant les moyens financiers auront accès au service, ou bien celui-ci sera confiné au travail au noir. C'est, alors, au nom de la reconnaissance de bénéfices collectifs qu'une intervention publique se justifie pour encourager le développement de ce type de services. L'Etat peut intervenir dans le financement et la régulation qui prennent des formes différentes suivant les pays (subvention à l'offre ou à la demande, respect de normes de qualité, fixation du prix, caractéristiques des appels d'offre...).

Ensuite, ces quasi-marchés sont marqués par une profonde incomplétude de l'information. En effet, de nombreuses « asymétries d'information » caractérisent les relations entre les différentes parties prenantes (Etat, employeurs, travailleurs, usagers et leur entourage) dans la mesure où certains d'entre eux possèdent plus d'informations que d'autres sur les conditions et les modalités de la transaction.

**Tableau 1 – Les caractéristiques du champ de l'aide à domicile**

	Angleterre	Italie	France	Belgique
<b>Tradition de régime d'Etat social</b>	Universaliste puis libéral	Familialiste	Corporatiste	Corporatiste
<b>Régulation historique des services d'aide à domicile</b>	Services fournis par les pouvoirs publics locaux	Pas d'intervention de l'Etat	Tutélaire Partenariat public-associatif dans la fourniture de services	Tutélaire Partenariat public-associatif dans la fourniture de services
<b>Quasi-marché</b>	remplace la régulation historique accroître l'efficacité dans fourniture de service (qualité, coût)	première forme d'intervention de l'Etat augmenter la fourniture de service	se superpose à la régulation tutélaire augmenter le volume d'emploi	se superpose à la régulation tutélaire augmenter le volume d'emploi
<b>Objectif principal</b>	appel d'offre mis en place par les autorités locales	appel d'offre mis en place par les autorités locales	solvabilisation de la demande	solvabilisation de la demande
<b>Forme</b>	conditionnel à un niveau de revenu et de dépendance	conditionnel à un niveau de revenu et de dépendance	- Tutélaire : conditionnel à l'appartenance à un régime de sécurité sociale - Conventiomné : conditionnel à un niveau de dépendance - Quasi-marché : ouverture à tous (service à la personne)	- Tutélaire: conditionnel à un niveau de dépendance - Quasi-marché : ouvert à tous, prix unique
<b>Accès des usagers</b>				

Continued

Tableau 1 – Suite

	Angleterre	Italie	France	Belgique
<b>Nature des prestataires</b>	49% privé lucratif 37% public 14% privé non lucratif	70% privé non lucratif	- 71 % emplois directs (dont 15 % en mandataire) - 29 % prestataire dont: • 80 % privé non lucratif, • 11 % privé, • 9 % public	- Tutélaire: 75% privé non lucratif 25% public - Quasi-marché: 56% privé lucratif 27% privé non lucratif 18% public
<b>Evaluation de la qualité</b>	des inputs et des outputs (qualité du service), standardisée et centralisée	très embryonnaire et hétérogène entre les municipalités	- inputs pour l'ensemble des organismes agréés ou conventionnés - nulle pour le gré à gré - outputs pour organismes agréés (mais limité)	- Tutélaire: des inputs, standardisée et centralisée - Quasi-marché : quasi-nulle (volume emploi) ND
<b>Travail informel (estimation)</b>	ND	500.000	ND	ND
<b>Allocations monétaires/mois pour personnes dépendantes</b>	Suivant le profil des usagers	Variable suivant les municipalités	Max 1169 euros suivant le profil des usagers	125 euros (Flandres)

ND: donnée non disponible.

Enfin, il apparaît que, compte tenu des modalités de financement public, des structures spécifiques du territoire (sa faible densité par exemple) et de la dimension politique de certains quasi-marchés, des phénomènes de pouvoir, que ce soit en termes de clientélisme, de lobbying ou de manière plus positive de revendication des droits des usagers, apparaissent et conduisent à ce que tous les acteurs n'aient pas le même poids.

Reprenons un à un ces échecs de marché et analysons, plus en détail, comment ils se manifestent dans les différents quasi-marchés.

### *Un secteur porteur de bénéfices collectifs*

Les pouvoirs publics avancent quatre grands types de bénéfices collectifs dans l'aide à domicile pour justifier leur intervention : permettre leur accessibilité aux bénéficiaires, soutenir leur entourage dans la prise en charge des personnes dépendantes et ainsi leur faciliter l'articulation famille-travail, garantir une qualité des services, créer des emplois (de qualité) pour des travailleurs peu qualifiés. Cependant, il faut souligner que la valorisation de ces bénéfices collectifs est fonction de choix de société. Tout dépend de ce qui est considéré dans une société donnée comme un besoin essentiel, du ressort de la prise en charge par la collectivité.

L'intervention des pouvoirs publics se situe d'abord par rapport à un enjeu d'accessibilité à des personnes en perte d'autonomie. L'accessibilité aux services répond aux enjeux des politiques publiques de l'aide à domicile instaurées récemment dans les pays à régime familialiste comme l'Italie mais datant de la période de construction des Etats Providence pour les pays à régimes corporatiste ou universaliste.

C'est pourquoi les politiques relevant strictement de l'aide à domicile ont une dimension clairement redistributive orientée vers les personnes dépendantes, en fonction, éventuellement, de leur degré de dépendance et de leurs ressources. En France et en Belgique, l'accès aux services d'aide à domicile n'est pas lié à une condition de ressources mais celles-ci sont prises en compte pour établir le tarif de même que le volume qui est fonction du degré de dépendance. Il en va différemment du Royaume-Uni ou de l'Italie où l'accès même au service et aux allocations monétaires est conditionné à une enquête sur les revenus et les besoins.

Cet enjeu d'accessibilité peut être associé à une volonté de soulager les familles dans le travail de care et ainsi une prise

en charge des personnes dépendantes mieux répartie entre acteurs des espaces domestique et professionnel et entre les sexes (Degavre, Nyssens, 2008). Dans cette perspective, il apparaît que le développement d'allocations monétaires incite plutôt à la prise en charge par des aidants informels de la dépendance alors que la mise à la disposition des services à domicile (éventuellement favorisée par des formules de subventions à la demande) favorise la structuration d'un secteur formel de care (Simonazzi, 2008). Ces différentes modalités ont, bien sûr, un impact différencié sur le degré de « défamilialisation » du régime de care.

Pour les politiques de solvabilisation de la demande ayant pour orientation principale la création d'emplois formels pour des personnes peu qualifiées (titre-service en Belgique et Cesu en France), bien qu'elles soient largement subventionnées, les avantages privilégient ceux qui ont les revenus les plus importants. Ainsi, en France et Belgique, les déductions d'impôts n'ont d'abord concerné que les familles assujetties à l'impôt sur le revenu; aujourd'hui la création d'un crédit d'impôts pour les personnes non-imposables n'a qu'un faible impact car ces crédits ne sont attribués qu'une année après que les dépenses ont été effectuées.

Outre ces enjeux en terme d'accessibilité, les pouvoirs publics, en France et en Belgique, justifient leur intervention dans le champ de l'aide à domicile au nom du nombre d'emplois créés pour des personnes peu qualifiées, très souvent allocataires sociaux

Si les pouvoirs publics ont dans un premier temps mis l'accent en terme de volume (nombre d'usagers, volume d'heures de services, nombre d'emplois), ils s'interrogent de manière croissante sur la qualité de ces bénéfices collectifs (voir Malley et Fernandez, Fraisse et Nassaut dans ce numéro) non seulement pour des usagers vulnérables parce qu'ils sont en perte d'autonomie mais aussi pour les travailleurs potentiellement vulnérables, comme des travailleurs avec de longues durées de chômage. Un des défis majeurs est non seulement d'assurer la qualité du service mais aussi de l'emploi pour des publics le plus souvent faiblement qualifiés dans un secteur d'activité marqué par de la pénibilité du travail et des horaires flexibles. Trop souvent, ce sont des emplois caractérisés par des temps partiels, des contrats précaires, et des rémunérations les plus basses sur le marché du travail (Devetter et al., 2009, Nassaut et al., 2009, Simonazzi, 2008), sans parler des conditions des travailleuses non déclarées qui ne bénéficient d'aucune protection.



*Un quasi-marché caractérisé par une profonde incertitude sur la qualité*

La question de la qualité de l'emploi et du service est une question d'autant plus centrale que ce quasi-marché est marqué par de nombreuses potentielles « asymétries d'information ».

Les asymétries d'information sont d'abord présentes entre l'Etat et les prestataires: sur un quasi-marché, l'autorité publique finance mais délègue la prestation des services à une diversité de prestataires dont il n'est pas aisé de vérifier la conformité de toutes les pratiques avec la législation. Ainsi, la cour des comptes de Belgique a constaté, au moment de l'audit, des lacunes dans l'organisation du contrôle (Cour des comptes, 2009, p.62). Ces lacunes ont notamment trait aux obligations imposées aux entreprises agréées titre-service quant aux contrats conclus avec les travailleurs et à leur temps de travail, à l'utilisation effective des titres-services et au contrôle des obligations administratives et sociales imposées aux entreprises agréées pour l'octroi et le maintien de l'agrément titre-service.

Ensuite, se pose la question épineuse du choix par l'utilisateur, bien souvent vulnérable, du prestataire qui ne connaît pas la qualité du service au moment de ce choix, la qualité se révélant seulement à l'usage. Ces services sont des biens (ou services) dits d'expérience étant donné que l'utilisateur n'est pas en mesure d'en apprécier la qualité avant de les expérimenter (Parasuraman et al., 1985).

Cette question du choix se pose également pour le travailleur, en l'occurrence en grande majorité des femmes peu qualifiées, puisqu'il s'avère aussi difficile de choisir un employeur compte tenu de la difficulté de juger, a priori, de la qualité de l'emploi proposé (voir Defourny et al., 2010 dans ce volume). Une fois le choix fait par l'utilisateur et par le travailleur, s'ajoutent les asymétries d'information qui résultent de la « distance » séparant l'employeur du travailleur, les services étant prestés au domicile de l'utilisateur. L'employeur peut difficilement observer si le travailleur a fourni les efforts requis, s'il s'est présenté à l'heure chez l'utilisateur, s'il a presté uniquement des tâches autorisées, etc. Sans visite du domicile, l'employeur est en plus dans l'incapacité d'évaluer la salubrité du domicile ou de vérifier la charge de travail imposée par l'utilisateur. Enfin, le bénéficiaire peut se sentir captif dans la mesure où le coût psychologique de changement de prestataire est trop élevé même s'il est mécontent du service. Cet argument renvoie au concept central

de la spécificité des investissements dans la théorie des coûts de transaction.

L'abondante littérature économique des organisations a montré que ces situations d'information imparfaite accroissent les risques de comportements opportunistes c'est-à-dire d'abus de la part des différentes parties prenantes, qui peuvent entraîner des effets néfastes quant à l'allocation efficace des ressources (Saussier, Yvrande-Billon, 2007). Parmi ceux-ci, la littérature a identifié le phénomène central dit de la « sélection adverse » : sur base de l'unique indicateur du prix, il est difficile, voire impossible, de distinguer "les bons des mauvais prestataires". La difficulté est la suivante. Si le prix du marché est trop bas, les bons prestataires auront tendance à se retirer du marché estimant que leurs efforts sont injustement rémunérés. Si le prix est trop haut, les mauvais prestataires seront surpayés au détriment des utilisateurs. A prendre le prix comme seul indicateur de qualité, l'on court le risque que les mauvais prestataires chassent les bons du marché et, plus encore, que les utilisateurs, conscients du danger, renoncent à entrer sur le marché. D'où ce paradoxe: alors même qu'il existe des offreurs et des demandeurs de services susceptibles de se rencontrer, les transactions pourraient ne pas avoir lieu faute de pouvoir signaler la qualité. Cela pose la question des signaux de qualité et de confiance susceptibles de réduire l'incertitude.

Quels sont les signaux de qualité qui peuvent alimenter la confiance dans les quasi-marchés ?

D'abord, l'agrément des prestataires par les pouvoirs publics et les évaluations publiques du dispositif sont des moyens centraux. L'agrément porte généralement sur les conditions dans lesquelles le service va être défini avec l'utilisateur et l'organisation, comment il sera rendu par un personnel d'exécution et d'encadrement dont la qualification va être précisée, des conditions peuvent être édictées quant au suivi de l'utilisateur, aux conditions matérielles dans lesquelles fonctionne la structure. Cette prise en compte de la qualité des services et de l'emploi apparaît dans le cadre des autorisations liées aux politiques sociales beaucoup plus importantes que dans celui des politiques d'emploi. La question de la qualité est beaucoup moins présente quand le service est rendu dans le cadre d'emploi direct par les particuliers. Ainsi, en France, aucune exigence de qualification du personnel n'est demandée par exemple quand les bénéficiaires de l'APA emploient des personnes en gré à gré. Dans le cas des emplois irréguliers, comme celui des *bandati italiani*, l'intervention des pouvoirs publics est, bien évidemment, nulle. Des critères de qualité

sont aussi précisés dans les appels d'offre tels que mis en place par les autorités locales anglaises ou certaines communes italiennes.

Dans ces cas de figure, il s'agit d'une évaluation *ex ante* de ressources (inputs). Dans le cadre des quasi-marchés, une évaluation *ex post* des résultats (outputs) est généralement préconisée via des évaluations publiques du dispositif. Cependant, ces évaluations sont encore balbutiantes, se limitant principalement à des indicateurs de volume (notamment en termes d'emploi pour la France et la Belgique), l'Angleterre faisant figure de pionnière dans ce champ de l'évaluation de la qualité (voir Malley et Fernandez dans ce numéro).

Il est intéressant que dans certains cas, cette gestion de la qualité par les autorités publiques s'effectue de manière centralisée comme en Angleterre ou la « commission pour l'inspection des services sociaux », assure une gestion unifiée et standardisée du quasi-marché, alors que dans d'autres cas, il est laissé à chaque municipalité, comme en Italie, le soin d'établir les critères amenant à des normes beaucoup plus hétérogènes sur le territoire.

La question de la gestion de la qualité par les pouvoirs publics dans les quasi-marchés apparaît comme un des enjeux majeurs à l'échelle européenne. Il s'agit de l'objet central de l'article dans le présent numéro de Fraisse et Nassaut auquel nous renvoyons pour des développements plus importants.

Ensuite, les prestataires à but non lucratif, privés ou publics, peuvent de leur côté se prévaloir d'un signal de confiance spécifique par rapport au secteur à but lucratif qui, avec l'introduction des quasi-marchés, est entré dans le champ. Bien que leur position soit très inégale dans les différents pays (14% en Angleterre, 70% en Italie, 27% en Belgique pour le quasi-marché des titres-services mais 75% pour l'aide à domicile des personnes dépendantes, 90% des emplois gérés par des organisations agréées de services à la personne le sont par l'associatif en France), ce type de prestataire reste incontournable. En effet, leurs statuts interdisant (ou limitant strictement) la distribution de leurs bénéfices indiquent en principe que ces prestataires n'utiliseront pas leur avantage informationnel pour maximiser et distribuer le profit à leurs propriétaires (Steinberg, 2006). Cependant, cette contrainte de non-redistribution pourrait aussi entraîner une plus faible incitation à l'efficacité organisationnelle en l'absence de pressions ou sanctions de la part de propriétaires visant leur profit (Nyssens, 2008). C'est d'ailleurs cet argument qui a été avancé dans le cadre du « new public management » pour justifier l'introduction du secteur privé lucratif.

A ces dispositifs de jugement impersonnels permettant (potentiellement) de réduire l'incertitude, s'ajoutent des dispositifs personnels de type « bouche-à-oreille » (Messaoudi, 2007), qui s'avèrent particulièrement opérant dans le cas du travail de gré à gré. Cependant, une des principales limites de ce canal, dans le cas des services prestés dans le cadre d'une organisation, réside dans le fait que l'expérience vécue par un autre usager repose dans une large mesure sur les qualités du travailleur qui preste le service et sur la relation tissée entre ce dernier et l'utilisateur, caractéristiques non directement transposables aux autres travailleurs du même organisme prestataire.

### *Un marché non concurrentiel*

Il faut aussi relever que ce secteur ne se révèle concurrentiel que dans certaines situations dans la mesure où les acteurs sont loin d'être sur le même pied d'égalité.

En premier lieu, la concurrence peut être déloyale en ne mettant pas les mêmes contraintes à l'ensemble des prestataires. En France, en focalisant sur la solvabilisation de la demande, la structuration de l'offre suivant des critères de qualité est devenue secondaire dans les politiques publiques. « Une prime à la non-qualité » s'est ainsi mise en place (Laville, 2005, p. 130). Les coûts d'intervention horaires deviennent la référence et la qualification, le travail d'intermédiation, l'évaluation... représentent des surcoûts pourtant essentiels à la qualité du service et de l'emploi mais qui ne sont pas imposés à tous. Cette situation est également présente lorsqu'il existe un marché irrégulier, hors de tout contrôle, qui coexiste à un secteur de care formel comme en Italie.

Ensuite, l'existence d'opérateurs multiples et d'une concurrence entre eux n'apparaît que sur certains territoires. Trois configurations ont ainsi été identifiées, en France (DRESS, 2006). Tout d'abord, sur certains territoires, on assiste à une sectorisation géographique des interventions héritée de la régulation tutélaire avec un partage territorial qui avait conféré des monopoles locaux aux associations. Cette situation semble aussi s'observer en Italie où, dans certaines régions, peuvent se développer des accords tacites de partage de territoires entre les coopératives sociales (Simonnazzi, 2008). Cette situation persiste notamment en milieu rural et plus largement dans les zones où de nouveaux prestataires s'implantent difficilement du fait de la faible densité de population ou de la faiblesse de leurs ressources. On relève, en Italie, que l'insuffisance d'offre, dans les

régions du Sud, conduit à un fort développement du travail informel à travers les « badanti ». Autre configuration: sur un même territoire, on aura une pluralité de l'offre mais qui va se spécialiser sur des usagers spécifiques en fonctions de leurs niveaux de dépendance, leurs ressources, ou encore du mode de financement des interventions qui peuvent être très inégales entre prestataires comme dans le cas du titre-service en Belgique (Defouny et al., 2010 dans ce numéro). Dernière configuration, sur d'autres territoires, « la libre concurrence entre prestataires est, au contraire, ouverte et peut s'afficher comme un principe de régulation » (DRESS, 2006).

Enfin, les offreurs de service dans ces marchés n'ont pas tous les mêmes objectifs que les acteurs des marchés conventionnels. Les associations et coopératives mobilisent en plus de leurs ressources monétaires des réseaux de solidarité et des contributions volontaires de bénévoles qui les différencient fortement des entreprises privées (Gardin, 2006; Kendall, 2001). Les acteurs publics comme les acteurs associatifs et coopératifs fortement présents dans l'aide à domicile n'ont pas comme finalité la maximisation de leur profit mais une finalité de service à la collectivité. Ces initiatives cherchent aussi à participer à la définition des politiques publiques concernant leurs usagers. C'est ainsi qu'en Italie, la construction des appels d'offre fait une large place au préalable au débat avec les prestataires de services qui peuvent se réunir localement en réseau local de coopératives sociales. En Belgique, les entreprises d'insertion revendiquent des financements ad hoc pour reconnaître la qualité de l'emploi et de l'accompagnement des travailleurs fragilisés. En France, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale donne un cadre aux structures intervenant auprès des personnes dépendantes, elle prend en compte leurs objectifs, la participation de l'utilisateur, la formation des salariés... la mise en place d'un quasi-marché avec l'APA est donc confrontée à une recherche de régulation conventionnée par les associations (Gardin, 2008). Cette régulation conventionnée se traduit par l'attribution de financements qui ne passent pas uniquement par le paiement à l'acte des heures réalisées mais aussi par des conventionnements négociés plus qualitatifs prenant en compte et finançant les objectifs globaux de la structure comme le projet associatif, le suivi psychologique en groupe des intervenants, la coordination des acteurs, l'évaluation du service... Les coopératives et associations cherchent ainsi à influencer sur les politiques publiques afin de faire reconnaître leur utilité sociale, ces démarches et leur capacité à porter la parole de leurs usagers, leur confèrent une dimension politique. Leur positionnement

dépasse alors celui de simples prestataires de service répondant à la commande publique.

#### 4 Conclusion

Le secteur du care se caractérise entre un mouvement généralisé vers la marchandisation et une « dépendance de sentier » (Erhel et Palier, 2005). En effet, l'analyse de l'impact de l'introduction des quasi-marchés dans différents pays montre que ce mouvement de quasi-marchandisation du care prend une configuration différente suivant la tradition de régime de *care*. Dans un secteur caractérisé par des bénéfices collectifs - différemment valorisés suivant les traditions nationales - et par une profonde incertitude, l'état reste un acteur incontournable. Son intervention relève d'une combinaison de régulation tutélaire - qui a historiquement façonné les services liés aux personnes dépendantes - de régulation quasi-marchande et de régulation conventionnée.

Cette constatation amène même à s'interroger sur l'existence d'un quasi-marché. Ainsi, par rapport au système anglais, l'intervention publique amène Le Grand (1997: 37) à juger que la réglementation étatique est telle que ce mode de coordination ne pourrait plus, conceptuellement, être qualifié de « quasi-marchand ». Il va même jusqu'à déclarer, de manière certainement provocatrice, que le quasi-marché des soins de santé au Royaume-Uni n'est ni un succès, ni un échec, simplement parce qu'il n'a jamais... existé: « it was not a quasi-market but simply a representation of one. In the battle between market competition and central control, control won ».

Cette constatation surprenante peut être expliquée par les enjeux sous-jacents aux quasi-marchés que nous avons relevés dans cet article: volonté des pouvoirs publics de produire des bénéfices collectifs non seulement en termes de volume de service et d'emploi mais de manière croissante également en terme de qualité. Ce dernier défi s'avère particulièrement central compte tenu des asymétries d'information qui marquent ces quasi-marchés entraînant la nécessité de signaler la qualité. L'Etat s'affirme, de plus en plus, comme un acteur central dans cette régulation de la qualité particulièrement là où les quasi-marchés sont le plus implantés notamment comme en Angleterre.

Avec l'introduction des quasi-marchés, on assiste bien à l'introduction de mécanismes marchands dans ce champ de l'aide

à domicile mais, paradoxalement, également à la reconnaissance d'une pluralité de principes qui ne se limite pas au marché avec les ressources issues de la redistribution avec les subventions publiques voire la réciprocité avec la mobilisation du bénévolat (Polanyi et al., 2008: 53). Avec la mise en concurrence des prestataires, il s'agit d'introduire des acteurs relevant du secteur privé lucratif dans un champ auparavant dominé par l'action publique et l'économie sociale. Cependant, ce champ reste caractérisé par une pluralité de prestataires aux finalités différenciées (entreprises capitalistes, secteur public, associations, coopératives...), même si cette instauration d'une économie plurielle dans les services à domicile se réalise dans une dynamique inverse à celle originelle qui cherchait à faire reconnaître la spécificité des acteurs associatifs et coopératifs dans leur capacité à démocratiser l'économie de marché ou à renouveler les politiques publiques en associant les usagers plutôt qu'en les transformant en clients de ces services (Roustang et al., 1996).

Le secteur reste donc un espace de tensions et de compromis entre ces principes dont il convient de mettre en évidence la co-existence ainsi que les apports et les limites de chacun. Le marché peut être source d'efficacité dans l'allocation des ressources mais est limité dans la prise en compte des bénéfices collectifs et la gestion de l'incertitude. Les pouvoirs publics sont garants de l'intérêt général et peuvent donc prendre en compte, via des mécanismes d'imposition et de redistribution, les bénéfices collectifs. Mais le fonctionnement des pouvoirs publics peut être source de lourdeurs administratives. Les logiques associatives fondées sur la réciprocité sont particulièrement aptes à instaurer des relations de proximité mais sont limitées par leur particularisme. L'autoproduction permet aussi de maintenir les liens familiaux mais avec le risque d'enfermement domestique et de développement des inégalités entre les hommes et les femmes. Si le projet politique sous-tendant l'économie plurielle plaide pour un équilibre plus juste et plus efficace entre les différentes logiques, il n'implique pas, pour autant, que les acteurs socio-économiques soient « interchangeables », comme certains pourraient le laisser sous-entendre. La finalité d'une entreprise capitaliste est bien et même de plus en plus la rémunération du capital et elle ne peut intégrer certains bénéfices collectifs que si la puissance publique lui impose des exigences. Le secteur public doit être le garant ultime de l'intérêt général et prendre en compte les différents bénéfices collectifs notamment sur le plan de l'équité. Les initiatives associatives, tout comme le secteur public, ont une finalité de service à la collectivité mais s'affirment comme une forme spécifique et privilégiée

d'expression de la société civile, dans la constitution de services et de formes de solidarités alternatives, explorant les frontières du monde institutionnalisé. Elles ont à ce titre un rôle spécifique dans la co-construction des politiques publiques.

Il s'agit alors donc de mettre en évidence la diversité des formes d'institutionnalisation des services à domicile et de mettre à jour les choix de société, implicites ou explicites, qui y sont associés. C'est d'ailleurs un des enjeux majeurs dans le débat sur les services d'intérêt général au niveau européen.

### Bibliographie

- BETTIO F. et PLANTENGA J., 2004, 'Comparing care regime in Europe', *Feminist Economics*, 10 (1), 85–113.
- BETTIO F., SIMONAZZI A. et VILLA P., 2006, 'Change in care regimes and female migration: the "care drain" in the Mediterranean', *Journal of European Social Policy*, 16 (3), 271–285.
- BODE I., 2007, 'La nouvelle donne du marché-providence. Une comparaison internationale des systèmes d'aide à domicile et de leur régulation', *Retraite et Société*, (51), 207–233.
- COMMISSION EUROPÉENNE, 1994, *Growth, Competitiveness and Employment: the challenges and ways forward into the 21st Century*. Luxembourg: Office for official publications of the European commission.
- COUR DES COMPTES, 2009, *Titres-services, Coût et gestion*, Bruxelles.
- DARES, 2008, *Les services à la personne en 2006 : une croissance continue*, Premières informations, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, novembre, n°48–2.
- DEGAVRE F. et NYSENS M., 2008, 'L'innovation sociale dans les services d'aide à domicile: les apports d'une lecture polanyienne et féministe', *Revue Française de Socio-Economie*, numéro spécial sur le care, n°2, 79–98.
- DEBONNEUIL M., 2008, *Les services à la personne: bilan et perspectives*, Inspection générale des Finances, Paris, Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, 109 p. Disponible sur: [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr).
- DEFOURNY J., HENRY A., NASSAUT S. et NYSENS M., 2010, 'Does the mission of providers matter on a quasi-market? The



- case of the Belgian “service voucher” scheme’, *Annals of Public and Cooperative Economics*, this issue, 81, 4, 583–610.
- DEVETTER, F.-X., JANY-CATRICE F. et RIBAUT T., 2009, *Les services à la personne*, Paris, La Découverte.
- DREES, 2006, Les services d’aide à domicile dans le contexte de l’Allocation personnalisée d’autonomie, *Etudes et résultats*, Paris, Ministère de l’emploi, du travail et de la cohésion sociale, n°460.
- ENJOLRAS B., 1995, *Le marché providence*. Paris, Desclée de Brouwer.
- FERNANDEZ J.-L., SNELL, T., SOMANI A. et KNAPP M, 2007, Domiciliary care services in England: policy evolution, current debates and market structure, PSSRU, London School of Economics, internal document for the seminar organized at UCLouvain in the framework of the project “Social economy and liberalisation of services: the case of proximity services”.
- FRAISSE L. et NASSAUT S., 2010, «La gouvernance par l’évolution. Les quasi-marchés dans les service à domicile» *Annals of Public and Cooperative Economics*, this issue, 81, 4, 537–558.
- ERHEL E. et PALIER B., 2005, ‘Europe sociale et Europe de l’emploi: l’apport de Douglas North à l’explication des trajectoires nationales’, *Économies et sociétés, série Socio-Économie du travail*, AB, 8 (26), 1531–1556.
- GADREY J., 2006, ‘Utilité sociale’, in Laville J.L., Cattani A.D., *Dictionnaire de l’Autre Economie*, Paris, collection folio actuel, 641–651.
- GARDIN L., 2006, *Les initiatives solidaires, la réciprocité face au marché et à l’Etat*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- GARDIN L., 2008, «Quelle évolution des modes de régulation ? » in Devetter, F.-X., Fraisse l., Gardin L., Gounou M.F., F. Jany-Catrice & T. Ribault., *L’aide à domicile face aux services à la personne: mutations, confusions, paradoxes*, Rapport pour la DIISES, 263–301.
- HENRY A., NASSAUT S., DEFOURNY J. et NYSSSENS M., 2010, *Economie sociale et libéralisation des services*, Gand, Politique scientifique fédérale/ Academia Press.
- KENDALL J., 2001, Grande-Bretagne : une économie plurielle de soins bouleversée par les «quasi-marchés» in Laville

- et Nyssens, 2001, *Les services sociaux entre associations, Etat et marché. L'aide aux personnes âgées*, Paris, La Découverte/M.A.U.S.S./C.R.I.D.A.
- KNAPP M., HARDY B. and FORDER J., 2001, 'Commissioning for quality : ten years of social care markets in England', *Journal of Social Policy*, 30 (2), 283–306.
- LA ROSA M. et MINGUZZI P., 2007, Les services aux personnes en Italie : limites de l'offre publique, centralité des familles, recours au travail souterrain, internal document for the seminar organized at UCLouvain in the framework of the project "Social economy and liberalisation of services: the case of proximity services".
- LAVILLE J.L. et NYSSSENS M., 2001, *Les services sociaux entre associations, Etat et marché. L'aide aux personnes âgées*, Paris, La Découverte/M.A.U.S.S./C.R.I.D.A.
- LAVILLE J.-L., 2005, *Sociologie des services, entre marché et solidarité*, Ramonville Saint-Agne, Editions Erès.
- LE GRAND J. 1991, Quasi-Markets and Social Policy, *The Economic Journal*, Vol. 101, n°408, 1256–1267.
- LE GRAND J., 1997, Competition, cooperation, or control ? Tales from the British National Health Service, *Health Affairs*, 18 (3) 27–39.
- LEWIS J., CAMPBELL M. et HUERTA C., 2008, 'Patterns of paid and unpaid work in Western Europe: gender, commodification, preferences and the implications for policy', *Journal of European Social Policy*, 18 (1):21–37.
- LISTER R., 1997, *Citizenship: Feminist Perspectives*. London, MacMillan.
- MALLEY J. and FERNANDEZ J.-L., 2010, 'Measuring quality in social care services: theory and practice', *Annals of Public and Cooperative Economics*, this issue, 81, 4, 559–582.
- MCMASTER R., 2002, 'The analysis of welfare state reform: why the "quasi-markets" narrative is descriptively inadequate and misleading', *Journal of Economic Issues*, Vol. 36, n° 3.
- MERRIEN F.X., 2006, Etat Social, in Laville J.L., Cattani A.D., *Dictionnaire de l'Autre Economie*, Paris, collection folio actuel, 367–375.
- MESSAOUDI D., 2007. Les tensions sur la qualité et les conventions dans l'aide à domicile aux personnes âgées. *Approches*

- institutionnalistes des inégalités en économie sociale*, Paris, l'Harmattan, Tome 2, 107–121.
- NYSSSENS M., 2008, Les analyses économiques des associations, in sous la direction de C. Hoarau et J.L. Laville, *La gouvernance des associations*, Sociologie, économie, gestion, Ramonville Saint-Agne, Eres, 27–49.
- PARASURAMAN A., ZEITHMAL V. et BERRY L., 1985, A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41–50.
- POLANYI K., 2008, *L'économie en tant que procès institutionnalisé*, in Essais de Karl Polanyi, Paris: Seuil [1957].
- POLLITT, C., 2007, 'Convergence or Divergence? What has been happening in Europe?' in S. Van Thiel & V. Homburg (dir.), *New Public Management in Europe. Adaptation and Alternatives*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 10–15.
- ROUSTANG G., LAVILLE J.-L., EME B., MOTHE D. et PERRET B., 1996, *Vers un nouveau contrat social*, Paris: Desclée de Brouwer.
- SAUSSIER S. et YVRANDE-BILLON A., 2007, *Economie des coûts de transaction*, Paris, Collection repères, La Découverte.
- SIMONAZZI A., 2008, 'Care regimes and national employment models', *The Cambridge Journal of Economics*, 33 (2).
- STEINBERG R., 2006, 'Economic theories of nonprofit organizations', in *The Non-profit Handbook*, edited by W. Powell and R. Steinberg, Yale University Press, New haven and London, 117–139.

### **Quasi-markets in domiciliary care: a European perspective**

*The field of domiciliary care is emblematic of profound changes which characterize European societies. The objective of this article is to analyze what is at stake behind the evolution of public regulation towards quasi-market across Europe. First, we recall the different types of public regulation which historically has been shaping care regimes. Then, we analyze how the introduction of quasi-market has affected these care regimes. Finally, we investigate how market failures raise specific issues for public regulation.*

### **Quasi-Märkte in der häuslichen Pflege: eine europäische Perspektive**

*Der Bereich der häuslichen Pflege steht sinnbildlich für tiefgreifende Veränderungen, von denen europäische Gesellschaften gekennzeichnet sind. Die Zielsetzung dieses Beitrags besteht darin zu analysieren, worum es bei der Evolution öffentlicher Regulierung hin zu Quasi-Märkten quer durch Europa geht. Als erstes zeigen wir die verschiedenen Typen öffentlicher Regulierung auf, die historisch die Pflegesysteme geformt haben. Anschließend analysieren wir, wie die Einführung von Quasi-Märkten diese Pflegesysteme beeinflusst hat. Schließlich untersuchen wir, wie Marktversagen spezifische Probleme für die öffentliche Regulierung aufgeworfen hat.*

### **Los cuasi-mercados en la ayuda a domicilio: una perspectiva europea**

*La ayuda a domicilio es un ejemplo emblemático de los importantes cambios acaecidos en las sociedades europeas. El objeto del artículo es analizar los desafíos subyacentes en la evolución de los modos de regulación hacia los cuasi-mercados. En la primera parte se expone la naturaleza de los modos de regulación históricos de la ayuda a domicilio en cada uno de los países, así como sus regímenes. A continuación, se analiza cómo la introducción de regulaciones de cuasi-mercado se vienen incorporando y modificando los regímenes. Por último, se analiza cómo la presencia de desafíos de mercado plantea cuestiones muy particulares en términos de regulación pública.*