



Séance N°10 · Un regard de sociologue

# • Le travail social dans la transition inclusive des politiques de l'autonomie



**Cyprien Avenel**

Sociologie, professeur associé  
à l'université Paris Saclay

## Compte-rendu de la séance du 6 février 2025

Laure Saincotille, équipe programme du  
PPR Autonomie

Séminaire organisé par le PPR  
Autonomie, en partenariat avec **L'Institut  
de la longévité, des vieillesse et du  
vieillessement (ILVV)** et la **Fédération  
pour la recherche sur le handicap et  
l'autonomie (Fedrha)**.

Comment le travail social a-t-il évolué,  
dans le contexte du développement des  
politiques publiques de l'autonomie ?

Cyprien Avenel retrace les grandes étapes  
de la structuration d'un secteur très  
hétérogène, de ses origines à ses récentes  
mutations. Il revient sur les nouvelles  
conceptions de l'accompagnement,  
désormais structuré autour du mot d'ordre  
de « l'inclusion », et montre leur impact sur  
les métiers du travail social. Un panorama  
complexe se dessine, entre grandes  
ambitions politiques, déstructuration  
du cadre de travail et mise en œuvre  
empêchée.



# Le séminaire « Autonomie(s), indépendance et dépendances »

Alors que **les projets financés dans le cadre du Programme prioritaire de recherche (PPR) Autonomie visent à interroger la notion d'autonomie (défi 1)**, cette **première année du séminaire** entend accompagner la réflexion des communautés de recherche au travail et être **un espace de dialogue privilégié rassemblant bien au-delà des chercheuses et chercheurs parties prenantes des projets du PPR Autonomie**. En discutant la diversité des définitions et des usages du concept d'autonomie, tant théorique que pratique, ce séminaire se conçoit comme un **lieu d'ouverture, d'échange et de cumulation de savoir sur une notion clé de la vie sociale contemporaine**.

Le séminaire s'intéresse à la notion d'« **autonomie** » dans sa **qualité d'abstraction, en tant qu'elle est investie de multiples interprétations inspirées par des corpus disciplinaires, des positions normatives ou encore des expériences sociales diversifiées de l'autonomie**. Il est l'occasion d'une exploration et d'un dialogue interdisciplinaire autour de ces diverses interprétations. Les intervenants et intervenantes adoptent donc une logique diachronique, mais aussi et surtout disciplinaire : ils et elles contribuent à la réflexion sur l'autonomie en apportant leur regard d'historien, de philosophe, de sociologue, de politiste ou encore de praticien de santé. Ils et elles **cartographient les enjeux de controverse autour de cette notion, au sein de leur discipline ou de leur champ de recherche**, mais aussi la façon dont les débats publics, au sens plus large, ont été informés et peut-être transformés par ces controverses.

La contribution de Cyprien Avenel, portant sur « Le travail social dans la transition inclusive des politiques de l'autonomie », offre un éclairage sociologique sur la notion d'autonomie.

La **coordination scientifique** de ce séminaire est assurée par **Philippe Martin**, juriste à l'université de Bordeaux, membre du Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale (COMPTRASEC), **Olivier Lipari-Giraud**, politiste au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), membre du Laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (LISE) et **Myriam Winance**, sociologue à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), membre du Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3).



# Sommaire

<b>À propos de</b>	<b>4</b>
Cyprien Avenel	4
<b>Qu'est-ce que le travail social ?</b>	<b>5</b>
Un secteur très hétérogène	5
Un cœur de métier, un socle culturel	6
Travail social et autonomie	7
Tensions et limites du secteur	7
<b>L'impact de la transition inclusive de l'offre médico-sociale sur le secteur du travail social</b>	<b>9</b>
Multiplication des dispositifs d'action publique et complexification administrative	9
Autonomie : vers l'inclusion des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	9
La généralisation de l'approche inclusive	11
Les nouvelles modalités de la relation d'accompagnement	12
<b>La crise d'attractivité des métiers du social : la difficulté des conditions de travail</b>	<b>13</b>
Une révolution ambiguë	13
Une mutation encore peu étudiée	15

À propos de

# Cyprien Avenel

---

Cyprien Avenel est docteur en sociologie, professeur associé à l'université Paris Saclay. Dans le cadre de son travail, il étudie l'action publique, plus particulièrement l'action sociale, le travail social et le médico-social. Il travaille en tant que conseiller expert du travail social et des politiques sociales à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Il a tenu à préciser que son intervention lors de cette séance du séminaire « Autonomie(s), indépendance et dépendance » est réalisée dans le cadre de son activité de chercheur en sociologie; ses propos n'engagent que lui.

---

# Qu'est-ce que le travail social ?

Le secteur du travail social est **peu connu de la société civile**. Ses définitions officielles reposent le plus souvent sur des termes très génériques et englobants. L'ONU le décrivait en 1969 comme étant dédié à « **l'adaptation réciproque des personnes et de leur milieu social** ». En France, le Code de l'action sociale et des familles (CASF) le définit comme permettant « l'accès des personnes à l'ensemble des **droits fondamentaux**, pour faciliter leur **inclusion sociale** et exercer une **pleine citoyenneté** [...], dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes [...]. Il participe au **développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement** [...]. »

---

## Un secteur très hétérogène

C'est un secteur très hétérogène, tant sur le plan des employeurs que sur celui des professions. Ces professions ont une genèse, des traditions et des profils très divers, ainsi que des **missions très larges** (insertion, petite enfance et protection de l'enfance, parentalité, égalité entre les femmes et les hommes, médico-social, accessibilité, lutte contre la pauvreté, lien social, etc.). Suivant la **massification et la diversification des situations de vulnérabilité**, les populations et les problèmes sociaux qu'elles prennent en charge se sont également multipliés. Enfin, les professionnels du travail social exercent dans **diverses institutions**, organismes et espaces – établissements, domicile, services publics, quartiers, rue, etc. Le lieu d'exercice professionnel définit davantage les métiers que ne le font les diplômes, même si en France le diplôme va de pair avec une forte identité de métier (assistante sociale, éducateur, conseiller en économie sociale et familiale, etc.).

La **professionnalisation** du travail social s'est construite progressivement, à l'échelle d'un demi-siècle, dans le prolongement de la profession d'assistante de service social (reconnue depuis 1932). Ce secteur **a peu à peu été pris en charge par l'Etat**, qui l'a constitué en trois grands champs : **le service social, l'éducation et l'animation**. Treize diplômes d'Etat existent actuellement, qui couvrent tous les niveaux de qualification, de l'infra-bac au niveau master. Parallèlement à cela, de **nouveaux métiers du travail social** se sont développés depuis le début des années 1980, accompagnant la

mise en place de dispositifs et de politiques publiques – politique de la ville, politique des quartiers, politiques d’insertion, d’aide à domicile. Ces nouveaux métiers (médiateurs sociaux et familiaux, conseillers en insertion, agents du développement, économie sociale et solidaire, action bénévole, aidants familiaux et intervenants du domicile) ont imposé, à côté du travail social, une **nouvelle expression plus large de l’intervention sociale**, qui est venue brouiller les frontières.

Les métiers du social se sont ainsi diffusés au sein de la société. L’enquête sur le travail social et l’intervention sociale produite dans les années 2000 par la Mission-Recherche du Ministère des solidarités (MiRe-Drees) avait révélé le **foisonnement sémantique du secteur** : on répertoriait alors 180 appellations de postes, 500 intervenants sociaux et environ 40 tâches différentes pour décrire leurs activités. Cette enquête présentait une **division du travail accentuée** : un « centre » composé des métiers historiques relevant des diplômes d’Etat et exerçant dans les secteurs traditionnels (aide sociale, handicap, protection de l’enfance et lutte contre la pauvreté), et une « périphérie » d’intervenants, qui devient de plus en plus centrale et regroupe un vaste ensemble de nouveaux métiers. Cette richesse, cette diversité et cette complexité du secteur renvoient à la **diversité et à la complexité des problématiques sociales actuelles**, mais elle soulève aussi des **enjeux de lisibilité, de coordination et de cloisonnement**.

---

## Un cœur de métier, un socle culturel

Malgré cette hétérogénéité objective, un **cœur de métier commun** demeure. La professionnalisation du secteur s’est accompagnée de la définition d’une pratique professionnelle, sur le plan tant éthique que technique, caractérisée par la **relation d’aide**, qui repose sur la **promotion de l’idée de l’individu sujet, dans une démarche de réparation et d’émancipation**. Les travailleurs sociaux partagent un **idéal éducatif**, selon lequel l’accompagnement des personnes se traduit par une démarche de transformation de celles-ci : ils proposent un processus organisé d’accompagnement des individus et des groupes vers la résolution de leurs problèmes matériels et relationnels, et qui vise plus généralement à leur faire retrouver leur autonomie. La singularité du travail social repose dans sa fonction de **médiation entre les besoins des individus et l’ensemble des réponses fournies par les institutions**. Ainsi, le travail social constitue une offre de présence sociale au sein de la société : c’est un **service de la relation**. Enfin, c’est la centralité de la notion de « travail » qui

le distingue de son origine religieuse (bénévole et militante) et l'unifie en tant que secteur.

---

## Travail social et autonomie

Il n'y a pas de spécificité du travail social attachée à la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : il applique ici comme ailleurs cette fonction générale d'**accompagnement à la vie quotidienne et au soutien à l'autonomie au sens large**. En effet, le travail social ne se restreint pas à la réponse aux besoins physiologiques ou matériels des personnes et n'est pas un simple rouage de l'accès à un droit. Il ne relaie pas seulement une offre de services, mais **attribue une offre de services dans le cadre d'une relation d'aide et d'écoute**, qui poursuit le but de l'autonomisation de la personne. Ainsi, certains sociologues iront même jusqu'à définir le travail social comme une **relation de service sans service**.

Avec l'**individualisation croissante des politiques sociales** et la logique de **contractualisation des relations** entre les personnes accompagnées et les institutions, la notion d'**accompagnement** renvoie désormais à des postures de l'intervention sociale qui ne peuvent plus être construites sans l'adhésion subjective des personnes à leur « projet de vie ». **L'individu n'est plus une personne à « éduquer »**, mais il est à présent invité à développer ses capacités et à se relier aux autres. Il doit être le **sujet de l'intervention et le co-acteur des décisions** qui le concernent, le responsable et l'auteur de son propre parcours. Cela situe l'autonomie entre désir personnel et nouvelle injonction sociale relayée par les institutions. C'est pourquoi le travail social est parfois présenté non pas comme un travail sur autrui, mais avec autrui, où la « relation d'aide » se noue en « aide à la relation ».

---

## Tensions et limites du secteur

A travers des savoirs et des dispositifs d'action publique, le travail social met donc en œuvre des conceptions évolutives de l'autonomie, mais il n'est cependant **pas toujours en capacité d'infléchir les causes des problématiques et des situations qu'il traite**. Cela s'est encore davantage révélé avec la massification des problématiques sociales (chômage, exclusion, pauvreté, précarité, etc.). En 1995, Robert Castel définit le travail social comme

« gestion sociale du non-emploi » et produit un diagnostic sur l'impuissance contemporaine du travail social.

On trouve ainsi au cœur de la notion d'autonomie un questionnement récurrent sur les **fonctions du travail social**, qui a dès l'origine été pensé par les sociologues comme un **instrument de pouvoir** – à travers la transmission de normes et d'une discipline, ou comme alimentant un processus de violence symbolique, c'est-à-dire d'intériorisation, par les classes dominées, des manières de penser, de sentir et d'agir des classes dominantes. Cette première représentation, élaborée dans les années 1970, a progressivement évolué en un diagnostic presque inverse, mettant en avant l'**impuissance du travail social à apporter des réponses** aux situations qu'il entendait traiter. Alors que l'on reprochait au travail social sa toute-puissance, sa contribution au contrôle social à travers des approches tutélaires de l'autonomie, il est depuis la fin des années 1990 critiqué pour sa difficulté à accomplir sa mission. En contrepoint de ces travaux, la sociologie a également mis en avant les **capacités d'autonomie des personnes accompagnées et des travailleurs sociaux, observés comme producteurs de pratiques inventives et innovantes**.

On constate donc que le travail social est toujours en **tension entre plusieurs logiques d'actions** : entre le contrôle social et l'émancipation, entre l'adaptation de la personne à la société et l'adaptation de la société à la personne, entre le respect du libre-arbitre (ou autodétermination) de la personne et le devoir d'aide à autrui, entre l'intervention sectorielle et l'approche territoriale, l'individu et le collectif, les savoirs professionnels et les savoirs expérientiels, etc. Ces débats étaient présents dès l'émergence du secteur et sont sans cesse renouvelés, à l'aune des évolutions des problématiques sociales.

Aujourd'hui, ce système de tensions poursuit l'émergence de la thématique du **« pouvoir d'agir »**, présenté par le secteur du travail social comme une forme de **dépassement de l'impuissance**, et qui se trouve au cœur de la conception inclusive des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.



# L'impact de la transition inclusive de l'offre médico-sociale sur le secteur du travail social

---

## Multiplication des dispositifs d'action publique et complexification administrative

Le secteur du travail social a connu des changements importants ces trente dernières années. Les **transformations des politiques publiques**, notamment, l'ont beaucoup impacté en l'inscrivant toujours davantage dans les **orientations prioritaires des politiques sociales et médico-sociales**, qui déterminent son nouveau rapport à la notion d'autonomie.

Ce changement a été initié à la fin des années 1980, principalement à travers l'instauration en 1988 du Revenu minimum d'insertion (RMI), suivie d'un empilement de dispositifs d'action publique – logement, santé, école, etc.

L'**emprise croissante de leurs normes**, procédures et protocoles ont mené à une forme de **bureaucratization des politiques sociales** et a une modification importante du cœur de métier des travailleurs sociaux : l'accompagnement. Les professionnels rapportent **passer davantage de temps à gérer la complexité administrative qu'à être présents socialement** avec les personnes.

Ils s'autodéfinissent souvent comme étant devenus des exécutants des politiques sociales et des dispositifs, au détriment de leur mission première, l'accompagnement et la transformation des situations, nécessitant adaptation permanente, créativité et innovation.

---

## Autonomie : vers l'inclusion des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Ce sont les **politiques en faveur du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap qui portent l'ambition inclusive** : une nouvelle orientation du travail social, complémentaire au modèle d'action sociale traditionnelle. Cette « transition inclusive » invite les établissements médico-sociaux et les acteurs du domicile à redéfinir leurs interventions pour **sortir d'une approche sectorielle**. Cela implique de prendre en compte prioritairement **la singularité et la diversité des personnes**,

au-delà des dispositifs et des logiques catégorielles de prestations, et par conséquent de proposer un **accompagnement des parcours de vie**, dans leurs différentes composantes.

Dans cette logique, **les personnes doivent être avant tout inscrites dans le « droit commun », dans le « milieu ordinaire d'abord »**, et non plus seulement dans des dispositifs ou des établissements spécifiques ou spécialisés. A l'extrême, suivant une critique de l'ONU, les établissements médico-sociaux français tels que les ESAT (établissement et service d'accompagnement par le travail) sont alors présentés comme des lieux de ségrégation. Une **critique du modèle du traitement spécialisé dans des établissements spécifiques** se développe, conjointement à la valorisation d'une approche faisant de la personne accompagnée le moteur de sa propre vie, la reconnaissant comme un membre à part entière de la collectivité. Cette priorisation du milieu ordinaire **transforme profondément le modèle des établissements médico-sociaux et celui de l'accompagnement social**, qui doivent s'affranchir de la logique de prise en charge totale de la personne en institution afin d'intégrer avant tout l'environnement extérieur, et développer des coopérations avec le milieu ordinaire et ses acteurs (éducation nationale, emploi, logement) via des dispositifs ou des plateformes de services devant doter les personnes de solutions.

La transition inclusive **touche également le domicile**, notamment dans le cas des **personnes âgées**. Vivre le plus longtemps possible chez soi appelle un **accompagnement décroisé**, impliquant de multiples intervenants du soin et du « prendre soin », dont les aidants familiaux. Cela ne signifie pas que l'approche domiciliaire doit se configurer dans une organisation de l'accompagnement à partir de l'EHPAD. Au contraire, elle suppose d'**élargir l'approche médicale de la perte d'autonomie vers une approche plus globale** de la personne qui s'appuie sur un **équilibre entre le soin et le prendre soin, le respect du libre choix**, qui sont permis par l'appui d'une offre de services nécessaires. S'il s'agit bien, en somme, de mettre le domicile ou du « chez soi » dans l'EHPAD, il ne s'agit pas pour autant de mettre totalement l'EHPAD au domicile, ou du moins dans une modalité plus décroisée qui articule la cure et le *care* (dans une approche de santé sociale).

Ainsi, le tournant inclusif implique des pratiques du travail social transformées, qui visent à **agir sur l'environnement de la personne plus que sur la personne elle-même**, dans une **perspective de prévention** davantage que de protection. Il s'appuie sur des démarches de **participation** et sur la

**mobilisation de ressources dans le milieu de vie** de la personne pour favoriser l'accessibilité, et ce dans une dynamique de parcours.

---

## La généralisation de l'approche inclusive

Cette logique ne s'impose pas seulement dans le secteur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, mais dans **tous les secteurs de l'action sociale** – lutte contre la pauvreté, insertion, sans-abrisme, protection de l'enfance, etc. L'approche inclusive s'inscrit dans un travail de **recomposition de l'ensemble des politiques sociales et médico-sociales**, dont le principal enjeu consiste à mobiliser des leviers permettant de **combattre les inégalités à la source**, d'intervenir avant que les difficultés ne soient installées, dans un objectif de prévention plutôt que de seule réparation. Cette dynamique de prévention entend également **promouvoir l'accès aux droits fondamentaux et l'autonomie** des personnes, et mobilise le principe de leur participation.

Dans ce contexte, **le travail social vient compléter les logiques traditionnelles de protection ou de compensation**, afin de faire porter l'action en priorité sur la prévention et la promotion de parcours de vie permettant aux personnes d'accéder aux droits fondamentaux et à leur autodétermination. Avec la **loi du 11 février 2005 sur le handicap**, s'est imposée une approche qui conçoit le handicap **non pas comme une déficience individuelle**, mais comme un obstacle rencontré dans la vie quotidienne par rapport à des **barrières présentes dans la collectivité**. Cette conception met en lumière l'approche de l'inclusion à l'égard de la différence et des discriminations : les personnes ont des difficultés, mais elles doivent avant tout être considérées comme des **membres à part entière de la collectivité**. Les différences individuelles ne sont pas effacées dans le processus d'accompagnement. Dans le cas du handicap, il s'agit d'accompagner les personnes au cœur de la société – et non pas de les tenir à l'écart en les plaçant dans des établissements spécialisés.

Ce modèle inclusif-préventif prend ainsi la suite du modèle inadaptation-réparation. Il repose sur **un accompagnement individualisé qui est adossé à une logique de parcours, dans une visée de retour au droit commun**. Porteur d'une **conception relationnelle de l'autonomie**, il mobilise

l'**autodétermination** et le pouvoir d'agir, le respect des choix de la personne et de ses préférences. Il fait passer **d'une vision déficitaire à une vision capacitaire**, autour de laquelle l'action publique se recompose afin de renforcer le pouvoir d'agir de chaque personne sur sa propre vie. Enfin, il repose sur une **approche collective de l'autonomie** : les intervenants doivent travailler avec les ressources produites par les environnements de vie, dans les territoires. Leur travail consiste à mettre en œuvre les multiples supports nécessaires à l'autonomie individuelle et à les articuler.

---

## Les nouvelles modalités de la relation d'accompagnement

La transformation de la place et du rôle des personnes accompagnées, l'élaboration d'une relation d'accompagnement moins verticale et tutélaire, mais davantage horizontale et négociée, **transforme les pratiques des travailleurs sociaux**. Leur activité, n'est plus cantonnée aux seules réponses aux besoins individuels de compensation. Elle est recentrée sur la **mise en accessibilité**, ce qui les mène à **collaborer avec les acteurs du droit commun** (en suivant les analyses de Denis Piveteau).

**D'autres métiers du travail social émergent**, comme par exemple le « référent parcours ». La perspective de l'établissement médico-social et du domicile devient la capacité à assurer des services par lesquels les individus circulent, avec l'appui de travailleurs sociaux, dans un parcours de vie qui prend la forme de réseaux de soins et de prendre soin, et selon un modèle visant à **sortir les soins à la personne de l'établissement médical et médico-social pour les organiser en priorité au domicile et dans le milieu ordinaire**.

# La crise d'attractivité des métiers du social : la difficulté des conditions de travail

## Une révolution ambiguë

Ce recentrage sur la personne n'est pas dénué d'ambiguïtés. En effet, **les problèmes d'accessibilité, d'insertion et de pauvreté, ne peuvent s'envisager sous le seul angle du soutien individuel** : ils confrontent directement la collectivité à la question de l'offre – scolaire, d'emploi et de formation. Cela pose des questions importantes à l'égard de l'autonomie, puisque l'accompagnement des parcours est alors un travail d'équilibre entre réponse individuelle et réponse collective. Cela suppose un ancrage de l'autonomie et de l'accompagnement non seulement adapté à la singularité de la personne et capable d'évoluer dans le temps, mais également ancré dans les territoires et relatif aux dynamiques scolaires, économiques, de logement et sociales de l'accessibilité.

Sans cette double perspective, le travailleur social et la personne accompagnée sont enfermés dans l'impasse d'une relation d'aide individuelle en attente d'une offre hypothétique (par exemple, en termes d'emploi). L'individualisation de l'accompagnement risque également de se retourner contre l'individu lui-même : **l'autonomie avec autrui peut, dans certains cas, se transformer en une autonomie contre autrui**. Le pouvoir d'agir, dans sa version purement individuelle, est en effet un **mythe qui véhicule une vision irénique de l'accompagnement s'il est détaché des supports collectifs** nécessaires à l'émancipation individuelle.

Une des limites de la mise en œuvre du tournant inclusif dans le secteur du travail social est relative à la façon dont ses professionnels peuvent parfois concevoir leur métier. En effet, **l'expertise sur le problème de l'autre n'est, en elle-même, pas dénuée de rapports tutélaires**, verticaux, paternalistes, infantilisants et stigmatisants pour les personnes accompagnées. Dans une certaine mesure, les concepts d'empowerment et de pouvoir d'agir, fondamentaux dans le modèle inclusif, vont à l'encontre du modèle culturel historique du travail social, qui consiste à « sauver l'autre » ou à le réparer. La thématique du pouvoir d'agir est mobilisée comme un mot d'ordre,

et **la recomposition du secteur est donc davantage proclamée que véritablement pratiquée**. Les **cultures professionnelles du travail social se recomposent** avec les nouvelles générations, mais **restent néanmoins marquées par l'idéal pédagogique de l'autonomie**.

### Une réalisation empêchée

La réalisation du projet porté par le tournant inclusif est surtout limitée par une importante **crise d'attractivité des métiers du social**. L'écart se creuse entre les principes ambitieux des politiques publiques et ce que peuvent concrètement réaliser les travailleurs sociaux sur le terrain. Cela les confronte à une grande désillusion, qui touche particulièrement les plus jeunes. Ils expriment le sentiment d'une **perte de sens**, d'une **impuissance** à effectuer un travail jugé de qualité, et de la **perte du cœur de leur métier, c'est-à-dire la relation**. La dégradation des conditions de travail est ainsi devenue une thématique majeure. La notion d'« **autonomie empêchée** » émerge pour qualifier ce phénomène **d'écart entre, d'une part, l'action prescrite par les institutions et, d'autre part, la réalité de l'exercice professionnel**.

Le travail social pourrait faire les frais d'un **nouveau mode de gestion qui accentue ce processus** : une place trop importante consacrée à la tarification à l'activité peut réduire le temps relationnel et donne aux professionnels le sentiment d'être empêchés de faire leur travail. L'essentiel du travail est en effet réalisé de manière invisible. A cet égard, il est souvent fait état de « **l'invisibilité du travail social bien fait** » : la dimension qualitative des activités des professionnels semble insuffisamment prise en compte dans le management actuel, tandis que les outils de suivi centrés sur des indicateurs de gestion des « files actives » conduisent à inscrire le travail social dans des exigences de « reporting » et une **demande accrue de quantification des activités**. Ce management évalue seulement des actes, alors même qu'il s'agit de **professions dédiées à la relation, celles-ci impliquant l'écoute, la compréhension et le prendre soin** – activités qui prennent du temps. Sans un travail véritablement qualitatif, il est impossible d'atteindre un bon résultat et d'être efficace.

Par ailleurs, la **dégradation des conditions de travail** du secteur est documentée par des travaux tentant de produire des indicateurs RH. Pour le secteur du domicile, ces indicateurs sont très parlants et font état de **faibles salaires** qui s'accompagnent d'une **grande précarité**, d'une « sinistralité

record », d'un **travail à la journée morcelé** impliquant un grand nombre de kilomètres parcourus non-indemnisés, etc.

---

## Une mutation encore peu étudiée

Cependant, il existe encore **trop peu d'enquêtes empiriques sur le secteur du travail social**. Si des plaintes sont bien exprimées à travers des instances institutionnelles, elles restent trop subjectivistes. Afin de bien comprendre la crise de ce secteur désormais très complexe, il conviendrait de **documenter et d'objectiver le processus d'affaissement** qui le touche, notamment à travers le recours à une **sociologie du travail**. Le rapport au travail doit être étudié, pour mieux comprendre la façon dont les jeunes générations s'engageant dans le travail social investissent – ou non – ce secteur. Certains travaux évoquent **l'émergence d'un « travail social libéral »**, de jeunes professionnels se lançant à leur compte et combinant ainsi vie personnelle et vie professionnelle en jouant sur la tension du secteur, caractérisé par ses nombreuses vacances de poste.

L'approche inclusive engage ainsi une mutation dont la clé de lecture n'est pas univoque et qui peut conduire à **positionner des profils professionnels et des méthodes d'intervention du travail social différents, voire contradictoires**. En effet, elle contribue aussi bien à une individualisation sophistiquée de l'accompagnement dans le cadre d'une offre de services et de prestations ajustée aux besoins, qu'à la mise en œuvre d'une intervention plus collective et territoriale du travail social ancré dans le développement de l'accessibilité au droit commun.

D'un côté, le travail social devrait **s'adapter au « nouveau » modèle** dans lequel les parcours et projets individuels supplantent en somme les établissements spécialisés. On souligne alors le **rôle croissant de la fonction de coordination dans la logique de « parcours » et de « services »**. La fonction essentielle devient le recueil de la demande avec une « offre de prestations » et un référent de parcours, assurant le lien avec le réseau du droit commun. L'accessibilité implique, toutefois, une **mobilisation d'une conception plus sociétale du travail social** au lieu d'être cantonnée dans la seule réponse aux besoins de compensation émanant de la personne elle-même. Cette orientation **positionne les travailleurs sociaux comme des organisateurs de l'action collective et des facilitateurs du pouvoir d'agir**. Elle repose sur une immersion dans les milieux de vie afin de susciter des

capacités collectives qui apportent des solutions. Les **politiques de soutien à l'autonomie** ne sont plus pensées dans des logiques de prise en charge (sanitaire et d'hébergement) ou de compensation individuelle, mais comme devant **irriguer l'ensemble des politiques territoriales** qui constituent le cadre de vie et sous-tendent les solidarités de proximité, dans une optique d'accessibilité et de coopération entre les acteurs concernés.

Dans les deux cas, toutefois, c'est en quelque sorte la **« fin » d'une seule conception du travail social basée sur la relation individuelle** : on complète un modèle clinique autocentré sur l'établissement ou le « colloque singulier » (approche médico-sociale et psycho-éducative fondée sur l'expertise clinique) à un **modèle plus civique ouvert sur l'environnement et les acteurs du territoire**, avec des activités de coordination de parcours, une fonction de référent et d'appui à l'autodétermination, non seulement sur le **plan individuel** (faciliter les capacités) mais également sur le **plan collectif** (participation et mobilisation du droit commun).



## Nous contacter

- [Notre site internet](#)
- [Notre mail](#)

## Nos réseaux sociaux

- [LinkedIn](#)
- [Bluesky](#)
- [Mastodon](#)



**PPR Autonomie**  
Programme Prioritaire de Recherche

